

Binnen de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben de onderstaande fracties de behoefte vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister voor Medische Zorg over de Houtskool- schets acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 314).

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
<b>I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	6
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	11
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	13
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	15
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	17
Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie	19
<b>II Antwoord/Reactie van de Minister</b>	<b>20</b>

## **I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de nieuwe inrichting van de acute zorg met name gericht zal zijn op zes pijlers. Waren deze zes pijlers vastgesteld voorafgaand aan de gesprekken over de houtskoolschets en moeten deze nu verder ingevuld worden, of zijn deze ontstaan naar aanleiding van deze gesprekken? Waren de personen en partijen die hebben meegedacht over de houtskoolschets het unaniem eens dat de acute zorg rondom die zes pijlers ingericht moet gaan worden? Zo nee, kan de Minister aangeven over welke pijler(s) geen overeenstemming was? Kan de Minister aangeven hoe het verdere proces er nu uit zal gaan zien en wanneer de definitieve, uitgewerkte versie gereed zal zijn?

De vernieuwde inrichting en financiering van de acute zorg moeten nog verder uitgezocht en onderbouwd worden. Welke partijen is de Minister van plan daarbij (structureel) te betrekken, vragen de leden van de VVD-fractie, aangezien deze leden in de houtskoolschets vele potentiële partijen zien die in de toekomst bij de financiering en inrichting van de acute zorg betrokken zullen zijn.

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat nagedacht is over de toegankelijkheid van de acute zorg in relatie tot de krapte op de arbeidsmarkt. Deze leden lezen dat ondanks de kostendekkende financiering van het Ministerie van VWS gezien wordt dat ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid. Kan de Minister aangeven wat de oorzaak hiervan is? Is de financiering wel steevast volledig ingezet, en waar is dit geld terechtgekomen? Daarnaast vragen deze leden of er bij het uitwerken ook nieuwe plannen worden gemaakt om de arbeidsmarktproblematiek in de acute zorg op te lossen. Of vertrouwt de Minister op de resultaten van bestaande actieprogramma's, zoals Werken in de Zorg?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat het nu voor patiënten niet altijd duidelijk is waar zij terecht kunnen met een acute zorgvraag die niet levensbedreigend is. Deze leden zijn het eens met de stelling dat in stressvolle situaties verschillende «loketten» verwarring op kunnen leveren. Zij hebben echter hun vraagtekens bij het instellen van één nieuw landelijk nummer naast 112 voor patiënten met een niet-levensbedreigende acute zorgvraag. Hoe bepalen patiënten of overige betrokkenen of er sprake is van een levensbedreigende of niet-levensbedreigende acute zorgvraag? Brengt het instellen van een nieuw landelijk telefoonnummer niet juist meer verwarring voor de patiënt met zich mee?

De leden van de VVD-fractie lezen dat per regio bepaald zal moeten worden hoeveel spoedposten er komen, waar de spoedposten gaan komen, welke spoedposten er wel en niet de hele nacht open zijn en welke zorgprofessionals er standaard aanwezig zijn of op afstand mee kunnen kijken. Kan de Minister aangeven of al nagedacht is op basis van welke gegevens bepaald wordt waar de spoedposten in de toekomst komen te staan? Hoe wordt voorkomen dat er witte vlekken in Nederland ontstaan waardoor de tijdsafstand tot spoedzorg langer wordt dan de 45-minuten-norm?

De Minister stelt in de houtskoolschets dat het ministerie de regie neemt in de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap. Elektronische gegevensuitwisseling wordt versneld door het bij wet afdwingen van eenheid van taal en techniek, zodat iedereen meedoet op dezelfde manier. Kan de Minister aangeven of hiermee alle knelpunten van gegevensuitwisseling in de acute zorg worden opgelost? Zo nee, welke knelpunten blijven er nog bestaan? Kan de Minister aangeven waar in het proces de wet nu staat? Wanneer kan de Kamer de wet verwachten? De leden van de VVD-fractie lezen dat naast het beschikbaar hebben van patiëntinformatie, er binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) een werkend systeem moet zijn dat 24/7 *realtime* inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg (inclusief intensive care (IC)-bedden) in de regio, zodat de Regionale ambulancevoorziening weet waar op een concreet moment naartoe moet worden gereden met een patiënt en ook de huisarts weet waar hij de patiënt naartoe kan verwijzen. Is de Minister voornemens om eenzelfde soort structuur op te zetten zoals het landelijk coördinatiecentrum patiëntenspreiding dat tijdens de COVID-19-pandemie is opgezet? In hoeverre zijn de door de zorgverzekeraars opgestelde regiobeelden ten behoeve van de nog te ontvangen contourennota betrokken bij het opstellen van de houtskoolschets?

De leden van de VVD-fractie lezen over aardig wat actieprogramma's en andere adviezen die van invloed zullen zijn bij de uitwerking van het «nieuwe» acute zorglandschap. Hoe houdt de Minister de samenhang van die adviezen, programma's en de houtskoolschets – en daarmee dus ook de voortgang van de uitwerking daarvan – in de gaten?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. De acute zorg staat onder druk, niet alleen door de huidige coronacrisis maar zeker ook door het beleid over de afgelopen jaren van deze regering. Het is daarom goed dat we met alle partijen bekijken hoe we de acute zorg opnieuw kunnen inrichten. Deze leden zien in de voorliggende houtskoolschets echter geen verbetering van het acute zorglandschap en hebben daarom de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie zien de lessen die we kunnen leren van de coronacrisis niet terug in deze houtskoolschets. Komt er een hernieuwde versie? Want het opnieuw inrichten van het acute zorglandschap zonder aandacht voor uitbreiding van IC-capaciteit, uitbreiding van zorgpersoneel, uitbreiding van laboratoria en testmogelijkheden et cetera heeft geen zin, aldus deze leden.

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet waarom er in de houtskoolschets klakkeloos van uit gegaan wordt dat het aantal spoedeisende hulp (SEH)-posten geconcentreerd moet worden. Als dit de visie is die ten grondslag ligt aan deze houtskoolschets, dan kan de schets gelijk de prullenbak in. Immers, door concentratie verdwijnen er ziekenhuizen met een eigen SEH en IC-afdeling. In plaats van volwaardige SEH-posten komen er nu regionale spoedhulpdiensten met minder diagnostische mogelijkheden. Volgens deze leden komen patiënten met complexe klachten en meervoudige aandoeningen hierdoor in de knel. Deze zullen op de regionale spoedhulpdiensten niet volledig behandeld kunnen worden of moeten alsnog doorgestuurd worden naar een volwaardige SEH bij een ziekenhuis dat vele kilometers verder ligt. Deze leden vinden dat een heel verkeerde ontwikkeling en kunnen daar niet mee instemmen.

De leden van de PVV-fractie missen in de houtskoolschets nadrukkelijk aandacht voor (oudere) patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen. Een gebroken heup kan immers naast een acuut trauma ook onderliggende oorzaken hebben, zoals kanker, botontkalking, evenwichtsstoornissen et cetera. Deze leden vinden het daarom essentieel dat de acute zorg zo wordt ingericht dat een trauma niet op zichzelf wordt behandeld, maar dat er altijd rekening wordt gehouden met meervoudige onderliggende chronische ziektes. Is de Minister het met deze leden eens?

De leden van de PVV-fractie vragen zich daarnaast af wat de rol van de huisartsenpost wordt bij het invoeren van een regionale zorgmeldkamer bij niet acute zorg. Deze leden hebben ook twijfels wat nu het voordeel is voor de patiënt om te bellen met een regionale zorgmeldkamer boven de nu bestaande praktijk, namelijk bellen met de huisarts. De inrichting van regionale zorgmeldkamers komt op deze leden nogal bureaucratisch over, een papieren oplossing voor een niet-bestaand probleem. Welke onderzoeken zijn gebruikt voor dit idee? Deze leden missen hier een gedegen analyse en onderbouwing, graag krijgen zij deze alsnog.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de houtskoolschets acute zorg. Deze leden onderschrijven de doelstelling om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg in de toekomst te behouden. De houtskoolschets heeft in haar huidige vorm echter veel elementen van een landelijke blauwdruk en centralisatie. De houtskoolschets schetst een concentratie van SEH-locaties, met als gevolg een reductie van het aantal ziekenhuizen met een eigen SEH en IC. Hiervoor in de plaats komen spoedhulpdiensten in de regio die de toegang tot spoedzorg moeten waarborgen, maar die slechts beperkte diagnostische mogelijkheden krijgen. Een patiënt komt echter niet binnen bij een SEH met een diagnose, maar met een klacht. Voor het stellen van een goede diagnose is een bepaalde expertise nodig. En als patiënten op basis van de diagnose hoogcomplexere zorg nodig blijken te hebben, dan moet naar de mening van deze leden geborgd zijn dat deze tijdig beschikbaar en bereikbaar is. Iedereen in Nederland verdient immers goede zorg, het zou niet moeten uitmaken waar je woont. Deze leden hebben daarom de volgende vragen over deze houtskoolschets.

De leden van de CDA-fractie vragen ten eerste welk probleem de Minister met de herinrichting van de acute zorg wil oplossen. Is het niet beter om de problemen in de acute zorg zoals beschreven in de schets (voorkomen van acute zorg, het is niet altijd duidelijk waar je naartoe moet, de integrale samenwerking kan beter, personeelstekort) aan te pakken in het huidige systeem in plaats van het systeem opnieuw in te richten? Is het bijvoorbeeld mogelijk om aan de hand van regiobeelden de acute zorg door te ontwikkelen om regionaal de acute zorg patiëntgericht en toekomstbestendig te organiseren, en hierbij geen landelijke blauwdrukken, maar juist regionaal maatwerk in te bouwen en afstemming die daadwerkelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt in de regio? Is het niet beter om hierbij rekening te houden met de regio-indelingen?

De Minister schrijft dat hij het versturen van deze houtskoolschets als een startpunt ziet en dat hij het belangrijk vindt dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap kan rekenen op draagvlak bij de partijen die bij de acute zorg betrokken zijn. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regionale partijen en de burgers in het vervolg worden betrokken bij de uitdagingen die er zijn in het toegankelijk houden van de spoedzorg en bevallingszorg in Nederland.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel informele bijeenkomsten er zijn geweest. Klopt het dat er slechts een enkele grote bijeenkomst is geweest met veel organisaties tegelijkertijd?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister de spoedzorg en bevallingszorg toegankelijk denkt te houden voor burgers in de meer rurale gebieden van Nederland. Hoe voorkomt de Minister dat er door de gesuggereerde verdere concentratie van spoedzorg en vooral ook de verloskunde «witte vlekken» in Nederland ontstaan, waar de afstand tot spoedzorg en bevallingszorg (die niet opgevangen kan worden in een spoedhulp post) langer wordt dan de 45-minutennorm? Hoe wordt geborgd dat met concentratie van hoogcomplex acute zorg rijtijden niet te lang worden voor patiënten met acute hart- en vaataandoeningen? In hoeverre zijn er risicoanalyses gemaakt voor behandelingen waarbij tijd een belangrijke factor is, zoals voor een herseninfarct?

De leden van de CDA-fractie vragen welke SEH-posten straks nog voldoen aan de nieuwe definitie. Wat betekent dit voor aanrijtijden en bereikbaarheid van zorg in de regio? Dat er bijvoorbeeld in Rotterdam meerdere ziekenhuizen zijn die naar de burens kunnen doorverwijzen, geldt immers niet voor Zuidwest-Nederland.

De leden van de CDA-fractie constateren al langer dat sommige spoedposten al overvol zijn en meerdere keren per week stops moeten instellen. Deze leden vragen daarom opnieuw om het aantal stops per ziekenhuis in kaart te brengen.

Als er veel minder locaties komen, moeten zorgmedewerkers steeds verder reizen naar hun werk dan wel stroomt de regio leeg. De leden van de CDA-fractie vragen wat de voorstellen betekenen voor leefbaarheid van regio's en voor de arbeidsmarkt. Deze leden vragen tevens hoe de Minister het verlies van werkgelegenheid en kwaliteit van de leefomgeving compenseert, mochten er in de regio ziekenhuizen verdwijnen.

Op dit moment worden in heel Nederland via de ROAZ-structuur afspraken gemaakt om de IC-capaciteit te vergroten. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom er enerzijds in Nederland via de bestaande ROAZ-structuur wordt opgeschaald en tegelijkertijd door de Minister wordt voorgesteld om in Nederland de

spoedzorg juist weer te concentreren. Neemt de Minister hiermee niet hele grote risico's?

De houtskoolschets gaat uit van het opzetten van spoedhulpdiensten en het reduceren van het aantal ziekenhuizen met een SEH en IC. De leden van de CDA-fractie vragen of voor een dergelijk scenario is nagedacht over de financiële consequenties voor het vastgoed van de ziekenhuizen die moeten afschalen en de kosten die moeten worden gemaakt om de spoedhulpdiensten in de regio op te zetten en bij andere ziekenhuizen de IC-capaciteit uit te breiden. Deze leden vragen tevens op welke manier de houtskoolschets het huidige mandaat en de huidige afspraken over de governance in de ziekenhuissector bewaakt. Wordt er een scenario uitgewerkt waarbij de transformatie van de acute zorg plaatsvindt vanuit een integrale benadering en regionale samenwerking?

In de integrale spoedhulpdiensten die in de houtskoolschets worden voorgesteld zouden huisartsen en ziekenhuisspecialisten moeten gaan samenwerken. De leden van de CDA-fractie stellen juist dat de duidelijke scheiding tussen die twee goed werkt. Een huisarts handelt immers terughoudend totdat duidelijk is dat er echt iets met een patiënt aan de hand is, een medisch specialist doet juist onderzoek totdat hij medische problemen bij een patiënt kan uitsluiten. Deze leden vragen of de Minister met hen van mening is dat hiermee mogelijk de ziekenhuiszorg de huisartsenzorg zal gaan verdringen en dat dit zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid niet ten goede zal komen.

Mensen kunnen wel omgaan met verandering als ze comfort krijgen dat het anders maar nog steeds goed wordt georganiseerd. Een spoedpost betekent echter dat er minder expertise aanwezig is. De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt geborgd dat mensen adequaat worden opgevangen, gediagnosticeerd en gestabiliseerd.

De leden van de CDA-fractie constateren wel met tevredenheid dat de motie van het lid Van den Berg over één nationaal spoednummer voor niet levensbedreigende acute zorgvragen (Kamerstuk 35 300-XVI, nr. 46) in de houtskoolschets wordt overgenomen. Deze leden vragen echter wel welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat er meer zelfverwijzers komen door invoering van dit centrale nummer. Hoe wordt de triage hierbij vormgegeven? Wordt overigens ook overwogen om de meldcentra hun triagedata te laten delen, zodat met behulp van ervaringen en kunstmatige intelligentie de triage in de toekomst nog veel scherper te krijgen is?

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte welke aanpassingen er aan de houtskoolschets zijn gemaakt naar aanleiding van alle ervaringen uit de coronacrisis.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg, waar voormalig Minister voor Medische Zorg Bruins veelvuldig naar verwees. Deze leden ontvangen graag op diverse punten nadere onderbouwing van denkrichtingen, voorgenomen keuzes of punten waarop de houtskoolschets nu eigenlijk nog erg op de vlakte blijft. Zij hebben in dit verband nog verschillende vragen. Hopelijk worden met de beantwoording de precieze contouren en implicaties van de houtskoolschets helderder.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister een aantal vraagstukken ziet voor het acute zorglandschap, bijvoorbeeld dat de acute zorg thuis niet groots wordt opgepakt. Wat bedoelt de Minister hiermee? Kan zij aangeven op welke onderdelen zij vindt dat de acute zorg thuis niet groots wordt opgepakt? Wie is daar in haar optiek verantwoordelijk voor?

De leden van de D66-fractie hebben voorts vragen over de opzet van de houtskoolschets. Deze leden lezen dat ervoor is gekozen «eigenlijk andersom» te werken, waarbij met de houtskoolschets eerst een toekomstbeeld wordt geschetst en vervolgens gaat worden uitgewerkt hoe het ministerie daar, met betrokkenen, gaat komen. Deze leden lezen tevens: «De vernieuwde inrichting en financiering van de acute zorg die we in dit stuk beschrijven zullen we verder moeten uitzoeken en onderbouwen. Simpel gezegd: we hebben meer feiten en cijfers nodig en meer inzicht in de daadwerkelijk effecten in de praktijk». Vooropgesteld: deze leden onderschrijven dat het waardevol is dat er een schets ligt voor de acute zorg, die als vertrekpunt kan dienen voor de discussie over een toekomstbestendige acute zorg. Maar dit heeft wel lang geduurd. Bij het lezen van deze aanpak vragen deze leden zich dan ook af: wat waren de nadelen geweest van de gebruikelijke route, waarbij je eerst mede aan de hand van data de precieze problemen analyseert om vervolgens tot een visie te komen? Was dit niet mogelijk in hetzelfde tijdsbestek? In hoeverre is de voorgestelde inrichting van de acute zorg nu onderbouwd aan de hand van data, zowel met betrekking tot de probleemschets als de oplossingsrichtingen? In hoeverre is er rekening gehouden met de financiële en juridische implicaties van voorstellen? Bestaat door de gekozen aanpak niet het risico dat straks bij de nadere uitwerking zich onoverkomelijke knelpunten voordoen, die tot ingrijpende aanpassing van de nu geschetste visie leiden? Hoe wordt de Kamer betrokken in het verdere proces van visieontwikkeling op dit punt? Deze leden vragen dat mede omdat ingrijpende onderdelen zoals de financiering en regie nu nog nagenoeg niet zijn uitgewerkt, zoals ook blijkt uit de verhouding ten opzichte van de rest van de schets. Kan de Minister tevens toelichten met welke externe partijen is gesproken voor het opstellen van de houtskoolschets?

De leden van de D66-fractie constateren dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is meegenomen in deze houtskoolschets. Kan de Minister schematisch weergeven hoe de bestaande crisisstructuur en acute zorg van de ggz aansluiten op deze houtskoolschets? Zijn er voornemens om naar aanleiding van deze houtskoolschets aanpassingen te doen in de bestaande structuur van acute zorgverlening in de ggz? Zo ja, is dit wenselijk en hoe zien deze aanpassingen er vervolgens uit? De Staatssecretaris voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft tijdens een algemeen overleg van 8 juni jl.<sup>1</sup> over de ggz gemeld dat hij bezig is met een visie op de ggz. Hoe verhoudt deze visie zich tot de houtskoolschets acute zorg?

De leden van de D66-fractie lezen in paragraaf 2.2. dat het in de avond- en nachturen op veel spoedeisende hulplocaties en huisartsenposten te stil is, waar het op andere momenten erg druk is en ook steeds vaker «stops» nodig zijn. Door de krapte op de arbeidsmarkt kunnen we dit ook niet zo blijven organiseren, lezen deze leden. Zij zien zelf ook graag dat waar mogelijk beide voorkomen worden. Maar in hoeverre is het mogelijk wat aan die stilte te doen, zo vragen zij. Is het niet zo dat het, ongeacht de vormgeving, inherent is aan de acute zorg dat de toestroom van patiënten onregelmatig is? En dat het in de avond rustig kan zijn, maar voor levensbedreigende gevallen toch expertise in huis aanwezig moet zijn?

<sup>1</sup> Kamerstuk II, vergaderjaar 2019/2020, 25 424, nr. 547

Juist om deze reden wordt toch door de Minister en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving nagedacht over een bekostiging op basis van beschikbaarheid? In hoeverre kan de (op hoofdlijnen) voorgestelde inrichting van het acute zorglandschap bijdragen aan het verkleinen van de verschillen in toestroom van patiënten?

De leden van de D66-fractie zien voorts graag een reflectie op de beschreven krapte op de arbeidsmarkt in de acute zorg. Deze leden constateren dat ondanks het advies van het Capaciteitsorgaan om flink meer op te leiden en ondanks de kostendeckende financiering vanuit het ministerie, ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid. Kan de Minister nader ingaan op de oorzaken daarvan? Wat draagt deze schets bij aan het verhelpen of verkleinen van het arbeidsmarktprobleem in de acute zorg? Wanneer komt de Minister met concrete maatregelen, specifiek toegesneden op de acute zorg? Kan de Minister een parallel trekken met het bestaande brede Actieprogramma Werken in de Zorg? En kan de Minister ingaan op de onverminderd hoge uitstroom van medewerkers ondanks dit programma? Vooralsnog lezen deze leden slecht een abstracte analyse over mogelijke oplossingen zoals het «anders beleggen van de verantwoordelijkheden, het inzetten op meer en anders opleiden». Graag ontvangen zij concretere actiepunten.

De leden van de D66-fractie kunnen zich goed vinden in het geschetste beeld in hoofdstuk 3 over het zo veel mogelijk voorkomen van acute zorg. Voorkomen is beter dan genezen. Voor deze leden is dit een leidend uitgangspunt, ook in het zorg-hoofdstuk van hun verkiezingsprogramma. Als we willen voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op de acute zorg, is het van groot belang dat wordt ingezet op zaken als valpreventie, respijtzorg en een goede samenwerking tussen het sociale en medische domein. Wel vragen deze leden zich na het lezen van dit hoofdstuk af: welke rol ziet de Minister daarbij voor zichzelf weggelegd? Hoe wil de Minister de verschillende elementen die worden genoemd in dit hoofdstuk concreet mogelijk maken, ondersteunen of aanjagen? Hoe staat de Minister tegenover het idee om valpreventie landelijk op te schalen, ook naar plekken waar dit nu nog niet wordt aangeboden?

De leden van de D66-fractie hebben bij het lezen van hoofdstuk 4 over de inrichting van het nieuwe acute zorglandschap de nodige vragen, allereerst over meer acute zorg thuis. Deze leden lezen onder meer: «Of denk aan ambulancepersoneel dat thuis langskomt, de patiënt behandelt en weer terugrijdt naar de standplaats.» Is een dergelijke suggestie reëel, gelet op de arbeidsmarktproblematiek en de aanrijtijden die nu in sommige regio's al behoorlijk onder druk staan? Hoe verhoudt het geschetste beeld over meer acute zorg thuis zich in algemene zin tot de arbeidsmarktproblematiek in de acute zorg? Voorts lezen deze leden dat het een nieuwe en gewenste ontwikkeling zou zijn dat er naast acute intramurale crisisplekken ook acute crisisteams komen die hulp of zorg bij ouderen thuis kunnen opschalen als de oudere niet zonder toezicht thuis kan blijven wonen. Is dit een taakverzwaring, of vraagt dit om het aantrekken van nieuw personeel?

De leden van de D66-fractie hebben tevens vragen over de regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorgvragen. Het geschetste beeld dat mensen nu vaak niet weten waar ze heen moeten voor een (semi-)acute zorgvraag, wie dat bepaalt, hoe het financieel geregeld is en welk nummer ze moeten bellen, is deze leden niet onbekend. De regionale zorgmeldkamer voor niet levensbedreigende acute zorgvragen zou in dat opzicht wellicht uitkomst kunnen bieden. Deze leden vragen zich alleen af hoe de Minister er zorg voor zou willen dragen



dat dit nummer goed landelijk bekend wordt. En vooral: hoe wil de Minister zorgen dat mensen dit nummer daadwerkelijk gaan gebruiken? Bestaat niet het risico dat mensen toch gewoon 112 bellen voor een ambulance als iemand bijvoorbeeld zijn of haar been heeft gebroken? Denkt de Minister in dit kader aan een campagne? Hoe denkt de Minister het gewenste gedragseffect te stimuleren om een dergelijke zorgmeldkamer daadwerkelijk tot een succes te maken? Voorts zijn deze leden benieuwd hoe de zorgmeldkamers praktisch te realiseren zijn. Aan hoeveel meldkamers denkt de Minister, is hier nieuw personeel voor nodig en hoe wil de Minister dit bewerkstelligen, gelet op de arbeidsmarkttekorten? Wil de Minister het aantal fte voor de 112-meldkamer afschalen? Verwacht de Minister dat triagisten en ander personeel interesse hebben in deze meldkamers, ten opzichte van hun huidige werk dat ziet op levensbedreigende acute zorgvragen? Deze leden steunen het idee om bij de mogelijk op te richten regionale zorgmeldkamers ook ggz zorgprofessionals te betrekken. Zij willen benadrukken dat het belangrijk is om integraal te kijken naar de problemen die niet altijd duidelijk psychisch of somatisch van aard zijn. Hoe verhouden de regionale zorgmeldkamers zich tot de meldkamers die aanwezig zijn bij crisisdiensten? Zou triage voor ggz daadwerkelijk gaan plaatsvinden in de regionale meldkamer of worden mensen direct doorverbonden met een lokale crisisdienst? Niet alle spoedvragen vragen direct hulp van een crisisdienst, maar de reguliere ggz is niet altijd tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW) beschikbaar. Toch stelt de Houtskoolschets dat de regionale meldkamer ggz-professionals ambulante kan inzetten. Hoe zou ervoor worden gezorgd dat ambulante ggz-professionals kunnen worden ingezet tijdens de ANW-uren en wat is daarbij de rol van de meldkamer?

De leden van de D66-fractie hebben voorts verschillende vragen over het voorstel voor een goede spreiding van integrale spoedposten en de verhouding tot het onlangs verschenen advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm in de spoedzorg. Deze leden begrijpen dat er, zeker met de toenemende kwaliteitseisen, een transitie gaande is in het medisch zorglandschap voor wat betreft spoedeisende hulpen en spoedposten. Zorgkwaliteit is leidend. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis biedt bij een levensbedreigende situatie niet altijd de beste overlevingskansen en wordt daarom in de praktijk ook al geregeld voorbij gereden, bijvoorbeeld omdat in een ander ziekenhuis specifieke expertise aanwezig is. Het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm onderstreept dit. Kan de Minister reflecteren op het advies van de Gezondheidsraad en de implicaties die dit heeft voor de nadere uitwerking van de Houtskoolschets? De Gezondheidsraad concludeert dat er geen medisch-wetenschappelijke argumenten zijn voor het aanhouden van deze norm voor ziekenhuisspreiding ten behoeve van acute zorg. Er is eerder sprake van kritieke tijdsintervallen dan een eenduidige limiet. Bevestigt dit volgens de Minister dat niet ieder ziekenhuis over een spoedeisende hulp zou hoeven te beschikken, maar dat een spoedpost soms ook kan volstaan? Is de Minister voornemens de 45-minutennorm los te laten op basis van dit advies? Komt hier een nieuwe norm of nieuwe normen voor in de plaats? Geven de kritieke tijdsintervallen die de Gezondheidsraad benoemt anderzijds niet ook aan dat afstand enige rol blijft spelen? Deelt de Minister in het licht van het advies van de Gezondheidsraad de mening dat de aanrijtijd van ambulances en de zorg ter plekke belangrijker is dan de precieze afstand en rijtijd tot aan het dichtstbijzijnde ziekenhuis? Zo ja, hoe wil de Minister concreet inzetten op een verbetering van de aanrijtijden van ambulances? Welke mogelijkheden ziet de Minister daarnaast om meer hoogwaardige zorgverlening op locatie mogelijk te maken?

De leden van de D66-fractie ontvangen verder graag een nadere concretisering van het idee voor een goede spreiding van integrale spoedposten. Hoeveel spoedposten heeft de Minister ruwweg voor ogen? Op hoeveel plekken zou de Minister willen dat een spoedeisende hulp op termijn een spoedpost wordt? En binnen welke termijn heeft zij de geschetste transitie voor ogen? Deze leden begrijpen dat de spoedpost ergens tussen een huisartsenpost en spoedeisende hulp zit qua faciliteiten. Wat betekent dit voor de bekostiging en het benodigde personeel? Welke schotten zouden concreet moeten worden weggenomen? Hoe denkt de Minister verder tot overeenstemming te kunnen komen met veldpartijen over de vraag waar een spoedeisende hulp komt of mag blijven, en waar een spoedpost? Deze leden lezen dat dit per regio zal moeten worden bepaald. Is de Minister voornemens dit zelf te bepalen en af te dwingen of over te laten aan het veld? En wie dan binnen het veld? Kortom, wie krijgt de regie voor nadere uitwerking van deze plannen? Kan de Minister tevens ingaan op de financiële consequenties die een overstap van spoedeisende hulp naar spoedpost teweegbrengt voor ziekenhuizen? Kan dit in sommige gevallen aanzienlijke positieve of negatieve financiële gevolgen hebben?

De leden van de D66-fractie vinden het positief dat in de schets van de Minister ook mensen met psychische klachten terecht kunnen bij integrale spoedposten. Deze leden zien wel een risico voor deze patiënten als de spoedposten geïntegreerd zijn met ziekenhuizen. Er bestaat dan immers een kans dat mensen met psychische klachten worden doorverwezen naar een spoedeisende hulp in plaats van adequate zorg vanuit een crisisdienst. Soms is deze doorverwijzing gelegitimeerd en deze leden zijn het eens met de Minister dat de samenwerking kan zorgen voor minder stigmatisering en het verbeteren van samenwerking tussen verschillende disciplines. Denkbaar is echter wel dat er situaties zijn waarin patiënten met psychische klachten teveel prikkels ervaren op een spoedeisende hulp en dat er belastende en overbodige somatische diagnostiek wordt verricht. Hoe wordt voorkomen dat deze patiënten onterecht op een spoedeisende hulp van een ziekenhuis komen? Wat zijn de verhoudingen tussen de crisisdienst en de spoedeisende hulp in deze situatie?

De leden van de D66-fractie constateren dat hoofdstuk 5 over de randvoorwaarden van de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap tamelijk abstract is. Op het punt van gegevensuitwisseling lezen deze leden niets anders dan reeds is afgesproken door de Kamer en Minister. Is zij nog van plan de bakens te verzetten op het punt van gegevensuitwisseling in de acute zorg. Zo ja, hoe? Daarnaast delen deze leden het uitgangspunt dat er glasheldere en handhaafbare normen moeten komen. Wat betekent dit in de praktijk? Komen er nieuwe normen op het gebied van bereikbaarheid en beschikbaarheid? En hoe zit het met de bestaande kwaliteitskaders in de acute zorg? Wil de Minister dat deze worden herzien?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister hint op een belangrijke rol voor de grootste of grootste twee verzekeraars en het ROAZ. Welke rol ziet de Minister voor zichzelf weggelegd? Wie zou volgens de Minister in de lead moeten zijn? Hoe voorkomen we dat het bij een schets voor de acute zorg blijft en er de komende jaren uiteindelijk te weinig werkelijke stappen naar een toekomstbestendige acute zorgketen worden gezet? Naast de vraag wie de regie krijgt, is het deze leden ook nog niet duidelijk hoe de financiering zou moeten worden vormgegeven en welke financiële impact de plannen (ruwweg) hebben. Kan de Minister dit nader toelichten? Deze leden lezen dat uit een aantal gesprekken met mensen uit de praktijk naar voren kwam dat betalen voor beschikbaarheid en integrale financiering draagvlak heeft. Welke mensen zijn dit?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister voorts in te gaan op de relatie van de houtskoolschets met het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) getiteld «Van deelbelangen naar gedeeld belang. Een handreiking voor regie op toegankelijke acute zorg». Waar zitten de raakvlakken en op welk punt wijkt deze schets juist af van het advies van de RVS? Kan de Minister tevens aangeven hoe zij tegenover de uitwerking van een betaling op basis van beschikbaarheid in dit advies kijkt? Deze leden lezen in de schets dat er oog moet blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te leveren. Hoe wil de Minister dit borgen? Deze leden zien als potentieel risico van financiering op basis van beschikbaarheid dat het financieel lonend wordt om patiënten sneller door te geleiden naar een afdeling in het ziekenhuis waar niet op basis van beschikbaarheid maar op basis van behandeling wordt gefinancierd. Deelt de Minister dit?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de door de Minister voor Medische Zorg gemaakte houtskoolschets over de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg. Deze leden zijn verheugd nu voor het eerst van gedachten te kunnen wisselen over het gepresenteerde discussiestuk.

De eerste analyse, ook wel de noodzaak voor de houtskoolschets, is volgens de leden van de GroenLinks-fractie symptomatisch voor het doorgeslagen marktdenken in de zorg: het is vaak te druk of te stil op de spoedeisende hulp. Het voordeel van marktwerking zou toch moeten zijn dat vraag en aanbod zo efficiënt mogelijk verdeeld zouden worden, als het ware gestuurd door een onzichtbare hand? Als het regelmatig te druk of juist te stil is, dan kan wel geconcludeerd worden dat, ten minste voor de acute zorg, marktwerking niet het beste sturingsprincipe is. Om wel goed te kunnen sturen, eenduidig te kunnen financieren en samenwerking te stimuleren moeten er strakke afspraken worden gemaakt in de regio tussen alle partijen en een of twee zorgverzekeraars. Klopt het dat daarmee eigenlijk regionale acute zorgtafels worden gerealiseerd? Zou dat niet ook een goed systeem zijn voor planbare zorg? Veel van de problemen binnen de acute zorgketen, zoals een tekort aan werknemers, weinig slimme zorg thuis en samenwerking binnen de keten, spelen toch ook binnen de rest van de zorg?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de houtskoolschets dat er een of twee verzekeraars aan de regionale acute zorgtafels komen te zitten en dat er van de rest van de verzekeraars congruent gedrag wordt verwacht. Op welke manieren kan dat congruent gedrag worden afgedwongen? Ook vragen deze leden wat in de ogen van de Minister de voor- en tegenargumenten zijn van een systeem met één verzekeraar en van een systeem met twee verzekeraars. Tevens vragen zij hoe de Minister zich de contractering en verdeling van de budgetten voor zich ziet. Worden de budgetten verdeeld aan dezelfde tafel waar strakke afspraken worden gemaakt over de organisatie van de acute zorg of moeten de verschillende aanbieders van acute zorg individueel afspraken maken met de grootste verzekeraar (of grootste twee verzekeraars)?

Met betrekking tot de financiering op basis van beschikbaarheid hebben de leden van de GroenLinks-fractie nog een enkele vraag. Op zich lijkt het logisch om de financiering in de hele acute keten in bepaalde mate te harmoniseren, waarbij de acute zorg dus net zoals de ambulancezorg op basis van beschikbaarheid wordt betaald. Deze leden vragen zich wel af hoe de budgetten dan worden bepaald. Worden de tarieven dan door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaald of moeten de zorgaanbieders

en verzekeraars daar onderling uit komen? Als de tarieven door de NZa worden bepaald, wat wordt dan precies de rol van de verzekeraars? Of wordt het net zoals bij de ambulancevoorziening, waar deels op basis van productie en deels op basis van beschikbaarheid wordt betaald?

De leden van de GroenLinks-fractie zouden ook graag zien dat de financiële schotten binnen de zorg worden afgebroken en zien ook wel de potentie van strakke afspraken binnen het ROAZ met een of twee verzekeraars. Toch maken deze leden zich zorgen over een potentieel nieuw schot. Binnen de houtskoolschets lijken de acute zorg en de electieve zorg nu gescheiden, waarbij de afspraken binnen de regio alleen worden gemaakt door partners binnen het ROAZ. Toch zijn de meeste partijen in het ROAZ ook zorgaanbieders die andere zorg verlenen. Is er met het huidige systeem dan niet de mogelijkheid dat er een nieuw schot wordt gecreëerd tussen planbare en acute zorg? In hoeverre kan dat volgens de Minister schadelijk zijn, aangezien de acute en planbare zorg toch ook vaak in elkaars verlengde liggen?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook nog een vraag over de verhouding tussen ziekenhuizen en integrale spoedposten. Het zijn vaak mensen met chronische aandoeningen die acuut zorg nodig hebben. Zolang spoedposten verbonden zijn aan ziekenhuizen, zijn er ook specialisten in huis die specifieke expertise hebben en de acute zorgvraag in het perspectief van het langere behandeltraject van de zorgvrager kunnen plaatsen. Hoe blijven de integrale spoedposten verbonden met de ziekenhuizen? Of zijn deze in principe altijd gevestigd in een ziekenhuis?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich ook af hoe de verdeling van integrale spoedposten zich verhoudt tot het ziekenhuislandschap. Er zijn nu ruwweg twee manieren om in een ziekenhuis opgenomen te worden. De eerste is via een verwijzing van de huisarts voor niet-acute zorg en de tweede is via de spoedeisende hulp. Op het moment dat ziekenhuizen hun spoedeisende hulp verliezen, kan dat grote gevolgen hebben voor de financiële gezondheid van zo'n ziekenhuis. Hoe wordt de koppeling gemaakt binnen het systeem in de houtskoolschets en het ziekenhuislandschap en blijven de ziekenhuizen in de regio behouden? In de houtskoolschets wordt ook een concentratie van SEH-locaties geschetst, met een reductie van het aantal ziekenhuizen met een SEH en een IC. Kunnen al deze ziekenhuizen in de regio wel blijven bestaan als ze mogelijk hun SEH en IC verliezen? Welke waarborgen kunnen hiervoor worden ingebouwd?

In de houtskoolschets acute zorg valt te lezen dat er ook meer acute zorg thuis verleend moet worden. Hierbij moet worden gedacht aan een wijkverpleegkundige en een verloskundige die bij de cliënt thuis komen. De leden van de GroenLinks-fractie onderschrijven dat het fijn kan zijn voor de zorgvrager als de zorgverlener naar zijn of haar huis komt. Toch vragen deze leden zich af in hoeverre dit haalbaar is. Zoals ook in de houtskoolschets staat beschreven, is de arbeidsmarktproblematiek een van de knelpunten binnen de acute zorg. Zijn er wel voldoende zorgverleners en hebben die wel voldoende tijd om bij zorgvragers thuis langs te gaan? Wat is er extra nodig aan verloskundigen en wijkverpleegkundigen om deze functie binnen het voorgespiegelde acute zorglandschap te kunnen vervullen? Hoe verhoudt zich acute zorg thuis qua kosten tot acute zorg op een spoedpost? Op een spoedpost zijn er natuurlijk extra materiële kosten, maar kan wel efficiënter met personeel omgegaan worden.

Een belangrijk deel van de Houtskoolschets acute zorg gaat over het voorkomen van acute zorg. De leden van de GroenLinks-fractie vinden het sowieso een goed idee om in te zetten op het voorkomen van acute zorg. In de houtskoolschets staat dat de samenwerking tussen het sociaal domein en het medische domein goed moet zijn om een deel van de acute zorg te voorkomen. Nu valt alleen de planbare zorg vanuit het medische domein, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning niet onder de acute zorg. Op welke wijze zullen deze aanbieders van zorg wel betrokken worden bij de overleggen van het ROAZ en hoe wordt deze samenwerking gefinancierd? Of worden er bij het ROAZ ook afspraken gemaakt om acute zorg te voorkomen met partijen die daar dan een rol in spelen?

Mocht acute zorg niet voorkomen kunnen worden, dan is goede triage belangrijk, zo valt te lezen in de houtskoolschets. Hierover hebben de leden van de GroenLinks-fractie nog wel een aantal vragen. Hoewel één landelijk nummer een hoop onduidelijkheid kan voorkomen, kan het ook in de weg staan voor ouderen die al weten welke zorgverlener ze moeten hebben. Kunnen bijvoorbeeld ouderen in dat nieuwe systeem ook nog direct contact opnemen met zorgverleners, of is het de bedoeling dat er altijd naar het ene nummer wordt gebeld?

In de houtskoolschets staat dat de werkzaamheden van de zorgverleners kunnen veranderen bij de voorgestelde wijzigingen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich daarom af in hoeverre zorgverleners zelf zijn betrokken bij het maken van de houtskoolschets. Specifiek: zijn vertegenwoordigers van huisartsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, spoedeisendehulpartsen, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en geriateren geraadpleegd? Zo ja, hoe keken zij tegen de voorgestelde veranderingen aan? In andere woorden, als acute zorg wordt georganiseerd zoals in het houtskoolschets is voorgesteld, worden zorgverleners dan beter in staat gesteld om goede zorg te verlenen of voorzien zorgverleners zelf nu al knelpunten en hoe wordt dan aan deze knelpunten tegemoetgekomen?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. Deze leden hebben naar aanleiding van deze houtskoolschets alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

#### *Samenvatting*

De leden van de SP-fractie vinden het een goede stap dat er serieus nagedacht wordt over de toekomst van de acute zorg qua inrichting en financiering. Wel vragen deze leden wat er precies gedaan wordt met de ontvangen reacties in de consultaties. Hoe worden deze reacties precies gewogen? Wie neemt de uiteindelijke beslissing? Is het een vorm van «de meeste stemmen winnen»? Zijn bepaalde mogelijke veranderingen/suggesties al bij voorbaat uitgesloten/geen optie?

#### *Betalen voor beschikbaarheid in de regio*

In de houtskoolschets wordt aangegeven: «We vinden dat acute zorg een cruciale voorziening is en hechten veel waarde aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg, daarom kijken we of betalen voor beschikbaarheid van bepaalde acute zorgvoorzieningen een logische route is». Wordt dit dan een onderwerp in de consultatie of wordt hierbij een ander pad belopen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Welke partij wordt hier precies bedoeld met «we»?

### *1.1 De houtskoolschets is een discussiestuk*

Op een aantal plaatsen in de houtskoolschets wordt verwezen naar de geleerde lessen van de coronacrisis. Welke COVID-19-lessen zijn of worden meegenomen in de uitwerking, zo vragen de leden van de SP-fractie.

### *2.1 We kunnen niet niks doen*

Er worden verschillende belangrijke randvoorwaarden benoemd. De zorg moet bijvoorbeeld kwalitatief goed én betaalbaar zijn. De leden van de SP-fractie zijn in dit kader benieuwd welke weging tussen deze twee randvoorwaarden gemaakt zal worden. Hoe krijgt deze weging vorm?

### *3.2 Samenwerking tussen het sociaal en het medisch domein*

In deze paragraaf wordt de «wijkkliniek» geopperd. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting op dit idee. Komt er dan in iedere wijk een dergelijke wijkkliniek? Wie werken er in de wijkkliniek? Hoe wordt in dit kader gedacht over het oprichten van Zorgbuurthuizen (zoals door de SP voorgesteld)? Wordt deze optie expliciet meegenomen in de verdere uitwerkingen? Wat is op dit onderwerp trouwens de voortgang? Zitten er als Zorgbuurthuizen in de pijpleiding? En hoe zit het bijvoorbeeld met wetswijzigingen die nodig worden geacht?

### *4.3 Regionale zorgmeldkamers voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen*

Als één van de pijlers voor de inrichting van het acute zorglandschap wordt genoemd de «regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg». De leden van de SP-fractie vragen zich af of dit een wenselijke ontwikkeling is wanneer er één centraal nummer komt voor alle niet-levensbedreigende acute zorgvragen in plaats van alle nu bestaande nummers. We hebben nu immers de huisarts en huisartsenposten om de ernst te beoordelen als iets in eerste instantie minder spoedeisend is naast 112. Gaat er geen nieuwe verwarring ontstaan voor gebruikers van respectievelijk dit nummer en 112? Is het niet wenselijker meer te investeren in de bereikbaarheid van de huisartsen en huisartsenposten dan weer iets nieuws te bedenken? Wat vinden de hulpverleners die de zorg moeten leveren en de patiënten die de zorg moeten ontvangen nu van al deze plannen?

### *4.4 Een goede spreiding van integrale spoedposten*

In deze paragraaf wordt beschreven dat veel meer acute zorg voorkomen kan worden of thuis kan plaatsvinden. Kan het verwachte «veel meer» nader gespecificeerd/gekwantificeerd worden, zo vragen de leden van de SP-fractie. Welk deel van de acute zorg kan voorkomen dan wel naar thuis verplaatst worden?

Er worden veel plannen beschreven rondom de spoedposten en de spoedeisende hulp. Aangegeven wordt dat de huisartsenpost zoals die nu bestaat zal verdwijnen, maar dat de zorg die daar geleverd niet zal verdwijnen. Waarom precies is het idee om de huisartsenposten geheel te schrappen in plaats van een betere samenwerking? De leden van de SP-fractie vragen wat de gevolgen hiervan zijn als het gaat om aantallen, beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende hulpposten.

Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat tussen locaties/regio's verschillende afspraken kunnen gelden qua aantallen spoedeisende hulpdiensten, reisafstanden of reistijden? Er zal toch wel een minimale landelijke eis gaan gelden? Kan in ieder geval gegarandeerd worden dat er niet meer spoedeisende hulpdiensten gesloten worden?

#### *4.10 De zorgprofessional in het acute zorglandschap*

Alle wijzigingen zoals beschreven in de houtskoolschets zullen zonder twijfel leiden tot een veranderende rol voor de zorgprofessionals, zo menen de leden van de SP-fractie. Aangegeven wordt dat nog niet goed ingeschat kan worden wat de invloed is van de wijzigingen op de vraag naar personeel. Kan er al wel iets gezegd worden over de verwachte veranderingen met betrekking tot de druk op personeel (de werkdruk)?

#### *5.2 Data moet stromen*

Een punt dat de coronacrisis ons heeft geleerd is dat er weinig inzicht is in de (beschikbare) capaciteit van verschillende ziekenhuizen. Voor de ideeën uit de houtskoolschets is een goed inzicht hierin erg belangrijk. De leden van de SP-fractie vragen hoe dit brede inzicht in beschikbare capaciteit vergroot wordt.

#### *5.3 Glasheldere en handhaafbare normen*

De leden van de SP-fractie zijn zeer benieuwd naar de uitkomsten van het onderzoek van de Gezondheidsraad naar de vraag of er een relatie bestaat tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is. De leden vragen om een uitgebreide aparte reflectie op dit rapport, waarin ook de analyses van de SP op dit punt worden meegenomen<sup>2</sup>.

#### *5.5 Strakke afspraken in de regio*

De leden van de SP-fractie delen de opvatting dat de zorgvraag per regio kan verschillen en het aanbod daarop aangepast moet worden. Wel vragen deze leden in hoeverre de zorg tussen de verschillende regio's kan en mag verschillen. Zijn hier reeds ideeën over?

Aangegeven wordt dat zorgverzekeraars via de contractering een stuwende rol kunnen spelen. De leden van de SP-fractie vragen zich af of, nu de hele toekomst van de acute zorg vormgegeven dient te worden en onderwerp is van discussie, ook de rol van de zorgverzekeraars onderwerp van discussie is en of de zorgverzekeraar kan veranderen of zelfs verdwijnen. Is in deze discussie ook de rol van de zorgverzekeraar onderwerp van gesprek of wordt die als vast gegeven gezien?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. Deze leden onderschrijven het doel van de houtskoolschets, namelijk het toegankelijk en betaalbaar houden van kwalitatief hoogwaardige acute zorg. Zij hebben een aantal vragen die zij graag beantwoord zien.

De voorstellen in de houtskoolschets beogen problemen als onnodig gebruik van acute zorg, onduidelijkheid over het juiste loket, personeelstekort en verbetering van samenwerking op te lossen. Heeft herinrichting

<sup>2</sup> SP, 20 januari 2020, «Een ziekenhuis dichtbij in 20 minuten» (<https://www.sp.nl/rapport/2020/ziekenhuis-dichtbij-in-20-minuten>).

de voorkeur ten opzichte van het aanpakken van deze problemen binnen het huidige systeem? Is onderzocht hoe het instellen van één landelijk noodnummer in Nederland zal gaan werken? Is daarbij rekening gehouden met de ervaringen in Denemarken, waarbij het instellen van een noodnummer leidde tot een toename van SEH-bezoek, of in het Verenigd Koninkrijk, waar het aantal zelfverwijzers is gestegen? Wat is de verwachting voor Nederland? In hoeverre draagt deze herinrichting van het systeem van acute zorg bij aan het oplossen van personeelstekorten in de acute zorg? Op welke wijze zullen de voorgestelde veranderingen hieraan bijdragen? Welke cijfers liggen hieraan ten grondslag? Welke impact zullen de voorgestelde ontwikkelingen hebben op het aantal benodigde gespecialiseerde verpleegkundigen, triagisten en huisartsen? In hoeverre maken de voorgestelde ontwikkelingen het werken in de zorg aantrekkelijker? In hoeverre hebben zorgmedewerkers input geleverd voor de voorliggende schets? In hoeverre kunnen zorgmedewerkers meepraten over de verdere uitwerking van de houtskoolschets?

In de houtskoolschets wordt meerdere malen de belangrijke taak van triagisten benoemd. Hoe zal de regionale zorgmeldkamer worden ingericht? Kan precies worden aangegeven hoe de triagisten te werk gaan? Is het de bedoeling dat de Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt gebruikt? Hoe wordt rekening gehouden met het feit dat de kwaliteit van deze standaard niet altijd even goed is? Hoe zal worden voorkomen dat overtriage plaatsvindt, met hogere patiëntaantallen en overbelasting van huisartsenposten, of dat bij oudere patiënten die klachten vaak atypisch presenteren, juist ondertriage plaats vindt? Zal nog worden onderzocht welke wijze van triage optimaal is en welke zorgprofessionals het beste kunnen worden ingezet? Zo nee, waarom niet?

In hoeverre zijn de ervaringen van de corona-crisis meegenomen in de totstandkoming van de houtskoolschets?

In de houtskoolschets wordt voorgesteld om acute zorg verder te concentreren in spoedposten en SEH-posten. Acute zorg zal in minder ziekenhuizen plaats vinden. Wat zullen de gevolgen zijn voor patiënten in rurale gebieden en krimpregio's? In hoeverre wordt hier prioriteit gegeven aan de doelmatigheid en efficiëntie van de acute zorg in plaats van aan de beschikbaarheid van acute zorg? Hoe zal worden voorkomen dat een toenemende concentratie van spoedzorg leidt tot «witte vlekken» in Nederland, plekken waar de afstand tot spoedzorg langer wordt dan de norm van 45 minuten? In de houtskoolschets staat omschreven dat nog moet worden bepaald waar spoedposten komen, hoeveel per regio, met welke openingstijden en hoe zij worden ingericht. Hoe zal dit worden bepaald? Betekent verdere concentratie van spoedposten dat meer mensen een langere afstand moeten afleggen naar de dichtstbijzijnde spoedpost? Hoe zal dit bijdragen aan de patiënttevredenheid? Hebben patiënten kunnen bijdragen aan de houtskoolschets? Zo ja, op welke wijze?

In hoeverre zal een verdere concentratie van de bevallingszorg eraan bijdragen dat er «witte vlekken» ontstaan met betrekking tot bevallingszorg? Hoe denkt de Minister bevallingszorg toegankelijk te houden voor vrouwen in dunbevolkte regio's? Zal een verdere concentratie van bevallingszorg ertoe leiden dat de keuzevrijheid van vrouwen om zelf te bepalen hoe en waar zij willen bevallen in het geding komt? In de schets staat benoemd dat wanneer eigen bijdrage voor bevallen in het ziekenhuis of in een geboortecentrum deze beweging in de weg staat, gekeken moet worden naar een oplossing. Wat voor een oplossing wordt hier bedoeld?



Is bij de totstandkoming van de houtskoolschets voldoende rekening gehouden met het feit dat acute zorg ook chronische zorg is die niet enkel via de SEH, huisartsenpraktijk of spoedpost wordt behandeld? In hoeverre wordt rekening gehouden met het feit dat het merendeel van de patiënten op de SEH een onderliggende chronische ziekte heeft en dat de acute klachten gezien kunnen worden als een verslechtering van de chronische ziekte? De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het voor een toekomstbestendige zorgstelsel essentieel is dat dit zo wordt ingericht dat een acute zorgvraag niet op zichzelf wordt behandeld, maar altijd wordt gezien binnen het behandeltraject van een chronische patiënt. In hoeverre wordt hier rekening mee gehouden?

Hoe wordt de rol van regiebehandelaar gezien binnen deze houtskoolschets? Er kan een toename verwacht worden van oudere patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie, die soms ook met een combinatie van sociale factoren of psychische problemen te maken hebben. Een regiebehandelaar zou voordelen kunnen hebben als aanspreekpunt. In hoeverre zou deze regietaak ook bij medisch specialisten kunnen worden neergelegd? Hoe zal worden gezorgd voor duidelijke regie en een duidelijk aanspreekpunt bij deze groep patiënten?

Momenteel zijn er 83 SEH's in Nederland. Welk deel hiervan dreigt te verdwijnen op basis van de voorstellen gedaan in de houtskoolschets? Op basis van kwaliteitsoverwegingen zal het aantal SEH-locaties worden bepaald, zo staat in de schets. Om welke overwegingen gaat het? Hoeveel ziekenhuizen zullen mogelijk als gevolg van verdere concentratie van SEH-voorzieningen hun SEH-afdeling kwijtraken? Welke impact heeft dat op deze ziekenhuizen? Voorziet de Minister sluiting van regionale ziekenhuizen als gevolg van een verdere concentratie van spoedzorg?

In hoeverre zal bij de doorontwikkeling van de houtskoolschets acute zorg rekening gehouden worden met regiobeelden en de behoefte van de patiënt in de regio? Hoe zal de input geleverd tijdens de consultatie worden meegewogen bij verdere uitwerking van de houtskoolschets?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg en hebben hierbij een aantal opmerkingen en vragen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het van groot belang dat er in heel Nederland goede acute zorg beschikbaar is. De afgelopen jaren zijn er steeds meer spoedeisende hulpposten gesloten, waardoor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio onder druk staat. Bovendien kan het wegvallen van spoedeisende hulpposten ertoe leiden dat ziekenhuizen niet meer zelfstandig kunnen voortbestaan. Het is daarom belangrijk dat er wordt nagedacht over de organisatie van de acute zorg voor de toekomst, ook met het oog op de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de medisch-specialistische zorg in brede zin.

Deze leden hebben hierbij specifieke zorgen over de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de acute (geboorte)zorg voor burgers in rurale gebieden in de regio. Kan de Minister schetsen hoe zij de acute zorg in de regio in de toekomst voor zich ziet?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister naar de effecten die zij verwacht van het anders organiseren van de acute zorg voor de regionale ziekenhuizen. Verwacht zij dat ziekenhuizen zullen moeten sluiten als gevolg van een verdere concentratie van de spoedeisende

hulpdiensten? En kan de Minister aangeven waarmee zij rekening houdt als het gaat om het vermindering van het aantal spoedeisende hulpdiensten in Nederland?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat er momenteel in heel Nederland via de ROAZ'en afspraken gemaakt worden om de IC-capaciteit te vergroten. Deze leden vragen de Minister of deze opschaling via de bestaande ROAZ-structuur niet op gespannen voet staat met het plan om de acute zorg in Nederland meer en meer te concentreren. In hoeverre wordt de actuele corona-aanpak meegenomen bij de uitwerking van de houtskoolschets?

Genoemde leden zijn verheugd te horen dat er één landelijk telefoonnummer komt voor niet-levensbedreigende acute zorg. Dit betekent echter dat zorgvuldige triage nog belangrijker wordt. Kan de Minister toelichten op welke wijze de triagist te werk gaat, hoe de kwaliteit wordt geborgd en hoe wordt voorkomen dat er sprake is van overtriage, die leidt tot hogere patiëntaantallen en overbelasting, of van ondertriage, bijvoorbeeld doordat oudere patiënten hun klachten vaak op atypische wijze presenteren?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister hoe zij wil voorkomen dat het landelijke telefoonnummer ertoe zal leiden dat de afstand tussen patiënt en de eigen zorgverleners groter wordt, aangezien er een nieuwe tussenlaag wordt gecreëerd waarbij de zorgverleners niet meer altijd rechtstreeks bereikbaar zijn.

Deze leden vragen hoe burgers worden geïnformeerd over het verschil tussen een spoedpost en een spoedeisende hulpdienst en over wanneer ze welk telefoonnummer moeten bellen. Komt er een voorlichtingscampagne?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister nader in te gaan op de locatie van de spoedposten. Zal dit altijd in een ziekenhuis zijn of is het ook mogelijk om spoedposten in te richten in gezondheidscentra? Zij vragen of er straks uniforme eisen zullen komen waaraan elke spoedpost of een spoedeisende hulpdienst moet voldoen. Of is hierin differentiatie mogelijk?

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met instemming kennisgenomen van het feit dat ook de acute zorg integraal wordt meegenomen in het acute zorglandschap. Deze leden vragen of hierbij ook de link met de crisisdienst ggz wordt gelegd en of er altijd zal worden geborgd dat er voldoende mogelijkheden zijn voor een crisisopname.

Deze leden vragen hoe de inzet van burgerhulpverleners en de beschikbaarheid van automatische externe defibrillatoren (AED's) worden meegenomen bij de uitwerking van de houtskoolschets.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister regionale partijen en burgers wil betrekken bij het oplossen van de dilemma's bij het toegankelijk houden van de acute zorg in de regio.

Tot slot vragen de leden van de ChristenUnie-fractie de Minister om bij de uitwerking in ieder geval ook oog te houden voor de waardering, betrokkenheid en zeggenschap van zorgprofessionals, met name verpleegkundigen. Hoe worden zij concreet betrokken bij de uitwerking en welke ruimte hebben zij daarbij om nog input te geven?

## Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

Voor ons ligt een houtskoolschets – en dat klopt, want het is hier en daar nog heel vaag. Het is jammer dat de internetconsultatie nog niet is afgerond. De leden van de 50PLUS-fractie zijn heel benieuwd hoe er in het veld over wordt gedacht.

De leden van de 50PLUS-fractie zijn te spreken over de gedachte van de integrale spoedposten zodat niet-levensbedreigende acute zorg dichterbij komt. Dit kan alleen werken wanneer er voldoende spreiding is zodat de spoedpost ook goed bereikbaar is, ook in landelijke gebieden. De integrale spoedposten zijn ook overdag open. Hoe verhoudt zich dat tot de huisartsenposten, die ook overdag bereikbaar zijn? Wat is de rol van de huisarts en de huisartspraktijk in de acute zorg overdag? Hoe is het duidelijk voor de gebruiker waar hij of zij naartoe moet met zijn of haar zorgvraag? Op basis van welke criteria wordt bepaald waar een spoedpost komt te liggen en welke spoedposten in de nacht open zijn? Kan de Minister daar al iets over zeggen? Er zullen volumennormen worden bepaald. Is dat geen risico voor minder dichtbevolkte gebieden? Ook daar moet de acute zorg goed bereikbaar zijn. Voor de huisarts betaal je geen eigen bijdrage, bij het ziekenhuis wel. Hoe gaat dat straks bij de spoedposten? Moet daar wel of geen eigen bijdrage worden betaald? In de schets staat dat de spoedposten ook zwangerschappen begeleiden. Betekent dat ook dat je daar kunt bevallen?

De leden van de 50PLUS-fractie zien de voordelen van één landelijk nummer voor niet-acute zorgvragen, maar hebben daarover nog een aantal vragen. In andere landen waar een landelijk nummer werd opgericht, was een flinke toename te zien van het aantal SEH-bezoeken. Ook is het de vraag of een landelijk nummer niet een extra laag creëert en zorgverleners minder toegankelijk maakt. Gaat de Minister eerst onderzoeken of een landelijk nummer daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering van de huidige situatie?

Om de keten vloeiend te laten verlopen is informatieoverdracht van essentieel belang. Dat levert nog steeds problemen op, onder andere omdat ICT-systemen niet op elkaar zijn afgestemd. ICT-bedrijven houden dat soms bewust tegen. Wanneer gaat de Minister hier iets aan doen?

Een aangenomen motie van het lid Geleijnse (50PLUS) uit 2018 vroeg om ziekenhuizen informatie over actuele bedden capaciteit met elkaar uit te laten wisselen (Kamerstuk 31 016, nr. 181). Tijdens de coronacrisis werd nog eens benadrukt hoe essentieel dat is en is een systeem geïntroduceerd dat dat mogelijk maakte. Kan er voortgeborduurd worden op dat systeem en kunnen andere betrokken partijen daarop aansluiten? Welke lessen zijn er geleerd tijdens de coronacrisis die meegenomen kunnen worden in het verder ontwikkelen van dat systeem?

In de houtskoolschets wordt een groot beroep gedaan op de gemeenten als het gaat om het voorkomen van acute zorg en de zorg na een spoedopname. Er wordt steeds meer op het bord van de gemeenten gelegd. Worden zij hiervoor gecompenseerd? De leden van de 50PLUS-fractie zijn benieuwd naar de reactie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Toenmalig Minister voor Medische Zorg Bruins heeft in functie besloten de ambulancevoorziening een niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB) te maken. In de Houtskoolschets acute zorg zou daar nader op ingegaan worden en bekeken worden of de NEDAB-aanwijzing voor meer onderdelen van de acute zorg zou kunnen gelden. Daar lezen

de leden van de 50PLUS-fractie niets over. Zou de huidige Minister voor Medische Zorg daar meer duidelijkheid over kunnen geven?

Ambulances zullen uitgebreid moeten worden als er, zoals in de schets vermeld staat, al meer onderzoek gaat plaatsvinden in de ambulance zelf. Daar zijn kosten aan verbonden en van ambulancepersoneel wordt meer verwacht. Zijn zij daartoe opgeleid en wat vindt het ambulancepersoneel zelf van deze richting?

De houtskoolschets vraagt om nauwe samenwerking over domeinen heen. In hoeverre zijn de schotten tussen die verschillende domeinen een belemmering?

De leden van de 50PLUS-fractie juichen het concept van de wijkkliniek toe, maar vragen zich af hoe dat in de praktijk wordt vormgegeven. Zijn voldoende huidige verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorginstellingen hiervoor geschikt? Wat zijn de voorwaarden bij het bepalen van de spreiding van die wijkklinieken in de gemeenten?

Ten slotte vinden de leden van de 50PLUS-fractie het belangrijk dat iedereen in Nederland toegang tot spoedzorg heeft binnen de 45-minutennorm. Wordt dat met deze houtskoolschets voldoende gewaarborgd?

## **II Antwoord/Reactie van de Minister**