

Bijdrage Rondetafelgesprek Acute Zorg door Joris Bengevoord, Burgemeester van Winterswijk en voorzitter van het netwerk van Gemeenten met een Regionaal Ziekenhuis (28 Maart 2024)

Sinds 2021 spreken burgemeesters en wethouders elkaar regelmatig in het **netwerk van 28+ Gemeenten met een Regionaal Ziekenhuis**. De focus van dit netwerk lag en ligt allereerst (I) op het realiseren van een **goede betrokkenheid** van gemeenten bij **veranderingen in het acute zorgaanbod**. Het bizar dat burgemeesters in de krant moeten lezen dat hun ziekenhuis dichtgaat en ook nog eens in strijd met de Algemene Maatregel van Bestuur Acute Zorg. Als netwerk roepen we ten tweede (II) bewindslieden en Kamerleden op **brede maatschappelijke welvaart** mee te nemen in de besluitvorming bij veranderingen in het acute zorgaanbod. U herkent het uit de petitie's die we in september 2022 en december 2023 hebben aangeboden aan deze Kamer.

We zijn inmiddels vele Kamervragen en moties later. Maar het realiseren van deze twee doelen bleek nog **niet zo makkelijk**. Ons kabinet wil de zorgkosten drukken. Met een beroep op het IZA wordt er door VWS haast gemaakt met allerlei processen die door de Kamer individueel controversieel zijn verklaard. Zoals een ziekenhuisbestuurder onlangs aangaf, de macht over de acute zorg in Nederland ligt bij de zorgverzekeraars.

Elke regio telt heeft daarbij te weinig impact als het gaat om ziekenhuisland specifiek. Zelfs als het gaat om het meten van de kosten staat er een hek om de ziekenhuiszorg. En dan heb ik het niet eens over de kosten van huisartsen of WMO. Wie betaalt bijvoorbeeld de **extra kosten voor de bereikbaarheid** na het sluiten van het ziekenhuis in Zutphen? Een brief van minister Kuipers verwijst daarvoor naar de Provincie.

Toch hangt er **verandering in de lucht**: steeds meer academisch onderzoek wijst namelijk uit dat schaalvergroting, concentratie en fusie helemaal niet zoveel beter zijn voor de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Eerst **internationaal onderzoek, en nu ook onderzoek in Nederland**. De ziekenhuiszorg in Nederland heeft de ideale schaalgrootte bereikt, zo wordt gesteld.

Vele verschillende artsen geven aan te kunnen werken in een ziekenhuis waar ze elkaar kennen. Ook patiënten waarderen nabijheid van acute zorg. Niet voor niets scoren regionale ziekenhuizen overwegend goed in **waarderingcijfers**. Waar Nederland de afgelopen tijd stuurde op de aanwezigheid en het gemak van ervaren artsen, komt er nu meer **begrip voor verpleegkundigen** waarvan je niet automatisch kunt verwachten dat ze zomaar hun nachtdienst ergens anders gaan draaien met nog meer efficiency oftewel werkdruk. Er komt meer begrip voor **ambulanceverpleegkundigen** die niet tegelijkertijd aan de ene kant van de Achterhoek, in Lochem, en, aan de andere kant van de Achterhoek, in Aalten kunnen zijn. Voor grote afstanden over ingewikkelde N-wegen zijn meer ambulances nodig en daarvoor is helemaal geen personeel.

Al met al komt er steeds meer oog voor een duidelijk onderscheid tussen **90-95% basiszorg en 5-10% hoog specialistische zorg**, waarbij alleen de laatste zich uitstekend leent voor fusie, concentratie en schaalvergroting. Dit onderscheid zag ik ook terug in de **verkiezingsprogramma's** van NSC en VVD tot SP en PVV.

Gelet op de vorige sprekers wil ik hier graag drie punten maken. Ik wil me daarbij beperken tot de **spoedeisende hulp en de geboortezorg**. Vaak zien we namelijk dat als deze twee afdelingen uit een ziekenhuis verdwijnen, het ziekenhuis niet meer financieel levensvatbaar

is en steeds meer afdelingen dicht gaan. Burgemeester zoals Sacha Aussems in Waalwijk en Wethouders zoals Wouter Struijk in Nissewaard hebben me daar ook regelmatig voor gewaarschuwd.

1. **De spoedeisende hulp heeft een brandweerfunctie en moet dan ook als zodanig worden gefinancierd.** De spoedeisende hulp dient voor iedereen, altijd en in gelijke mate bereikbaar te zijn in geval van nood. Toch financieren we de spoedeisende hulp nog steeds op basis van productie in plaats van beschikbaarheid. Het is belangrijk om voortgang te maken met de beschikbaarheidsfinanciering, zoals de Kamer en de NZA hebben gevraagd, en op te letten dat het demissionair kabinet (met een beroep op het IZA) niet doorgaat met de controversiële aanpassing van de 45-minutennorm en gekoppelde financiering voor ambulances.
2. **Stop de acute zorg concurrentie onder I) gemeenten en II) ziekenhuizen.** De afgelopen jaren zijn er veel ziekenhuizen (gedeeltelijk) gesloten). De acute zorg en het behoud van personeel is gebaad bij rust. Laten we daarbij ook voorkomen dat gemeenten belanden in een schoonheidswedstrijd voor het behoud van hun ziekenhuis. Mijn oproep is in dit huis daarom vooral te discussiëren over het systeem in plaats van de locatie waar een ziekenhuis terecht komt.

In zijn algemeenheid zie ik drie stadia waarin gemeenten zich vaak bevinden als ze (nog) een ziekenhuis hebben: een eerste groep gemeenten vindt ziekenhuizen ingewikkeld omdat de gemeente als zodanig geen financiële verbinding heeft met het ziekenhuis; een tweede groep zit in de actiestand omdat hun ziekenhuis (deels) dreigt te sluiten en gaat heel hard aan het actievoeren; de derde groep is het ziekenhuis deels kwijt en legt zwaarbevochten toezeggingen van het ziekenhuisbestuur of zorgverzekeraars positief uit aan de media en de raad. Wat ik heb geleerd van de discussie rondom de ziekenhuizen in Winterswijk en Doetinchem een paar jaar geleden, is dat het essentieel is om elkaar als gemeentebestuurders goed vast te houden. Daarom staan onze ziekenhuizen er nog en is de rust wedergekeerd. Verder moeten we mijns inziens voorkomen dat er goedbedoelde lokale afspraken ontstaan die landelijk negatieve precedentwerking hebben en kwaliteitskaders ondermijnen.

3. **Ten slotte: Elke regio telt is meer dan een afvinklijstje.** Het rapport Elke Regio Telt heeft een grote impact bij woordvoerders Binnenlandse Zaken, maar heeft nog te weinig impact gehad op deze commissie en dit veld. Waar we bij ASML (terecht) exacte cijfers hebben over de invloed op het vestigingsklimaat, het aantal indirecte banen en de leefbaarheid van Brainport, ontbreekt dit voor de meeste ziekenhuizen en regio's. Wij adviseren de Kamer te vragen om een breed en integraal onderzoek in samenwerking met gemeenten, waarin recente sluitingen worden onderzocht en economische en arbeidsmarkt technische en medische aspecten van mogelijke schaalvergrotingen, fusies en concentraties in de acute zorg worden berekend.

Ik verwijs naar recente pilot studies die kunnen dienen als inspiratie. Onderzoek van de gemeente Goeree Overflakkee uit 2022 en binnenkort te verschijnen onderzoek in Friesland laat zien welke negatieve effecten het verdwijnen van ziekenhuizen heeft voor leefbaarheid, economie en voorzieningen. Een nieuwe studie van de GGD in opdracht van Gemeente Zoetermeer laat zien dat het sluiten van de afdeling Verloskunde in het Zoetermeerse Haga Ziekenhuis kan leiden tot levensbedreigende situaties als bevallende vrouwen niet op tijd een ander ziekenhuis bereiken.