

Van deelbelangen naar gedeeld belang

Een handreiking op
regie voor toegankelijke
acute zorg





Raad ↵
Volksgezondheid
& Samenleving

Van deelbelangen naar gedeeld belang

Een handreiking voor regie op
toegankelijke acute zorg

Voorwoord

Goede acute zorg is letterlijk van levensbelang. Daarom is het cruciaal dat de organisatie van acute zorg optimaal is. Vorig jaar leidden diverse incidenten tot maatschappelijke onrust. De Tweede Kamer besloot daarom de RVS om een advies te vragen over de organisatie en financiering van acute zorg in Nederland.

Sluitingen van SEH's en huisartsenposten alsmede capaciteitsproblemen op verschillende SEH's vormden aanleiding voor zorgen over de toegankelijkheid van acute zorg in Nederland. Maar ook de schaarste aan (acute) zorgprofessionals voedde de discussie over structurele problemen in de acute zorg. Bij het ministerie van VWS groeide de overtuiging dat het tijd was om na te denken over een andere organisatie en financiering. Voormalig Minister Bruins beloofde in het voorjaar van 2020 met een zogenaamde houtskoolschets te komen. Daarin zou hij de contouren schetsen van een toekomstig stelsel van acute zorg. Het advies van de RVS aan de Tweede Kamer moest dienen als hulpmiddel om het debat met de minister te voeren over zijn plannen.

We zouden het advies begin maart aanbieden. De wereldwijde pandemische crisis waarin we ons ondertussen bevonden, gooide echter roet in het eten. De acute zorg stond middenin de storm. De uitbraak van het coronavirus heeft het uiterste gevraagd van de capaciteit van de acute zorgsector. Het aantal IC-bedden werd in korte tijd meer dan verdubbeld, corona-units werden in sneltreinvaart opgericht en oud-zorgmedewerkers meldden zich opnieuw aan. Door al die inspanningen kon acute zorg voor iedereen toegankelijk blijven.

De coronacrisis geeft ons advies extra relevantie. De vraag over de regie voor toegankelijke acute zorg heeft alleen maar meer urgentie gekregen. Om ons advies te verbinden met de actualiteit hebben we een epiloog toegevoegd. Daarin plaatsen we onze aanbevelingen over het stelsel van acute zorg in het licht van corona.

We hopen dat dit advies kan bijdragen aan een constructief debat over toekomstbestendige acute zorg in Nederland. Want wat er ook verandert, acute zorg is ook dan van levensbelang.

Jet Bussemaker

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving:
*Inspireert en adviseert over hoe we morgen
kunnen leven & zorgen.*

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Erik Dannenberg
Daan Dohmen
Pieter Hilhorst
Jan Kremer
Bas Leerink
Liesbeth Noordegraaf-Eelens
Ageeth Ouwehand
Jeannette Pols
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2020-03

ISBN: 978-90-5732-291-4
Grafisch ontwerp: Studio Duel
Eindredactie: MC Communicatie, Renesse
Druk: Xerox
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,
Den Haag, 2020

Niets in deze uitgave mag worden openbaar
gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een
dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige
vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke wijze dan ook zonder toestemming
van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze
website → www.raadrvs.nl

1 Inhoudsopgave

Samenvatting	10
1 Inleiding	13
1.1 Aanleiding adviesaanvraag	13
1.2 Vraagstelling	13
1.3 Doel en totstandkoming advies	14
1.4 Definitie acute zorg	14
2 De publieke waarden van acute zorg	16
2.1 Wat is regie in de acute zorg?	16
2.2 Hoe kan de overheid regie voeren over de acute zorg?	17
2.3 Regie in de praktijk	18
2.4 Regie en legitimiteit	19
2.5 Conflicterende waarden	20
2.6 Drie narratieven van goede acute zorg	21
2.7 Conclusie	25
3 Ontwikkelingen in de acute zorg	26
3.1 Ontwikkelingen in de vraag en het aanbod van acute zorg	26
3.2 Trends in het denken over regie in de acute zorg	29
3.3 Legitimiteit van regie Rijksoverheid onder druk	31
3.4 Centrale vraagstukken voor regie op acute zorg	32
3.5 Conclusie	33
4 Regiemodellen	34
4.1 Afwegingskader bij het denken over regie	34
4.2 Regiemodellen	36
5 Scenario's	42
6 Visie RVS	50
7 Reflectie op het debat over de toekomstige organisatie van het acute zorg	54
8 In het licht van corona	55
Vorbereiding	60
Lijst met geraadpleegde personen	61
Publicaties	62

Samenvatting

De toegankelijkheid van acute zorg staat steeds meer onder druk door stijgende eisen aan kwaliteit en strakke financiële kaders. Verstedelijking, vergrijzing en het oplopende personeelstekort voeren de druk nog verder op. Dit veroorzaakt onrust in de samenleving en de politiek. Zo vragen burgers zich af of de ambulance nog wel snel ter plaatse kan zijn en of de spoedeisende hulp afdeling (SEH) van het ziekenhuis in de buurt openblijft. Bovendien zijn er zorgen over de totstandkoming van samenwerking en innovatie, beide nodig om acute zorg in de toekomst toegankelijk te houden. Daarom heeft de Tweede Kamer advies gevraagd aan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) over de manier waarop de Rijksoverheid, als systeemverantwoordelijke van het stelsel, regie kan voeren op de borging van publieke waarden - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - in de acute zorg.

Regie is een meervoudig begrip. Regie duidt op *'het tegelijkertijd richting geven aan wat de verschillende partijen doen én op ruimte maken voor het vermogen van partijen om te doen wat ze zelf willen en kunnen'*¹. In het stelsel van acute zorg voert de overheid op verschillende manieren regie. Soms door zelf sterk te sturen op het gedrag van partijen, maar soms ook juist door partijen de vrijheid te geven zelf te registreren. De Raad constateert in dit advies dat de regie van de Rijksoverheid op de borging van kwaliteit en betaalbaarheid voldoende belegd is, maar dat de regie op de borging van toegankelijkheid tekortschiet. Dit bedreigt de ervaren legitimiteit van de Rijksoverheid als regisseur in de huidige organisatie van acute zorg. Daarbij gaat het volgens de Raad om vier centrale vraagstukken:

1. Wat zijn goede toegankelijkheidsnormen voor acute zorg en hoe moeten deze gehandhaafd worden?

De Raad signaleert dat bestaande wettelijke normen voor toegankelijkheid op dit moment onrust en verwarring veroorzaken bij de inrichting van het acute zorglandschap. Dat komt doordat de medische onderbouwing van deze normen onduidelijk is en deze slechts functioneren als spreidingsnorm en niet als prestatienorm. Bovendien worden aanrijtijden voor ambulances in de praktijk regelmatig niet gehaald, zonder dat daar duidelijke gevolgen aan verbonden zijn.

2. Hoe kan de legitimiteit verbeterd worden van de besluitvorming over zaken die het regionale publiek belang raken?

De afgelopen periode is veel ophef ontstaan over de sluitingen van SEH's en huisartsenposten in Nederland. Burgers en lokale bestuurders gaven aan dat regionale belangen onvoldoende geborgd zijn in het besluitvormingsproces. In het afgelopen jaar heeft de minister getracht regie te voeren op dit vraagstuk aan de hand van de algemene maatregel van bestuur (AMvB) spoedzorg. Deze AMvB verplicht zorgaanbieders in gesprek te gaan met hun omgeving als zij voornemens zijn (een deel van) hun acute zorgaanbod te sluiten of verplaatsen. Maar het is de vraag of

regionale belangen van burgers hierdoor beter geborgd zijn. Hoewel burgers en andere regionale stakeholders wel meer betrokken worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, is dit vaak pas het geval als zij al een besluit genomen hebben. Daardoor is het de vraag in hoeverre de regionale belangen van burgers een reëel onderdeel uitmaken van de besluitvorming over het aanbod van acute zorg.

3. Hoe kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer met elkaar samenwerken op het gebied van acute zorg?

Gezien de verwachte groei van de vraag naar acute zorg is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer met elkaar gaan samenwerken, zodat acute zorg toegankelijk blijft voor alle burgers. Hoewel er verschillende voorbeelden zijn van succesvolle samenwerking tussen veldpartijen, gebeurt dit volgens de Raad nog te weinig. De Raad ziet dat de bekostiging van acute zorg, gericht op vergoeding per verrichting, samenwerking in de weg kan staan.

4. Hoe kan innovatie gerealiseerd worden die acute zorg toegankelijk kan houden?

Ten slotte is het van belang dat innovatieve vormen van acute zorg sneller een onderdeel worden van het acute zorgaanbod. Op dit moment vinden innovatieve (digitale) vormen van acute zorg slechts beperkt toepassing in het aanbod van acute zorg, terwijl deze de toegankelijkheid kunnen bevorderen. Ook het delen van patiëntgegevens in de acute zorgketen laat te wensen over en staat innovatie in de weg.

Aan de hand van verschillende regiomodellen laat de Raad zien hoe regie gevoerd kan worden op de gesignaleerde problematiek en wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Daarmee wil de Raad het debat in de Tweede Kamer faciliteren over de organisatie en financiering van acute zorg in Nederland. Leidend daarbij is dat belangrijke vraagstukken in de acute zorg niet langer beantwoord kunnen worden door veldpartijen die vanuit deelbelangen handelen. Afhankelijk van de (geografische) schaal van de problematiek en de (normatieve) belangen die hierbij spelen moet gezocht worden naar een geschikte regisseur die kan handelen vanuit het gedeeld belang. Soms is dat de Rijksoverheid, maar ook regionale overheden, zorgverzekeraars of zorgverleners kunnen deze rol pakken.

Op het gebied van de vier vraagstukken doet de Raad de volgende aanbevelingen:

- Volgens de Raad is het van belang dat er helder toezicht en handhaving komt vanuit de Rijksoverheid op toegankelijkheidsnormen. Goed onderbouwde toegankelijkheidsnormen moeten geen theoretisch gewenste spreiding beschrijven, maar moeten als prestatienorm gelden.
- Daarnaast moeten regionale belangen een sterkere rol spelen in de besluitvorming over wijzigingen in de organisatie van acute zorg. De Raad pleit ervoor dat besluitvorming over zaken die het regionale publiek belang raken plaatsvindt in het ROAZ, voorgezeten door een regionaal publiek bestuurder (Commissaris Acute Zorg). Hierbij moet volgens de Raad gedacht worden aan voorgenomen structurele veranderingen in het zorgaanbod, verwachte capaciteitsproblematiek, het maken

¹ Frissen, P., Van Vulpen, B., Frankowski, A., van der Steen, M., & Chin-A-Fat, N. (2018). *Regie voeren: Beweging brengen als partner én principaal*, pp. 6-7

van regionale ketenafspraken voor acute zorg (inclusief GGZ en ouderenzorg), en de overschrijding van normen voor toegankelijkheid van acute zorg. De Commissaris Acute Zorg moet de bevoegdheid hebben om besluiten over verandering in het zorgaanbod tijdig voor te leggen aan de minister wanneer toegankelijkheid van acute zorg voor burgers onvoldoende geborgd is of bij signalen dat burgers onvoldoende betrokken zijn bij het besluitvormingsproces.

3. Tevens is het van belang dat partijen in de acute zorgketen meer met elkaar gaan samenwerken om acute zorg toegankelijk te houden. Daarom moet volgens de Raad acute zorg deels op beschikbaarheid en kwaliteit worden bekostigd, en niet alleen per verrichting. Zorgaanbieders kunnen dan beter afspraken maken over het voorkomen en verplaatsen van acute zorgverlening in het belang van toegankelijkheid voor burgers.
4. Ten slotte moet er meer ruimte komen voor innovaties die acute zorg toegankelijker kunnen maken. Volgens de Raad ligt daar een regierol voor de Rijksoverheid. Ten eerste moet de Rijksoverheid, en in het bijzonder de NZa, zorgverzekeraars de kans bieden innovaties te vergoeden die niet binnen de huidige financiering passen, maar acute zorg wel toegankelijker kunnen maken (domeinoverstijgende facultatieve prestatie). Daarnaast moet de Rijksoverheid afdwingen dat veldpartijen gegevens in de acute zorg digitaal gaan uitwisselen. Ten slotte ligt er ook een belangrijke verantwoordelijkheid bij veldpartijen om de mogelijkheden die al geboden worden voor financiering van innovaties door de NZa te gebruiken.

Inleiding

1.1 Aanleiding adviesaanvraag

Er heerst maatschappelijke onvrede over de organisatie van de acute zorg in Nederland. Deze zorgen gaan in de eerste plaats over het huidige aanbod van acute zorgvoorzieningen waar burgers aanspraak op kunnen maken. In de afgelopen jaren zijn verschillende spoedeisende hulp afdelingen (SEH's), acute verloskunde en huisartsenposten gesloten. Deze gebeurtenissen hebben een grote maatschappelijke impact op groepen burgers die aangeven zich niet gehoord te voelen in het besluitvormingsproces dat daartoe heeft geleid.

In de tweede plaats zijn er zorgen over de houdbaarheid van het stelsel van acute zorg. Hoewel de NZa in zijn laatste rapportage aangeeft acute zorg in Nederland nog wel als toegankelijk te beschouwen, laten verschillende rapportages zien dat de druk op de acute zorg toeneemt^{2,3}. Zo rapporteert de NZa in 2019 dat SEH's in toenemende mate opnamestops afgeven voor nieuwe patiënten die niet in levensgevaar verkeren. Voorts ziet de NZa dat ambulances in bepaalde delen van Nederland steeds minder tijdig beschikbaar zijn wanneer deze opgeroepen worden. Gezien de verwachte toenemende druk op acute zorg⁴, ligt het in de lijn der verwachtingen dat deze problematiek niet gemakkelijk verholpen zal kunnen worden.

1.2 Vraagstelling

Naar aanleiding van deze onrust en de toenemende druk op toegankelijkheid van acute zorg vragen verschillende Tweede Kamerleden zich af of de regering op een juiste manier regie voert over de borging van publieke waarden van acute zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Voormalig minister Bruins van Medische Zorg en Sport gaf aan deze zorgen serieus te nemen en te komen met een visie op de toekomst van het acute zorglandschap.

Om het debat over de toekomstige organisatie en financiering van acute zorg goed te kunnen voeren heeft de Tweede Kamer advies gevraagd aan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). De centrale vraag van de Kamer luidt: *Welke organisatorische scenario's zijn denkbaar om de publieke waarden van acute zorg te borgen in de toekomst?* Daarbij wil de Tweede Kamer weten hoe de Raad de regie op de borging van publieke waarden in het huidige stelsel van acute zorg beoordeelt en of daarvoor alternatieve organisatorische scenario's denkbaar zijn.

² Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Acute Zorg 2018

³ Nederlandse Zorgautoriteit (2018). Marktscan Acute Zorg 2017

⁴ De verwachte toenemende druk op acute zorg wordt volgens de NZa voornamelijk veroorzaakt door de vergrijzende bevolking en de daarmee samenhangende complexere (acute) zorgvraag die meer tijd en aandacht vereisen

De Raad vertaalt de vragen van de Tweede Kamer als volgt:

1. Zijn de publieke waarden van acute zorg voldoende geborgd door de huidige vormen van regie gezien de huidige ontwikkelingen in de acute zorg?
2. Welke andere vormen van regie zijn denkbaar voor de borging van de publieke waarden in de acute zorg, met in het bijzonder aandacht voor burgerbetrokkenheid en de legitimiteit van het overheidshandelen?

De Raad is zich ervan bewust dat ook andere partijen, zoals zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de praktijk de regie kunnen voeren. Hierbij is echter altijd sprake van gedelegeerde regie, oftewel een door de overheid gecreëerde ruimte waarbinnen partijen de vrijheid krijgen te acteren. Uiteindelijk is de Rijksoverheid, als systeemverantwoordelijke, verantwoordelijk voor het geheel der dingen. Daarom ligt de focus van dit advies op de rol van de overheid als regievoerder op de borging van publieke waarden.

1.3 Doel en totstandkoming advies

Met dit advies wil de RVS een constructieve bijdrage leveren aan het debat over een toekomstbestendige organisatie en financiering van de acute zorg, waarbij de publieke waarden geborgd worden en de legitimiteit van het overheidshandelen verbetert. Dit advies is tot stand gekomen op basis van literatuurstudie en gesprekken met actoren die betrokken (geweest) zijn bij de vormgeving van de inrichting van de acute zorg in Nederland. De lijst met betrokken experts is te vinden in de bijlage.

1.4 Definitie acute zorg

Er zijn verschillende definities van acute zorg, elk met andere accenten. Allereerst verschillen definities in hun perspectief op wie bepaalt wanneer een zorgvraag acuut is. Zo zijn er definities die de nadruk leggen op de medische-inhoudelijke noodzaak van zorg en definities die de nadruk leggen op de door de burger ervaren noodzaak tot zorg en behandeling. Daarnaast verschillen definities in de ernst van het (ervaren) gezondheidsprobleem. Waar sommige definities de nadruk leggen op het dringende en niet-planbare karakter van acute zorg, spreken andere partijen over acute zorg wanneer zich (vanuit het perspectief van de burger) een ernstige of levensbedreigende gezondheidssituatie voordoet. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, 2008) kiest in zijn definitie van acute zorg voor een combinatie van deze perspectieven en definieert acute zorg als:

↳ Een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling⁵.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) hanteert de definitie van VWS om recht te doen aan de verschillende perspectieven op acute zorg. In de debatten over acute zorg gaat de meeste aandacht uit naar de vormen van acute zorg waar burgers in hun dagelijks leven het meest mee te maken krijgen, zoals ziekenhuiszorg, acute verloskundige zorg, ambulancezorg en huisartsenzorg. De Raad vindt het belangrijk om de ontwikkelingen op het gebied van deze vormen van acute zorg in samenhang te beschouwen met meer specialistische vormen van acute zorg, zoals acute psychiatrische zorg, acute (wijk)verpleegkundige zorg en acute farmaceutische zorg.

Verschillende vormen van acute zorg

Dringend | Burger-perspectief: Ouders bellen naar de huisarts-assistent omdat hun zoontje al twee dagen hoge koorts heeft. De assistent adviseert de temperatuur van het kind nauwlettend in de gaten houden en de volgende ochtend de eigen huisarts te bellen.

Levensbedreigend | Burger-perspectief: Een man wordt door zijn partner naar de SEH gebracht omdat hij plotseling druk op de borst voelt. Hij is bang dat hij een hartinfarct heeft. Na verschillende diagnostische tests blijkt dit het geval te zijn en de man wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Dringend | Medisch-perspectief: Een oude vrouw in een verpleeghuis valt en kan niet meer overeind komen. De verpleegkundige die haar aantreft vermoedt dat ze een gebroken heup heeft en belt een ambulance. In het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden foto's gemaakt en stelt de behandelend arts vast dat de heup gebroken is.

Levensbedreigend | Medisch-perspectief: Nadat een patiënt na een relatief eenvoudige buikoperatie veel pijn blijft houden, constateert de anesthesioloog een hypovolemische shock die waarschijnlijk veroorzaakt is door een interne bloeding als gevolg van de operatie. De patiënt wordt met spoed naar de operatiekamer gebracht waar getracht wordt de bloeding te stoppen.

⁵ https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/kst-29247-80_1.pdf

2 De publieke waarden van acute zorg

In dit hoofdstuk beschrijft de Raad hoe momenteel regie gevoerd wordt door de Rijksoverheid op de borging van publieke waarden van acute zorg. Allereerst gaat de Raad in op het begrip regie. Waarom spreken we over *regie* en waarom is regie door de Rijksoverheid van belang? Vervolgens beschrijft de Raad de verschillende manieren waarop de overheid regie voert op de borging van publieke waarden en laat zien dat deze waarden met elkaar kunnen botsen. Tenslotte analyseert de Raad hoe deze vormen van regie uitpakken in de praktijk.

2.1 Wat is regie in de acute zorg?

In de lopende debatten over de ordening van acute zorg valt regelmatig het begrip regie. Daarbij gaat het vaak om de vraag welke partij een bepalende rol zou moeten hebben in de organisatie, spreiding, bekostiging en verlening van acute zorg. We kunnen binnen de acute zorg veel partijen onderscheiden die hier invloed op uitoefenen. Zo hebben zorgverzekeraars, zorgaanbieders, professionals, gemeenten en patiënten vanuit verschillende rollen invloed op de manier waarop acute zorg verleend wordt in Nederland. De Rijksoverheid heeft binnen dit stelsel een bijzondere, dichotome positie. Enerzijds is zij als *systeemverantwoordelijke* eindverantwoordelijk voor de werking van het stelsel van acute zorg. Het feit dat de overheid garandeert dat burgers aanspraak kunnen maken op goede zorg wanneer ze dit acuut nodig hebben, kan gezien worden als één van de meest concrete voorbeelden van de grondwettelijke zorgverplichting van de overheid⁶. Een goede borging van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg vormt een belangrijke basis voor de legitimiteit van de Rijksoverheid. Legitimiteit kan worden gezien als het door de bevolking geaccepteerde recht om gezag uit te oefenen (Bokhorst, 2014). Legitimiteit veronderstelt dus autoriteit. Anderzijds is de overheid naast eindverantwoordelijk ook *samenwerkingspartner* van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Om goede acute zorg te realiseren is de overheid afhankelijk van de inzet van verschillende veldpartijen uit de acute zorgketen. Een voorbeeld hiervan zijn de bestuurlijke afspraken die voormalig minister Bruins van Medische Zorg en Sport in 2019 maakte met de belangrijkste partijen uit de medisch-specialistische zorg over de beteugeling van de kosten van medische zorg. Regie valt daarom te zien als: *‘het tegelijkertijd richting geven aan wat de verschillende partijen doen én op ruimte maken voor het vermogen van partijen om te doen wat ze zelf willen en kunnen’*⁷.

⁶ Artikel 22 van de grondwet beschrijft de zorgplicht van de overheid

⁷ Frissen, P., Van Vulpen, B., Frankowski, A., van der Steen, M., & Chin-A-Fat, N. (2018). *Regie voeren: Beweging brengen als partner én principaal*, pp. 6-7

2.2 Hoe kan de overheid regie voeren over de acute zorg?

De overheid mengt zich als systeemverantwoordelijke slechts beperkt in de financiering en organisatie van acute zorg, vergeleken met andere sectoren zoals het onderwijs. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en (in mindere mate) patiënten krijgen in het huidige stelsel veel ruimte om afspraken met elkaar te maken over de organisatie, prijs en kwaliteit van acute zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars de wettelijke verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot goede, betaalbare en bereikbare acute zorg. De Rijksoverheid schept hiervoor de randvoorwaarden en ziet toe op de borging van *kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid* van acute zorg. Er zijn verschillende manieren waarop de minister, als systeemverantwoordelijke, regie voert over de borging van deze publieke waarden. De onderstaande opsomming laat de verscheidenheid aan instrumenten zien waarmee de overheid regie voert over het stelsel van acute zorg: dit kan variëren van het faciliteren of stimuleren van interactie tussen veldpartijen tot aan het afdwingen van en eisen stellen aan de voorwaarden waaraan acute zorgverlening moet voldoen.

1. De belangrijkste eisen aan het stelsel van acute zorg zijn te vinden in **wet- en regelgeving**. Hierin staan de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van de overheid, de zorgverzekeraars, zorgprofessionals en zorgaanbieders. De Rijksoverheid kan als systeemverantwoordelijke deze wetten veranderen en daarmee de organisatie van de acute zorg wijzigen. Zo heeft voormalig minister Bruins onlangs in de nieuwe ambulancewet voor onbepaalde tijd de bestaande zorgaanbieders aangewezen. Hiermee wordt de ambulancetzorg in feite een niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB). De minister creëert hiermee monopolisten die het alleenrecht hebben om ambulancetzorg aan te bieden, maar daartegenover staat ook een plicht om zorg te leveren. Naast dat wetten- en regels taken en verantwoordelijkheden afbakenen laten ze ook ruimte voor het eigen initiatief van partijen⁸.
2. Ook is er veel sturing vanuit **kwaliteitskaders**. Deze kaders komen tot stand in overleg tussen landelijke vertegenwoordiging van verschillende betrokken organisaties in de acute zorg. De overheid heeft via het Zorginstituut een faciliterende rol en kan doorzettingsmacht gebruiken als partijen er niet uitkomen. De NZa kan daarbij op verzoek van het Zorginstituut een budgetimpact-analyse van kwaliteitskaders maken.
3. Een andere, minder directieve manier van regievoering in de organisatie en financiering van de acute zorg, is via het maken van **bestuurlijke afspraken**. Een voorbeeld hiervan zijn de recent gesloten hoofdlijnenakkoorden, met veldpartijen over de manier waarop zij samenwerken. Ten slotte zijn er **beleidsprogramma's en andere stimuli** die het doel hebben om een beweging in gang te zetten. Vaak is deze beweging of verandering redelijk breed en conceptueel, zoals 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek', maar deze hebben wel invloed op de manier waarop partijen

⁸ Een voorbeeld van dit initiatief van veldpartijen zelf is de website thuisarts.nl, een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), waarop mensen betrouwbare informatie kunnen vinden over gezondheidsklachten.

samen oplossingen zoeken voor problemen in de praktijk. Door het faciliteren van ontmoetingen, organiseren van bijeenkomsten en stimuleren van interactie probeert de overheid partijen in beweging te brengen.

2.3 Regie in de praktijk

De Rijksoverheid voert als systeemverantwoordelijke op verschillende manieren regie op de borging van publieke waarden in de acute zorg.

Kwaliteit

Op het gebied van kwaliteit van acute zorg heeft de Rijksoverheid vooral een faciliterende vorm van regie. Zorgprofessionals, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers krijgen de ruimte om afspraken te maken over de gewenste kwaliteit van acute zorg. Deze afspraken worden beschreven in het kwaliteitskader spoedzorg. Daarbij neemt de Rijksoverheid wel de verantwoordelijkheid voor het feit dat deze afspraken ook daadwerkelijk gemaakt worden. Wanneer het overleg tussen veldpartijen vastloopt heeft het Zorginstituut Nederland *doorzettingsmacht*. Daarmee kan het Zorginstituut als onafhankelijke partij kwaliteitsafspraken afdwingen en zichtbaar maken in het Register. Recent is dit gebeurd bij twee normen. Tevens stellen professionele normen eisen aan de inhoudelijke kwaliteit van zorg. Naast het kwaliteitskader bewaakt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de kwaliteit van zorg. Ten slotte hebben zorgverzekeraars invloed op de kwaliteit van zorg door middel van hun inkoopbeleid.

Toegankelijkheid

Bij de borging van toegankelijkheid kiest de overheid voor een kaderstellende vorm van regie. De toegankelijkheid van acute zorg wordt gewaarborgd door verschillende wettelijke normen. Allereerst bestaat er een norm voor de toegankelijkheid van ambulancezorg: voor ambulances moet de spreiding van de standplaatsen zo zijn dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten door een ambulance bereikt kan worden. Daarnaast geldt dat spoedritten onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen binnen 15 minuten na aanname ter plaatse moeten zijn (responstijd). Voor SEH's geldt de 45-minutennorm. SEH's moeten zo gespreid zijn dat een patiënt in een spoedsituatie binnen 45 minuten een SEH kan bereiken. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Een SEH mag alleen (tijdelijk) sluiten als de 45-minutennorm daardoor niet in gevaar komt. De 45-minutennorm is dus een *spreidingsnorm* wat betekent dat de reis naar de SEH voor burgers in de praktijk langer kan duren⁹. Verder moeten huisartsen zich inspannen om binnen 15 minuten bij hun patiënten te zijn bij acute zorgvragen. Ten slotte moet een huisartsenpost (HAP) door ten minste 90% van de inwoners in het adherentiegebied binnen 30 minuten met de auto bereikbaar zijn. Als de 45-minutennorm in het geding komt,

⁹ Op dit moment onderzoekt de Gezondheidsraad voor de minister van Medische Zorg en Sport wat de medisch-inhoudelijke onderbouwing is voor het bestaan van deze norm

kan de Nederlands Zorgautoriteit (NZa) een beschikbaarheidsbijdrage ter beschikking stellen, zodat een ziekenhuis acute zorg kan blijven bieden aan burgers. Binnen de door de Rijksoverheid geformuleerde normen zijn zorgverzekeraars in de eerste plaats verantwoordelijk voor de naleving van deze normen. Deze verantwoordelijkheid is vastgelegd in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Ook zorgaanbieders, verenigd in elf regionale overleggen acute zorgketen (ROAZ), hebben een rol in de borging van toegankelijkheid van acute zorg. Wanneer de toegankelijkheid en kwaliteit van het acute zorgaanbod in gevaar komt, moeten zij dit signaleren.

Betaalbaarheid

Acute zorg wordt grotendeels gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars hebben op grond van deze wet de verantwoordelijkheid om betaalbaarheid van acute zorg te garanderen door zo gunstig mogelijke afspraken (prijs-kwaliteit) te maken met zorgaanbieders voor hun verzekerden. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt toezicht op de (prijs)afspraken en bewaakt de belangen van patiënten. Zo treedt de ACM op wanneer er afspraken worden gemaakt die concurrentie belemmeren of zorg onnodig duurder maken. Daarnaast wordt een deel van de prijzen voor acute zorg gereguleerd op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Gezien stijgende kosten van medisch-specialistische zorg, heeft de overheid zich in de afgelopen jaren meer gemengd in de regulering van de kosten van acute zorg. In 2019 heeft de overheid in verschillende hoofdlijnakkorden afspraken gemaakt met veldpartijen over de maximale stijging van de kosten van medisch-specialistische zorg tot 2022.

2.4 Regie en legitimiteit

De manier waarop een overheid regie voert is van invloed op de manier waarop deze als legitiem gezien wordt¹⁰. De wetenschappelijke literatuur over de relatie tussen legitimiteit en vormen van bestuur maakt onderscheid tussen drie vormen van legitimiteit: *input legitimiteit*, *throughput legitimiteit* en *output legitimiteit*. Bij input legitimiteit gaat het over de mate waarin relevante actoren betrokken worden bij besluitvormingsprocessen. De centrale vraag daarbij is of burgers en andere actoren voldoende betrokken zijn (geweest) bij besluitvormingsprocessen. De legitimiteit van *throughput* valt te zien als de mate waarin besluitvormingsprocessen rechtvaardig en transparant zijn. Hebben alle betrokken partijen de mogelijkheid (gehad) om invloed uit te oefenen en verloopt dit proces transparant en eerlijk? Ten slotte beschrijft output legitimiteit de mate waarin de regie van de overheid leidt tot gewenste prestaties en de manier waarop deze prestaties te controleren zijn door burgers.

Wanneer we de regie van de Rijksoverheid in het stelsel van acute zorg vergelijken met andere sectoren, zoals onderwijs en veiligheid valt op dat de regie van de

¹⁰ Bekkers, V. J. J. M., Dijkstra, G., Edwards, A., Fenger, M., Stapelbroek, K., Korteland, E., Van Sluis, A., Cachet, L., Hupe, P., Hill, M. James, Marks, P., Lodewyckx, L., Ruano de la Fuente, J. Manuel, Schaap, L., Van Nispen, F., Posseth, J., & Zandstra, P. (2007). *Governance and the democratic deficit: assessing the democratic legitimacy of governance practices*. Aldershot, England: Ashgate Pub. Ltd.

overheid vooral gericht is op het garanderen van een goede *output*. Er is relatief veel ruimte voor professionals, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over de organisatie en financiering van acute zorg. De Rijksoverheid richt haar legitimiteit als systeemverantwoordelijke voornamelijk op het realiseren van een goede *output*, door voorwaarden te stellen, aan te sporen en te controleren.

2.5 Conflicterende waarden

Hoewel publieke waarden in theorie in meer of mindere mate geborgd zijn, zien we dat deze in de praktijk met elkaar kunnen conflicteren. Daardoor ontstaan maatschappelijke vragen die niet gemakkelijk te beantwoorden zijn. De onderstaande voorbeelden maken dat duidelijk.

Conflicterende waarden in de acute zorg

“Hoeveel geld hebben we over voor de kwaliteit van acute zorg?”

Kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg kunnen met elkaar conflicteren wanneer het gaat over de implementatie van landelijke kwaliteitsafspraken. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is ontwikkeld vanuit de wens om de kwaliteit van zorg op peil te houden en waar mogelijk te verbeteren. Er is door de NZa weliswaar een budget-impact analyse gedaan, maar het blijft de vraag wat deze nieuwe kwaliteitsafspraken in de praktijk betekenen voor de kosten van het Nederlandse zorgstelsel. Deze staan steeds meer onder druk, mede door de sterke vergrijzing. Daarom heeft het ministerie van VWS met veldpartijen in bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden afspraken gemaakt over de maximale kostenstijging van onder andere medisch-specialistische zorg. Dit jaar becijferde de NZa dat de implementatie van dit kader jaarlijks 26,8 en 31,4 miljoen euro per jaar zal kosten¹¹. Het is de vraag hoe en of deze twee bewegingen samengaan. Alhoewel voormalig minister Bruins aangaf dat deze (meer)kosten ‘moeten worden ingepast binnen de financiële kaders zoals afgesproken in de Hoofdlijnenakkoorden¹²’, is het onduidelijk hoe de afweging tussen kwaliteit en betaalbaarheid gemaakt moet worden, wanneer blijkt dat de gemaakte kwaliteitsafspraken de kosten van acute zorg verhogen.

“In welke mate bedreigen kwaliteitseisen de toegankelijkheid van zorg, bijvoorbeeld in dunbevolkte regio’s?”

De uitwerking van kwaliteitsafspraken roept in de praktijk niet alleen vragen op over betaalbaarheid, maar ook in hoeverre toegankelijkheid een onderdeel is van kwaliteit van zorg. Beslissingen om acute zorg verder van burgers te organiseren worden vaak (deels) genomen vanuit kwaliteitsoverwegingen.

11 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/01/14/kamerbrief-over-kwaliteitskader-spoedzorgketen>

12 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27295-173.html>

Concentratie is immers van belang voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met een complexe zorgvraag. Nieuwe kwaliteitsafspraken maken concentratie van zorg bijna onvermijdelijk. Maar dit leidt wel vaak tot onbegrip bij burgers, lokale politici en zorgaanbieders in de regio. Hoewel het regionale ziekenhuis misschien niet kan voldoen aan de laatste kwaliteitsnormen, zijn patiënten en burgers vaak erg tevreden over het zorgaanbod. Dit roept de vraag op, gezien de verschillende perspectieven die er bestaan op het begrip kwaliteit¹³, in hoeverre toegankelijkheid een inherent aspect van kwaliteit van zorg is. Dat heeft gevolgen voor de manier waarop gekeken wordt naar de implementatie van kwaliteitskaders in krimpregio's. Onlangs organiseerde de kwaliteitsraad van het Zorginstituut een dialoogbijeenkomst waarin dit vraagstuk centraal stond en pleitte Tweede Kamerlid Joba van den Berg (CDA) voor een leefbaarheidsanalyse voorafgaand aan de implementatie van het Kwaliteitskader¹⁴. Desondanks is het maatschappelijk debat over dit thema nog maar beperkt op gang gekomen en wordt het vooral gevoerd op het moment dat een zorginstelling sluit.

“Wat mag voldoende toegankelijke zorg kosten? Wat zijn daarbij de normen voor toegankelijkheid?”

Gezien de verwachte stijging van de zorgkosten is het van groot belang dat de zorg betaalbaar blijft, zodat iedere burger aanspraak kan maken op goede acute zorg. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop we kijken naar toegankelijkheid van zorg. Met het VWS-programma ‘De Juiste Zorg Op De Juiste Plek’ tracht de overheid zorg doelmatiger te organiseren, met meer aandacht voor innovatie en preventie van (onnodig) dure zorg. Maar burgers in dunbevolkte gebieden zien vooral dat het aanbod van acute zorg uit hun nabije omgeving verdwijnt door een tekort aan goed zorgpersoneel of aantal patiënten, in een context waarbij andere voorzieningen ook verdwijnen. Dit laat zien dat de spanning tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid niet alleen een technische en beleidsmatige opgave is, maar ook een breder maatschappelijk vraagstuk over wat toegankelijkheid van zorg betekent, welk zorgaanbod daarbij past en wat dat vraagt van de manier waarop acute zorg regionaal georganiseerd wordt in de context van een schaarste aan personeel.

2.6 Drie narratieven van goede acute zorg

In de afgelopen periode heeft de Raad verschillende gesprekken gevoerd met actoren die betrokken zijn (geweest) bij de vormgeving van het acute zorglandschap in Nederland. Daarnaast is gesproken met verschillende experts over de ontwikkelingen in de acute zorg. Daarbij stelde de Raad de vraag op welke manier de overheid regie zou moeten voeren op het stelsel van acute zorg.

Tijdens deze gesprekken hoorde de Raad drie narratieven over de gewenste regie op acute zorg. Elk met een ander beeld van wat goede acute zorg is, welke regierol van

13 Zie het RVS-advies ‘Zonder Context Geen Bewijs’ uit 2017 waarin de RVS pleit voor gedifferentieerd kwaliteitsbegrip

14 <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/activiteiten/2019/06/14/goede-of-beschikbare-zorg>

de overheid hierbij past en wat de gewenste rol is van andere actoren zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers in het stelsel. Deze narratieven zijn een set coherente ideeën over de gewenste werking van het stelsel van acute zorg. Opvallend was dat iedere actor zich vooral verbonden voelde met één van de narratieven, waarbij dan niet alle narratieven even zwaar wogen. Desondanks structureren de narratieven het debat over de organisatie van acute zorg. De Raad presenteert deze narratieven om de lopende discussies en problemen rondom acute zorg te duiden en verhelderen.

Narratief van medische kwaliteit

Wat is goede acute zorg? Goede acute zorg is zorg van de hoogst mogelijke medische kwaliteit. Om die kwaliteit te bereiken moeten professionele experts met kennis van acute zorg de ruimte krijgen om het stelsel optimaal in te richten. Daarbij is er overigens niet altijd een gedeeld beeld over optimale kwaliteit. Sommigen zien meer in de kracht van concentratie en internationale kwaliteitsnormen, terwijl anderen meer zien in de kracht van de menselijke maat en korte lijnen.

Wat is de gewenste regierol van de overheid? De overheid moet de bevordering van kwaliteit van acute zorg stimuleren door professionele beroepsverenigingen en zorgaanbieders de regie te geven, om tot een optimale inrichting van het zorgstelsel te komen. Zij moeten bepalen aan welke eisen goede spoedzorg voldoet.

Wat is de rol van andere stakeholders? Het is niet acceptabel dat er zorg wordt geleverd die niet voldoet aan de laatste kwaliteitseisen. Het is aan zorgverzekeraars of de overheid om ervoor te zorgen dat goede spoedzorg voldoende toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen. Wanneer burgers ontevreden zijn met de ordening van het spoedzorglandschap, bijvoorbeeld wanneer er concentratie van acute zorg plaatsvindt, moeten zorgaanbieders aan hen uitleggen dat dit in hun eigen belang is.

Narratief van toegankelijkheid: dichtbij en beschikbaar

Wat is goede acute zorg? Goede acute zorg is zorg die voor iedereen voldoende toegankelijk is. Dat betekent dat acute zorg zo dicht mogelijk bij burgers georganiseerd moet worden. En niet alleen in de stedelijke gebieden. Daarnaast is het belangrijk om te zorgen voor voldoende capaciteit, zodat de acute zorg ook beschikbaar is op drukke momenten, zoals tijdens een griepgolf of bij een terroristische aanslag.

Wat is de gewenste regierol van de overheid? De overheid moet garanderen dat acute zorg in de eerste plaats voor iedereen dichtbij en beschikbaar is. Hiervoor zijn heldere afspraken nodig over wanneer zorg toegankelijk is en wat er gebeurt als deze toegankelijkheid in het gedrang komt doordat normen niet gehaald worden. Daarnaast moet de overheid ervoor zorgen dat acute zorg niet alleen op papier toegankelijk is, maar dat burgers dit in de praktijk ook zo ervaren.

Wat is de rol van andere stakeholders? Regionale belangen moeten een belangrijke stem krijgen in de vormgeving van het acute zorgaanbod. Wanneer nabijheid en beschikbaarheid van acute zorg in het gedrang komen, moeten burgers en

lokale bestuurders een stem krijgen in het nadenken over oplossingen. Dit kan in de praktijk betekenen dat er afgeweken moet kunnen worden van geldende kwaliteitseisen of dat de overheid of zorgverzekeraar meer geld moet betalen aan zorgaanbieders (beschikbaarheidsbijdrage) zodat acute zorg nabij en beschikbaar blijft voor alle burgers.

Narratief van betaalbaarheid en efficiëntie

Wat is goede acute zorg? Goede acute zorg is zorg die voor iedereen betaalbaar is. Daarom is het belangrijk dat er realistische afspraken worden gemaakt over de kosten van acute zorg. Maar ook dat acute zorg doelmatig wordt georganiseerd en dat beschikbare faciliteiten efficiënt worden gebruikt.

Wat is de gewenste regierol van de overheid? De overheid heeft vooral een kaderstellende rol in het stelsel van acute zorg. Dat betekent dat de overheid toezicht moet houden op de groei van de kosten en de prestaties van het zorgstelsel. Daarnaast moet de overheid regie voeren op de efficiënte inrichting van het stelsel. Die regie moet bijdragen aan een optimale balans tussen de prijs en kwaliteit van acute zorg. De coördinatiemechanismen van concurrentie en onderhandeling zijn daarvoor geschikt; de overheid moet regie voeren op de goede werking hiervan.

Wat is de rol van andere stakeholders? Zorgverzekeraars moeten in de uitvoering meer regie krijgen. Zij hebben immers een zorgplicht voor hun verzekerden en worden door de verschillende marktmechanismen geprikkeld om goede acute zorg mogelijk te maken voor verzekerden. Daarbij moeten zij kunnen ingrijpen als concurrentie en onderhandeling niet resulteert in een betaalbaar stelsel van acute zorg. Zo maken burgers nog vaak onnodig gebruik van (dure) acute zorg, en hebben zorgaanbieders een financieel belang om te voldoen aan die vraag. Zorgaanbieders en professionals moeten binnen de geldende budgettaire kaders trachten een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg te bieden, door zorgprocessen efficiënt vorm te geven en door innovatie.

De drie narratieven laten zien dat de verantwoordelijkheden voor de borging van publieke waarden van acute zorg verschillend zijn belegd. Daarbij lijken op dit moment kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg dominant bij besluitvorming over de vormgeving van het aanbod van acute zorg. Dit heeft in de eerste plaats te maken met het feit dat zorgaanbieders zich vanuit hun deelbelang vooral verbonden voelen met het narratief van medische kwaliteit en zorgverzekeraars vooral met het narratief van betaalbaarheid en efficiëntie, terwijl het narratief van toegankelijkheid geen expliciet deelbelang vertegenwoordigt. Daarnaast speelt onduidelijkheid over de medische onderbouwing van toegankelijkheidsnormen en de handhaving van deze normen hierin een belangrijke rol. Hoewel de NZa toezicht houdt op de naleving van toegankelijkheidsnormen, zijn er weinig gevolgen aan verbonden wanneer deze normen overtreden worden en acute zorg minder toegankelijk wordt voor burgers, zoals op dit moment het geval is bij de normen voor aanrijtijden van ambulances. Hierdoor kan de toegankelijkheid van acute zorg sterk verschillen tussen regio's. De betekenis die veldpartijen geven aan toegankelijkheid van acute zorg varieert

sterk en hangt in grote mate samen met de specifieke (deel)belangen van deze partijen. Daarmee schiet de huidige vorm van regie op de borging van toegankelijkheid van acute zorg tekort. Onderstaande voorbeelden illustreren dit:

Casus 1: Faillissementen MC Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen

Het MC Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen verkeren al langer in financiële problemen. In oktober 2018 zijn de ziekenhuizen gedwongen surseance van betaling aan te vragen, omdat zorgverzekeraar Zilveren Kruis de ziekenhuizen niet langer overeind wil houden. Naar mening van Zilveren Kruis zijn de kwaliteit en veiligheid van zorg nog steeds gewaarborgd wanneer de ziekenhuizen failliet gaan. Ook komen de bestaande normen voor toegankelijkheid van acute zorg niet in gevaar. Echter, de plotselinge faillissementen overvallen burgers, huisartsen en ziekenhuizen. Patiënten weten niet waar ze heen moeten voor behandeling en omliggende ziekenhuizen kunnen de toestroom van nieuwe patiënten in het begin nauwelijks aan. In december 2019 concludeert de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) dat het fortuinlijk is dat patiënten geen schade hebben opgelopen. Volgens de OVV heeft zorgverzekeraar Zilveren Kruis onvoldoende gekeken welke gevolgen de faillissementen zouden hebben voor patiënten en lag er geen goed uitgewerkt plan op tafel voor de borging van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Hoewel Zilveren Kruis dus rechtmatig handelde kwam toegankelijkheid van zorg voor burgers wel degelijk in gevaar, omdat er geen goed beeld bestond van de gevolgen van de faillissementen¹⁵. Ook de commissie Van Manen die deze faillissementen in opdracht van voormalig minister Bruins heeft onderzocht, concludeert in haar rapport¹⁶ dat het belangrijk is *‘om niet vanuit tegengestelde belangen maar vanuit gedeelde verantwoordelijkheden te handelen.’*

Casus 2: Bravis Ziekenhuis concentreert acute zorg

De Bravis Ziekenhuisgroep besluit het zorgaanbod in Roosendaal te concentreren. Voorheen werd zorg aangeboden in Bergen op Zoom (SEH) en in Roosendaal (SEH en acute verloskunde). Deze keuze zorgt voor maatschappelijke onrust en Kamervragen. Vooral de gemeente Tholen is teleurgesteld, omdat de SEH nu verder weg is voor inwoners van die gemeente. Hoewel de 45-minuttennorm in theorie niet in gevaar komt, wordt het wel moeilijker deze in de praktijk te halen. Daarnaast stijgt de druk op het Van Weel Bethesda Ziekenhuis in Dirksland op het nabijgelegen eiland Goeree-Overflakkee, waarvan meer mensen afhankelijk worden. Doordat de zorgaanbieder de strategische keuze maakt om het zorgaanbod in Roosendaal te concentreren lijkt acute zorg minder toegankelijk te worden voor burgers uit Tholen. Ondanks de gevolgen die zij hiervan ondervinden, hebben zij in het bestaande stelsel van acute zorg geen stem in de besluitvorming hierover. Dat besluit ligt primair bij een zorgaanbieder die vanuit zijn deelbelang handelt.

¹⁵ Verzekeraar Zilveren Kruis deelt deze conclusie. In een interview met de Telegraaf geeft bestuursvoorzitter Georgette Fijneman aan dat de faillissementen te snel zijn verlopen en dat de verzekeraar achteraf gezien onvoldoende inzicht had in de gevolgen van het aanvragen van surseance van betaling.

¹⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/04/de-aangekondigde-ondergang>

2.7 Conclusie

De Rijksoverheid voert als systeemverantwoordelijke regie op de borging van alle publieke waarden in de acute zorg. Hoewel de publieke waarden in theorie geborgd zijn, zien we dat ze in de praktijk met elkaar kunnen conflicteren. Daardoor wordt de afweging tussen die waarden in de besluitvorming over de organisatie van acute zorg een complexe zaak. De narratieven van medische kwaliteit, betaalbaarheid en efficiëntie lijken daarbij te domineren, doordat veldpartijen worden geprikkeld om vanuit hun deelbelangen te handelen. Het gedeelde belang en daarmee ook het belang van de burger is daardoor onvoldoende in beeld. Toegankelijkheid van acute zorg maakt slechts in beperkte mate onderdeel uit van die overwegingen. De huidige vorm van regie op de borging van toegankelijkheid van acute zorg schiet dus tekort. Daardoor komt de legitimiteit Rijksoverheid als systeemverantwoordelijke in toenemende mate onder druk te staan. Deze ontwikkeling voorzag de Raad in 2016 al in zijn advies *‘Verlangen naar Samenhang: Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit’* waarin hij zich afvraagt in hoeverre de rol als systeemverantwoordelijke houdbaar is wanneer zich incidenten voordoen. In het volgende hoofdstuk verkent de Raad deze vraag, door de huidige invulling van systeemverantwoordelijkheid van de Rijksoverheid te spiegelen aan de ontwikkelingen in de acute zorgsector.

3 Ontwikkelingen in de acute zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de acute zorg tegen de achtergrond van de vragen over regie en de rol van systeemverantwoordelijkheid van de Rijksoverheid. Daarbij zal de Raad eerst ingaan op de ontwikkelingen in vraag en aanbod van acute zorg. Daarnaast komen ontwikkelingen aan bod in het denken over regie en de ervaren legitimiteit van de overheid. Op basis van die analyse formuleert de Raad vier centrale vraagstukken die van belang zijn voor de toekomst van het stelsel van acute zorg. Ten slotte concludeert de Raad dat andere vormen van regie nodig zijn, die bijdragen aan toegankelijkheid van acute zorg.

3.1 Ontwikkelingen in de vraag en het aanbod van acute zorg

Huisartsenposten

Op de huisartsenposten, waar patiënten met acute niet-levensbedreigende zorgvragen worden gezien in de ANW-uren (avond, nacht, weekend en nationale feestdagen) neemt de druk op acute zorg toe. Hoewel het aantal huisartsenposten in de afgelopen jaren nauwelijks is veranderd, en het aantal huisartsenconsulten licht daalt, laten verschillende rapporten zien dat de gemiddelde urgentie en contactintensiteit stijgt. Ook de gemiddelde consultduur stijgt^{17, 18}. Daartegenover geven huisartsen aan dat het steeds lastiger wordt om voldoende geschoold personeel te vinden. Daarbij lijkt er vooral een tekort te zijn aan waarnemend huisartsen en triagisten op de huisartsenpost.

Ambulancezorg

De afgelopen jaren is een duidelijke stijging te zien in het aantal keren dat de spoedeisende ambulance wordt ingezet. Vooral het aantal ritten waarbij ambulances binnen 30 minuten ter plaatse moeten zijn (categorie A2), stijgt sterk. Het aantal ambulanceritten naar de SEH is de laatste jaren stabiel gebleven.

SEH en acute verloskunde

Aan de aanbodzijde van de acute zorg signaleert de RVS een afname in het aantal SEH's en afdelingen acute verloskunde¹⁹. Voorts is het aantal gevoelige SEH's en locaties acute verloskunde toegenomen. Onder de streep is er sprake van een lichte afname van het totale aantal. Deze afname van het zorgaanbod wordt ten dele veroorzaakt door de stijgende kwaliteitseisen aan acute zorg, onder andere aan volume van zorg en personeel. Daardoor is hoog complexe zorg in toenemende mate geconcentreerd in specialistische centra²⁰. Daarnaast lijkt concentratie

17 Ineen (2018) Benchmark Huisartsenposten

18 Nivel (2017) Ontwikkelingen op de huisartsenpost

19 RIVM Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2015-2019 - Analyse gevoelige ziekenhuizen

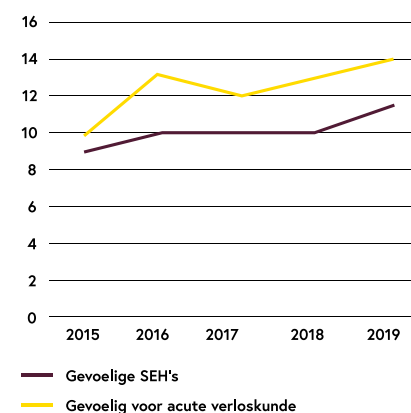
20 Twynstra Gudde (2019), Invloed van kwaliteitsstandaarden op de toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg

van (acute) medisch-specialistische zorg ook vaak ingegeven door strategische keuzes van zorgaanbieders die hopen op een efficiëntere bedrijfsvoering of betere concurrentiepositie²¹.

Arbeidsmarktontwikkelingen

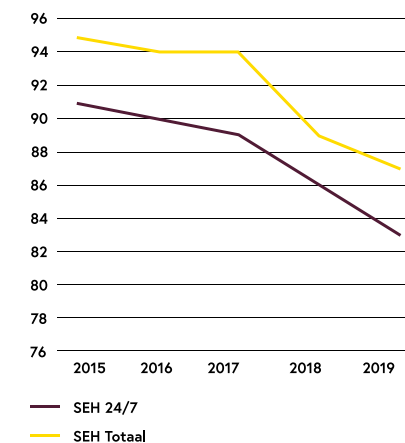
De beschikbaarheid van voldoende personeel is van grote invloed op de toegankelijkheid van acute zorg. In de afgelopen jaren hebben verschillende zorgaanbieders van acute zorg daarmee - soms tijdelijk - moeten stoppen, door een gebrek aan voldoende geschoold personeel. Voor de komende jaren dreigt een tekort aan personeel in de zorg, dus ook in de acute zorg. Daarbij lijkt er voor de acute zorg vooral een toenemend tekort te ontstaan van SEH-verpleegkundigen, IC-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen²². Bovendien stelde Nivel in een onderzoek in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het ministerie van VWS in 2018 dat een tekort aan huisartsen de komende 5 jaar zal toenemen²³.

Aantal gevoelige SEH's en acute verloskunde



Bron: RIVM 2015-2019

Aantal SEH's in Nederland



21 De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg

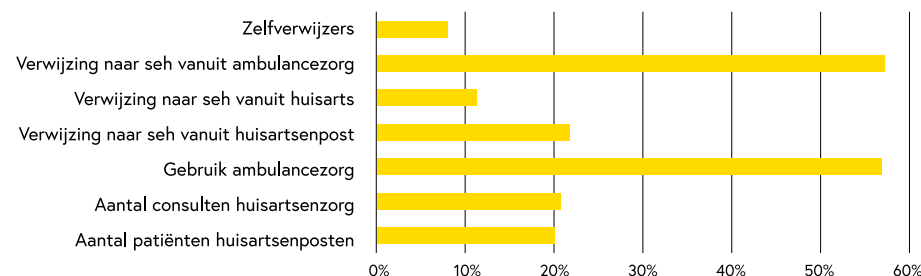
22 NZA (2019). Monitor Acute Zorg 2018

23 <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/huisartsentekorten>

Invloeden op het toekomstig gebruik van acute zorg

Het aantal patiënten op de SEH is de afgelopen periode relatief stabiel gebleven. Hoewel het aantal zelfverwijzers²⁴ door de jaren heen gestaag afnam, is het aantal ouderen met een complexe zorgvraag op de SEH gestegen²⁵. Zij worden daarna relatief vaak opgenomen in het ziekenhuis. De NZa verwacht dat het gebruik van acute zorg in de toekomst verder zal stijgen, voornamelijk door de verwachte groei van het aantal 65-plussers tot 2025. En terwijl een sterke bevolkingsgroei wordt verwacht in de Randstad, wordt een stabilisering of zelfs krimp verwacht in regionale gebieden zoals Zeeuws-Vlaanderen of Noordoost Groningen. Daarnaast dragen epidemiologische factoren bij aan een verwachte stijging van het acute zorggebruik. Bijvoorbeeld de toename van overgewicht die kan leiden tot morbiditeit. Ook de toenemende vergrijzing en verwachte autonome zorgvraag voeden de verwachting dat de vraag naar acute zorg sterk zal stijgen.

Verwachte groei gebruik acute zorg 2016-2025



Bron: Monitor Acute Zorg 2018

Veelbelovende voorbeelden

Naast zorgen over de stijgende zorgvraag en de organisatie van een passend zorgaanbod zijn er ook veelbelovende voorbeelden in de praktijk die de verwachte capaciteitsproblemen (gedeeltelijk) oplossen. Allereerst zijn er samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die op basis van een gezamenlijke maatschappelijke opgave de verantwoordelijkheid nemen voor de organisatie van toekomstbestendige acute zorg. Goede voorbeelden hiervan zijn het zorgcoördinatieproject van de ambulancedienst IJsselland en het samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Drenthe.

Daarnaast valt er winst te behalen op het gebied van (digitale) technologische innovatie. Deze innovaties kunnen de druk op de acute zorgketen verlagen doordat zij kunnen dienen als eerste toegangspunt tot acute zorg. Zo kunnen digitale triage-apps de verwachte toenemende druk op SEH's verlagen en kan digitale gegevensuitwisseling de samenwerking in de acute zorgketen mogelijk sterk verbeteren.

²⁴ Burgers die zich op eigen initiatief melden bij een SEH met een zorgvraag

²⁵ Gaakeer, M. I., Veugelers, R., van Lieshout, J. M., Patka, P., & Huijsman, R. (2018). The emergency department landscape in The Netherlands: an exploration of characteristics and hypothesized relationships. *International journal of emergency medicine*, 11(1), 35. doi:10.1186/s12245-018-0196-5

3.2 Trends in het denken over regie in de acute zorg

Naast trends in het zorggebruik en zorgaanbod zijn er ook ontwikkelingen in het denken over regie op acute zorg. De dominante denkrichting daarbij is enerzijds het idee dat de overheid meer moet interveniëren in het bestaande stelsel om toegankelijkheid van acute zorg te waarborgen. Anderzijds bestaat de overtuiging dat er meer behoefte is aan regionale afstemming om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van acute zorg.

Het afgelopen jaar hebben verschillende Kamerleden voormalig minister Bruins verweten dat hij niet op de juiste manier regie heeft gevoerd om onrust over de toegankelijkheid van acute zorg te voorkomen. Dit onder andere naar aanleiding van de abrupte faillissementen van de MC-ziekenhuizen. De minister op zijn beurt, beriep zich op zijn rol als systeemverantwoordelijke, van waaruit ingrijpen alleen gerechtvaardigd is wanneer normen voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid overschreden worden. Aangezien die normen niet altijd werden overschreden, stelde de minister zich aanvankelijk terughoudend op. Daarbij legde hij de focus op het aanscherpen van bestaande toezichtsmechanismen, zoals het 'early warning system' dat ervoor moet zorgen dat de minister tijdig op de hoogte wordt gesteld als een zorgaanbieder in financiële problemen verkeert.

Een aantal maanden later koos de minister toch voor een meer actieve invulling van zijn rol als systeemverantwoordelijke. Toen het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer aangaf in financieel zwaar weer te verkeren, besloot hij - samen met andere partijen - financiële steun te verlenen aan het ziekenhuis. Hoewel de minister aangaf dat het hier om een 'unieke situatie' ging liet hij in een Kamerdebat weten dat de onrust en kritiek rondom de faillissementen van de MC-ziekenhuizen meewogen in zijn besluit om directer te interveniëren in de organisatie en financiering van acute zorg:

↳ Ik denk eerlijk gezegd – men leest in Boxmeer ook de krant – dat als gevolg van de faillissementen van Slotervaart en Lelystad, de waarschuwingsvlag bij deze en gene wel is gehesen, en laten we eerlijk zijn, ook op het departement.²⁶

Deze actievere bemoeienis van de Rijksoverheid luidt een discussie in over de werking van het huidige stelsel van acute zorg.

²⁶ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31016-228.html>

Zo wees minister Hugo De Jonge op 27 oktober 2019 in Buitenhof op problemen op het gebied van de organiseerbaarheid van het (acute) zorgstelsel. Volgens hem is een stelselwijziging 'onvermijdelijk' gezien de stijgende zorgvraag en de problemen rondom de organiseerbaarheid van acute zorg. Meer regionale regie zou zorgaanbieders volgens De Jonge moeten aanzetten tot meer samenwerking, preventie en innovatie.

Ouderen met complexe acute zorgvragen

De toename van het aantal ouderen op de SEH en binnen de acute zorgketen stelt nieuwe eisen aan het functioneren van de acute zorgketen. Ouderen met een acute zorgvraag hebben regelmatig een combinatie van psychische, sociale en functionele klachten, die door factoren zoals multimorbiditeit en polyfarmacie lastig te behandelen zijn. Zo treden er bij ouderen nogal eens postoperatieve complicaties op. Deze problemen kunnen ondervangen worden door een goede triage, maar de reguliere triage op de SEH voorziet hierin onvoldoende. Als gevolg hiervan vindt er nog altijd veel overbehandeling van ouderen plaats in de acute zorgketen²⁷. Onderzoek laat zien dat de aanwezigheid van een klinisch geriater op de SEH de kwaliteit en proportionaliteit van de gekozen behandeling voor ouderen verbetert en de druk op de acute zorgketen vermindert²⁸. De nieuwe normen in het kwaliteitskader spoedzorg, die voorzien in de beschikbaarheid van geriatrie expertise op afroep op de SEH, zijn een goede eerste stap richting betere acute zorg voor ouderen met complexe zorgvragen.

Met de verwachte toename van het aantal kwetsbare ouderen, zal de rol van de specialist ouderengeneeskunde steeds belangrijker worden in het toegankelijk houden van goede acute zorg. Idealiter wordt het al dan niet verwijzen naar een SEH in bepaalde situaties door een specialist ouderengeneeskunde besproken met de oudere zelf en/of diens naasten bij de verhuizing naar een intramurale setting, zonder dat op dat moment sprake hoeft te zijn van een situatie die om een medische behandeling vraagt. Zo kan een specialist ouderengeneeskunde, als een dergelijke situatie zich wel eenmaal mocht voordoen, samen met de oudere en/of diens naasten een goede inschatting maken of een SEH-bezoek van toegevoegde waarde is. Dit kan leiden tot het verminderen van schadelijke overbehandeling in de acute zorgketen. Echter, bestaande financiële en bestuurlijke arrangementen verhinderen op dit moment voor de eerste lijn de laagdrempelige, 24/7 beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast bestaan sinds enkele jaren de eerstelijnsverblijf-bedden (ELV) die gepositioneerd zijn in ouderenzorgorganisaties, waardoor de acute zorgketen wordt ontlast. De huisarts heeft de mogelijkheid van verwijzing van ouderen naar deze voorziening, in samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde.

²⁷ <https://www.verenso.nl/magazine-april-2020/no-2-april-2020/actueel/meer-ouderenzorgkennis-nodig-op-de-spoedeisende-hulp>

²⁸ Hesselink, G., Sir, Ö., & Schoon, Y. (2019). Effectiveness of interventions to alleviate emergency department crowding by older adults: a systematic review. *BMC emergency medicine*, 19(1), 1-9.

3.3 Legitimiteit van regie Rijksoverheid onder druk

Wanneer we de huidige regie van de overheid op de borging van publieke waarden van acute zorg bezien in het licht van de geschetste ontwikkelingen in hoofdstuk 2, ligt het in de lijn der verwachting dat de druk op toegankelijkheid van acute zorg zal toenemen. Dit is problematisch, omdat juist het narratief van toegankelijkheid in de praktijk een beperkte rol speelt in de besluitvorming over het acute zorgaanbod. Het is in zekere zin onvermijdelijk dat de druk op de toegankelijkheid van acute zorg zal toenemen. Demografische en epidemiologische ontwikkelingen zorgen voor een stijgende zorgvraag en een dreigend tekort aan professionals om aan deze acute zorgvragen te voldoen. Een andere organisatie van acute zorg is dus onvermijdelijk.

Echter, doordat de Rijksoverheid vooral regie voert over de output van het acute zorgstelsel, neemt de maatschappelijke onrust over de organisatie van het acute zorgstelsel verder toe. Ingrijpende veranderingen druisen in tegen het rechtvaardigheidsgevoel van burgers en daarmee staat de legitimiteit van de overheid als systeemverantwoordelijke van het stelsel van acute zorg in toenemende mate onder druk. Daarbij gaat het volgens de Raad voornamelijk over de legitimiteit van de *input* en de *throughput* van de organisatie acute zorg. Onderstaande uitspraak van actiegroep 'Red Bravis Bergen' illustreert dit:

↳ **Het mag niet zo zijn dat een select groepje bestuurders en ziektekosten-verzekeraars beslist wat er met ons belastinggeld gebeurt. Zorg is een belang van ons allemaal en zou ook als zodanig beheerd moeten worden. Inwoners moeten volledige inspraak hebben.**²⁹

Naast een gebrek aan inputlegitimiteit lijkt er ook een gebrek aan proceslegitimiteit te bestaan binnen de huidige organisatie van acute zorg: de mate waarin besluitvormingsprocessen als rechtvaardig en transparant worden ervaren door burgers. Bij besluiten met een grote maatschappelijke impact, zoals de sluiting van een SEH of huisartsenpost, worden burgers in de praktijk onvoldoende structureel betrokken en blijft het onduidelijk waarom bepaalde besluiten zijn genomen.

²⁹ <https://www.bndestem.nl/bergen-op-zoom/sp-kamerlid-van-gerven-spreekt-op-protestavond-van-actiegroep-red-bravis-bergen-a977d7a5/>

3.4 Centrale vraagstukken voor regie op acute zorg

Gezien de benoemde toegankelijkheidsproblematiek van de acute zorg signaleert de Raad vier centrale vraagstukken die vragen om een nieuwe vorm van regie die ook bijdraagt aan de ervaren legitimiteit van de overheid.

1. Wat zijn goede toegankelijkheidsnormen voor acute zorg en hoe moeten deze gehandhaafd worden?

Hoewel verschillende normen de gewenste toegankelijkheid van acute zorg beschrijven, zijn deze vaak niet bindend. Het bekendste voorbeeld hiervan is de 45-minutennorm. Deze norm is een spreidingsnorm en geen prestatienorm. Ook in de acute huisartsenzorg en ambulancezorg bestaan er verschillende toegankelijkheidsnormen die in de praktijk meer als richtlijn dienen dan als voorwaarde om zorg te leveren. Zo moet de zorgverzekeraar er vanuit zijn zorgplicht op toezien dat ambulances tijdig reageren op acute zorgvragen. Tegelijkertijd zijn er geen duidelijke gevolgen verbonden aan het niet behalen van deze norm. Daarnaast zijn de medische gevolgen van het niet halen van aanrijtijden niet eenduidig: soms is een patiënt beter af met een langere aanrijtijd in het belang van medische kwaliteit van zorg, soms is de 15-minuten aanrijtijd van ambulances al te lang. Daardoor wegen kwaliteit en betaalbaarheid in de praktijk vaak zwaarder dan toegankelijkheid van acute zorg. Er is slechts beperkt instrumentarium voorhanden om in te grijpen als acute zorg minder toegankelijk wordt voor burgers.

2. Hoe kan de legitimiteit verbeterd worden van de besluitvorming over zaken die het regionale publiek belang raken?

In de afgelopen periode is veel ophef ontstaan over de sluitingen van SEH's en huisartsenposten in Nederland. Burgers en lokale bestuurders gaven aan dat regionale belangen onvoldoende geborgd zijn in het besluitvormingsproces. In het afgelopen jaar heeft de minister getracht regie te voeren over dit vraagstuk aan de hand van de AMvB spoedzorg. Deze AMvB verplicht zorgaanbieders in gesprek te gaan met hun omgeving als zij voornemens zijn (een deel van) hun acute zorgaanbod te sluiten of verplaatsen. Echter, het is de vraag of regionale belangen van burgers hierdoor beter geborgd zijn. Hoewel burgers en andere regionale stakeholders wel meer betrokken worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, is dit vaak pas het geval als zij al een besluit genomen hebben. Daardoor is het de vraag in hoeverre de regionale belangen van burgers een reëel onderdeel uitmaken van de besluitvorming over het aanbod van acute zorg.

3. Hoe kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer met elkaar samenwerken op het gebied van acute zorg?

In het verlengde van het vorige vraagstuk hoort ook dat er samenwerkingsafspraken worden gemaakt binnen en tussen dit samenhangend aanbod van voorzieningen (dus tussen de zorgaanbieders). Deze afspraken horen bijvoorbeeld te gaan over het hanteren van dezelfde protocollen of werkwijzen, verwijzing en opschaling en het uitwisselen van digitale patiëntengegevens, maar kunnen ook betrekking hebben op het uitwisselen of laten rouleren van personeel. Gezien de verwachte stijgende en complexer wordende acute zorgvraag van burgers, in

combinatie met de gesignaleerde personele tekorten, verstedelijking en krimp, zal het in de acute zorgketen steeds moeilijker worden om te voldoen aan acute zorgvragen. Vooral in regionale gebieden waar het bevolkingsaantal krimpt is dit een grote uitdaging. Daarom is het noodzakelijk dat partijen in de acute zorgketen, meer dan nu het geval is, met elkaar samenwerken om een passend en herkenbaar zorgaanbod te bieden aan burgers, zodat zij weten waar zij naartoe moeten met acute zorgvragen. Op dit moment zijn er verschillende zaken die deze samenwerking belemmeren. Een belangrijke oorzaak is dat de bekostigingssystematiek (prijs per verrichting, per patiënt) samenwerking in de weg kan staan.

4. Hoe kan innovatie gerealiseerd worden die acute zorg toegankelijk kan houden?

Innovatie kan een oplossing bieden voor de toenemende druk op de acute zorgketen. Zo kunnen ontwikkelingen in digitale triage de instroom van patiënten op de SEH mogelijk verlagen. Daarnaast kunnen veel acute zorgvragen voorkomen worden door een betere preventie en monitoring van patiënten in de thuissituatie. Ten slotte kan innovatie ook gaan over processen, zoals zorgcoördinatie en samenwerking tussen zorgaanbieders.

3.5 Conclusie

Verschiedende ontwikkelingen maken een heroverweging nodig van de huidige vorm van regie op de borging van de toegankelijkheid van de acute zorgketen. Ontwikkelingen in vraag en aanbod, maar ook een veranderende manier van denken over regie zorgen voor een afnemende ervaren legitimiteit van de overheid als systeemverantwoordelijke. Gezien de verwachte stijgende vraag naar acute zorg zullen deze ervaren legitimiteitsproblemen pregnanter worden. Daarom is het belangrijk dat de Rijksoverheid nadenkt over andere vormen van regie op acute zorg die bijdragen aan toegankelijkheid en ervaren legitimiteit van acute zorg.

De Raad benoemt vier vraagstukken die centraal zouden moeten staan bij de debatten over regie op de borging van toegankelijkheid van acute zorg in Nederland: (1) normen voor toegankelijkheid van acute zorg, (2) de rol van regionale belangen bij de besluitvorming over acute zorg, (3) samenwerking tussen veldpartijen die bijdraagt aan toegankelijkheid van acute zorg en (4) (digitale) innovatie die acute zorg toegankelijker kan maken.

4 Regiemodellen

In dit hoofdstuk beschrijft de Raad verschillende regiemodellen die gebruikt kunnen worden bij het nadenken over de gesignaleerde centrale vraagstukken in de acute zorg. Deze regiemodellen beschrijven de manier waarop de overheid regie kan voeren over de gesignaleerde vraagstukken en wat de rol daarbij is van andere partijen. Voorts presenteert de Raad een afwegingskader dat helpt bij het nadenken over welke vormen van regie geschikt zijn voor de borging van de publieke waarden. Aan de hand van dit afwegingskader beschrijft de Raad welke regievormen de voorkeur zouden kunnen hebben bij de gesignaleerde regievraagstukken (denkrichtingen) en wat volgens de Raad de voor- en nadelen daarvan zijn.

4.1 Afwegingskader bij het denken over regie

Voorafgaand aan het denken over regiemodellen wil de Raad benadrukken dat er niet één oplossing of denkrichting bestaat voor alle regievraagstukken in de acute zorg. In de praktijk zullen verschillende vormen van regie nodig zijn. Complexe vraagstukken over acute zorg spelen zich immers af op verschillende aggregatieniveaus en zullen door de tijd heen een veranderende urgentie kennen. De denkrichtingen zijn daarmee geen definitieve oplossingen, maar hulpmiddelen om blijvend te reflecteren op ontwikkelingen in de acute zorg en de vorm van regie die daarbij het best past. De volgende twee vragen kunnen helpen bij het blijvend reflecteren op geschikte regievormen:

1. Wat is de schaal van de gesignaleerde problematiek?

Bij het nadenken over een geschikte vorm van regie is het allereerst belangrijk na te denken op welke schaal de problematiek speelt: landelijk of juist meer regionaal. Zo is de beschikbaarheid en de mogelijkheid tot delen van patiëntgegevens een vraagstuk van nationaal belang. Tegelijkertijd zijn er ook zaken waarbij meer regionale regie logisch is. Een voorbeeld hiervan is de regionale regie op de aanpak van arbeidsmarkttekorten in de zorg. Gezien de regionale aard van een deel van deze problematiek, faciliteert de overheid de totstandkoming van 28 regionale actieplannen aanpak tekorten (RAAT) die recht doen aan de specifieke en pluri-forme kenmerken van regio's.

2. In hoeverre is een vraagstuk expertmatig of normatief?

Naast de schaal van de problematiek, is het van belang na te denken in welke mate de afweging over de vraagstukken normatief of expertmatig van aard zijn. Het gaat hier om een conceptueel onderscheid. Bij normatieve vraagstukken is regie van de overheid op inhoud logisch terwijl expertmatige vraagstukken gebaat zijn bij regie van de overheid op proces, met ruimte voor afstemming tussen inhoudelijke experts. Daarbij is het belangrijk te realiseren dat deze vraag niet altijd eenduidig te beantwoorden is. Het onderscheid tussen expertmatige en normatieve vraagstukken is in de eerste plaats afhankelijk van het perspectief van waaruit het vraagstuk wordt bekeken. Voorts is dit afhankelijk van de context waarin het vraagstuk speelt. Verschillende vraagstukken kunnen in de context

van economische, demografische, geopolitieke of technologische ontwikkelingen 'normatiever' worden, wanneer deze de legitimiteit van overheidshandelen onder druk zetten.

Voorbeeld expertmatige en normatieve vraagstukken

Een voorbeeld hiervan is het vraagstuk over de mate waarin collectieve zorgkosten mogen stijgen. Dit vraagstuk heeft zowel expertmatige als normatieve aspecten. Wanneer we het vraagstuk bekijken vanuit een technisch-rationeel perspectief is de kern van het vraagstuk het vinden van een goede balans tussen de prijs van zorg en de opbrengst daarvan. Een bekende maatstaf hiervan is de Qaly (Quality-adjusted life year), waarmee getracht wordt de economische waarde van zorginterventies te beoordelen. Echter, wanneer we vanuit een normatief perspectief naar deze vraag kijken komt de nadruk te liggen wat de RVS eerder de verdeellogica³⁰ noemde:

“De verdeellogica bevat het streven dat zorg en ondersteuning ook op termijn toegankelijk blijven, dus dat het stelsel duurzaam is. Bovendien moeten de Nederlandse burgers erop kunnen rekenen dat schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden. Dat is nodig voor het borgen van de solidariteit, een belangrijke pijler van het Nederlandse zorgstelsel” (p. 10).

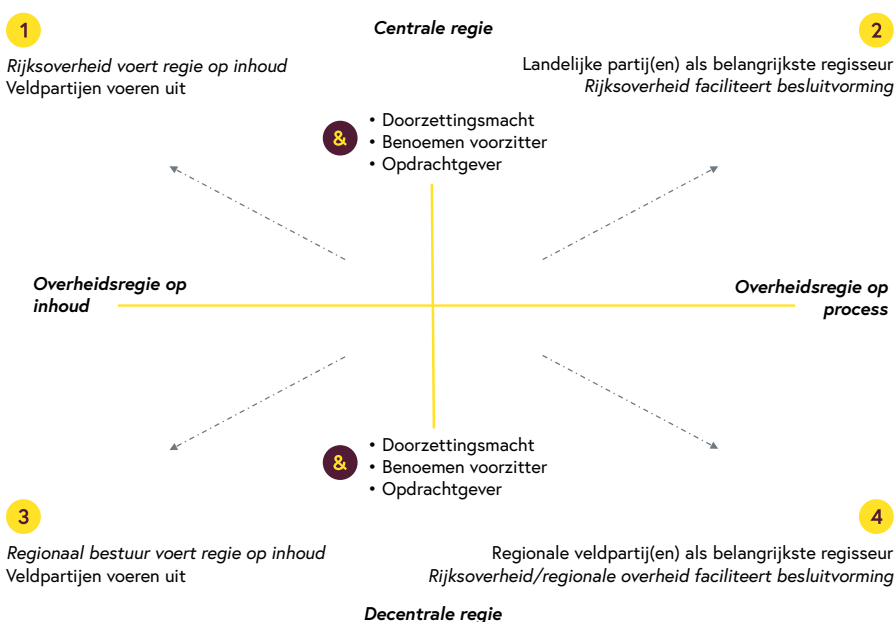
Vanuit dit perspectief gaat het niet alleen over de kosten van de zorg ten opzichte van gewonnen levensjaren, maar ook over hoeveel we daar als maatschappij voor over hebben, in relatie tot andere waarden zoals toegankelijkheid en solidariteit. Gezien de context van vergrijzing en complexer wordende zorgvragen wordt dit vraagstuk in toenemende mate gezien als een normatieve vraag. Zo bereidt de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) een advies voor, op initiatief van de Tweede Kamer, over hoe zorguitgaven houdbaar kunnen worden gehouden, met het oog op de solidariteit binnen het zorgstelsel³¹.

³⁰ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/12/12/complex-problemen-eenvoudige-toegang--botsende-waarden-bewuster-afwegen>

³¹ <https://www.wrr.nl/onderwerpen/houdbare-zorg>

4.2 Regiemodellen

De twee reflectieve vragen uit de vorige paragraaf leiden gecombineerd, met elkaar tot een schema dat vier globale vormen van regie op de borging van publieke waarden laat zien (figuur 1). Deze vier modellen kunnen ook met elkaar gecombineerd en verbonden worden. De uitkomst van de eerste reflectieve vraag is daarbij leidend voor de positionering op de verticale as (centrale-decentrale regie) en de uitkomst van de tweede reflectievraag is leidend voor de horizontale as (regie op inhoud-regie op proces).



Figuur 1: mogelijke vormen van regie op de borging van publieke waarden in de acute zorg

Van centrale tot decentrale regie

Het model maakt onderscheid processen centrale regie en decentrale regie. Wanneer de schaal van de problematiek landelijk is, is een vorm van centrale regie van de Rijksoverheid of landelijke koepels aannemelijk om de belangen van burgers op nationaal niveau te borgen. Voor vraagstukken die vooral regionaal spelen is juist decentrale regie nodig om zowel recht te doen aan het burger belang als aan de pluriformiteit.

Van regie op inhoud tot regie op proces

Bij vraagstukken die een sterke normatieve component bevatten is het logisch om te kiezen voor een vorm van regie op inhoud. Bij regie door de Rijksoverheid op de inhoud bemoeit deze zich in meer of mindere mate direct met de inhoud van acute zorg. Een voorbeeld daarvan is de regie van de Rijksoverheid op de ambulancezorg. Vorig jaar koos de minister voor deze vorm van regie toen hij de ambulancezorg aanmerkte als NEDAB (Niet-Economische Dienst van Algemeen Belang). Daarmee bepaalt hij welke aanbieder ambulancezorg moet leveren in de regio en aan welke eisen deze zorg moet voldoen. Daarnaast zijn er ook vormen van regie te bedenken die inhoudelijk minder sturend zijn. Wanneer een vraagstuk minder normatief van aard is, is een vorm van procesregie aannemelijk, waarbij de overheid de regie laat aan veldpartijen en deze mogelijk faciliteert.

In de praktijk zijn de gesignaleerde vraagstukken in de acute zorg zowel normatief als expertmatig van aard en spelen ze zowel regionaal als nationaal. Goede vormen van regie leggen volgens de Raad de juiste verbinding (&) tussen de normatieve en expertmatige componenten van het vraagstuk, zodat de legitimiteit van overheids-handelen gewaarborgd blijft. In de praktijk ziet de Raad dat deze verbinding op verschillende manieren kan worden gelegd. Zo kan gedacht worden aan een vorm van doorzettingsmacht waarbij de centrale overheid de totstandkoming van normen of afspraken kan afdwingen als veldpartijen en experts het niet eens worden³². Daarnaast zijn andere vormen van regie mogelijk, zoals een vorm van faciliterende regie waarbij veldpartijen een centrale opdracht krijgen³³. Ten slotte kan de overheid de verbinding leggen door de voorzitter van een overlegtafel te benoemen³⁴.

Dit leidt tot vier generieke regiemodellen over regie op de borging van publieke waarde van acute zorg. Per vorm van regie formuleert de Raad een aantal voor- en nadelen van deze regiemodellen wat betreft de borging van publieke waarden en de (ervaren) legitimiteit van overheids-handelen. Daarmee dienen de regiemodellen als hulpmiddel om te bepalen in welke situatie welke vorm van regie nodig is.

³² Deze vorm van regie zien we terug bij de totstandkoming van kwaliteitskaders. Daarbij hebben veldpartijen het primaat om afspraken te maken over de kwaliteit waar acute zorg aan moet voldoen (tripartite), maar heeft het Zorginstituut Nederland doorzettingsmacht als zij niet tijdig tot gedragen afspraken komen.

³³ Een goed voorbeeld hiervan zijn de Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) waarin zorgaanbieders in 11 regio's de taak hebben om problemen rondom de toegankelijkheid (witte vlekken) van acute zorg te signaleren.

³⁴ Hierbij valt een vergelijking te trekken naar het dagelijks bestuur van waterschappen. Deze worden voorgezeten door de Dijkgraaf, die door de regering wordt benoemd en onder ministeriele verantwoordelijkheid werkt. Zodanig is hij ook aanspreekbaar op de waterhuishouding binnen het waterschap.

1. Rijksoverheid als belangrijkste regisseur

Bij deze regievorm is er sprake van een vraagstuk dat voornamelijk speelt op **nationale schaal** met een **sterke normatieve component**. De Rijksoverheid neemt de rol als directieve regisseur voor (een onderdeel van) de ordening van acute zorg, in aanvulling op haar rol als systeemverantwoordelijke. Daarmee is de Rijksoverheid in staat duidelijke eisen te stellen aan de borging van publieke waarden en de manier waarop de afweging tussen die waarden moet plaatsvinden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben zich in de uitvoering van hun taken te voegen naar de besluiten die door de Rijksoverheid worden genomen.

Mogelijke voordelen van dit regiemodel	Mogelijke nadelen van dit regiemodel
• Bevorderlijk voor de ervaren legitimiteit van de regie van de Rijksoverheid op de borging van publieke waarden. • De besluitvorming kan eenduidig (want centraal) transparant gemaakt worden voor burgers op nationaal niveau. • Doordat de minister inhoudelijke regie neemt is de Tweede Kamer in staat, namens burgers, de Regering direct te controleren.	• Politieke besluiten leiden in sommige regio's niet tot het gewenste resultaat, omdat deze besluiten niet altijd aansluiten bij de ervaring en kennis van regionale veldpartijen. • Door de politieke druk op besluiten van de minister, kunnen besluiten gevoelig zijn voor politieke willekeur. • Het is lastiger om recht te doen aan de pluri-formiteit van regionale contexten. Daardoor kan de legitimiteit van de Rijksoverheid onder druk komen te staan. • Centrale sturing van de overheid kan de innovatiecapaciteit van veldpartijen belemmeren

2. Landelijke partij(en) als belangrijkste regisseur

Bij deze regievorm is er sprake van een vraagstuk dat speelt op **nationale schaal** en gebaat is bij een **expertmatige blik**. De Rijksoverheid laat daarbij de regie aan veldpartijen en faciliteert dat zij tot afspraken komen. De Rijksoverheid is, als systeemverantwoordelijke, indirect aanspreekbaar op deze afspraken.

Mogelijke voordelen van dit regiemodel	Mogelijke nadelen van dit regiemodel
• Gemaakte afspraken kunnen rekenen op consensus bij veldpartijen en hebben daarmee een grote kans van slagen. • De aard van de besluitvorming is minder gevoelig voor veranderende politieke omstandigheden en willekeur. • De besluitvorming kan eenduidig (want centraal) transparant gemaakt worden voor burgers op nationaal niveau.	• Wanneer veldpartijen op centraal niveau de belangrijkste regie krijgen, is het lastiger om het perspectief en de belangen van burgers in de regio mee te nemen bij de besluitvorming. • Besluitvorming kan traag verlopen, doordat er gezocht moet worden naar consensus bij een diverse groep veldpartijen. • De ervaren rechtvaardigheid van het besluitvormingsproces, en daarmee de legitimiteit van de Rijksoverheid, kan daardoor onder druk komen te staan. • De deelbelangen van veldpartijen kunnen te dominant worden, waardoor het gedeeld publiek belang uit het zicht raakt. • Afstemming op centraal niveau kan regionale innovaties belemmeren.

3. Regionaal bestuur als belangrijkste regisseur

Bij deze regievorm is er sprake van een vraagstuk dat speelt op **regionale schaal** met een sterke **normatieve component**. De regionale overheid neemt de rol als directieve regisseur voor (een onderdeel van) de ordening van acute zorg, waarbij de Rijksoverheid systeemverantwoordelijk blijft. Daarmee is de regionale overheid in staat duidelijke eisen te stellen aan de borging van publieke waarden van acute zorg en de manier waarop de afweging tussen die waarden moet plaatsvinden. De Rijksoverheid is, als systeemverantwoordelijke, indirect aanspreekbaar op deze afspraken. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben zich in de uitvoering van hun taken te voegen naar de besluiten die door de regionale overheid worden genomen.

Mogelijke voordelen van dit regiemodel	Mogelijke nadelen van dit regiemodel
• Het is makkelijker om veldpartijen en burgers te betrekken bij het totstandkomingsproces van de besluitvorming, wat de legitimiteit van regionale overheden ten goede komt. • Er kan recht gedaan worden aan regionale contexten en aan publieke regionale belangen buiten de zorg. • De besluitvorming kan op regionaal niveau transparant worden gemaakt voor burgers en is controleerbaar door regionale volksvertegenwoordigers. • Er is voldoende ruimte voor regionale partijen om te innoveren.	• Nadruk op toegankelijkheid kan dankzij negatieve gevolgen hebben voor kwaliteit en betaalbaarheid. • Door regionale verschillen in toegankelijkheid kan de ervaren rechtvaardigheid op nationaal niveau, en dus de legitimiteit van de Rijksoverheid, onder druk komen te staan. • Het is lastiger om de regionale besluiten op nationaal niveau transparant te maken voor burgers.

4. Regionale veldpartijen als belangrijkste regisseur

Bij deze regievorm is er sprake van een vraagstuk dat speelt op **regionale schaal** en gebaat is bij een **expertmatige blik**. De regionale overheid laat daarbij regie aan regionale veldpartijen en faciliteert dat zij tot goede afspraken komen. De regionale overheid is, als faciliterend regisseur, indirect aanspreekbaar op de gemaakte afspraken. De Rijksoverheid blijft systeemverantwoordelijk en is dus ook indirect aanspreekbaar op deze afspraken.

Mogelijke voordelen van dit regiemodel	Mogelijke nadelen van dit regiemodel
• Gemaakte afspraken kunnen rekenen op consensus bij uitvoerende partijen en hebben daarmee een grote kans van slagen. • Er kan recht worden gedaan aan de regionale contexten. • Het biedt veldpartijen de ruimte om te innoveren en afspraken te maken over samenwerking.	• De borging op de toegankelijkheid kan ondergesneeuwd raken als deelbelangen van regionale veldpartijen de overhand krijgen. • Door regionale verschillen in toegankelijkheid kunnen de ervaren rechtvaardigheid op nationaal niveau, en dus de legitimiteit van de Rijksoverheid, onder druk komen te staan. • Het risico bestaat dat het voor burgers onduidelijk blijft welke partij verantwoordelijk is voor de toegankelijkheid van acute zorg.

De vier regiemodellen zijn conceptuele kaders die van nut zijn bij het denken over de organisatie van acute zorg. Deze modellen leiden tot verschillende denkrichtingen, oftewel andere manieren om de regie op de borging van publieke waarden in de acute zorg vorm te geven. In de volgende paragraaf beschrijft de Raad wat deze verschillende regiemodellen kunnen betekenen wanneer ze worden toegepast op de signaleerde vraagstukken. Vervolgens geeft de Raad zijn visie op welke vormen van regie passend zouden zijn bij de vier centrale vraagstukken rondom toegankelijkheid van acute zorg.

5 Scenario's

Met behulp van de regiemodellen verkent dit hoofdstuk de verschillende scenario's voor de vier geschetste toegankelijkheidsvraagstukken. Daarbij beschrijft de Raad hoe de Rijksoverheid regie zou kunnen voeren op ieder vraagstuk en wat daarbij de rollen en verantwoordelijkheden van veldpartijen zijn. De Raad benoemt daarbij ook de belangrijkste voor- en nadelen.

1. Wat zijn goede toegankelijkheidsnormen voor acute zorg en hoe moeten deze gehandhaafd worden?

Scenario's	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
De Rijksoverheid maakt met de belangrijkste veldpartijen afspraken over de toegankelijkheid van acute zorg (op centraal niveau).	Veldpartijen moeten voldoen aan de gestelde toegankelijkheidsnormen. Wanneer ze niet aan deze normen voldoen, vindt handhaving plaats.	Duidelijkheid bij de inrichting van acute zorg voor burgers en veldpartijen over landelijke normen en het toezicht daarop.	Handhaving van centrale toegankelijkheidsnormen kan, mede door regionale omstandigheden zoals personeelstekorten, mogelijk gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg.
Zorgverzekeraars krijgen van de Rijksoverheid de ruimte om in elke regio afspraken te maken over toegankelijkheid van acute zorg.	Zorgaanbieders volgen het beleid van zorgverzekeraars bij strategische keuzes.	Zorgverzekeraars zijn in staat een afweging te maken tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid dankzij hun kennis van verzekerden in de regio.	Omdat zorgverzekeraars afgerekend worden op betaalbaarheid, bestaat het risico dat toegankelijkheid ten koste gaat van betaalbaarheid.
Zorgaanbieders, verenigd in de ROAZ'en maken afspraken over de gewenste toegankelijkheid van acute zorg in de regio.	Zorgverzekeraars zijn gebonden aan de afspraken in de ROAZ'en in de manier waarop zij acute zorg inkopen bij aanbieders.	Zorgaanbieders hebben kennis over de regionale spoedzorgketen en kwaliteit van zorg, en kunnen met die kennis toegankelijkheidsnormen vormgeven.	Wanneer zorgaanbieders afspraken maken over de toegankelijkheid van acute zorg bestaat de kans dat kwaliteit prevaleert boven toegankelijkheid.

Scenario's	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
Een regionaal publiek bestuurder (bijvoorbeeld een wethouder zorg) maakt binnen de ROAZ-regio's afspraken met veldpartijen over de gewenste toegankelijkheid van acute zorg. Deze publieke bestuurder heeft doorzettingsmacht om normen af te dwingen als partijen er niet uitkomen.	Veldpartijen krijgen de ruimte om afspraken te maken over toegankelijkheid. Door de doorzettingsmacht van de publiek regionaal bestuurder worden zij geprikkeld om besluiten te nemen vanuit burgerbelang.	Veldpartijen worden door de rol van de publieke bestuurders geprikkeld om over hun belangen heen te stappen en te handelen vanuit het gedeelde belang. Daarnaast kan de publiek regionaal bestuurder de belangen van burgers legitiem behartigen.	Het risico bestaat dat er sterke regionale verschillen optreden tussen regio's, mede door de manier waarop publieke regionale bestuurders hun rol invullen. Dit kan leiden tot onwenselijke verschillen en de roep om ingrijpen van de minister vergroten.

2. Hoe kan de legitimiteit verbeterd worden van de besluitvorming over zaken die het regionale publiek belang raken?

Belangrijkste regisseur	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
<i>De minister van VWS krijgt een instemmingsverplichting wanneer er zich een wijziging in het acute zorgaanbod (SEH/HAP) voordoet, ook binnen geldende toegankelijkheidsnormen.</i>	Veldpartijen moeten, wanneer ze besluiten dat er een SEH of HAP verdwijnt, duidelijk maken aan de minister dat dit in het belang is van burgers.	De democratische legitimiteit van de besluitvorming wordt sterk verbeterd doordat een gekozen volksvertegenwoordiger de belangen van burgers kan vertegenwoordigen.	De besluitvorming kan worden beïnvloed door wisselende politieke tendensen. Hierdoor kan besluitvorming over het aanbod van acute zorg vertragen, wat uiteindelijk schadelijk kan zijn voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.
<i>Zorgverzekeraars krijgen doorzettingsmacht om binnen de ROAZ-regio's afspraken te maken over het aanbod van acute zorg (spreiding en concentratie).</i>	Regionale zorg-aanbieders zijn afhankelijk van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Zij worden geprikkeld tot het verwerven van een zo goed mogelijke concurrentiepositie.	Zorgverzekeraars hebben de kennis en expertise om acute zorg effectief en doelmatig te organiseren. Daarnaast kunnen ze zich inzetten om de mening van hun verzekerden een belangrijkere rol te geven bij besluitvorming over het acute zorgaanbod.	Zorgverzekeraars zijn, vanwege hun rol en hun belang van betaalbaarheid voor hun verzekerden, slechts beperkt in staat de regionale belangen van burgers legitiem mee te nemen in de vormgeving van het acute zorglandschap.
<i>Zorgaanbieders, verenigd de ROAZ'en, maken afspraken over het aanbod van acute zorg. De voorzitter van elk ROAZ krijgt doorzettingsmacht bij gebrek aan consensus tussen zorgaanbieders.</i>	<i>Zorgverzekeraars moeten de afspraken financieren die gemaakt zijn in de ROAZ'en.</i>	Zorgaanbieders hebben veel kennis over de regionale spoedzorgketen en kunnen vanuit die kennis afspraken maken over de vormgeving van een toegankelijk acute zorgnetwerk.	Wanneer zorgaanbieders beslissen over het aanbod van acute zorg, bestaat het risico dat zij instellingsbelangen laten prevaleren, waardoor de betaalbaarheid van acute zorg in gevaar kan komen.

Belangrijkste regisseur	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
<i>Een regionaal publiek bestuurder krijgt de opdracht van de Rijksoverheid om besluiten over veranderingen in het zorgaanbod voor te leggen aan de minister wanneer de toegankelijkheid van acute zorg onvoldoende geborgd is of als er signalen zijn dat burgers onvoldoende betrokken zijn bij het besluitvormingsproces.</i>	Veldpartijen moeten, wanneer ze besluiten dat er een SEH of HAP verdwijnt, duidelijk maken aan de regionaal bestuurder dat dit in het belang is van burgers. Daarnaast moeten ze burgers nauwer betrekken bij het besluitvormingsproces.	De democratische legitimiteit van de besluitvorming wordt sterk verbeterd, doordat een regionaal publiek bestuurder de belangen van burgers kan vertegenwoordigen. Daarnaast kent deze bestuurder de regio goed.	De besluitvorming kan worden beïnvloed door wisselende politieke tendensen. Hierdoor kan besluitvorming over het aanbod van acute zorg vertragen, wat uiteindelijk schadelijk kan zijn voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

3. Hoe kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer met elkaar samenwerken op het gebied van acute zorg?

Belangrijkste regisseur	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
<i>De Rijksoverheid</i> bepaalt dat acute zorg apart bekostigd wordt op beschikbaarheid vanuit centrale budgetten. Daarnaast houdt de overheid op decentraal niveau toezicht (via ZiN/NZa/VWS) op de totstandkoming van samenwerking in de regio.	Zorgverzekeraars worden verplicht in elke regio acute zorg op beschikbaarheid te financieren. Veldpartijen krijgen, door de beschikbaarheidsfinanciering, meer mogelijkheden om met elkaar samen te werken op het gebied van acute zorg.	Doordat acute zorg wordt gefinancierd op basis van beschikbaarheid hoeven zorgaanbieders niet te concurreren op het gebied van acute zorg en wordt het makkelijker om samen te werken.	Financiering op basis van beschikbaarheid remt de prikkel voor zorgaanbieders om kwaliteit van zorg te blijven innoveren. Bovendien ontbreekt een belangrijke prikkel voor zorgaanbieders om zorg doelmatig te organiseren. Ten slotte zou de bekostiging niet toereikend kunnen zijn voor bepaalde regio's.
<i>Zorgverzekeraars</i> krijgen van de Rijksoverheid de ruimte om samenwerking tussen zorgaanbieders te bevorderen binnen de een afgebakende regio-indeling (zorgkantoorregio/ROAZ/GHOR). Daarnaast krijgen zorgverzekeraars doorzettingsmacht als samenwerking onvoldoende tot stand komt.	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken binnen regio's afspraken over de organisatie van acute zorg. Als de samenwerking tussen zorgaanbieders spaak loopt, hebben zorgverzekeraars doorzettingsmacht om tot een oplossing te komen.	Zorgverzekeraars hebben binnen de regio's een goed beeld van de organisatie van acute zorg, in verbinding met de verpleging, verzorgen, thuiszorg, jeugdzorg en ggz. Hierdoor kunnen zij zorgpaden in de regio beter vormgeven worden.	De zorgverzekeraar kan vanuit betaalbaarheids-oogpunt beslissingen nemen die niet aansluiten bij de behoeften van burgers.

Belangrijkste regisseur	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
<i>Zorgaanbieders, verenigd in de ROAZ'en</i> maken afspraken over de manier waarop ze het regionale zorglandschap gaan vormgeven. De voorzitter van elk ROAZ krijgt doorzettingsmacht als zorgaanbieders het niet eens worden.	<i>Zorgverzekeraars</i> moeten de samenwerkingsafspraken die gemaakt zijn in de ROAZ'en financieren.	Zorgaanbieders hebben veel kennis over de regionale spoedzorgketen en kunnen vanuit die kennis afspraken maken over de vormgeving van een toegankelijk acute zorgnetwerk.	Wanneer zorgaanbieders samenwerkingsafspraken maken, bestaat het risico dat zij belangrijke innovaties kunnen tegenhouden en instellingsbelangen prevaleren. Dat kan gevolgen hebben voor de betaalbaarheid.
Een <i>regionaal publiek bestuurder</i> zit een regionaal overleg voor waarin regionale zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers vertegenwoordigd zijn. Deze bestuurder heeft de mogelijkheid om samenwerkingsafspraken tussen partijen af te dwingen in het belang van burgers.	Veldpartijen krijgen de ruimte om afspraken te maken over de vormgeving van een regionaal dekkend acute zorgnetwerk. Door de rol van de regionaal publiek bestuurder moeten partijen op zoek naar het belang van de burger.	De manier waarop samenwerkingsafspraken worden gemaakt, wordt transparanter door de rol van de regionaal publiek bestuurder. Daarnaast worden veldpartijen geprikkeld om burgerbelangen mee te nemen in de afspraken die zij maken.	De rol van de regionaal publiek bestuurder kan helpen, maar ook belemmeren wanneer deze toegankelijkheidsbelangen van burgers een te grote rol geeft. Daardoor kan de kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg in gevaar komen.

4. Hoe kan innovatie gerealiseerd worden die acute zorg toegankelijk kan houden?

Belangrijkste regisseur	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
<i>De minister van Medische Zorg en Sport</i> dwingt digitale gegevensuitwisseling af bij veldpartijen. Daarnaast kan de Rijksoverheid kansrijke innovaties bij wijze van experiment tijdelijk toelaten binnen het acute zorgstelsel.	Veldpartijen worden gedwongen digitale gegevens uit te wisselen. Nieuwe toetreders kunnen bij wijze van uitzondering vergoeding krijgen voor innovaties.	Het is voor nieuwe zorgaanbieders makkelijker om onderdeel uit te maken van het zorgaanbod. Daarnaast is het gebruik van digitale innovaties kansrijker doordat gegevens kunnen worden	Directieve regie van de Rijksoverheid op de totstandkoming van innovatie kan initiatieven van bestaande aanbieders op het gebied van innovatie frustreren als de kaders voor toelaten van innovaties en experimenten vanuit de Rijksoverheid te beperkt zijn. Dit kan gevolgen hebben voor de betaalbaarheid (en kwaliteit).
<i>Zorgverzekeraars</i> krijgen een eenmalig innovatiebudget van de overheid, dat ze kunnen besteden aan kansrijke innovaties die de acute zorg toegankelijk houden.	Nieuwe zorgaanbieders kunnen bij wijze van uitzondering een vergoeding krijgen voor innovaties als zij een verzekeraar overtuigen van het nut van de innovatie.W	Zorgverzekeraars hebben de kennis en expertise om acute zorg effectief en doelmatig te organiseren. Zij kunnen inschatten of een innovatie bijdraagt aan de doelmatigheid en toegankelijkheid van acute zorg.	De mate waarin zorginnovaties door zorgverzekeraars worden toegepast zal vooral afhankelijk zijn van het potentieel van deze innovaties. Dit vraagt om schaalbare innovaties. Echter, deze schaal ontbreekt vaak in regionale gebieden waar toegankelijkheid onder druk staat.

Belangrijkste regisseur	Rol veldpartijen	Belangrijkste voordeel	Belangrijkste nadeel
<i>Zorgaanbieders, verenigd in de ROAZ'en</i> krijgen een eenmalig innovatiebudget om innovaties door te voeren in het zorgaanbod.	Zorgverzekeraars kunnen deze innovaties financieren, wanneer deze zich in de praktijk hebben bewezen.	Zorgaanbieders hebben veel kennis over de regionale spoedzorgketen en weten daardoor waar innovatiekansen liggen.	Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen innovaties die hun eigen positie aantasten, niet te realiseren wat gevolgen kan hebben voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid.
<i>Een regionaal publiek bestuurder</i> krijgt een eenmalig innovatiebudget om innovaties door te voeren in het zorgaanbod.	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, en nieuwe toetreders kunnen gezamenlijk aanspraak maken op deze budgetten door kansrijke plannen in te dienen.	De democratische legitimiteit van de besluitvorming wordt sterk verbeterd, doordat een regionaal publiek bestuurder beslist over de besteding van innovatiebudget. Daarnaast is deze vertegenwoordiger in staat te beoordelen in hoeverre innovaties in het belang van burgers zijn.	Veel kansrijke innovaties hebben behoefte aan een bepaalde schaal. Daardoor is de kans groot dat kansrijke innovaties in drukbevolkte gebieden wel doorgang vinden, maar niet in de dunbevolkte gebieden waar deze de meeste meerwaarde hebben.

6 Visie RVS

In dit hoofdstuk geeft de Raad aanbevelingen voor geschikte vormen van regie op de vier centrale vraagstukken uit paragraaf 3.4. Dat doet de Raad aan de hand van de twee reflectieve vragen uit paragraaf 4.1 en de vier regiemodellen uit paragraaf 4.2. Deze aanbevelingen dragen volgens de Raad bij aan een betere toegankelijkheid van acute zorg en een grotere ervaren legitimiteit van de overheid. Daarmee wil de Raad richting geven aan het debat over het stelsel van acute zorg.

1. Wat zijn goede toegankelijkheidsnormen voor acute zorg en hoe moeten deze gehandhaafd worden?

Dit vraagt volgens de Raad in de eerste plaats om een **normatieve afweging** op **centraal niveau** gezien de onrust over de sluitingen van acute zorgvoorzieningen. Het is immers van belang dat het voor burgers duidelijk is waar zij op kunnen rekenen wat betreft toegankelijkheid van acute zorg. Zonder centraal gestelde, onderbouwde normen bestaat er een groot risico op onwenselijke regionale verschillen. De Raad vindt het een positieve ontwikkeling dat de Gezondheidsraad de 45-minuten spreidingsnorm herzielt en acht het daarnaast van belang dat ook duidelijk wordt op welke manier die herziene norm gehandhaafd wordt en wie daarvoor verantwoordelijk is.

Voorts is het van belang dat in de beschrijving van de herziene norm ruimte is voor regionaal maatwerk. De centrale norm moet beschrijven wat burgers kunnen verwachten van acute zorg, zonder daarbij het type zorgvoorziening af te kaderen. Daardoor ontstaat ruimte voor innovatie en kan regionale afstemming plaatsvinden over een passend en herkenbaar aanbod van acute zorg voor burgers. Een logische actor voor dit regionale maatwerk zou het ROAZ zijn, aangezien daar de partijen uit de acute zorgketen samenkomen. In de ogen van de Raad zou in een ROAZ niet alleen de stem van de (grote) curatieve zorgaanbieders vertegenwoordigd moeten zijn, maar ook die van aanbieders van langdurige zorg, patiënten, zorgverzekeraars en het regionaal openbaar bestuur.

De manier waarop regionale partijen invulling geven aan centraal geformuleerde toegankelijkheidsnormen moet transparant zijn voor burgers, regionale overheden en de centrale overheid. Dat kan bijvoorbeeld door een website waarop de toegankelijkheid van acute zorg in elke regio in Nederland actueel en inzichtelijk is. Wanneer regio's niet aan deze normen voldoen, moet de Rijksoverheid een vorm van doorzettingsmacht hebben en, indien nodig, maatregelen kunnen afdwingen die garanderen dat normen wel gehaald worden.

2. Hoe kan de legitimiteit verbeterd worden van de besluitvorming over zaken die het regionale publiek belang raken?

Het betrekken van de belangen van burgers bij de besluitvorming over het aanbod van acute zorg is volgens de Raad een **sterk normatief** vraagstuk dat **regionaal** speelt. Het is belangrijk dat de belangen van burgers tijdig meegewogen in besluitvormingsprocessen en dat burgers weten wie er verantwoordelijk is voor de

totstandkoming van een dekkend acute zorgnetwerk. Dit versterkt de legitimiteit van de besluitvorming over het acute zorgaanbod.

De regie op de borging van regionale belangen in de besluitvorming over het aanbod van acute zorg zou daarom bij zowel de **betrokken veldpartijen** in de regio als bij een **regionaal publiek bestuurder** (Commissaris Acute Zorg) moeten liggen. De Raad beveelt aan om een Commissaris Acute Zorg onafhankelijk voorzitter te maken van elk ROAZ. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een door de minister benoemde regionaal publiek bestuurder, die voorgedragen wordt door de leden van het ROAZ. In de praktijk ziet de Raad al dat besluitvorming aan een regionale tafel, voorgezeten door een regionaal publiek bestuurder succesvol kan zijn³⁵.

De Commissaris Acute Zorg stelt zich voortdurend op de hoogte van regionale belangen en burgerbelangen en kan verantwoording afleggen aan burgers en andere regionale volksvertegenwoordigers over de manier waarop besluiten over acute zorg gemaakt worden die raken aan het regionale publiek belang. Hierbij kan gedacht worden aan voorgenomen structurele veranderingen in het zorgaanbod, verwachte capaciteitsproblematiek, het maken van regionale ketenafspraken voor acute zorg (inclusief GGZ en ouderenzorg), en de overschrijding van normen voor toegankelijkheid van acute zorg. Daarvoor zijn verschillende innovatieve methoden denkbaar, zoals de organisatie van bijeenkomsten vanuit het principe van vloeibare democratie (Liquid Democracy³⁶) waarbij burgers hun stem kunnen delegeren aan mensen die ze zien als hun vertegenwoordiger. Op deze manier kunnen grote groepen burgers efficiënt participeren in consultatie en besluitvormingsprocessen rondom acute zorg.

De Commissaris Acute Zorg zou de bevoegdheid moeten hebben om besluiten over veranderingen in het zorgaanbod voor te leggen aan de minister wanneer de toegankelijkheid van het regionale acute zorgnetwerk voor burgers onvoldoende geborgd dreigt te zijn of als er signalen zijn dat burgers onvoldoende betrokken zijn bij het besluitvormingsproces.

3. Hoe kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer met elkaar samenwerken op het gebied van acute zorg?

Op dit moment ontstaan in Nederland verschillende veelbelovende samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op het gebied van acute zorg. Uit de gesprekken die de Raad heeft gevoerd blijkt dat samenwerkingsverbanden baat hebben bij ruimte om tot goede afspraken te komen en bij de deelname van een beperkt aantal partijen. Tevens is er behoefte aan een vorm van regie die partijen prikkelt om meer samen te werken om de toenemende druk op acute zorg te beperken. Daarom is er regie nodig op **regionale schaal** met ruimte voor **expertmatige oplossingen**, zodat veldpartijen aangezet worden tot het maken van samenwerkingsafspraken.

³⁵ Een voorbeeld hiervan is de Zorgtafel Drenthe die wordt voorgezeten door Jetta Klijnsma, Commissaris van de Koning in Drenthe.

³⁶ Christina Zuber, 2016. Liquid Democracy: Potentials, Problems, and Perspectives. In: *The Journal of Political Philosophy*. 24(2), pp. 162-182.

Het is van belang dat voor het maken van samenwerkingsafspraken gekozen wordt voor een regionale schaal die recht doet aan de praktijk van de acute zorg die geleverd wordt. Zo kan gekozen worden voor een indeling die aansluit bij de huidige zorgpraktijken, waarbij samenwerkingsverbanden georganiseerd zijn rondom de SEH van een ziekenhuis³⁷. Maar het is ook van belang dat samenwerking niet alleen een vrijblijvende keuze is voor zorgaanbieders, zodat toegankelijkheid, alsmede kwaliteit en betaalbaarheid geborgd blijven. Daarom moeten prikkels in de financiering van acute zorg worden gecreëerd die samenwerking bevorderen. Deze prikkels kunnen gerealiseerd worden door op **centraal niveau** aanpassingen door te voeren in de financiering van acute zorg. Waar acute zorg op dit moment per verrichting wordt vergoed door zorgverzekeraars kan gedacht worden aan een alternatieve vormen van bekostiging, waarbij het aanbod van acute zorg voor een deel op beschikbaarheid en voor een deel op kwaliteit en samenwerking wordt gefinancierd. Daarbij zouden zorgverzekeraars moeten worden verplicht om een deel van hun budgetten voor acute zorg te besteden aan het garanderen van beschikbaarheid daarvan. Het andere deel van deze budgetten kan door middel van prestatieafspraken over kwaliteit en samenwerking toegekend worden aan zorgaanbieders, zodat zij worden geprikkeld acute zorg anders te organiseren. Bij prestatieafspraken kan gedacht worden aan afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de optimalisatie van kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg in de regio, bijvoorbeeld door te investeren in personeel en samenwerking tussen SEH en HAP³⁸.

4. Hoe kan innovatie gerealiseerd worden die acute zorg toegankelijk kan houden?

In de gesprekken van de Raad met betrokken experts komt naar voren dat (digitale) innovatie kan bijdragen aan de toegankelijkheid van acute zorg. Zo kunnen innovaties helpen met het geven van nieuwe antwoorden op vragen, waarvoor eigenlijk geen direct contact met een zorgaanbieder nodig is, zoals bijvoorbeeld *thuisarts.nl* in de huisartsenzorg nu al doet. Volgens de Raad heeft de Rijksoverheid een belangrijke rol in het realiseren van innovatie in de acute zorg.

Ten eerste door te zorgen dat medische gegevens beschikbaar zijn zodat de juiste acute zorg efficiënt en snel geleverd kan worden. De Raad ziet bij dit vraagstuk een grote rol weggelegd voor de Rijksoverheid vanwege het **nationale belang** van de mogelijkheid tot gegevensuitwisseling in de acute zorg en de belangrijke **normatieve afwegingen** die daarbij op het spel staan (welke data worden gedeeld, en met welke partijen?).

Daarbij zou de minister meer dan nu, een directieve regierol moeten kiezen door veldpartijen te verplichten patiëntgegevens te delen in de acute zorgketen en voorwaarden te formuleren waaraan deze gegevensuitwisseling moet voldoen om de privacy van burgers en het type gegevens te borgen.

³⁷ Een voorbeeld hiervan zijn de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) die zijn gecentreerd rondom ziekenhuizen

³⁸ Dit soort afspraken worden in de praktijk soms al gemaakt, zoals bij het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam: <https://www.zorgvisie.nl/maasstad-ziekenhuis-en-zorgverzekeraars-maken-innovatieve-afspraken/>

Ten tweede heeft de Rijksoverheid een rol bij het creëren van (regel)ruimte voor professionals, ontwikkelaars en zorgverzekeraars voor de ontwikkeling en implementatie van innovaties. In het buitenland is te zien dat nieuwe toetreders innovatieve concepten snel op grote schaal beschikbaar kunnen maken, zie bijvoorbeeld de diverse '*doctor on demand*' initiatieven in Zweden, Engeland en de Verenigde Staten met de mogelijkheid van digitale - soms AI gestuurde - triage. Om ook Nederland een aantrekkelijke 'landingsplaats' te maken voor dergelijke dienstverlening kan de NZa zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden innovaties die niet binnen de huidige dbc-structuur passen, maar acute zorg (domeinoverstijgend) wel toegankelijker kunnen maken, te vergoeden door middel van een facultatieve prestatie.

Naast de digitale voorbeelden, geldt dit ook voor andere acute zorgvormen. Zo kan de intensivering van het gebruik van traumahelikopters of beter uitgeruste ambulances een uitkomst bieden voor de toegankelijkheid van acute zorg in dunbevolkte gebieden. De RVS ziet het door de NZa gestarte onderzoek naar facultatieve prestaties in de ziekenhuiszorg als een goede stap om te komen tot een domeinoverstijgende facultatieve prestatie. Deze prestatie kan bovendien de samenwerking tussen SEH en HAP vergemakkelijken.

7 Reflectie op het debat over de toekomstige organisatie van acute zorg

De Raad hoopt met dit advies een constructieve bijdrage te geven aan het debat over de toekomstige organisatie van acute zorg. De noodzaak tot verandering in de organisatie en financiering van acute zorg in Nederland lijkt breed gedeeld te zijn. Volgens de Raad hebben deze noodzakelijke veranderingen niet het gewenste effect als burgers deze niet als legitiem ervaren. Andere vormen van regie, gericht op de *input en throughput* van de organisatie van acute zorg zijn nodig. Deze zullen zowel de toegankelijkheid van het stelsel als de legitimiteit van de overheid ten goede komen.

De Raad vindt het belangrijk dat er in het debat over de organisatie van acute zorg aandacht komt voor de verschillende mogelijkheden voor regie. Elke vorm van regie heeft voor- en nadelen voor de publieke waarden (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid) in de acute zorg. Constructief nadenken over regie vraagt om politieke moed, omdat deze beslissingen ook nadelig kunnen uitpakken voor een of meer van deze publieke waarden. Regie is een meervoudig en dynamisch begrip. Daarom is het van belang de oplossing niet te zoeken in meer of minder regie, maar in passende vormen van regie. Daarbij moet onderkend worden dat er niet één vorm van regie moet zijn voor alle vraagstukken in de acute zorg. Goede regie op het stelsel van acute zorg vereist balanceerkunst: de vaardigheid om in een periode van ingrijpende demografische, geografische en epidemiologische ontwikkelingen te reflecteren op de werking van regie in de praktijk en de gevolgen daarvan op het leven van burgers die acute zorg nodig hebben.

8 In het licht van corona

In deze laatste paragraaf reflecteren wij op de ontwikkelingen in de organisatie en financiering van acute zorg in het licht van de coronacrisis. Een eerste punt van reflectie betreft de balans in de afweging van de publieke waarden van acute zorg. Waar wij in dit advies constateren dat het narratief van toegankelijkheid van acute zorg in de afgelopen jaren heeft ingeboet ten opzichte van de narratieven van kwaliteit en betaalbaarheid, zien we dat toegankelijkheid van acute zorg op dit moment een nadrukkelijk onderdeel uitmaakt van afwegingen over de organisatie van acute zorg. Hoewel dit als zodanig een positieve ontwikkeling is, is het in de komende periode van belang hierin niet door te schieten en de balans tussen de verschillende publieke waarden in het oog te houden. Op dit moment wordt bijvoorbeeld gesproken over een verhoging van de IC-capaciteit in Nederland. Bij het denken over de manier waarop een al dan niet structurele verhoging te realiseren valt, is het van belang de samenhang met de organisatie van de totale (acute) zorgketen goed voor ogen te houden. Zo laat het advies³⁹ van Chief Nursing Officer Bianca Buurman zien dat een structurele verhoging van IC-capaciteit, gezien de arbeidsmarktkrapte, gevolgen heeft voor de organisatie van reguliere acute zorg. Die gevolgen moeten in samenspraak met zorgprofessionals inzichtelijk worden gemaakt. Daarbij moeten de afwegingen die gemaakt worden bij het maken van plannen voor de organisatie van acute zorg ten tijde van een nieuwe uitbraak expliciet worden gemaakt. De coronacrisis mag geen excuus zijn voor onevenwichtige afwegingen tussen publieke waarden.

Een tweede punt van reflectie betreft de organisatie van acute zorg. We zien dat verschillende van de aanbevelingen die wij doen in ons advies op dit moment al in de praktijk worden gebracht. Denk hierbij aan de verruiming van regelruimte voor de financiering van (digitale) zorginnovaties door de NZa, de samenwerking die ontstaat tussen zorgaanbieders en verzekeraars, en de verbreding van de samenstelling van verschillende ROAZ-en. Op allerlei manieren treden zorgaanbieders, professionals, verzekeraars en toezichthouders buiten de gebaande paden om goede acute zorg te realiseren voor burgers. Denk hierbij aan de versnelde implementatie van mogelijkheden op het gebied van zorg op afstand, zoals beeldbellen en thuismonitoring. De Raad komt deze zomer met een advies over de manier waarop de goede elementen van zorg op afstand behouden en bestendig kunnen worden in de toekomst. Wat deze initiatieven gemeen hebben, is dat ze voorbij gaan aan deelbelangen en vanuit een landelijk gedeelde urgentie en blik kijken naar het gedeelde belang: het voorzien in de acute zorgvragen van burgers.

Tegelijkertijd is het ook belangrijk om de weeffouten in het stelsel van acute zorg te benoemen die in deze crisis worden blootgelegd. In het bijzonder is de organisatorische fragmentatie tussen verschillende sectoren van de gezondheidszorg zichtbaar geworden. Die fragmentatie heeft ertoe geleid dat met name de belangen van de langdurige zorg onvoldoende in beeld zijn geweest tijdens de eerste fase van de

³⁹ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/brieven/2020/05/13/transitie-naar-de-reguliere-zorg-vanuit-het-perspectief-van-verpleegkundigen-en-verzorgenden>

bestrijding van het virus. Verschillende problemen, zoals de gebrekkige verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen, het soms tekortschietende zicht op de opnamecapaciteit van de (langdurige) zorg en de onvoldoende urgentie die gegeven werd aan de impact van het coronavirus in de verpleeghuiszorg, kunnen gezien worden als symptomen van structurele weeffouten in de organisatie van acute zorg.

In de komende tijd staan er dan ook grote vragen op het spel. Hoe geven we de organisatie van acute zorg vorm in de komende periode? Hoe bereiden we ons voor op een volgende fase in deze of een toekomstige pandemische crisis, zonder daarbij in te boeten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg? Op basis van ervaringen tot nog toe formuleert de Raad een drietal lessen over de organisatie en financiering van het acute zorgstelsel, in het licht van corona.

1. Vraagstukken rondom schaarste in de acute zorg vragen om publieke verantwoording.

In een crisissituatie worden vraagstukken rondom schaarste pregnant. Hoe wordt de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen over de verschillende sectoren gemaakt? Hoe zorgen we voor voldoende IC-capaciteit? Hoe verdelen we coronapatiënten over ziekenhuizen en andere zorginstellingen? Ons advies laat zien dat de problematiek rondom schaarste in de acute zorg niet nieuw is. De oplopende personeelstekorten, financiële druk en veranderende demografische samenstelling van de bevolking zorgen voor een toenemende druk op de toegankelijkheid van acute zorg. Dit zorgt voor complexe afwegingen over waar en hoe acute zorg wordt georganiseerd voor burgers.

Dit soort afwegingen raken de (regionale) belangen van burgers en vragen daarom om een vorm van publieke verantwoording. De aanbeveling van de Raad in dit advies om een onafhankelijk publiek bestuurder te benoemen als voorzitter van de verschillende ROAZ-en wordt hierdoor extra relevant. Deze voorzitter, idealiter aangedragen door de leden van het ROAZ zelf en benoemd door de minister, moet vanuit een integrale blik op acute zorg verantwoording af kunnen leggen over thema's die het regionale publiek belang raken. Hierbij moet volgens de Raad gedacht worden aan voorgenomen structurele veranderingen in het zorgaanbod, verwachte capaciteitsproblematiek, het maken van regionale ketenafspraken voor acute zorg (inclusief GGZ en ouderenzorg), en de overschrijding van normen voor toegankelijkheid van acute zorg.

Daarbij past de kanttekening dat verschillende geraadpleegde personen waarschuwen voor het centraliseren van een (te) grote hoeveelheid besluitvormingsprocessen in het ROAZ. Het is daarom verstandig om alleen die besluitvormingsprocessen te centraliseren in het ROAZ die raken aan regionale publieke belangen, zoals hierboven genoemd. Het verder versterken van een goede bestuurlijke aansluiting van de ROAZ-regio's op de 25 GHOR-regio's is daarbij een randvoorwaarde, zodat onnodige bureaucratie voorkomen wordt. In dat licht is het goed dat de directeur publieke gezondheid deelneemt aan het ROAZ, maar zou ook de voorzitter van het ROAZ moeten deelnemen aan een GHOR. Binnen deze grenzen moeten zorgaanbieders en verzekeraars voldoende ruimte krijgen om zelf te besluiten over de

organisatie van hun zorg en de samenwerkingsrelaties die zij daarbij aangaan om aan de acute zorgvragen van inwoners in hun regio te kunnen voldoen. Dit is in lijn met ons recente advies over de coronacrisis, waarin wij ervoor pleiten bestuurders en professionals in eerste instantie zelf ruimte en vertrouwen te geven om, binnen de grenzen van landelijke kaders, een goede afweging te maken over de bezoeksregeling in verpleeghuizen.

2. Kies voor een integrale blik op de organisatie en financiering van acute zorg

Gezien de toenemende druk op acute zorg is een integrale blik op de organisatie en financiering van acute zorg essentieel. De coronacrisis heeft laten zien dat deze integrale blik in de praktijk niet altijd aanwezig is. Zo werden ouderen die niet meer thuis konden zijn of niet in het ziekenhuis opgenomen hoefden te blijven naar hotels en andere plaatsen overgebracht, terwijl opname in een instelling voor langdurige zorg wellicht beter en mogelijk was geweest. Volgens de Raad laat dit zien dat acute zorg in Nederland nog altijd te gefragmenteerd georganiseerd is. Goede acute zorg vraagt om verschillende specifieke vormen van expertise en samenwerking. In het bijzonder in het geval van acute zorg voor kwetsbare, multimorbide ouderen. Echter, in de praktijk worden die verschillende vormen van kennis niet altijd gebundeld. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat het bewustzijn veelal ontbreekt dat de keten van acute zorg uit meer moet bestaan dan alleen huisartsenposten, ziekenhuizen en ambulancezorg. Dit resulteert in een sterk gefragmenteerde organisatie en financiering van acute zorg, waarin een dominantie van de curatieve- boven de langdurige zorg waarneembaar is.

Verschillende aanbevelingen in ons advies pogen deze fragmentatie te verminderen. Zo pleiten wij voor een structurele verbreding van de samenstelling van de ROAZ in Nederland, waarbij ook de langdurige zorgsector vertegenwoordigd is. Daarnaast pleiten wij voor een andere bekostiging van acute zorg die structurele samenwerking stimuleert tussen bijvoorbeeld huisarts en SEH, en die mogelijk maakt te betalen voor capaciteit omdat een sterke nadruk op het betalen voor productie nadelig is voor de veerkracht van de acute zorgketen. Ten slotte pleiten wij voor een aparte financiering van domeinoverstijgende zorginnovaties. Ook tijdens de coronacrisis is duidelijk geworden dat innovatie belangrijk is voor de toegankelijkheid van acute zorg.

3. Waak voor maakbaarheidsdenken, regie is maatwerk

In tijden van een nationale crisis is het goed dat de Rijksoverheid in de eerste acute fase gebruikt maakt van de mogelijkheden die de wet biedt voor een strakke, centralistische vorm van sturing. Hoewel deze vorm van sturing geschikt is voor het behalen van relatief eenvoudig definieerbare korte termijn doelen, is deze vorm minder geschikt voor sturing op de wat langere termijn. Immers, het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door een grote diversiteit aan spelers, die elk vanuit een verschillende positie een waardevolle bijdrage leveren aan de verdere totstandkoming van een toekomstbestendig stelsel van acute zorg. Waarden zoals veerkracht, innovatie, samenwerking en maatwerk zijn hiervoor van essentieel belang. Tegelijkertijd kunnen die op gespannen voet staan met waarden zoals

gelijkheid, rechtmatigheid en legitimiteit. Die spanning zagen we ook in de acute fase van de coronacrisis wanneer het bijvoorbeeld ging om de afstemming over het landelijke testbeleid en het inkopen van testmaterialen. Hoewel er vanuit de landelijke regiecentra de nadruk lag op het volgen van centrale aanwijzingen en richtlijnen, zagen we dat hier regionaal, onderbouwd, van werd afgeweken.

Daarom is het van belang om bij regie op toekomstige vraagstukken in de acute zorg de spanning tussen verschillende mogelijke regievormen zichtbaar, en vervolgens productief te maken. Het door de Raad aangeleverde regiemodel kan hierbij helpen. Het helpt om de balans te vinden tussen ruimte geven aan de veerkracht en daadkracht van burgers, zorgaanbieders en verzekeraars enerzijds, en een bij de aard van het vraagstuk passende vorm van sturing, toezicht en verantwoording anderzijds. Deze aanbeveling is in lijn met het pleidooi wat de Raad eerder dit jaar deed in zijn advies (Samen)leven is meer dan overleven (mei 2020) voor adaptief bestuur: een vorm van besturen waarbij continu gezocht wordt naar een juiste balans tussen maatschappelijke veerkracht en publieke verantwoording.

Vorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit Jan Kremer (commissievoorzitter), Ageeth Ouwehand (raadslid RVS), Jan-Luuk Hoff, Marina de Lint en Bart van de Gevel (adviseurs).

Lijst met geraadpleegde personen

De RVS adviseert onafhankelijk. De gesprekken die we tijdens de voorbereiding van dit advies hebben gevoerd hebben dan ook niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd.

Conny Helder
Piet Huizinga
Edwin van der Meer
Jan Smelik
Bart Berden

Ernst Kuipers
Duco Stuurman, Reina van Cadsand
Annemarije Oosterwaal, Jurre de Bruijn
Jan Frans Mutsaers, Astrid Scholl
Manon van der Kaa
Reinier van Zutphen
Julia Draaisma, Johan van Manen,
Maaïke Witlox

Pauline Terwijn
Dianda Veldman
Bert Kleinlugtenbeld, Yvonne Snel

Hans van der Schoot, Fenna Heyning
Hans Kuijsten, Jan van Dam

Ben Broekhuis, Willem de Visser
Albert Kok, Jan Ovinge,
Hermien Roddenhof,
Anne Margriet Verhey

Douwe Hatenboer
Ab Klink
Suzanne Kruizinga
Olivier Gerrits
Jan van Loenen
Sjaak Wijma
René Smit

ActiZ
Ambulance IJsselland
BovenIJ Ziekenhuis
Coöperatie Austerlitz Zorgt
Elisabeth-TweeSteden
Ziekenhuis (ETZ)

Erasmus MC en LNAZ
Gemeente Amsterdam
Gupta Strategists
InEen
KBO-PCOB
Nationale Ombudsman
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Pantein
Patiëntenfederatie Nederland
Samenwerkende Algemene
Ziekenhuizen (SAZ)

Samenwerkende Topklinische
opleidingsZiekenhuizen (STZ)

Stichting Behoud Ziekenhuis
Lelystad

Twynstra Gudde
VGZ
Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Zilveren Kruis
Zorgbelang Drenthe
Zorginstituut Nederland
ZorgSaam

Publicaties

(Samen)leven is meer dan overleven

Advies, nummer 20-03, mei 2020

Herstel begint met een thuis. Dakloosheid voorkomen en verminderen

Advies, nummer 20-02, april 2020

Werkagenda 2020-2024

Publicatie, nummer 20-02, januari.

De derde levensfase. Het geschenk van de eeuw.

Advies, nummer 20-01, januari 2020.

Complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen.

Essay, nummer 19-05, december 2019.

Intensieve vrijwillige hulp. Heldere grenzen aan drang in de jeugdhulp.

Advies, nummer 19-04, november 2019.

De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG.

Advies, nummer 19-03, oktober 2019.

Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg.

Advies, nummer 19-02, mei 2019.

Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg.

Advies, nummer 19-01, februari 2019.

Goed leven.

Bundel, nummer 18-05, december 2018.

Plezier in bewegen.

Advies, september 2018.

Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen.

Essay, nummer 18-04, juli 2018.

Leeftijdsgrenzen. Beter kansen voor kwetsbare jongeren.

Advies, nummer 18-03, juni 2018.

WHO CARES. Ontwerpprijsvraag voor nieuwe vormen van wonen, zorg en ondersteuning.

Briefadvies, nummer 18-02, maart 2018.

Gezien en gehoord. 17.000 ervaringen met zorg en hulp.

Essay, nummer 18-01, februari 2018.

De wereld thuis. Zeven beeldverhalen.

Bundel, nummer 17-12, december 2017.

Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen. Beter, sneller, goedkoper.

Advies, nummer 17-10, november 2017.

Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen.

Advies, nummer 17-09, oktober 2017.

Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop.

Advies, nummer 17-08, oktober 2017.

De vele kanten van eenzaamheid.

Verkenning, nummer 17-07, juli 2017.

Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen.

Advies, nummer 17-06, juni 2017.

Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.

Advies, nummer 17-05, juni 2017.

De Zorgagenda voor een gezonde samenleving.

Publicatie, nummer 17-04, april 2017.

Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen.

Advies, nummer 17-03, maart 2017.

Inkoop safari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop.

Verkenning, nummer 17-02, februari 2017.

Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte.

Briefadvies, nummer 17-01, januari 2017.

Wat ik met Kerst mis. Een bundel met wisselende perspectieven over eenzaamheid.

Bundel, nummer 16-04, december 2016.

Grensconflicten. Toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen.

Essay, nummer 16-03, oktober 2016.

Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.

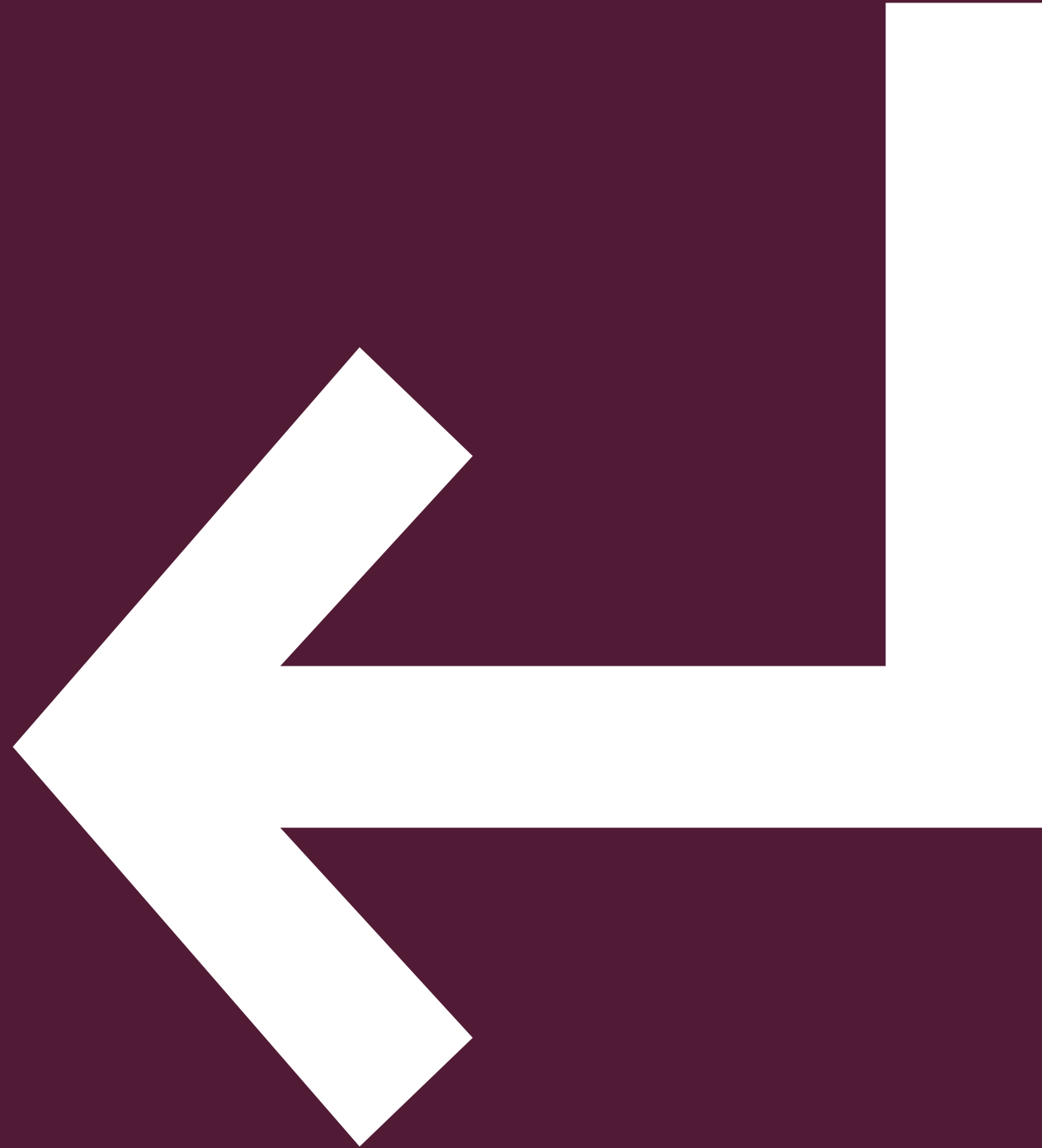
Advies, nummer 16-02, mei 2016.

Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.

Advies, nummer 16-01, april 2016.

Wisseling van perspectief. De werkagenda van de RVS.

Publicatie, nummer 15-01, december 2015.



Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving



@raadRVS