

Vergaderjaar 2023–2024

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 364

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 15 november 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 oktober 2023 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juni 2022 inzake monitor medisch-specialistische zorg 2022 (Kamerstuk 29 248, nr. 336);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake stand van zaken toegankelijkheid medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 338);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2022 inzake monitor patiëntveiligheid zelfstandige behandelcentra 2019 (Kamerstuk 31 016, nr. 350);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2022 inzake stand van zaken transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 351);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2023 inzake twee onderzoeksrapporten op het gebied van transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 352);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2023 inzake reactie op verzoek commissie over het bericht dat in het ziekenhuis in Bonaire code oranje is afgegeven (Kamerstuk 31 016, nr. 354);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van Hartwig Medical Foundation over uitvoering moties Van Brenk en Szias over de uitgebreide DNA-test voor patiënten met uitgezaaide kanker opnemen als te vergoeden zorg (Kamerstuk 35 383, nr. 4) en Den Haan en Kuiken over uitbehandelde kankerpatiënten met een nog goede conditie toegang geven tot uitgebreide moleculaire diagnostiek (Kamerstuk 29 477, nr. 716) (Kamerstuk 31 765, nr. 647);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2022 inzake NZa-monitor Toegankelijkheid van Zorg en RIVM-rapport De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie (Kamerstuk 31 765, nr. 650);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 september 2022 inzake signalement Passende zorg voor mensen met kanker: netwerk- en expertzorg (Kamerstuk 31 765, nr. 656);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 december 2022 inzake NZa-impactanalyse van concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31 765, nr. 696);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 april 2023 inzake definitief besluit over concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31 765, nr. 772);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2022 inzake tweede voortgangsrapportage moleculaire diagnostiek (Kamerstuk 31 765, nr. 698);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2023 inzake derde voortgangsrapportage moleculaire diagnostiek (Kamerstuk 31 765, nr. 785);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake transformatie passende zorg en medisch-specialistische bedrijven (Kamerstuk 31 765, nr. 700);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juni 2023 inzake samenwerking en mededinging in de zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 790);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie op brandbrief van de gemeente Zoetermeer over behoud van volwaardige ziekenhuiszorg in Zoetermeer (Kamerstuk 32 620, nr. 283);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juni 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over het voorkomen van ongewenste beïnvloeding van medisch professionals door bedrijven (Kamerstuk 32 012, nr. 49) (Kamerstuk 32 012, nr. 50);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 maart 2023 inzake voorkomen van ongewenste beïnvloeding van medisch professionals door bedrijven (Kamerstuk 32 012, nr. 49);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juni 2023 inzake voortgangsrapportage Uitkomstgerichte zorg 2023 (Kamerstuk 31 476, nr. 39);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2023 inzake kapitaallasten umc's (Kamerstuk 32 864, nr. 14);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2023 inzake rapportage Tijdkritische aandoeningen (Kamerstuk 29 247, nr. 428);
- de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 13 oktober 2023 inzake reactie op verzoek commissie over het onderwerp kapitaallasten met een uitsplitsing naar de cure en de care (Kamerstuk 29 248, nr. 340);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 oktober 2023 inzake kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplex medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 816).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Krijger

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bushoff, Dijk, Den Haan, Paulusma, Smals en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.01 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag, mag ik uw aandacht? We zijn bij elkaar voor het commissiedebat van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ziekenhuiszorg. Welkom aan de collega's, welkom aan de bewindspersoon en zijn ondersteuning, welkom aan de mensen op de tribune en de mensen die thuis kijken. Wij zijn bij een van de laatste drie debatten die nog gevoerd worden voor het verkiezingsreces; ik bedoel uiteraard de laatste commissiedebatten, plenair wordt er nog meer gedaan. Er is al een vooraankondiging gedaan van een tweeminuten-debat. De tweeminutendebatten op het gebied van VWS zullen om ongeveer 19.00 uur in de plenaire zaal beginnen. Het is dus mijn ambitie om dit debat om 18.00 uur te beëindigen, zodat iedereen zich daarop kan voorbereiden, want ik vermoed dat veel woordvoerders daar ook acte de présence zullen geven.

Dat gezegd hebbende; we hebben vier minuten spreektijd per fractie en ik wil voorstellen om u allen tien interrupties toe te staan. U mag zelf invullen wanneer u die plaatst, maar tien in totaal, zowel bij de bewindspersoon als bij elkaar.

Volgens mij heb ik dan alles ... Ik hoor mevrouw Tielen nu «u heeft er zin in» zeggen. Dat is zeker zo, maar toch is het aan de voorzitter om zo weinig mogelijk aan het woord te zijn, dus ik geef graag het woord aan de heer Dijk namens de SP.

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Goed dat het gelukt is om dit debat zo snel mogelijk in te plannen, want de ziekenhuiszorg in Nederland staat onder druk. Steeds meer streekziekenhuizen worden door verzekeraars, banken en het kabinet uitgekleeft, waardoor afdelingen moeten sluiten. Van Dokkum tot Zutphen, van Zoetermeer tot Lelystad en van Sneek tot Heerlen: telkens komen mensen in verweer wanneer afdelingen zoals kraamzorg, spoedeisende hulp of ic's gesloten worden. Ingehuurde bestuurders zeiden dat ze niet anders konden, omdat het ziekenhuis op omvallen stond of gecentraliseerde zorg effectiever en kwalitatief beter zou zijn. In plaats van zich in te zetten voor de inwoners, werknemers en de gemeenschap luisteren zij liever naar verzekeraars, banken en Ministers.

Maar wie zijn oor te luisteren legt bij de inwoners en de gemeenschappen rondom ziekenhuizen, hoort een heel ander geluid. Mensen willen ziekenhuiszorg dichtbij. Voor inwoners is het cruciaal om een kraamzorgafdeling dichtbij in de woonplaats te hebben. Voor werknemers is het heel prettig om in een ziekenhuis te werken waar je je collega's goed kent en goed met elkaar samenwerkt. Gemeenten zoals Zutphen, Sneek, Heerlen, Heerenveen en Zoetermeer verzetten zich tegen het sluiten van afdelingen zoals de kraamzorg, spoedeisende hulp en ic. Bestuurders van de VVD, het CDA, D66, GroenLinks, PvdA, BBB en SP roepen in de Volkskrant op tot een stembusakkoord om kwalitatief goede regionale ziekenhuizen overeind te houden. Iedereen begrijpt dat hoogspecialistische zorg niet in alle ziekenhuizen georganiseerd hoeft te worden, maar inwoners willen graag dicht bij huis kunnen bevallen, een spoedeisende hulp in hun nabije omgeving hebben en hun naasten in het ziekenhuis

kunnen bezoeken. En dat heeft niets te maken met efficiency of een gezonde bedrijfsvoering, maar des te meer met de waarden van zekerheid van zorg in de buurt en je zorgbehoevende naaste nabij te hebben. Het regionaliseren van ziekenhuiszorg zal om investeringen vragen, maar zal ook leiden tot minder druk op de huisartsenposten en spoedeisende-hulpdiensten die nu al zwaar belast worden. Naast regionaliseren en investeren in onze ziekenhuiszorg moeten we onze ziekenhuizen anders gaan financieren. De huidige financiering van betaling per behandeling heeft perverse prikkels en leidt tot financiële druk op regionale ziekenhuizen. Door ziekenhuizen meer te financieren op basis van zorgbehoefte, zoals populatiebekostiging, kan meer rekening worden gehouden met de demografische en sociaal-economische omstandigheden van de regio. Daarnaast is het beter om onderdelen zoals de spoedeisende hulp, spoedeisende zorg, te financieren op basis van beschikbaarheid. Dat biedt meer zekerheid voor de regionale ziekenhuiszorg. Ook andere partijen zoals de Partij van de Arbeid en de PVV – de woordvoerder is net naast mij aangeschoven – hebben hier voorstellen voor ingediend en initiatieven toe genomen. De SP deed dat eerder al samen met het CDA tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen. Dat voorstel werd op drie stemmen na aangenomen.

Voorzitter. Ik zit hier vandaag met één doel en kijk ook in dit verband eens een keertje links van me – dat gebeurt niet zo vaak. De trend van het sluiten van regionale ziekenhuizen moet stoppen, zodat we volwaardige ziekenhuizen behouden en waar mogelijk ook weer kunnen opbouwen. Dit kan door de financiering van ziekenhuizen te verbeteren en zo voor meer zekerheid voor ziekenhuizen en ziekenhuiszorg te zorgen. Daarvoor doe ik vandaag een oproep; ik zal er vanavond ook voorstellen voor doen. Ik ben er flexibel in, in de zin van: wie ze indient, dient ze in, als ze maar aangenomen worden. Maar ik zou het heel mooi vinden om er nu – dat is inderdaad vlak voor de verkiezingen – voor te zorgen dat we de regionale ziekenhuizen en de streekziekenhuizen de zekerheid geven van financiering, zodat ze open kunnen blijven.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Dijk. Dan gaan we door en geef ik graag het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik kwam wat later binnen, want ik was nog even bij de stemmingen. Vandaar dat ik nog een beetje zit na te hijgen. De inwoners van Zutphen, Heerlen en Zoetermeer vrezen voor de sluiting van hun streekziekenhuis. Die sluiting is helemaal nergens voor nodig. We zien allemaal de enorme waarde die een streekziekenhuis heeft en ook de enorme waardering van de plaatselijke bevolking voor streekziekenhuizen. We zien ook dat die ziekenhuizen een heel goede functie vervullen in het systeem dat we hebben. Stel, je hebt een cardioloog nodig omdat je hartfalen hebt. Dan kun je heel lang onder behandeling zijn bij je eigen cardioloog in je streekziekenhuis of in je kleine ziekenhuis in de grote stad. Als er dan op enig moment een openhartoperatie nodig is, ga je naar een gespecialiseerd ziekenhuis zoals het AMC. Als die operatie is geweest, word je weer overgedragen aan het team in je streekziekenhuis. Zo hebben we het heel goed geregeld tussen de streekziekenhuizen en de grote, gespecialiseerde ziekenhuizen.

Deze Minister gaat ook nu weer, in zijn laatste brief, verder op dat pad. Wat zie je dus? Dat als je met een commerciële bril op kijkt naar de ziekenhuiszorg, steeds meer ziekenhuizen commercieel zullen kijken naar hun intensive cares, hun spoedeisende hulpen, hun afdelingen verloskunde en er steeds meer van die afdelingen zullen omvallen. Uiteindelijk

sluit dan ook het hele ziekenhuis: eerst gaat de ic, dan de afdeling verloskunde, dan het beddenhuis en uiteindelijk blijft er een polietje over.

De voorzitter:

Er is een vraag ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Even nog, voorzitter. In april vorig jaar is mijn initiatiefnota over de beschikbaarheidsbijdrage behandeld. Ik zou graag willen dat de acute zorg gefinancierd wordt op basis van een beschikbaarheidsbijdrage. Op die manier gaat de commercie eraf. We kunnen dat doen naar analogie van de ambulancedienst, dus op basis van kwaliteit en beschikbaarheid. Op die manier kunnen we ervoor zorgen dat de streekziekenhuizen niet verder omvallen en kunnen de mensen in Heerlen, Zoetermeer en Zutphen met vertrouwen rustig de toekomst tegemoet zien.

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Mevrouw Agema heeft het over de commerciële bril in de ziekenhuiszorg. Wat bedoelt ze daar precies mee? Want naar mijn beste weten is er weinig commercieels aan in de ziekenhuiszorg.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Een ic-bed plus bemensing kost € 880.000 per jaar. Als de bedbezetting niet hoog genoeg is, is het dus heel aantrekkelijk om dat ic-bed weg te bezuinigen uit het perifere ziekenhuis. Dat is ook wat er gebeurt. Daarom hadden we vijf jaar voor de coronacrisis 915 ic-verpleegkundigen meer dan aan de start van de coronacrisis en zijn er in de tussentijd ook negentien intensive cares gesloten. Dat is mede dankzij de VVD en het beleid van de VVD.

Voorzitter. Ik heb zojuist nog vergeten te zeggen dat de Minister helemaal niet negatief reageerde op mijn initiatiefnota. Hij zei: ik wil er op de middellange termijn best naar kijken of wij de acute zorg kunnen financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage. Maar als we daarop wachten, zijn de streekziekenhuizen straks gewoon weg. Dus ik ben heel erg blij dat behalve de VVD inmiddels de rest, inclusief de SP, allemaal in hun verkiezingsprogramma's hebben staan dat zij ook een beschikbaarheidsbijdrage voor de acute zorg willen. Daar tekent zich dus een Kamermeerderheid voor af. Een jaar na mijn initiatiefnota tekent zich daar nu een Kamermeerderheid voor af. Daarmee ga ik echt met meer vertrouwen de verkiezingen tegemoet dan daarvoor.

De voorzitter:

Dank u wel. Is er nog een vraag van mevrouw Tielen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat is heel positief. Mevrouw Agema heeft meteen haar bijdrage verdubbeld, maar goed, dat is aan u, voorzitter. Maar mevrouw Agema geeft niet helemaal antwoord op mijn vraag. Die commerciële bril heeft niets te maken met ziekenhuiszorg, maar wel met kosten. Hoe we het met elkaar allemaal kunnen betalen, daar wil ik vanaf wezen, maar ik wil mevrouw Agema gewoon vragen om dat woord «commercieel» weg te laten, want dat heeft helemaal niets te maken met dit deel van de zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dit is wel degelijk een commerciële bril. Als één ic-bed plus bemensing € 880.000 per jaar kost en de bezetting de 60% niet haalt, dan is dat bed te duur en dan wordt het gewoon wegbezuinigd door de VVD. En ik ben zo

blij, zó blij, dat een Kamermeerderheid er inmiddels anders over denkt en vindt dat we dit niet meer moeten toestaan omdat daardoor de streekziekenhuizen omvallen. Gaat u lekker door, maar u staat straks gewoon hartstikke alleen.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een vraag van de heer Dijk.

De heer Dijk (SP):

Volgens mij is dit een verhaal dat voor een groot deel overeenkomt met mijn bijdrage van daarnet. Dat is goed; dat is mooi. We hebben eerder gezien dat het niet altijd lukt om die Kamermeerderheid ook te krijgen, terwijl die er wel lijkt te zijn. In voorstellen van de SP hebben we het vaker gehad over populatiebekostiging. We hebben het daar niet over omdat we denken dat populatiebekostiging zaligmakend is, maar wel om de volgende reden. Ik zie hier op de tribune mensen zitten van het ziekenhuis in Heerlen. Dat is een gebied met sociaal-economische achterstanden. Populatiebekostiging zou daar juist heel goed zijn, als je in die bekostiging elementen zoals de sociaal-economische samenstelling van een gebied of een regio meeneemt. Is mevrouw Agema bereid om ook daarnaar te kijken? Ik zie ook wel de nadelen van een populatiebekostiging, namelijk dat in een dunbevolkt gebied minder wordt uitgegeven, maar ziet mevrouw Agema ook het voordeel van populatiebekostiging, namelijk dat je dan rekening kunt houden met sociaal-economische omstandigheden en dat wij, de politiek er dan ook een democratische stem in hebben? Die stem is er nu niet.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, meneer Dijk. Ook bedankt voor deze vraag. Want inderdaad, toen mijn initiatiefnota behandeld werd in de Tweede Kamer, ging de SP nog vol op het orgel voor een nationaal zorgfonds, waarbij het héle systeem op de schop moest, we een overgangperiode van tien jaar zouden hebben en er tientallen miljarden aan uit zouden moeten geven. Toen kwam die eenvoudige oplossing voor het tegengaan van het omvallen van streekziekenhuizen: acute zorg uit de marktwerking halen en financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage. Dus het was heel erg flauw dat ik tijdens de Algemene Beschuwingen ineens het CDA en de SP onder een motie zag staan waar wij niet eens voor gevraagd waren, over mijn voorstel. Maar er stond in die motie ook dat er gefinancierd moest worden op basis van populatie. En daar ben ik op tegen. Populatie zegt inderdaad iets over het aantal inwoners, maar ik vind dat het een beschikbaarheidsbijdrage moet zijn op basis van capaciteit en kwaliteit, dus zoals de ambulancedienst wordt gefinancierd. Dat betekent dat ook in een dunner bevolkt gebied het streekziekenhuis open kan blijven, omdat je dus bijvoorbeeld vindt dat er een spreiding moet zijn. Daarom heb ik mijn fractie geadviseerd om tegen die motie te stemmen. Als we mee hadden mogen doen, wat wel zo eerlijk was geweest, zou ik voorgesteld hebben om dat eruit te halen. Dan had ik gezegd: laten we gewoon de motie indienen zoals ik die namens mijn fractie zo vaak heb ingediend.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Dijk?

De heer Dijk (SP):

Helder antwoord. Het klopt inderdaad dat de SP heel graag naar een nationaal zorgfonds wil. Maar iedere stap in die richting is voor ons een stap vooruit. Daarom doen wij ook dit soort voorstellen. Ik wil toch nog een keer terugkomen op dat punt van de populatiebekostiging. Ik zie het nadeel ook, maar ziet u ook het voordeel ervan, dus het voordeel dat je kunt hebben als je naar populatiebekostiging gaat, namelijk dat je als

politiek, als democratisch gekozen volksvertegenwoordiging kunt kiezen: we willen daar, in die populatie extra investeren omdat daar sociaal-economische achterstanden zijn en er daarom meer geld nodig is? Dat zou zelfs nog boven een beschikbaarheidsbijdrage kunnen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Vanuit de goedheid van meneer Dijk kan ik dat nog begrijpen, maar ik loop hier al wat langer rond, en goede bedoelingen worden hier altijd omgedraaid en je blijft altijd met lege handen achter. Als je het doet op basis van populatie en het betreft een dunbevolkt gebied, dan betekent dat dat uiteindelijk de budgetten te krap worden en dat uiteindelijk het ziekenhuis omvalt. Daarom zeg ik: nee, sluit nou aan bij die beschikbaarheidsbijdrage zoals bij de ambulancedienst. Dan gaat het over capaciteit en over kwaliteit en dan kan er ook in een dunner bevolkt gebied, waar de populatie dus achterblijft, wel een volwaardig ziekenhuis bestaan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik denk dat u aan het einde van uw termijn bent.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Inderdaad.

De **voorzitter**:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ziekenhuizen zijn de meest in het oog springende symbolen van de gezondheidszorg. Grote gebouwen, soms met een rood kruis erop, waar heel veel mensen in witte en groene jassen werken, waar je in een bed ligt, vaak op een zaal, en beter wordt als je ziek bent. Dat is het beeld.

We debatteerden hier in juni ook al over. Vandaag heb ik maar vier minuten en ik wil het vooral hebben over wat er achter de deuren van die meer dan 650 gebouwen gebeurt. Overigens, mijn eerste vraag aan de Minister is of het misschien een misverstand is dat mensen in het land denken dat het zijn absolute doel is om vooral ziekenhuizen te willen sluiten. Met andere woorden: kan hij nog eens in het kort vertellen wat zijn visie is op het bestaan van ziekenhuizen en hoeveel het er zijn? Heeft de Minister het artikel in de Volkskrant van vanochtend gelezen over het faillissement van het ziekenhuis in Lelystad, en hoe niet alleen de ziekenhuiszorg, maar ook de samenwerking met betrekking tot de zorg in de regio daar sterk is verbeterd? Graag een reactie van de Minister. Voorzitter. Ik heb vijf vragen over nogal uiteenlopende onderwerpen. Allereerst over zinvolle zorg. Ik kondigde twee weken geleden in een debat al aan dat ik de Minister wil vragen naar de beweringen en bewegingen die zijn ontstaan sinds het verschijnen van het boek van interventieradioloog Reekers. Hij stelt daarin dat er veel onnodige, en dus niet zinvolle, zorghandelingen worden uitgevoerd. Hij heeft berekend dat per jaar van zo'n 6.000 vrouwen onnodig hun baarmoeder wordt verwijderd. Los van de persoonlijke impact is te berekenen dat deze operatie niet doelmatig is. Ik wil graag van de Minister weten hoe de doelmatigheid van behandelingen wordt meegenomen in de beroepsrichtlijnen en in de controle op de uitvoering van die beroepsrichtlijnen. We hebben eerder dit jaar vooral schriftelijk gedebatteerd over onnodige pacemakers. Die zijn ook lang niet altijd doelmatig. Soms leiden ze zelfs tot verdienmodellen. Dat is misschien een andere ondoelmatigheid dan die van de baarmoederverwijderingen, maar ook hier is de vraag: hoe wordt er gecontroleerd op de uitvoering van de beroepsrichtlijnen? En een extra vraag: hoe staat het met de inspanningen en de resultaten van

de Minister als het gaat om toezicht op de medisch-specialistische bedrijven, onder andere door ziekenhuisbesturen en zorgverzekeraars? Als het gaat over ziekenhuiszorg, gaat het over medisch-specialistische zorg, en dus over medisch specialisten. Maar het zou ook, misschien wel veel meer, moeten gaan over verpleegkundigen en paramedici. In juli jongstleden is de wet zeggenschap van kracht geworden. Ik moest van Puck, van Rijn IJssel – ik sprak haar vandaag – eigenlijk makkelijkere woorden gebruiken, maar een ander woord voor «zeggenschap» weet ik eigenlijk niet zo goed. De wet gaat over inspraak en invloed van verpleegkundigen en andere paramedici op het beleid en de organisatie van de zorg. Hoe staat het met de voortgang van die wet bij de ziekenhuisorganisaties? Er is 12 miljoen subsidie beschikbaar om die voortgang een stimulans te geven. Hoe staat het met de aanspraken daarop? Zijn er naast adviesraden van verpleegkundigen ook andere beroepsgroepen bezig om die zeggenschap uitvoering te geven? Is er bekend welke invloed de verpleegkundigen hebben op de transmurale samenwerking, oftewel de samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen in de regio? Zij hebben namelijk vaak veel beter in beeld of en hoe een patiënt wel of niet zijn leven weer kan oppakken als hij in het ziekenhuis heeft gelegen. Ik wil daarin graag een beetje meer inzicht krijgen van de Minister.

Voorzitter. Hoe staat het met de inhaalzorg? Een jaar geleden was het aantal uitgestelde behandelingen en operaties meer dan 120.000. Is dat inmiddels minder? Wat gaan we doen om dat aantal nog verder terug te brengen?

Tot slot, voorzitter. U verwacht het denk ik ook wel, gezien mijn initiatiefnota: hoe staat het in de ziekenhuiszorg met de telemonitoring en andere digitale zorg om ervoor te zorgen dat mensen ook in hun thuisomgeving medisch specialistische zorg kunnen krijgen? Ik heb opgeroepen om de vrijblijvendheid daar een beetje vanaf te halen. Hoe staat het daarmee? Wat vindt de Minister een realistisch tempo om 100% van de ziekenhuizen in staat te stellen om die telemonitoring en andere digitale zorg in gang te zetten, zodat de vrijblijvendheid er echt af kan? Ik denk dat mijn tijd inmiddels bijna op is.

De voorzitter:

Dat klopt. Dank u wel. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik was nog een puntje vergeten, dus ik denk dat ik de vraag even incorporeer in een vraag voor mevrouw Tielen van de VVD. Wat vindt zij van de situatie in Zutphen, waar ook spoedeisende hulpen en ic's op sluiten staan?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik heb veel bewondering voor mevrouw Agema, die zonder papieren begon. Ik ben daar een beetje jaloers op, maar ik zie dat er ook wel wat nadelen aan zitten, want dan moet je interrupties gebruiken om je bijdrage aan te vullen.

We hebben het in juni uitgebreid over Zutphen gehad. Uiteindelijk gaat het erom dat je op redelijk snelle termijn bij een team van professionals terecht komt dat jou kan helpen als je iets overkomt waarbij je met spoed een arts nodig hebt omdat er echt een behandeling nodig is, bijvoorbeeld bij een spoedbevalling, een ernstig ongeluk of omdat je onwel wordt. Zutphen ligt in een omgeving waar meerdere ziekenhuizen met spoedeisende hulpen staan. Als je niet kan garanderen dat er, op het moment dat dat nodig is, in Zutphen mensen klaarstaan die ervoor kunnen zorgen dat je je kind op een gezonde manier op de wereld zet of dat je levend je eigen leven weer op kan pakken, dan denk ik niet dat je het gebouw open moet houden puur omdat het zo'n mooi symbool is in de regio.

Mevrouw **Agema** (PVV):

«Symbool» is toch een beetje een raar begrip in deze context. Het is meer kip en ei. Op het moment dat afdelingen gaan sluiten en het voortbestaan van het hele ziekenhuis onzeker wordt, gaan medewerkers natuurlijk hun heil ergens anders zoeken. Ze gaan solliciteren bij andere ziekenhuizen in de regio. Wij zien heel vaak dat als gevolg daarvan de sluiting doorgaat. Dat is een beetje het kip-en-eiverhaal. Maar ik stelde die vraag omdat Zutphen ook enorm gaat uitbreiden qua aantal inwoners; dat las ik in mijn stukken, die ik niet bij me heb. Er staat zo'n enorm grote uitbreiding gepland dat er 80.000 woningen of inwoners bij komen. Wat vindt mevrouw Tielen daar dan van, dus dat zo'n stad zo enorm gaat uitbreiden op een moment dat er onderdelen van het ziekenhuis sluiten? Vindt zij nou niet met mij dat we dat soort dingen toch zouden moeten kunnen voorkomen, bijvoorbeeld door een beschikbaarheidsbijdrage op andere manieren? Snapt zij dat dat een hele vreemde tegenstelling is?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik had eigenlijk een interruptie verwacht toen ik zei dat er meer dan 650 ziekenhuisgebouwen zijn in Nederland. Dat sluit hier wel een beetje op aan. Als we dit soort debatten voeren, gaat het namelijk heel vaak over spoedhulp en acute zorg, maar de meeste hulp is andersoortige hulp. De meeste zorg is überhaupt buiten het ziekenhuis. De meeste zorg is ook zonder verblijf in het ziekenhuis mogelijk te maken; dat is ook veel beter voor mensen. Het aantal ziekenhuislocaties is de afgelopen jaren gestegen. Alleen zijn dat geen grote algemene ziekenhuizen waarin alles mogelijk is en die 24 uur per dag klaarstaan om spoedgevallen op te vangen, maar ziekenhuizen waar je heel fijn, op een plezierige manier, je zorg kan ontvangen, waar je je arts kan spreken om je waarden en je bloeddruk te meten, om hartfilmpjes te maken en om je chemokuren te ontvangen. Het beeld dat mevrouw Agema schetst, is: de spoedeisende hulp gaat misschien dicht, maar er komen veel meer mensen bij. De meeste van die mensen hebben andersoortige hulp nodig dan alleen maar de spoedzorg. We moeten zorgen dat de spoedzorg die er is, ook van voldoende kwaliteit is, zodat mensen klaarstaan om je daadwerkelijk te genezen of te behandelen.

De **voorzitter**:

Dat lokt allemaal reacties uit. Ik zag in ieder geval mevrouw Agema nog, maar die wil niet meer. Eerst is meneer Dijk en dan meneer Bushoff. Dan zeg ik nog voor mevrouw Agema: we hadden aan het begin, toen u nog niet aanwezig was, tien interrupties in totaal afgesproken; dan kijken we even hoe het loopt. Dat is voor de administratie.

De heer **Dijk** (SP):

Ik blijf het gewoon gek vinden. Als ik de VVD hoor praten, denk ik altijd: waar is het belang dat mensen hechten aan zorg dichtbij, in hun buurt? Dat komt namelijk helemaal niet in het verhaal terug. Maar ik laat dat eventjes rechts liggen, waar het hoort als je daar niet naar wil luisteren. Laat ik even naar links kijken, naar de betaalbaarheid van zorg. Onderzoek uit Denemarken toont aan dat de concentratie van acute zorg deze zorg 35% duurder heeft gemaakt, dat er 52% meer personeel voor nodig is, dat het bezoek aan de spoedeisende hulp 49% hoger is geworden en dat de kosten voor de huisartszorg en alle onderliggende rest van de zorg ook nog omhoog zijn gegaan. Ik zou graag willen dat mevrouw Tielen daarop ingaat, dus op dat soort onderzoeken die gewoon duidelijk maken dat deze manier van geconcentreerde zorg de zorg ook nog duurder maakt.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Volgens mij hebben we het vandaag helemaal niet over de concentratie van zorg. Ik snap wel wat meneer Dijk wil doen, maar daar hebben we het

niet over. We hebben het over ziekenhuiszorg in brede zin. Als meneer Dijk dat van mij wil horen – hij kan mijn initiatiefnota daar ook nog eens op nalezen – zeg ik: ja, inderdaad, het is plezierig als de zorg die je nodig hebt, in de buurt is. De meeste zorg die je nodig hebt, is geen acute spoedzorg. Wij verenigen de debatten over ziekenhuizen altijd weer tot die spoedposten, maar er is zo veel meer zorg dan die spoedzorg. Zoals ik al zei, er zijn veel meer ziekenhuislocaties dan een aantal jaren geleden waar mensen hele gewone, soms niet gewone medisch-specialistische zorg kunnen ontvangen, in de buurt, op reisafstand enzovoort. Ik weet dus niet zo goed wat meneer Dijk nu van mij wil horen, maar waarschijnlijk krijgt hij niet het antwoord dat hij wil horen.

De voorzitter:

Dat is vaker zo in de politiek.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik vroeg mij nog af of de VVD ook kennis heeft genomen van het rapport Elke regio telt!

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja.

De heer Bushoff (PvdA):

Daarin staat namelijk heel duidelijk een verhaal omschreven dat eigenlijk haaks staat op het verhaal van mevrouw Tielen. Mevrouw Tielen zegt hier dat mensen heel veel zorg nodig hebben die buiten de spoedeisende-hulpzorg ligt en die buiten de acute kraamhulp ligt. Dat klopt, maar in dat rapport staat ook heel duidelijk dat er juist hele grote zorgen zijn bij hele grote groepen in Nederland over het verdwijnen van de spoedeisende hulp en over het sluiten van de acute verloskunde. Erkent mevrouw Tielen die zorgen, die in dat rapport heel duidelijk staan omschreven?

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, dat heb ik ook in het debat in juni uitgebreid benoemd. Ik snap dat heel goed. Alleen is het feit dat we ons als mensen vaak zorgen maken over dingen die eigenlijk heel anders kunnen. Daarom zou ik zeggen ... Maar dat ga ik straks doen, hoor, als ik een interruptie hebt. Ik ga weer even terug naar dat artikel van vanochtend over het ziekenhuis in Lelystad, dat overigens gewoon om allerlei andere redenen verdween. Achteraf heeft het verdwijnen daarvan en de overname van het St Jansdal heel veel verbetering opgeleverd van zowel de ziekenhuiszorg daar in de regio als de samenwerking met al die andere zorgprofessionals. Het moet niet altijd pijn hoeven doen om iets beters te krijgen; als meneer Bushoff dat zou willen zeggen, ben ik het helemaal met hem eens. Maar we moeten soms ook wel even door de zorgen heen kijken om te zien hoe we er nou voor zorgen dat ziekenhuiszorg beschikbaar is, kwalitatief goed is en geboden wordt door de goede mensen, die met plezier in hun werk daadwerkelijk zorgen voor de mensen die het nodig hebben. Dat is wat mij betreft belangrijk.

De heer Bushoff (PvdA):

Dat laatste punt triggerde mij eerder in het betoog van mevrouw Tielen ook al. Dan vraag ik mij namelijk af of de opvatting van de VVD is dat bij al die verschillende spoedeisendehulpafdelingen die gesloten zijn in de afgelopen jaren of die op de rol staan om te sluiten, de kwaliteitseisen echt onvoldoende zijn en dat de kwaliteit echt onvoldoende is, dus dat dat de achterliggende reden is bij al die spoedeisendehulpafdelingen die zijn gesloten en nog gaan sluiten. Of zouden er ook nog andere dingen kunnen spelen waarom ze gesloten worden?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Er spelen vast allerlei dingen. Ik hoef daar ook geen opvatting over te hebben. Waar we volgens mij naar moeten kijken, is hoe we ervoor zorgen dat het ziekenhuiszorglandschap – dat vind ik een rottig woord in dezen, maar ik gebruik het toch – goed is ingericht, zodat er voor alle mensen in Nederland op het moment dat zij het nodig hebben, zorg in de buurt is en dat die geleverd kan worden door de mensen; maar dan hangt het er dus van af wat voor zorg dat is. Heel eerlijk gezegd denk ik dat de komende jaren het grootste probleem niet budget of geld is of hoe je het dan ook wil noemen, maar gewoon voldoende kwalitatief goede professionals die met plezier in hun werk tijd besteden aan het beter maken van mensen, of ze behandelen of verzorgen. Dat personeelsprobleem is er gewoon. Je kunt niet met een meetlatje of een passer over die mensen heen gaan, want het gaat over mensen met banen enzovoort. Dat gaat dus ons grootste probleem worden. Dan betekent dat er, om te zorgen dat er voldoende mensen zijn, soms toch de keuze moet zijn om een andere locatie in te richten met andere afdelingen.

De **voorzitter**:

Dan is meneer Bushoff en daarna mevrouw Van den Berg.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Tot slot op dit punt, want we komen volgens mij langzaamaan een beetje bij de kern. Ik hoor de VVD namelijk gelukkig zeggen: soms kan personeelsgebrek een aanleiding zijn om een spoedeisendehulpafdeling te sluiten. Daaruit maak ik eigenlijk op dat de VVD het gelukkig niet altijd goed vindt dat die spoedeisendehulpafdelingen sluiten, maar het ook belangrijk vindt dat die dicht bij je in de buurt blijven, als het even kan. Wat betreft het punt dat dat soms niet het geval kan zijn vanwege personeelstekort, is mijn vraag aan de VVD: worden er nu voldoende mensen opgeleid tot bijvoorbeeld SEH-arts?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Meneer Bushoff weet bijna wat voor antwoord er komt, want mijn collega Van den Hil heeft natuurlijk al heel hard gepleit voor SEH-artsen, de erkenning daarvan enzovoort. Overigens maak ik mij überhaupt ook zorgen over het aantal studenten hbo-v dat begint en de opleiding afmaakt; maar goed, dan begeef ik me ook een beetje op het terrein van mevrouw Van den Hil. Dus, wordt er voldoende opgeleid? Dat weet ik niet. We zien in ieder geval dat het niet de goede kant op gaat en dat we moeten zorgen dat er genoeg mensen zijn die in de zorg willen werken en ook willen blijven werken. Maar goed, dan kan ik een heel betoog houden over goed werkgeverschap, zeggenschap en al die dingen meer. Maar ik denk dat meneer Bushoff en ik daar niet zo heel ver uit elkaar liggen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dit triggert bij mij toch even de volgende vraag, nu ik dit hoor over het aantal medewerkers. Is het niet ook een kwestie van een verdeelvraagstuk? Want we zien iedere keer met die keuzes dat het dan altijd naar de grotere ziekenhuizen toe gaat. Dan zeg ik dat je ook andersom kan verdelen. Je zegt: ik heb een gebrek aan mensen en middelen; ik moet dat op een goede manier inrichten. Maar waarom moet het dan altijd naar de grotere ziekenhuizen toe getrokken worden? Waarom kan je dat met elkaar niet anders verdelen? Daar komt bij dat we ook aan alle kanten horen dat mensen helemaal niet meegaan naar een ziekenhuis 50 kilometer verderop, maar dan gewoon vaak heel wat anders doen. Dan zijn we ze helemaal kwijt in de zorg.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De vraag die onder de vraag van mevrouw Van den Berg ligt, gaat volgens mij over het concentratievraagstuk. Volgens mij gaat het daar vandaag niet alleen over, dus daar wil ik echt een beetje van wegblijven. Mevrouw Van den Berg vraagt: hoe zit het met die verdeling? Ik denk dat wij überhaupt niet verdelen, maar dan haal ik toch weer even het voorbeeld van Drenthe aan, waar ik volgens mij in een debat in juni ook op kwam. Ik ben daar langsgegaan en ik werd er echt enthousiast van hoe drie ziekenhuislocaties afspraken met elkaar hebben gemaakt over welke spoedeisende hulpen wanneer open zijn en hoe het personeel zich daarin beweegt, soms op de ene en soms op de andere locatie. Dat is de ene kant. Het kan dus, als je daarin samenwerkt. De andere kant is, als het wel over concentratie gaat, dat spreiding daarbij hoort. Daar ben ik het helemaal mee eens. Het hoeft echt niet allemaal naar het grootste ziekenhuis toe te bewegen. Dat is precies wat je in Drenthe ook ziet. Sommige zorg is van het wat grotere ziekenhuis naar een van de kleinere locaties gegaan, om op die manier ervoor te zorgen dat iedereen ongeveer even ver af zit van een bepaalde vorm van zorg. De ene vorm van zorg zal wat verder zitten dan de andere vorm, maar in die drie locaties is dat goed verdeeld.

De **voorzitter**:

Heeft mevrouw Van den Berg nog een vraag?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, nog eentje en dan houd ik de rest van mijn interrupties over voor de Minister, denk ik. Ik hoor wat mevrouw Tielen aangeeft, maar weet zij dat de spoedeisende hulp vaak voor 50% van de instroom in het beddenhuis zorgt? Dus als je de spoedeisende hulp wegdoet, trek je in feite ook de stekker uit een ziekenhuis. Daar zou ik toch graag wat meer reflectie op willen, en zeker ook op de situatie van Zutphen en Apeldoorn. Er zouden bepaalde dingen in Zutphen gaan gebeuren. Ik hoorde iemand uit Apeldoorn zeggen: dan vind jij het normaal dat al die mensen uit Apeldoorn naar Zutphen gaan. Ik zei: waarom vind jij het dan normaal dat al die mensen uit Zutphen naar Apeldoorn moeten gaan voor de acute zorg? Dus ik heb nogal wat problemen met dat eenzijdige denken. Graag een reflectie van mevrouw Tielen daarop.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Nu lijkt het net alsof mevrouw Van den Berg mij eenzijdig denken verwijt, maar dat lijkt mij sterk. Maar zoals ik zei, als we het over concentratie hebben, wat hier nu niet helemaal aan de orde is, hebben we het ook over spreiding. Nogmaals, ik haal toch weer Drenthe aan. Daar is heel goed gekeken hoe via Emmen, Hogeveen en ... Nu ben ik de derde weer vergeten. Assen? Nee, Stadskanaal. Ik wist dat het niet Assen was. Daar is het verdeeld, zodat je overal voldoende zorg kan bieden, voldoende nabij, met voldoende gemotiveerde en kundige professionals. Mevrouw Van den Berg vroeg nog iets, maar dat ben ik even kwijt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

De instroom in het beddenhuis, die voor 50% komt door de spoedeisende hulp.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat is zo, dus dat heeft met elkaar te maken. Tegelijkertijd is het fijn om mensen buiten de spoedeisende hulp te kunnen houden. Dan kom je op een ander vraagstuk, met name een heel groot deel van de ouderenzorg. Heel veel mensen, zeker oudere mensen met meerdere aandoeningen, zouden eigenlijk niet op een spoedeisende hulp terecht moeten komen, want dat is liefst de laatste plek waar je terecht wilt komen. Daar word je

meestal niet beter van. Dus we moeten in de samenwerking met ouderenzorgorganisaties, met de huisartsen en met de wijkverpleging voorkomen dat het zover komt. Ik zou liever willen dat het aantal spoedeisendehulpvragen omlaaggaat. Nou, dat denk ik niet. Maar laten we er in ieder geval voor zorgen dat alle zorg om het ziekenhuis heen ook daarop gericht is, want dat is voor de mensen zelf echt veel fijner.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de termijn van mevrouw Van den Berg. O, sorry, mevrouw Agema heeft nog een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb goed zitten luisteren en ik zou mevrouw Tielen willen vragen: als we nou weten dat het aantal ouderen gaat verdubbelen, net als hun zorgvraag, en dat, als dit beleid zo doorgaat, het aantal spoedeisendehulp-posten, ic's, beddenhuizen en ziekenhuizen terug gaat lopen, hoe denkt zij dan te bereiken wat ze net zei, dat ze graag preventief wil werken? Als dat de tendens is, kan zij toch ook wel inzien dat het aantal ouderen dat ontredderd wordt binnengebracht op een spoedeisendehulp-post of het aantal mensen dat verwaarloosd is, enorm gaat toenemen? Hoe kan het nou dat ze die realiteit van de cijfers niet onder ogen wil zien?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik geloof dat ik niet heb gezegd dat dit zo is, dus ik weet niet precies wat mevrouw Agema aan mij vraagt. Ik zeg juist dat wij er alles aan moeten doen om niet alleen ... We hebben het over ziekenhuiszorg, maar het gaat natuurlijk vooral over al die zorg daaromheen. En nogmaals, we zien veel oudere mensen met meerdere aandoeningen, maar we willen volgens mij nog steeds voorkomen dat die acuut naar een spoedeisendehulp-post gebracht moeten worden. Dus dat betekent ook wat voor alle aanpalende zorg. De meeste zorg is zorg buiten het ziekenhuis.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar mevrouw Tielen kan de rekensom toch wel maken dat, als het aantal ouderen verdubbelt, het aantal mensen dat zich aandient bij een spoedeisende hulp ook gaat verdubbelen? Stel je voor: iemand heeft multimorbiditeit, slikt verschillende medicijnen door elkaar en wordt op een gegeven moment een beetje onwel. Deze persoon meldt zich bij de huisarts. De huisarts stuurt door. Dan komt iemand bij de spoedeisendehulp-post van het streekziekenhuis en blijkt dat die een heel laag hemoglobinegehalte heeft en dat de omeprazol niet goed wordt ingenomen. Die persoon wordt voor een paar dagen opgenomen in het beddenhuis, krijgt een paar zakjes bloed en de omeprazol wordt wat beter afgesteld. Nou, en dan gaat iemand weer naar huis. In uw voorstel, in uw beleid dat nu gaande is, gaat de helft van de spoedeisendehulp-posten dicht. Waarom moet zo iemand dan naar een hooggespecialiseerd ziekenhuis in een grote stad? Waarom kan dat niet gewoon in het streekziekenhuis? Waarom moeten die streekziekenhuizen weg?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik zit te luisteren en ik zie het voor me. Dat is het mooie aan de interruptie van mevrouw Agema. Iedereen ziet het voor zich. Maar de conclusie van mevrouw Agema en de vragen kan ik echt niet rijmen met wat ik zelf heb gezegd en wat ik ervan vind. Dat maakt het een ingewikkelde vraag. De streekziekenhuizen hoeven niet allemaal weg. De spoedeisendehulp-posten hoeven niet allemaal weg. Ik sta echt geen beleid voor waarin er acht universitaire centra zijn waar je alleen maar terecht kunt. Nee! Daar gaat het helemaal niet om. Ik denk dat mevrouw Agema het over een oudere mevrouw had, althans, dat had ik in mijn hoofd. Dat zij de omeprazol niet goed slikt, had al eerder ontdekt moeten zijn. Maar het

gaat er niet om dat alles maar dicht moet. Nee, helemaal niet, dus dat moet u mij ook niet in de mond leggen. Het gaat erom dat we zeker weten dat er op de plekken waar je op een acuut moment naartoe moet met een bepaalde hulpvraag, daadwerkelijk mensen klaarstaan om je goed op te vangen. Dat is nu niet altijd het geval.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Agema en daarna meneer Dijk.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik stelde mevrouw Tielen die vraag omdat ik me afvroeg of zij zich voldoende realiseert dat dit het gevolg is van het beleid dat zij steunt en ook van de laatste brief van de Minister, die wel degelijk op de agenda staat. Ik vind het ook bizar dat een demissionaire Minister, die toch moet weten dat hij beleidsarm op de winkel moet passen, ineens nog zo'n vergaande brief stuurt. Wat stond er nou in die laatste brief? Keten-normzorg? Wat was het nou? Dus ik ga ervan uit dat zolang wij mevrouw Tielen van de VVD niet op een ander pad krijgen, alleen de VVD en D66 dit beleid van de Minister steunen, namelijk dat er nog verder geconcentreerd moet worden. Dat is wat er in de laatste brief staat, dus niet alleen het beleid zoals het nu al is en dat we zien. Er zijn steeds meer partijen die nu zeggen: stop met die centralisatie en zorg ervoor dat streekziekenhuizen behouden blijven. Dat is het tegenovergestelde van wat er in de meest recente brief van de Minister staat. Ik begrijp dat de VVD dit nog steeds ondersteunt.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik heb die brief dus heel anders gelezen. Daarom was ook een van mijn eerste vragen aan de Minister of het een misverstand is dat iedereen denkt dat hij alles wil sluiten. Laten we even afwachten hoe de Minister daarop reageert, want ik heb de brief van de Minister kennelijk met een andere bril gelezen. Maar laten we dat dan even horen. Dan kan ik in de tweede termijn misschien antwoord geven op de vraag van mevrouw Agema.

De **voorzitter**:

Meneer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Ik ga nog wel proberen om hier, mogelijk, een interruptie aan te verspillen, maar ik hoop er een beter antwoord op te krijgen. Kijk naar het rapport Elke regio telt! En dan heeft mevrouw Tielen het over Drenthe en Noordoost-Groningen. Sorry hoor, maar kijk eens naar de brief van verschillende gemeenten rondom Stadskanaal. Die zeggen: we hebben een enorme kater overgehouden aan het concentreren van zorg. Want het is zeker het concentreren van zorg. In Friesland hebben mensen al de grootste mogelijke afstand tot een streekziekenhuis van heel Nederland. En daar wordt de ziekenhuiszorg ook verder geconcentreerd. In Zuid-Limburg, in de hele regio, zijn niet voor niets alle gemeenten, inclusief allerlei VVD-bestuurders, tegen dit soort veranderingen, tegen concentratie van zorg. Mijn vraag aan u is de volgende. U had het net over zeggenschap. Ik kan ook een ander woord geven voor zeggenschap: macht. Want macht is namelijk een uitvloeisel van zeggenschap. Als je ergens zeggenschap over hebt, kun je er macht over hebben. Waarom gebruikt de VVD haar macht om concentratie van ziekenhuizen door te drammen, zonder dat inwoners, zorgverleners en regionale en lokale bestuurders er zeggenschap over hebben? Zij krijgen daar dus geen macht over van de VVD. Maar dan kunnen we de regionale ziekenhuizen gewoon houden zoals ze zijn, in plaats van dat ze geconcentreerd worden.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De kwalificaties die de heer Dijk gebruikt, staan echt heel ver af van wat ik net betoogd heb en van wat ik in juni betoogd heb. In juni heb ik in een debat met mevrouw Westerveld iets gezegd over de manier waarop ziekenhuisbesturen in overleg met de gemeenteraden enzovoorts aan de slag moeten. Dus het is leuk, hoor, dat meneer Dijk er hier een verkiezingsdebatje van wil maken. Dat vind ik prima, maar dit is echt niet luisteren en maar gewoon je eigen teksten doen. Dus ik ga er ook geen antwoord op geven. Meneer Dijk zit daar toch niet op te wachten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we door naar de bijdrage van mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Donderdag verscheen in de Volkskrant een breed gesteund artikel over het belang van het behoud van kwalitatief goede regionale ziekenhuizen, zoals in Zutphen, Heerlen en Zoetermeer; een oproep die ik alleen maar kan onderschrijven. Onderzoek laat zien dat schaalvergroting van de 90% gewone zorg niet leidt tot betere zorg of minder kosten. Nabijheid van zorg is belangrijk voor de leefbaarheid van de regio, de gemoedsrust van mensen en de kwaliteit van zorg. Want in de regio kent men elkaar en werkt men in een netwerk met eerstelijns. Het is goed dat de Minister dat in zijn brief van 17 oktober jongstleden eindelijk onderschrijft. De Minister stelt terecht in zijn brief dat instellingsbelang te veel een conservatieve en gesloten houding stimuleert. Instellingen moeten profielkeuzes maken. Welke acties gaat de Minister op korte termijn inzetten die tot verandering en tot een eerlijke verdeling leiden? Wat vindt hij van het CDA-idee om dure investeringen vergunningplichtig te maken?

Voorzitter. Bijna iedere dag spreken we in deze Kamer over de effecten van ons gedrag op het milieu en de gezondheid: stikstof, CO₂, plastics, suikers, vapes, et cetera. Maar we spreken weinig over de milieueffecten van de zorg, zoals afval en watervervuiling. In juni 2022 heeft het CDA met het actieplan disposables en het actieplan geneesmiddelen, met mevrouw Den Haan, hiervoor aandacht gevraagd. Kan de Minister voor het debat over de Zorgverzekeringswet een stand-van-zakenbrief sturen? Is de Minister het met het CDA eens dat bij nieuwbouw of renovatie van ziekenhuizen deze verplicht moeten worden om een pharmafilter te installeren, zoals ZorgSaam in Terneuzen dat al heeft?

Voorzitter. Radar had recentelijk een uitzending over cosmetische ingrepen. Het aantal complicaties stijgt enorm, zoals blijkt uit het complicatiesprekeuur bij het Erasmus Ziekenhuis. Het punt is dat het grootste deel van de artsen die cosmetische ingrepen doen, geen cosmetische opleiding heeft en niet bekwaam is. Voor de inspectie is dit amper te controleren, ook al omdat het onverzekerde zorg is. Maar herstelbehandelingen zijn vaak wel kosten voor ons allemaal. Is de Minister bereid om ervoor te zorgen dat het CBS aparte codes aanmaakt voor de Kamer van Koophandel voor cosmetisch arts en cosmetisch arts KNMG? Want dan kan er makkelijker gehandhaafd worden.

Voorzitter. In Medisch Contact van september stond een interview met Jop Groeneweg, hoogleraar Veiligheid in de gezondheidszorg. Hij stelt dat veiligheid in de zorg vaak nog gezien wordt als iets in de marge, iets voor de afdeling kwaliteit. Dat is kwalijk, zo stelt hij, bij een jaarlijks aantal van 1.100 vermijdbare overlijdensgevallen. Hij noemt als tegenstelling het voorbeeld van de petrochemie, waar veiligheid wordt gezien als cruciale randvoorwaarde. Wat gaat de Minister doen naar aanleiding van dit artikel?

Voorzitter. Daaraan gerelateerd: uit onderzoek van de Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen blijkt dat

in de thuiszorg, in verpleeghuizen én in ziekenhuizen sprake is van ziektegerelateerde ondervoeding. De prevalentie in de ziekenhuizen is 15%. Dat vindt het CDA nogal schokkend, want voeding als oplossing voor kwalen lijkt ons de meest gezonde behandeling. Graag een reactie van de Minister daarop.

Voorzitter. Onlangs ontvingen wij vragen van burgers over het eigen risico in relatie tot de diagnosebehandelcombinatiesystematiek. Bij een vervolgspraak voor dezelfde behandeling maar in het nieuwe jaar, moet men twee keer het eigen risico betalen. Is de Minister bereid om hiernaar te kijken?

Volgens mij heb ik nog heel kort de tijd, voorzitter?

De voorzitter:

Ja, hoor.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. Recentelijk was er een onderzoek in Canada waaruit bleek dat vrouwelijke chirurgen gemiddeld beter werk afleveren dan hun mannelijke collega's. Ik vond dat wel opvallend. Ik ben zeer geïnteresseerd in de reactie van de Minister daarop.

Voorzitter, nu wel tot slot. De Minister wil niets veranderen op het gebied van regio-indeling in de zorg, maar hij schrijft wel dat er vormen van inefficiency zijn die wel degelijk aangepakt dienen te worden. Hij wil dat doen door good practices te delen. Waarom denkt hij dat dat gaat werken, gezien het enorme «Not Invented Here»-syndroom in de zorg?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Den Haan, namens Fractie Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. In mijn allerlaatste commissiedebat wil ik graag aandacht vragen voor twee onderwerpen waarvoor ik al eerder aandacht heb gevraagd. Ik wil beginnen met een onderwerp dat mij zeer aan het hart gaat, de concentratie van de kindercardiocentra. We hebben daar al een aantal keren met elkaar over gesproken. Er zijn ook best veel moties over ingediend. Ik ben de stand van zaken een beetje kwijt, maar het lijkt mij dat er vrij weinig gebeurd is met de moties. Misschien kan de Minister daar iets over zeggen. In Nederland hebben we natuurlijk de concentratie van zorg op het gebied van kinderoncologie al heel succesvol gedaan, in het Prinses Máxima Centrum in Utrecht. Ik heb een motie ingediend over het niet verbreken van de specialistische ketenzorg voor kinderen met kanker. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van die motie? Dat wil ik graag weten van de Minister.

Voorzitter. Ik heb in eerdere debatten ook al gezegd dat bij andere grote kinderoncologiecentra in de wereld er altijd kindercardiocentralisatie is op een steenworp afstand. Grote kinderoncologische centra in de Verenigde Staten hebben allemaal een kindercardiocentrum pal bij hun centrum liggen, omdat deze hoogcomplexen ook nauw met elkaar is verweven. Als je dit nu weer uit elkaar trekt, dient dat wat mij betreft niet de beste zorg voor de kinderen. Planbare zorg is natuurlijk te regelen, zeker in ons land. De afstanden zijn echt niet zo heel erg groot. Dan is de afstand ook minder belangrijk. Maar als het gaat over de acute zorg voor kinderen met oncologische aandoeningen, dan is dat wat mij betreft toch wel een heel ander verhaal. De Minister geeft aan dat deze acute zorg te mitigeren is. Hoe dan precies? Kan de Minister hier iets over zeggen?

De zorg voor dit soort patiëntjes gebeurt niet alleen maar door chirurgen. Dat gebeurt door een heel hecht team. Denk aan een kindercardioloog, anesthesioloog of een kinderinterventiecardioloog. Dat is allemaal hoogspecialis-

tische ketenzorg. De voor- en nazorg is even cruciaal als de operatie zelf. Misschien kunnen chirurgen nog wel gaan verhuizen, maar ik zie dat de rest van die teams niet echt doen. Ik wil graag van de Minister weten hoe hij gaat voorkomen dat deze teams uit elkaar gaan vallen. Want die heel belangrijke hoogspecialistische ketenzorg moeten we, waar dan ook, natuurlijk wel behouden. Deze teams zijn op dit moment – dat geldt sowieso voor Utrecht maar ook voor CAHAL – natuurlijk perfect op elkaar ingespeeld.

Voorzitter. Dan de moleculaire diagnostiek. De voortgangsrapportage duurt erg lang. In de oorspronkelijke planning van het Zorginstituut zou het in het derde kwartaal van dit jaar zijn, maar het wordt nu het einde van dit jaar. Ik wil graag van de Minister weten of dat ook echt zeker is. Onderdeel van het onderzoek dat het Zorginstituut uitvoert, was het deelonderzoek met de zogenaamde tippingpointanalyse. De vraag daarbij is wanneer uitgebreide diagnostiek, dus bijvoorbeeld whole genome sequencing, bij de start van de behandeling van patiënten met een uitgezaaide ziekte goedkoper wordt dan de gestapelde testen die achtereenvolgend worden uitgevoerd. De kosten van wgs zijn gelukkig aanzienlijk gedaald en dalen gelukkig nog verder, terwijl de kosten van de losse testen lijken toe te nemen. Het ligt voor de hand dat dat punt wellicht al bereikt is voor een aantal kankertypes. Het lijkt er ook op dat dit onderzoek helemaal naar de achtergrond is verdwenen, terwijl het voor de positiebepaling en bekostiging van de inzet van complexe moleculaire diagnostiek cruciaal is. Het kan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering en standaardisering van de diagnostiek, en aan een verlaging van de kosten. Wat is de status van dit deelonderzoek? Wat gaat de Minister met de uitkomsten hiervan doen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg. Dat is een uitspraak van Einstein, de beroemde natuurkundige, maar ook uitvinder. Kenmerken van een uitvinder zijn dat hij of zij problemen onderkent en die met kennis en creativiteit wil oplossen. U zult wellicht denken: waar gaat dit heen? Dat zal ik u zeggen. Ik denk, of weet eigenlijk zeker, dat de zorg heel veel Einsteins kent, zorgprofessionals die zich realiseren dat we, als we blijven doen wat we altijd deden, blijven krijgen wat we al hadden. Dat zijn personeelskosten, wachtlijsten en een gebrek aan samenwerking. Terwijl wij hier nog de discussie voeren over meer geld en meer personeel, laat het zorgveld allang zien hoe het anders en beter kan, en moet. Kijk naar het St Jansdal in Lelystad en Harderwijk, waar de zorg juist door niet alles op elke locatie aan te bieden voor iedereen toegankelijk is gebleven. Of kijk naar het Maastricht UMC+, waar ze er met de Mantelzorgacademie voor zorgen dat patiënten eerder naar huis kunnen. Kijk ook naar het St. Antonius, waar verpleegkundigen – natuurlijk zijn het de verpleegkundigen – de zorg samen met familie verrichten, om de werkdruk te verlagen. Mensen in de zorg realiseren zich als geen ander dat de vraag groter is dan het aanbod, dat het personeelstekort niet simpel is op te lossen, dat er meer samengewerkt moet worden en dat de politiek stevige keuzes moet maken.

Voorzitter. Daar is D66 toe bereid. We moeten af van de concurrentie die samenwerking in de weg staat. We moeten nog meer investeren in een sterke eerste lijn, met wat ons betreft een prominente rol voor verpleegkundigen, zodat mensen juist niet naar een ziekenhuis toe hoeven. Gegevensuitwisseling en digitalisering van zorg zouden een stevige versnelling moeten krijgen.

Voorzitter. Wat D66 betreft gaan we ook door met de stappen die deze Minister al heeft gezet, dus door met het Integraal Zorgakkoord, waar het veld ook om vraagt, en door met de zorgcoördinatiecentra, om juist in het belang van patiënten de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Dat is niet altijd in het ziekenhuis. Wat D66 betreft gaan we ook door met regionale samenwerking, zodat schaars personeel maar bijvoorbeeld ook apparatuur slim kan worden ingezet, alles in het belang van toegankelijkheid, ongeacht waar je woont.

Tot slot, voorzitter. Wat ons betreft moeten we, juist in het belang van de kwaliteit van zorg, maar ook in het belang van de kwaliteit van het leven van patiënten, ook het gesprek aangaan over de vraag of zorg altijd het antwoord is. Steeds meer kunnen heeft namelijk het risico in zich dat het de vraag overschaduwde of we alles ook wel willen als patiënt. Ook hier laat het veld zien wat hierin belangrijk is, namelijk de ACP, oftewel de advanced care planning. In het Nederlands is dat: wat kan er, maar vooral, wat wil je? Wat kan de zorg hierin betekenen, of juist niet? Ik denk bijvoorbeeld dan ook aan Gabe Sonke, die moedig stelde: soms is stoppen ook een goede behandeling. Dit ACP-gesprek is nog niet overal de standaard en de gewoonte. Dit zal wel moeten. Graag hoor ik hierop een reactie van de Minister.

Voorzitter. Voor D66 zullen altijd de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg leidend zijn. Dat betekent niet dat alles hetzelfde moet blijven. Het moet juist beter. Soms is dat dichtbij, soms is dat ver weg. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan geef ik graag het woord aan de heer Bushoff, namens de PvdA en GroenLinks. O, een vraag van mevrouw Agema. U heeft nog vijf interrupties, mevrouw Agema. Dan bewaart u ze nog even voor de Minister. Dat snap ik. Meneer Bushoff, GroenLinks-PvdA.

De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. «De spoedeisende hulp, verloskunde en ziekenhuiszorg is eveneens op steeds grotere afstand van dorpen en woonkernen georganiseerd. (...) Het lijkt alsof ook de Rijksoverheid zélf zich heeft teruggetrokken uit delen van Nederland. (...) Landelijk beleid lijkt te zijn gebaseerd op Randstedelijke logica.» Dit zijn niet mijn woorden. Het zijn de woorden van de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, de Raad voor het Openbaar Bestuur en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, opgeschreven in het rapport Elke regio telt! Vanavond bespreken we in deze Tweede Kamer juist dat rapport. Het is belangrijk dat we dat rapport vanavond bespreken, maar het heeft maar beperkte meerwaarde als er vanavond een Minister van Binnenlandse Zaken zit die zegt «we vinden het superbelangrijk, maar het is ook van belang dat op elk beleidsterrein en bij elke collega van mij in het kabinet, dit rapport ook echt doordringt», maar dat dat dan niet zo is.

Toen dacht ik bij mijzelf: laat ik eens kijken naar de beantwoording door deze Minister van schriftelijke vragen van de PVV, de SP, GroenLinks en de Partij van de Arbeid in het afgelopen jaar, over het sluiten van spoedeisende hulpafdelingen. Heeft de Minister één keer gezegd dat hij zich daar ook wel zorgen over maakt en dat we misschien een andere kant op moeten? Ik kwam dat antwoord eigenlijk niet tegen. Het enige wat ik tegenkwam, was: ik steun deze lijn; het is belangrijk dat we dit doen voor de toekomst van de zorg. Aan burgers in de regio's buiten de Randstad werd eigenlijk niet gevraagd of goede zorg ook hetzelfde is als zorg van maximale kwaliteit. Die vraag is niet hardop gesteld. Ik denk dat die wel hardop gesteld dient te worden. Want natuurlijk erkennen GroenLinks en de Partij van de Arbeid dat het belangrijk is dat de zorg van kwaliteit is. En natuurlijk erkennen we ook dat het zorglandschap soms zal moeten veranderen, maar het kan niet zo zijn dat de eerste maatregel waar je

ongeveer naar grijpt als zich ergens een probleem voordoet, bijvoorbeeld op het gebied van personeel, het sluiten van een spoedeisendehulpafdeling of een kraamafdeling is. En dat is precies wat nu wel gebeurt en wat deze Minister laat gebeuren, zoals te zien is in de antwoorden op de schriftelijke vragen en op de inbrengen in debatten in het afgelopen jaar.

De **voorzitter**:

Dat geeft aanleiding tot een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb het belang van de regio ook heel hoog op de agenda. Wij komen daar alle twee vandaan. Ik ben volgens mij de enige in deze hele cirkel die ook gewerkt heeft in ziekenhuizen in zowel Oost-Groningen, waar net over gesproken werd, als in Drenthe. Ik hoor meneer Bushoff zeggen: dan is de eerste de beste oplossing dat we iets sluiten. Toen ik 25 jaar geleden als wijkverpleegkundige begon, hadden we ook al een personeelstekort. Dus volgens mij wordt er al 25 jaar gepraat over hoe dat beter moet. Iedereen heeft daar zijn stinkende best voor gedaan. Nu komen we in een situatie dat we niet op alle plekken het juiste personeel hebben. Is dat dan volwaardige zorg? Meneer Bushoff zegt dat er op elke plek een volwaardig aanbod moet zijn. Gaat dat dan niet ook over de mensen die het moeten doen?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij is er dan niet goed geluisterd naar wat ik zei, want ik zei zojuist letterlijk: wij snappen heel goed dat het zorgaanbod ook zal moeten veranderen op sommige punten. Dat heb ik letterlijk gezegd. Maar we zien nu dat we genoeg nemen met het sluiten van al die streekziekenhuizen. We zeggen niet: hé, dit vinden we onwenselijk en we moeten alles op alles zetten om dat te voorkomen. Dan kom ik zo meteen ook op een aantal oplossingen, denk ik, waar we voor zouden kunnen kiezen om dat te voorkomen, en waar nu niet voor gekozen wordt. Als ik geen interruptie krijg, ga ik gelijk naar die oplossingen. Anders wacht ik er even op.

De **voorzitter**:

Ik zocht naar een natuurlijk moment, meneer Bushoff. Mevrouw Paulusma heeft nog een vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

We waren aan het zoeken naar de punt, denk ik, meneer Bushoff. Ik hoorde meneer Bushoff spreken over «het sluiten van alle streekziekenhuizen». Maar dat gebeurt helemaal niet. Mijn laatste werkgever was het Ommelander Ziekenhuis in Scheemda. Dat was één nieuw ziekenhuis, omdat er twee niet meer voldeden, maar ook omdat we niet genoeg patiënten in de regio hadden om twee locaties open te houden. Dat was heel moeilijk. Waar we elkaar denk ik in kunnen vinden, is dat we in de overgang veel meer tijd en zorgvuldigheid moeten nemen om patiënten en burgers mee te nemen. Maar het frame dat dingen dichtgaan en dat daardoor mensen nergens meer terecht kunnen ... Dan ben ik toch wel heel erg benieuwd naar de oplossingen van meneer Bushoff, want een blik personeel bestaat niet. De opleidingen vergroten gaat ook niet werken. We zullen toe moeten naar andere oplossingen dan alleen maar roepen dat er meer geld of meer personeel naar de zorg moet. Want dat is ook een soort rookgordijn voor de mensen die hier vandaag gekomen zijn, of die bij de demonstratie van de SP waren waar ik vanochtend was. Dat gaat niet helpen. Dat gaat het alleen maar slechter maken.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dan blijven we daarover toch van mening verschillen. Ik zal hier niet zeggen dat het actief beleid is van deze Minister om spoedeisendehulpafdelingen te sluiten. Ik zeg ook niet dat elke spoedeisendehulpafdeling in Nederland altijd open kan blijven. Ja, we zullen veranderingen zien. Maar ik wil wel in het licht van het rapport Elke regio telt! een Minister zien die zich dit aantrekt en die zegt: ik ga alles op alles zetten om te voorkomen dat er telkens zorgvoorzieningen uit de regio verdwijnen. Dat is volgens mij een terecht punt dat geconstateerd wordt in het rapport Elke regio telt! Volgens mij is het belangrijk om met oplossingen te komen om dat te voorkomen. Daar zou iedereen in deze Kamer aandacht voor moeten hebben en zijn stinkende best voor moeten doen. Ik hoor een aantal partijen zeggen: het is een gegeven, het gebeurt en we zullen wel moeten. Er zijn ook een aantal partijen die alternatieven aandragen en zeggen: dit kunnen we nog doen om te voorkomen dat het gewoon een natuurverschijnsel is. Een van die alternatieven is bijvoorbeeld ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma heeft nog een vraag, meneer Bushoff.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nog even terug naar Elke regio telt! Volgens mij is er in het onderzoeksrapport ook een pleidooi voor luisteren. Laten we kijken naar de regio waar ik vandaan kom, en waar meneer Bushoff trouwens ook vandaan komt: Groningen en Drenthe laten juist zien wat samenwerking oplevert, wat het betekent voor je personeelsbestand als je op minder plekken meer en betere zorg aanbiedt. Dus de regio's laten juist zien dat, als je het anders organiseert, de kwaliteit omhooggaat, dat er meer patiënten worden geholpen en dat mensen langer blijven werken. Dus Elke regio telt! betekent misschien ook wel dat je luistert naar wat er al wel gebeurt.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Op dit punt is het denk ik wel goed om nog even een paar misverstanden uit de wereld te helpen. Ik hoorde ook de VVD zeggen dat het voorbeeld uit Drenthe van onder andere Stadskanaal en Hoogeveen een goed voorbeeld is van hoe je zorg kunt samenvoegen en hoe je op andere plekken zorg kunt weghalen. Maar als je het aan huisartsen, verloskundigen en ambulancemedewerkers vraagt – recentelijk nog, voor de zomer – dan hoor je ze zeggen dat de zorgverlening en de samenwerking stroever gaan. Inwoners en huisartsen hebben het gevoel dat er gesleept en gesjord wordt met patiënten. Zij ervaren het als negatief. In coronatijd lagen de patiënten op de gang. Een SEH-arts zei laatst nog: ik heb er eigenlijk wel spijt van dat we hebben meegewerkt aan deze concentratie. Het waren nota bene bestuurders, ook van de VVD, die dit zelf hebben geschreven aan hun gemeenteraden. Ik wil dus toch wel even afstand nemen van het beeld dat hier geschetst wordt, namelijk dat dit een voorbeeld is van hoe het zou moeten gaan. Inwoners en mensen die in de zorg werken die ik spreek, en nota bene de bestuurders in die gemeenten, ook van D66 en de VVD zelf, hebben gezegd: dit ging niet goed.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik denk dat elke verandering stroef gaat. We zagen vanochtend ook in het artikel van de Volkskrant dat het vijf jaar geduurd heeft voordat in Lelystad ook de grootste tegenstanders zeiden: het was de beste beslissing ooit om de zorg te concentreren, want er is ook ander aanbod voor teruggekomen. Ik denk dat we meer tijd moeten nemen en mensen beter mee moeten nemen in wat er moet veranderen om het beter te maken. Maar doen alsof vroeger alles beter was, is een beetje luisteren naar mijn oma die dat vroeger ook altijd zei. Het is nu niet goed. De toegankelijkheid is niet op orde. Mensen moeten wachten. We hebben niet voldoende personeel.

Dus ik hoop wel dat GroenLinks-PvdA ruimte weet te vinden om ook op zoek te gaan naar andere oplossingen.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Het is nu de derde keer dat ik dit moet aangeven. Nogmaals, wij zullen nooit pleiten voor het behoud van hoe alles nu is. Natuurlijk veranderen we dingen in het acutezorglandschap. We zeggen dat dit erbij hoort, en dat dit ook logisch en gezond is. Het is alleen niet gezond dat je als natuurverschijnsel aanneemt dat een ziekenhuis in Heerlen, Zutphen of Drenthe zomaar de deuren van de spoedeisende hulp moet sluiten. Als je dat als natuurverschijnsel aanneemt, is dat niet gezond. Daartegen zullen wij ons wel verzetten, omdat we het raar vinden – daarmee ga ik door naar een aantal punten dat ik nog wilde maken, voorzitter – dat er bijvoorbeeld bij het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen al voorgesorteerd lijkt te worden op het sluiten van een aantal van de spoedeisendehulpafdelingen. Is dat niet raar, zou ik de Minister willen vragen. Is het, omdat er nu een personeelstekort is, niet logischer dat je juist meer mensen gaat opleiden in plaats van voorsorteren op minder spoedeisendehulpafdelingen en dat er straks misschien wel minder personeel nodig is?

Voorzitter. We horen ook heel vaak van het lokale bestuur dat het slecht betrokken wordt. Ja, er is wet- en regelgeving die voorschrijft hoe het betrokken moet worden. Blijkbaar werkt die onvoldoende om inwoners en het lokaal bestuur goed mee te nemen in de veranderingen in het acutezorglandschap. Dat is ook waarom ik samen met mevrouw Van den Berg van het CDA inmiddels twee amendementen heb ingediend om ervoor te zorgen dat het lokaal bestuur de zeggenschap krijgt of dat zijn betrokkenheid in ieder geval beter geborgd wordt bij veranderingen in het acutezorglandschap.

Voorzitter. GroenLinks en de PvdA zullen ook voorstellen doen om meer onderdelen te financieren op basis van beschikbaarheid en om minder afhankelijk te zijn van marktwerking. Mijn collega's deden dat inderdaad al en hebben dat ook al eerder gezegd, dus misschien doen we het wel samen.

Voorzitter. Tot slot, om het nog één keer heel helder te maken en zodat mij niet verkeerde woorden in de mond worden gelegd zoals net gebeurde door sommige collega's: we snappen dat er soms dingen veranderen; het mag alleen niet als natuurverschijnsel worden aangenomen dat telkens spoedeisendehulpafdelingen en acuteverloskundeafdelingen de deuren sluiten. We kunnen daarin andere keuzes maken om in ieder geval te voorkomen dat dit zomaar gebeurt. We kunnen er ook voor zorgen dat een deel van die afdelingen gewoon openblijft, maar dan moeten we daar wel voor kiezen. In het licht van het rapport Elke regio telt! hoop ik ook dat politiek Den Haag, deze Tweede Kamer, voor de regio en voor streekziekenhuizen durft te kiezen.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Bushoff. U was door uw tijd heen, maar er is toch nog een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik hoorde meneer Bushoff over zijn amendementen. Wellicht zijn die in lijn met de motie die mevrouw Westerveld en ik voor de zomer hebben ingediend, maar daar moet ik nog even naar kijken. Ik hoorde hem over een van zijn alternatieven ook een zin zeggen met «op basis van beschikbaarheid in plaats van marktwerking», maar die begreep ik niet helemaal. Het is weer een stukje gratis zendtijd voor de PvdA, maar kan meneer Bushoff nog eens uitleggen wat hij bedoelt?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Wat fijn. Dan vinden de VVD, GroenLinks en de PvdA elkaar toch nog in dit debat, namelijk op het punt dat meer spreek- en zendtijd voor GroenLinks-PvdA gewenst is. Ik hoor mevrouw Paulusma zeggen dat dit een hele rare afslag is, maar ik maak er wel dankbaar gebruik van. Ongetwijfeld vinden we elkaar misschien ook nog wel op een aantal andere punten. Ik denk namelijk dat we van een aantal onderdelen van ons zorglandschap moeten zeggen dat het niet zo kan zijn dat die afhankelijk zijn van of er voldoende geld beschikbaar voor is of niet. Nee, die vinden we zo belangrijk dat we die gewoon op basis van beschikbaarheid financieren. Daarvan zeggen we dus dat ze altijd beschikbaar moeten blijven. Dat doen we nu natuurlijk al bij een aantal ambulance-posten. Het lijkt ons best een goed idee om bijvoorbeeld de regels die we daarvoor hebben, uit te breiden, zodat daar meer spoedeisendehulpafdelingen onder gaan vallen. Dat lijkt ons een verstandig idee. Is dat dé oplossing om te voorkomen dat er spoedeisendehulpafdelingen en streekziekenhuizen zijn die de deuren moeten sluiten? Dit alleen is niet de oplossing, maar het kan er wel aan bijdragen. Maar ik denk dat het personeelstekort op dit moment een belangrijk punt van zorg is. Ik denk dat de Minister dat zal aangeven. Dat heeft hij ook eerder aangegeven. Dat is een terecht punt. Die zorg snappen GroenLinks en de PvdA ook. Daar lopen we ook niet voor weg. Op dat punt moet je het dus aantrekkelijk maken en misschien dat de VVD, GroenLinks en de PvdA elkaar daarin vinden. Om mensen in de zorg te laten werken, zal je ook meer mensen moeten gaan opleiden in de zorg. Vandaar ook mijn vraag aan de Minister waarom er juist de andere kant op voorgesorteerd wordt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen heeft nog een vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank voor de wat uitgebreide, maar heldere toelichting van meneer Bushoff over dat stuk over die beschikbaarheid. Mijn vraag aan meneer Bushoff is op basis waarvan hij dan graag wil bepalen waar die beschikbaarheid zo belangrijk is dat die inderdaad apart gefinancierd moet worden. Welke criteria heeft meneer Bushoff daarbij dan voor ogen?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Daar kan ik twee dingen over zeggen. Eén. Ik denk dat het belangrijkste criterium is dat we vinden dat dit soort zorg überhaupt gewoon overeind moet blijven en niet om financiële redenen zou mogen sluiten. Het criterium is dus dat het nooit zo zou mogen zijn dat dit soort afdelingen vanuit financiële overwegingen sluiten. Daarom moet daarvoor dan altijd zo'n beschikbaarheidsbijdrage gelden. Als je precies wilt weten hoe we dat gaan uitwerken, vind ik het best een goed idee om te zeggen: laten we daarvoor dan zelf met een wetsvoorstel of een wijziging van de wet komen. Ik denk dat de VVD misschien wel mee wil doen. Dat zou wel mooi zijn, want dan vinden we opeens die meerderheid waar mijn collega van de SP druk naar op zoek was. Als ook de VVD aan boord is, hebben we die meerderheid binnen. Ik hoopte eigenlijk op een aantal andere partijen, maar als zelfs de VVD daarin meegaat, kunnen we ons geluk aan deze kant van de Kamer niet op, denk ik.

De **voorzitter**:

Kijk eens.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De intentie van meneer Bushoff in dit debat vind ik fijn. Die is volgens mij dat we met elkaar in debat zijn om te kijken op welke punten we elkaar vinden en van elkaar verschillen, en dat we dus niet alleen zoeken naar de

verschillen. Dat vind ik plezierig. Maar ik ga toch nog even doorvragen, want meneer Bushoff zegt dus: dingen mogen niet verdwijnen. Dat zou eigenlijk betekenen dat we het precies zo houden als het is. Dat zou dan ook betekenen dat er niet nog dingen bij kunnen komen. Ik haal de vraag dus nog maar even terug: op welke criteria wil meneer Bushoff die beschikbaarheidsbijdrage stelen? Is dat de beschikbaarheid van personeel? Is dat de vraag in de regio? Is dat de wens in de regio? Wat gaat nou het verschil maken tussen ja of nee voor de beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisendehulpdiensten? Want daar heeft meneer Bushoff het over.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Even terug naar de inleidende woorden van mevrouw Tielen, namelijk: eigenlijk zegt de heer Bushoff dat er niks zou mogen veranderen en bij zou mogen komen. Dat waren niet mijn woorden. Nee, het zou kunnen dat er dingen in het acutezorglandschap veranderen en dat er bijvoorbeeld ergens een keer een spoedeisendehulpafdeling sluit of eentje bijkomt. Het zou prima kunnen dat er inderdaad dingen veranderen. Eén. Wij vinden het in ieder geval belangrijk dat er minder spoedeisendehulpafdelingen sluiten dan nu het geval is en dat we alles op alles zetten om dat te voorkomen. Twee. Daarmee ga ik in op uw vraag. Wij willen nu bijvoorbeeld ook graag het volgende. Nu is het criterium dat als het sluiten van een spoedeisendehulpafdeling ervoor zorgt dat mensen niet binnen 45 minuten met de ambulance bij een spoedeisendehulpafdeling kunnen zijn, die dan wordt gefinancierd door middel van een beschikbaarheidsbijdrage. We zouden ook kunnen zeggen dat we al die spoedeisendehulpdiensten gaan financieren op basis van beschikbaarheid. Dat is bijvoorbeeld een mogelijkheid om te voorkomen dat je ooit door geldnood een spoedeisendehulpafdeling zou moeten sluiten, want dat willen we volgens mij niet. Ik hoop dat de VVD en GroenLinks-PvdA elkaar in dat uitgangspunt vinden. Als dat zo is, kunnen we ook kijken naar hoe we dat dan precies vormgeven en dan is het voorschot dat ik daar net op gaf een mogelijkheid. Ik ben best bereid om ook met meerdere partijen te bekijken hoe we dat precies vormgeven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we aan het eind van de eerste termijn van de Kamer. De Minister heeft aangegeven een half uurtje te willen hebben om zich voor te bereiden op de beantwoording. Dus dan schors ik tot 15.35 uur en zie ik u over een klein halfuur terug. Dank u wel.

De vergadering wordt van 15.11 uur tot 15.38 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Goedemiddag. We zijn toe aan de beantwoording in de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik geef graag het woord aan Minister Kuipers. Aan u is het woord. Ik heb begrepen dat u twee blokjes heeft. Gaat uw gang. O, mevrouw Agema heeft nog een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik heb een punt van orde, namelijk hoe het eigenlijk mogelijk is dat de Minister op 17 oktober de brief Kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplex medisch-specialistische zorg naar de Kamer heeft gestuurd. Daarin staat: in deze brief geef ik mijn visie op passende zorg. Et cetera. Als de Minister demissionair is, kan hij toch geen visiebrief naar de Kamer sturen? Dat is allesbehalve beleidsarm. Als je een visie naar de Kamer stuurt, zeg je: dit is het beleid dat ik ga maken. Ik snap werkelijk niet waarom de Minister dat heeft gedaan. Ik vraag hem waarom en ik vraag hem ook om dit in te trekken of zo. Dit is echt ...

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Wat er moet gebeuren met die hoogcomplex medisch-specialistische zorg is echt aan een nieuw kabinet.

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, dank u wel. Eerlijk gezegd is een punt van orde niet echt conform de regels, maar desalniettemin ga ik ervan uit dat de Minister wel antwoord zal geven op uw vraag. Dan kijken we hoever we komen. Het kan eventueel in de tweede termijn. We kijken wel hoe het gaat. Ik zie in ieder geval instemmend geknik van de Minister. Hij gaat nog in op de opmerking van mevrouw Agema. De Minister.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Als u mij toestaat, dan doe ik dat zo meteen bij de beantwoording en niet als eerste.

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, u maakt duidelijk dat u het hier niet mee eens bent, maar u had de opmerking ook direct in de eerste termijn kunnen maken. Dan had de Minister zich erop kunnen voorbereiden. Ik denk dat het beter is dat we nu gewoon de Minister aan het woord laten en hem alle vragen laten beantwoorden. Als aan het einde van de termijn blijkt dat er onvoldoende antwoord is, staat het u natuurlijk vrij om daar nog een interruptie op te plegen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dan heb ik nu een interruptie.

De **voorzitter**:
Dat mag natuurlijk, maar we zijn nog niet begonnen, dus dat is wel ingewikkeld.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Het is eigenlijk een tweede punt van orde, hoor. Waarom is de Minister nu, na tweeënhalf jaar, nog niet staat om meteen te reageren op de vraag waarom hij een visie naar de Kamer stuurt terwijl hij demissionair is en dus in wezen beleidsarm op de winkel moet passen? Hij stuurt een visiebrief naar de Kamer met het tegenovergestelde daarvan, namelijk met vergaand beleid. Waarom kan de Minister na tweeënhalf jaar ministerschap en 30 minuten schorsing daar niet gewoon op reageren?

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Agema. Ik kijk naar de Minister om te zien of hij antwoord wil geven of dat hij dit meeneemt in de rest van zijn antwoorden.

Minister **Kuipers**:
Ik wil dat graag meenemen in de rest van mijn antwoorden, voorzitter.

De **voorzitter**:
Oké.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter. Allereerst begin ik met de inleiding. Dan doe ik straks de beantwoording in twee blokjes. Ik zal ze vast noemen. Het eerste gaat over het zorglandschap en het tweede is de vrij brede categorie varia. Excuses dat dit een vrij brede categorie is, maar u snapt dat dit door de vragen

komt. Die gingen inderdaad over kinderkhartchirurgie, moleculaire diagnostiek, vergunningplicht en investeringen et cetera. Voorzitter. Goede, toegankelijke en betaalbare zorg vinden we in Nederland belangrijk. Alle patiënten in Nederland hebben recht op kwalitatief goede zorg. Daarbij moet het niet uitmaken waar je woont of waar je op dat moment verblijft. In bijna alle regio's is het nodig om daarbij goed te kijken naar de zorgorganisatie, omdat we met de huidige inrichting de goede kwaliteit van zorg niet altijd kunnen behouden zoals we die gewend zijn of omdat we er in de huidige praktijk niet van op aan kunnen dat de zorg altijd en voor alle patiënten voldoet aan de kwaliteitseisen, en soms ook niet aan minimale kwaliteitseisen. Bij aanpassingen van het zorglandschap is het uitgangspunt: dichtbij waar het kan, verder weg als het moet. Ook daarbij zijn het onderwerp en het rapport Elke regio telt! – het rapport is al genoemd en we komen daar straks nog op – ook in de zorg nadrukkelijk zeer belangrijk.

De voorzitter:

Naar aanleiding daarvan is er toch een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, ik heb een vraag, omdat de Minister nu in zijn inleiding precies op zijn visiebrief terugkomt. Waarom kan hij dat niet uit het hoofd doen? Waarom moet het opgelezen worden vanaf een papiertje? Hier in de Tweede Kamer tekent zich een meerderheid af die het beleid van de Minister met zijn netwerkzorg niet steunt. Een meerderheid hier in de Tweede Kamer wil dat streekziekenhuizen niet omvallen en dat het steeds verder gaan op het pad van nog meer concentreren van zorg wordt gestuit. Daarom vroeg ik eerder al waarom de Minister, als hij demissionair is en hij dus alleen maar op de winkel past, deze visie überhaupt naar de Kamer heeft gestuurd. Nu is er al een Kamermeerderheid die niet op deze voet door wil. Maar mijn hoop is groot dat er straks een overweldigende meerderheid is die niet door wil gaan op de voet van het verder laten omvallen van streekziekenhuizen. Waarom kan de Minister niet uit zijn hoofd antwoorden en ook bevestigen dat hij niet zulk vergaand beleid naar de Kamer moet sturen als hij al lang en breed demissionair is? Het is beleid dat ingaat tegen een Kamermeerderheid.

Minister Kuipers:

Ik heb precies over de punten waarnaar mevrouw Agema vraagt een veelheid aan vragen gekregen. Ik kom daar in mijn beantwoording op terug. Daar hoort ook dit antwoord bij.

Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter, het spijt me, maar ik ga hier niet langer aan deelnemen. Dit is het laatste commissiedebat dat wij met elkaar hebben. Ik had het allemaal heel graag in een goede sfeer met elkaar afgewikkeld. Maar ik kan er met mijn pet niet bij dat we hier te maken hebben met een Minister die er gewoon door ramt wat hij wil, terwijl een Kamermeerderheid al aangeeft dat zij dit beleid van nog meer concentratie van zorg, zijn netwerkzorg en zijn visie niet ondersteunt. Hij stuurt de visie gewoon naar de Kamer, vindt hier een Kamermeerderheid tegenover zich die dit niet wil en zegt gewoon: ik ga nu door en wat mevrouw Agema zegt interesseert me niet; ik lees gewoon mijn briefjes met mijn visie voor en blijf dat doen. Ik kan daar niet mee leven. Wij zijn hier met z'n allen de baas!

De voorzitter:

Mevrouw Agema, de manier waarop we het debat doen, is als volgt. De Minister geeft antwoord op de vragen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nee, maar dat geeft hij dus niet.

De **voorzitter**:
Daarna krijgt u de gelegenheid om ...

Mevrouw **Agema** (PVV):
Hij zegt: dat geef ik niet en ik ga nu door met het voorlezen van mijn geprepareerde velletjes.

De **voorzitter**:
Ik ben nu even aan het woord. Daarna krijgt u de gelegenheid om vragen te stellen. Daarop krijgt u weer een antwoord dat u al dan niet bevalt. Zo doen we het debat. Daarna hebben we een tweede termijn. Straks wordt het ook nog in de plenaire zaal afgerond, ongetwijfeld met moties, vermoed ik zomaar. Het is aan mij om het debat hier ordentelijk te laten verlopen. Ik wil dus eigenlijk voorstellen om de Minister toch gewoon even verder te laten gaan met zijn inleiding. Als u vindt dat het tot dan toe niet voldoende is, krijgt u daarna alle gelegenheid om uw vragen nog te stellen. Het is inderdaad het laatste debat – dat deel ik met u – dus ik zou het fijn vinden om dat ook op een ordentelijke manier met elkaar af te ronden. Als u het goed vindt, geef ik nu de Minister het woord.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Ik gaf al aan dat als er aanpassingen in het zorglandschap moeten worden gemaakt, het uitgangspunt is: dichtbij waar het kan, verder weg als het moet. Door goede samenwerking is er gelukkig veel mogelijk. Daarbij zullen soms ook moeilijke keuzes gemaakt moeten worden. Ik zie echter op ontzettend veel plekken in het land, van noord naar zuid en van oost naar west, dat er door nieuwe vormen van samenwerking ook weer nieuwe mogelijkheden ontstaan. Neem bijvoorbeeld de vorming van spoedpleinen, zoals in Den Helder, of de inrichting van zorgcoördinatiecentra in tal van regio's. Ik begrijp echter ontzettend goed dat aanpassingen in een ziekenhuislandschap zorgen oproepen bij patiënten en hun naasten, burgers, en ook bij lokaal bestuur. De voorbeelden zijn zojuist al voorbijgekomen: Zutphen, Zoetermeer, Friesland, Zuid-Limburg, Groningen en Drenthe. Het signaal is duidelijk. De nabijheid van het ziekenhuis doet ertoe voor de inwoners van een gemeente of een regio. Het draagt bij aan een gevoel van leefbaarheid, zowel voor patiënten als hun naasten, en aan de werkgelegenheid in de regio.

Laat ik dan ook dit moment opnieuw aangrijpen om het volgende te benadrukken. Het is voor mij van groot belang dat alle partijen in een regio goed betrokken worden bij plannen: niet alleen ziekenhuisbestuurders, maar ook inwoners, gemeenten, zorgmedewerkers en patiënten, zeker als het gaat om mogelijke wijzigingen in het aanbod van de regio. Voor allen is het van groot belang om tijdig de plannen te kennen en de mogelijkheden te hebben om daarover in gesprek te gaan. Iedereen kan vanuit een eigen rol en verantwoordelijkheid bijdragen om zo tot de best mogelijke oplossingen te komen. Dat kan soms ook tot nieuwe inzichten leiden. Het artikel in de Volkskrant van vandaag – er werd al aan gerefereerd – met betrekking tot de situatie in Lelystad, de discussie destijds en de situatie nu toont precies dat. We komen daar straks nog op terug. Daarbij is dus ook een zorgvuldige procedure uitgewerkt en vastgelegd in de AMvB acute zorg. Daarnaast vind ik het belangrijk dat we inzetten op een integrale aanpak van zorg en ondersteuning in de regio, die meer uitgaat van preventie, een aanpak in de wijk en betere ketensamenwerking, zodat we kwetsbare situaties zo veel mogelijk kunnen voorkomen. Met het Integraal Zorgakkoord hebben veel zorgpartijen met de zorgverzekeraars, de VNG en het Rijk afgesproken dit

proces samen op te pakken. De in het Integraal Zorgakkoord ontwikkelde regiobeelden en regioplannen kunnen daarbij goed helpen. Daarin moeten namelijk passende oplossingen voor verschillende vraagstukken in samenhang gevonden worden.

Voorzitter, laat ik om af te sluiten het volgende benadrukken. We hebben alle beschikbare capaciteit nodig, maar ziekenhuizen, klinieken en umc's zullen zich daarbij moeten toeleggen en profileren op de onderdelen waarin zij goed zijn. Samenwerking, ontwikkeling, bundeling en delen van kennis en kunde, transparantie over resultaten, samenwerking en netwerkvorming zijn hierbij essentieel. De sector staat met de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek voor een belangrijke opgave. We staan met z'n allen voor een grote uitdaging. Dat vraagt om de inzet van alle partijen die betrokken zijn. Ik noemde ze al.

Daarmee kom ik bij de beantwoording van de vragen. Dan kom ik allereerst op de vraag van mevrouw Agema over een brief over kwaliteit en toegankelijkheid. Die brief is er gekomen op verzoek van de Kamer. Dat was een toezegging op basis van eerdere moties. De visie is ook wat het huidige beleid is. Het is een verdere duiding van dat huidige beleid. Ik refereerde zojuist al aan het IZA. Er worden geen onomkeerbare stappen genomen. Dat is aan een volgend kabinet en aan mijn opvolger.

Dan begin ik met de overige vragen in het blokje zorglandschap. Ik begin met de vraag van mevrouw Tielen, maar het raakt ook aan een opmerking van de heer Bushoff. Mevrouw Tielen vroeg of het een misverstand is dat mensen denken dat het absolute doel is om ziekenhuizen te sluiten, en wat de visie is op het bestaan van ziekenhuizen. Allereerst noem ik het meest directe antwoord. Laat ik daar heel klip-en-klaar over zijn. Is het een misverstand dat mensen denken dat het absolute doel is om ziekenhuizen te sluiten of, als ik het wat breder mag trekken, om SEH's of verlosafdelingen te sluiten? Het antwoord is: ja, dat is een misverstand. Wanneer de heer Bushoff heel begrijpelijkerwijs aanhaalt dat hij niets ziet over waar ik sluiting absoluut voorkom, mist de aanvullende opmerking, die de heer Bushoff in de brief ook gelezen heeft, dat het mij allereerst gaat om brede toegankelijkheid en het garanderen van kwaliteit, iets wat van belang is voor alle burgers in Nederland; ik noemde dat zojuist ook al in mijn inleiding. Ik ben er echt van overtuigd dat de kwaliteit van zorg beter kan. Daarbij is het dus beslist niet het doel om ziekenhuizen te sluiten, maar wel om na te denken over hoe we de kwaliteit kunnen verbeteren en de toegankelijkheid kunnen borgen.

Goede en toegankelijke medisch-specialistische zorg moet in iedere regio in Nederland voor iedere burger geborgd zijn. Dat bereiken we door betere samenwerking, door netwerkzorg, en door ook met alle partijen na te denken over de toekomst van de zorg. Ik refereer maar aan de opmerking die mevrouw Paulusma maakte met een citaat van Einstein. Ik wil absoluut niet pretenderen hoe dan ook, op welke wijze dan ook, slimmer te zijn dan Einstein, maar hier geldt in de zorg nog net een kleine aanvulling: als we blijven doen wat we deden, dan krijgen we niet wat we hadden, maar dan krijgen we steeds minder wat we hadden. Dan verwijs ik alleen maar naar wat er in de eerste termijn van de Kamer al genoemd werd over de uitdagingen, de verwachte zorgvraag en het feit dat het verwachte aantal medewerkers in de zorg, hoezeer we ons ook inzetten, niet een gelijke tred zal houden. De aantallen hebben we eerder genoemd. Die zal ik nu niet herhalen.

Voorzitter. Dat raakt aan de vraag van mevrouw Van den Berg: wat gaat u doen naar aanleiding van het artikel in de Volkskrant van acht burgemeesters met een streekziekenhuis in hun gemeente? Ik gaf zowel in mijn inleiding als bij eerdere debatten al aan dat ik heel goed begrijp dat aanpassingen in een ziekenhuislandschap – maar dat geldt ook voor andere vormen van zorg – zorgen en vragen oproepen bij patiënten, bij hun naasten, bij burgers, bij zorgmedewerkers en in dit geval, zoals in deze brief is geschreven door burgemeesters en interim-burgemeesters,

ook bij het lokaal bestuur. Het signaal is duidelijk: de nabijheid van een ziekenhuis, van alle faciliteiten, van geboortezorg en een SEH, doet ertoe; die draagt bij een gevoel van leefbaarheid et cetera. Burgers hebben zorgen over het verdwijnen van «een volwaardig ziekenhuis» – die term wordt dan veelal gebruikt – in hun nabijheid. Opnieuw benadruk ik dat het mij gaat om toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Het gaat mij er dus ook om plannen zorgvuldig te maken. Ik ben voornemens op alle manieren te kijken hoe eerst de toegankelijkheid en kwaliteit geborgd en verbeterd kunnen worden, en als dat alleen maar kan door veranderingen aan te brengen in het zorglandschap, om daarin ook zorgvuldig tal van stappen te nemen, zoals vastgelegd in die AMvB over de acute zorg.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg in aanvulling daarop: wat is de reactie van de Minister op het Volkskrantartikel over Lelystad? We benoemden net al even dat er in Lelystad vijf jaar geleden veel onrust is geweest rond de hervorming van de SEH's. Dat gaf toe een enorme schok. Het zorgde voor veel onrust en ongemak in de regio. We hebben het allemaal gevolgd. Gelukkig is er inmiddels, zoals dat artikel ook liet zien, veel ten goede veranderd in de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en samenwerking. In het artikel worden zelfs een aantal mensen geciteerd en geïnterviewd die aangaven destijds groot tegenstander te zijn geweest, maar die nu zien dat de kwaliteit van zorg verbeterd is. Ik denk dat we heel begrijpelijkerwijs kijken naar de voorbeelden van vandaag. We benoemden er al een aantal. Ze komen ook in het debat voorbij. Ze kwamen overigens ook in eerdere debatten veelvuldig voorbij. Maar we kunnen net als in dit voorbeeld van Lelystad ook leren van de voorbeelden uit het verleden. Hoe kunnen we zaken zorgvuldiger doen? Waar zijn de toegankelijkheid en kwaliteit inderdaad verbeterd, en waar zijn die niet verbeterd of verslechterd?

De voorzitter:

Dat roept een vraag op bij mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

De Minister heeft dat artikel dus net zo gelezen als ik. Alleen is het gewoon een artikel op basis van een aantal interviews, hè? Dat maakt het heel interessant en leuk om te lezen, maar de vraag is natuurlijk: hoe wordt vanuit de Minister ook voor ons als Kamer inzichtelijk wat de conclusie kan zijn op zo'n beweging, die in eerste instantie heel erg pijn heeft gedaan bij heel veel betrokken medewerkers, mensen in de buurt enzovoort, enzovoort? Hoe kunnen we nou meten hoe dat echt is? En wat kunnen we daar vervolgens uit leren voor alle pijn die er nu in een hoop andere regio's is?

Minister Kuipers:

Dank voor deze vraag. Ik zit even na te denken over hoe je ook voor de toekomst naar dit soort situaties kunt kijken. We hebben een aantal parameters. We hebben bijvoorbeeld een aantal parameters over ambulanceritten, aanrijtijden en het karakter van de ambulancerit: is het een A1-rit, is het een andere rit, en over wat voor aandoeningen gaat het? Daar hebben we gegevens over in dit soort settingen. We weten ook wat over het aantal spoedeisendehulp- en huisartsenpostbezoeken. Die informatie wordt niet standaard op deze manier geëvalueerd, maar als er signalen over zijn, dan hebben we ook de signalen van de inspectie op zo'n terrein. Ik denk dat het in lijn met wat mevrouw Tielen zegt gewoon interessant is om nog een aanvullende analyse te doen voor een aantal van dit soort voorbeelden uit het verleden. Ik kan er zo een aantal noemen. Hoe is het met de situatie op Voorne-Putten na de verandering van het zorgaanbod daar? Hoe is het in Rotterdam gegaan met de verandering na het verdwijnen van het Havenziekenhuis, met een

spoedeisende hulp en een ic met twee of drie bedden? Wat is daar gebeurd? Zo zijn er nog wel een aantal voorbeelden.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen heeft nog een vervolgvraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het voelt bijna als een toezegging, dus dan word ik gretig. Ik denk dat de Minister een aantal goede parameters noemt. Ik zou daaraan de volgende willen toevoegen, maar misschien zat die ook al in zijn hoofd; die kwam ook terug in het artikel. Kunnen we de samenwerking met onder andere de eerstelijnszorg, dus de huisartsen en zo, ook op een manier meten om daar een soort van conclusies op te kunnen trekken?

Minister Kuipers:

Allereerst even: is dit een toezegging? Dit is in retrospectief, hè? Maar ook in retrospectief is het relevant. Ik denk dat het een Kamer ook in de toekomst kan helpen. Kunnen we ook kijken naar evaluaties van huisartsen? Ja, dat kan. Ook dat is dan wel kwalitatief, maar het kan ons allemaal helpen. Overigens kunnen discussies in gemeentes dat ook, om te kijken wat de voorbeelden zijn en hoe je zaken goed kunt inrichten. Ik was twee weken geleden, geloof ik, op bezoek in Den Helder. Ik heb daar gesproken met vertegenwoordigers uit de zorg, zoals uit de ziekenhuiszorg, met een huisarts en met een patiëntenorganisatie, maar ook met burgemeesters. Het ging over de transitie die ze daar doormaken om in de Kop van Noord-Holland 24/7 goede spoedzorg te bieden, in verbinding met onder andere Alkmaar en Amsterdam voor de ernstige spoedzorg.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik sloeg nog even aan op het antwoord van de Minister naar aanleiding van mijn opmerking dat ik wat weinig zag dat de Minister acteerde en handelde om het sluiten van die SEH-posten in Nederland tegen te gaan; dat leek hij eigenlijk niet echt te doen, blijkens de schriftelijke vragen en de debatten die we hebben gevoerd. Toen zei de Minister: de heer Bushoff vergeet één belangrijk punt, namelijk dat ik dan ook moet kijken of de kwaliteit van zorg geborgd is. Op zich snap ik dat de Minister dat zegt en deel ik dat ook, maar mijn wedervraag aan de Minister zou dan zijn: betekent dat dan dat in alle voorbeelden die de Minister opnoemde en in al die voorbeelden van het afgelopen jaar, waar al die vragen over zijn gesteld, de kwaliteit ondermaats was of op korte termijn ondermaats zou worden, en dat er in de ogen van de Minister geen andere oplossingen waren dan die spoedeisendehulpafdelingen sluiten?

Minister Kuipers:

Ik heb een aantal punten. Laten we allereerst onderkennen dat we voorbeelden noemen. We hebben het bij eerdere debat overigens ook gehad over bijvoorbeeld de situatie in Limburg, Heerlen. Daar gaat het niet over vandaag. Daar gaat het over het nadenken over een toekomstplan voor de zorg in 2030. Een compliment voor de bestuurders, de zorgprofessionals, de verzekeraars et cetera die hierover na durven te denken en dat debat nu al durven te voeren. 2030, hè! Laten we daar heel duidelijk over zijn. Hetzelfde geldt voor de situatie in Friesland, die ook genoemd werd. We moeten nadenken over de toekomst. Het debat gaat over ziekenhuiszorg. We moeten nadenken over de zorg in brede zin, maar ook over de ziekenhuiszorg in Friesland. Dat gaat over de verre toekomst. Laten we dat gesprek nu voeren. Het gaat niet over vandaag en niet over morgen, want morgen gaat er niks veranderen. In sommige andere situaties wordt men gedwongen om heel acuut na te denken, gewoon omdat de roosters niet meer compleet te krijgen zijn en het gekwalificeerde personeel niet beschikbaar is. Ik verwijs even naar een

debat over geboortezorg dat we heel recent hebben gehad. Daarin kreeg ik vanuit uw Kamer de vraag of ik iets kon zeggen over de kwaliteit van de geboortezorg. Het werd gezegd in iets andere bewoordingen; ik paraphraseer nu. Er werd onder andere gefocust op de ervaring die medewerkers hebben met het hechten van een wond na een bevalling, zoals bij een knip of inscheuring. Wij constateerden dat dat vraagt om voldoende ervaring, dus niet eenmaal in je opleiding, maar blijvend. Dat vraagt er ook om dat je voldoende bevallingen doet als individu, dus niet als afdeling, waarbij je zelf slechts af en toe iets doet. Dat is de kwalificatie die bestuurders zien. Dat beantwoordt dan meteen een andere vraag, onder andere van de heer Dijk en de heer ...

De voorzitter:

Meneer Bushoff, wat wou u zeggen?

De heer Bushoff (PvdA):

Ik wil liever eerst een antwoord op deze vraag, want dat heb ik nog niet gehoord. Dus als u ...

Minister Kuipers:

Volgens mij geef ik ... Excuus. Ik antwoord al voordat ik het woord krijg. Ik geef nadrukkelijk een antwoord op de vraag. Het antwoord is allereerst: er zijn situaties die over de toekomst gaan. Er werd ook gevraagd – corrigeer me als ik het verkeerd interpreteer – of personele issues een uitdaging zijn. Ja, in sommige gevallen zijn ze echt een uitdaging. Daar wilde ik op komen.

Ik kijk even naar de situatie van de spoedeisende hulpen op dit moment. Let wel, dit zijn de gegevens die de ziekenhuizen zelf aanleveren. Wij hebben er weleens eerder bij stilgestaan bij het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Naar mijn mening zijn de normen in het kwaliteitskader, op zich om begrijpelijke redenen, laag ingesteld. Ooit was ik zelf, in een andere rol, betrokken bij de totstandkoming van dat kwaliteitskader. Ik heb dus alle discussies gevolgd. Ik weet ook waarom hiervoor gekozen is. Een van de kwaliteitseisen gaat over de aanwezige medische zorg op een spoedeisende hulp. Die eis is dat daar te allen tijde ten minste één dokter aanwezig is met één jaar werkervaring. U en ik zouden zeggen: dat is echt een lage eis; hebben we dat goed gehoord? Ja, dat hebben we goed gehoord: één dokter met één jaar werkervaring. Dus als je daar komt met een kind met koorts of met een ouder met pijn op de borst of iets anders, dan is de kwaliteitseis dat er één dokter moet zijn met één jaar werkervaring. Zo zijn er nog een aantal van dit soort eisen. Mevrouw Agema noemde een voorbeeld van een oudere patiënt. Nou, ten aanzien van ouderen is de kwaliteitseis dat er binnen een halfuur ten minste een verpleegkundige of een dokter aan de telefoon moet kunnen komen met ervaring op het terrein van ouderenzorg.

Op dit moment voldoet meer dan de helft van de SEH's niet aan al die basiseisen uit het kwaliteitskader. Dat geven ze zelf aan. Mijn inzet is niet: dan moeten die SEH's sluiten. Nee. Mijn inzet is: dan moeten ze ervoor zorgen dat ze daaraan voldoen. Dat is een lang antwoord op de vraag, maar daarmee adresseren we ook een andere vraag, want de aanvullende vraag ging hier ook over; die was al gesteld in de eerste termijn.

De heer Bushoff (PvdA):

Op zich waardeer ik – dat delen de Minister en ik met elkaar, denk ik – dat de Minister naar de toekomst kijkt. Dat vind ik wel prijzenswaardig. Ik denk dat dat ook behulpzaam is. Maar ik vroeg of de Minister ervan overtuigd is, als hij naar de toekomst kijkt, dat het onmogelijk is om andere maatregelen te nemen dan het sluiten van een aantal spoedeisende hulpafdelingen om te voldoen aan de kwaliteitseisen. Denkt de Minister dat we nog wat anders kunnen verzinnen om dat te voorkomen? Of denkt

de Minister: nee, dat is onmogelijk, dus al die voorgenomen sluitingen in de toekomst en de sluitingen die we nu zien, zijn gerechtvaardigd, want de kwaliteit staat anders te veel onder druk?

Minister Kuipers:

Ik denk dat het een beetje in lijn ligt met waar de heer Bushoff al enigszins richting aan geeft. Het is niet zwart-wit. We kunnen ontzettend veel dingen proberen om hier zo veel mogelijk bij weg te blijven, zoals maximaal opleiden en allerlei dingen inzetten om mensen te behouden. We kunnen ook – in dit geval blijven we even bij de acute zorg – opleidingen anders inrichten. Ik noem een voorbeeld. Er zijn nu verschillende specifieke, separate verpleegkundige vervolgoopleidingen, bijvoorbeeld voor SEH-verpleegkundige, ic-verpleegkundige en ambulanceverpleegkundige. In plaats daarvan kunnen we meer inzetten op een verpleegkundige opleiding voor acute zorg. Daardoor zijn mensen breder inzetbaar, kunnen ze makkelijker verschillende keuzes maken in hun carrièrepad in verschillende fasen, en kunnen ze banen combineren – dat soort zaken. Dat zijn precies de punten waar we op inzetten. Zal het daarmee in alle gevallen lukken om toch de roosters rond te krijgen, zodat je voldoet aan de eisen? Ik ben bang van niet. Maar het is wel de allereerste vraag aan zorgbestuurders. Daar hoort ook wel een vervolgvraag bij, namelijk: wat als het niet lukt? Denk daar dan ook tijdig over na en heb een gesprek over hoe je dat in toekomst zou willen inrichten. Soms lukt het gewoon niet om ergens tijdig over na te denken, omdat je voor een acute situatie gesteld wordt. Ook dan kan er veel met samenwerking opgelost worden, bijvoorbeeld met het maken van regiopoelen en het delen van personeel. Er zijn veel oplossingen. Maar we moeten ook durven nadenken over de vraag: wat als het niet lukt?

De voorzitter:

Wilt u nog een vervolgvraag stellen? Ja. Meneer Bushoff en daarna mevrouw Van den Berg.

De heer Bushoff (PvdA):

Op zich blijkt dus dat de Minister en GroenLinks-PvdA elkaar op een aantal punten wel vinden, namelijk dat je heel veel maatregelen zou moeten willen nemen om te voorkomen dat je spoedeisendehulpafdelingen moet sluiten. Er zijn ook nog een aantal verschillen in of die maatregelen voldoende worden genomen of niet. Ik wil over één punt doorvragen, namelijk over het opleiden van spoedeisendehulpartsen. Ik heb het document voor me. Op pagina 28 schrijft het Capaciteitsorgaan dat het aantal SEH's de afgelopen jaren is afgenomen en dat de verwachting is dat dat nog verder zal afnemen. Mijn vraag aan de Minister is dus: wordt er in het aantal opleidingsplaatsen dat geraamd wordt, voorgesorteerd op een afname van het aantal spoedeisendehulpstellen?

Minister Kuipers:

In de laatste raming van het Capaciteitsorgaan stijgt het aantal SEH-artsen met enkele plaatsen. Het advies – ik kijk even op mijn blaadje – is nu een jaarlijkse instroom van 42 artsen. Het voorkeursadvies voor de opleiding tot SEH-arts is opgevolgd. De feitelijke instroom is dus niet lager, maar juist iets hoger.

De heer Bushoff (PvdA):

Mijn vraag was de volgende. Misschien hebben we niet dezelfde grafiek of dezelfde bladzijde voor ons. Op pagina 28 schrijven ze: «Het aantal SEH's is de afgelopen jaren afgenomen en de verwachting is dat dit aantal verder zal afnemen.» Mijn vraag is dus: wordt die stelling meegenomen in de raming van het aantal opleidingsplaatsen van het Capaciteitsorgaan, ja of nee?

Minister Kuipers:

In algemene zin kijkt het Capaciteitsorgaan niet naar het aantal locaties, maar naar de opbouw van de beroepsgroep, dus naar de leeftijd, hoeveel fte zij werken, en wat zij zelf verwachten – daar kan de beroepsgroep zelf ook veel input op geven – maar ook naar de potentie en de onvervulde vraag. Voor spoedeisendehulpartsen geldt bij uitstek dat er nog veel locaties zijn met vacatures of waar het aantal SEH-artsen nog uitgebreid kan worden. Ik ga er dus vanuit dat het Capaciteitsorgaan niet kijkt naar het aantal SEH's. Overigens is het aantal SEH-kamers, waar SEH-artsen werken, niet veranderd. Dat zeg ik even zonder dat ik het specifiek voor de SEH weet, maar ik weet dat er in brede zin, ook voor andere opleidingen, niet wordt gekeken naar bijvoorbeeld het aantal ziekenhuislocaties.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik heb hier nog een verhelderende vraag over.

De voorzitter:

Ja, meneer Bushoff.

De heer Bushoff (PvdA):

Dus de verwachting is dat er minder spoedeisendehulpstellen zullen zijn, maar er wordt niet lager geraamd dan wanneer je ervan uit zou gaan dat het aantal spoedeisendehulpstellen gelijk zou blijven of zou toenemen?

Minister Kuipers:

Zoals ik zojuist aangaf is het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen uitgebreid.

De heer Bushoff (PvdA):

Dat klopt, maar dat was niet de vraag. Als ik hier nu geen heel concreet antwoord op krijg – misschien is het een wat technische vraag – zou ik dan een kort briefje van de Minister mogen krijgen waarin een helder antwoord staat, dus ja of nee? Want de Minister geeft zelf aan dat hij het hiervoor niet precies weet en dus in algemene zin een antwoord geeft, maar ik zou graag specifiek hierop een antwoord willen als dat kan.

Minister Kuipers:

Volgens mij geef ik een klip-en-klaar antwoord. Het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen is uitgebreid. Punt. Het is uitgebreid. De capaciteit voor de komende jaren ... Als we alleen al kijken naar de vraag die de SEH-artsen zelf stellen en wat zij voor ogen hebben voor 24/7-dekking met SEH-artsen op iedere SEH – dat signaal heeft het Capaciteitsorgaan ongetwijfeld ook rechtstreeks van hen ontvangen, maar we horen het ook in de media – dan gaat dat totaal niet over de vraag of we 83, 82 of 81 SEH's hebben, maar over de onvervulde vraag. Mijn antwoord is klip-en-klaar. Ik zou precies hetzelfde opschrijven in een brief. Dit is het. Het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen breidt uit.

De voorzitter:

Dan lijkt een brief me overbodig.

Minister Kuipers:

De beroepsgroep is overigens een van de snelst groeiende medische beroepsgroepen in de afgelopen jaren. Misschien is het wel de snelste; dat durf ik zo niet te zeggen.

De voorzitter:

Volgens mij zag ik mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

In de brief van 17 oktober schrijft de Minister dat de perspectieven en belangen van patiënten en burgers et cetera volwaardig betrokken en gewogen moeten worden. Hij refereert iedere keer aan de algemene maatregel van bestuur. Meneer Bushoff en ik hebben op 22 juni al aangegeven dat wij in de praktijk merken dat die AMvB maar mager wordt ingevuld, meer procesmatig dan inhoudelijk. Daarom hebben wij twee amendementen ingediend. De Minister schrijft in zijn brief ook over de belangen van draagvlak. Ik zou met name willen weten hoe hij dat verder wil invullen in relatie tot mijn vraag over hoe we komen tot een eerlijke verdeling. Ik zeg altijd: het gaat er niet om dat de wereld moet blijven zoals die nu is, maar het gaat erom dat we het een beetje eerlijk verdelen en spreiden. Daar zie ik nog niks van terugkomen.

Minister **Kuipers**:

Dan wil ik graag verwijzen naar de hele beweging en de initiatieven die op dit moment plaatsvinden in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Er worden bijvoorbeeld regioplannen gemaakt, gezamenlijk met de eerste, tweede en derde lijn, over de acute zorg en over andere onderdelen. Daarin worden onderlinge afspraken gemaakt over waar je elkaars capaciteit echt nodig hebt. We hebben geen overschot aan capaciteit. Dat betekent dat je echt een bepaalde samenwerking nodig hebt. Je hebt elkaar echt nodig, of het nou gaat om de spoedeisendehulpcapaciteit, de ok-capaciteit of de klinischebeddenscapaciteit. Dat raakt dus aan het eerlijk delen waar mevrouw Van den Berg het over had.

De **voorzitter**:

Heeft u nog een vraag, mevrouw Van den Berg?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja. De Minister schrijft zelf in zijn brief – dat citeerde ik ook – dat het instellingsbelang te veel een conservatieve en gesloten houding stimuleert. Ik vraag me dus af: hoe gaat de Minister dat doorbreken? Want we maken wel plannen voor de regio, maar ik denk dat met name de grotere ziekenhuizen over hun eigen schaduw moeten durven springen.

Minister **Kuipers**:

Absoluut. Overigens niet alleen de grote; men moet het allemaal. Dat is het lastige. We komen vanuit een situatie waarbij heel erg lang iedere instelling voor zichzelf heeft gewerkt, met een eigen ICT-systeem, eigen personeel, eigen gegevens en een eigen rekening. Dan is het een enorme transitie om een overgang te maken naar veel meer samenwerking en daarbij ook de inzet van het personeel en het gebruik van capaciteit te optimaliseren. Dat is dus ook niet binnen een paar maanden of binnen een jaar voor elkaar. Dat is exact de discussie die wij horen. Ik kijk naar mijn rechterbuurvrouw. Wij komen veel op bezoek bij zorginstellingen in de regio, zoals ziekenhuizen, maar ook andere, vaak ook in samenwerking; ik noemde al een paar voorbeelden. Dit zijn de punten waarvan men aangeeft dat het inderdaad pijnpunten zijn in zo'n overgang, waarbij ze soms comfort zoeken in regelgeving, meerjarencontracten of in een soort financieel vangnet als het gaat over samenwerking en soms dus ook een stukje van de zorg naar elders verplaatsen. Dat is wel wat we nodig hebben. In dit geval bijvoorbeeld, als het gaat om een financieel vangnet en contractering, begrijpen verzekeraars dat ook.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met de beantwoording.

Minister Kuipers:

Dan kom ik bij de vraag die de heer Bushoff stelde. We kwamen er al even op. Hoe kijkt de Minister naar de conclusies uit het rapport Elke regio telt! en wat zijn in het bijzonder de consequenties van dit rapport voor zijn beleidsvisie voor de streekziekenhuizen? De aanwezigheid en met name de nabijheid van voorzieningen zoals een ziekenhuis is voor veel inwoners van invloed op de ervaren leefbaarheid van een regio. Het rapport Elke regio telt! stelt dat het van groot belang is dat er in het beleid meer aandacht komt voor regionale verschillen, ook daar waar het gaat om het toegankelijk, bereikbaar en beschikbaar houden van passende voorzieningen, zoals op het gebied van de zorg, om zo de leefbaarheid en aantrekkelijkheid van een regio te behouden. Elk van de concrete hoofdaanbevelingen uit het advies Elke regio telt! is om de reguliere bereik- en investeringslogica te herijken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het meenemen van factoren zoals nabijheid van voorzieningen, maatschappelijke impact, brede welvaart en leefbaarheid. Deze factoren spelen ook een rol bij het zoeken naar een alternatief voor de huidige normen voor acute zorg, de inrichting daarvan, het maken van de afwegingen en besluiten die gemaakt moeten worden om de continuïteit en de toekomst van de zorg in een regio te garanderen. Ik zie het dus als een zeer belangrijk rapport. Ik kan ook al aangeven dat de zorg in de bespreking straks nadrukkelijk een belangrijke rol heeft. Ik kan natuurlijk niet vooruitlopen op wat er vanavond in het debat met mijn collega gebeurt, maar weet dat zorg hier nadrukkelijk een punt is.

Wat kunnen we leren uit veranderingen en situaties in het verleden? Idem. Soms praten we nu over veranderingen voor een regio in termen van bereikbaarheid en beschikbaarheid die voor andere regio's in Nederland gewoon al tien, twintig, dertig jaar volstrekt normaal zijn, terwijl mensen daar toch uitstekende zorg kunnen krijgen. Het gaat er dan om hoe ze het al heel lang anders hebben ingericht.

Mevrouw Van den Berg vroeg: waarom denkt de Minister dat het delen van goede voorbeelden in de regio-indelingen zal werken, gezien het grote «Not Invented Here»-syndroom in de zorg? Zoals het AEF-rapport over regio-indeling in zorg en welzijn stelt: inefficiency is een gegeven. Het gaat uiteindelijk om effectiviteit. Het organiseren van overleg en overeenstemming kost tijd en moeite, maar daar staat tegenover dat partijen samen betere resultaten kunnen bereiken. Inzet op een duidelijke governance kan de inefficiency wel verminderen. Regionale en landelijke partijen hebben juist aangegeven dat er behoefte bestaat aan duidelijke voorbeelden met werkzame manieren van samenwerking. Dat betekent niet dat regionale samenwerkingen elkaars werkwijze hoeven over te nemen. Zij hebben de keuze voor de best passende elementen, passend bij regionale context, historie en reeds bestaande samenwerkingsstructuren. In de komende tijd zal ik samen met alle IZA-partijen goede voorbeelden en belangrijke aspecten ten aanzien van regiogovernance verzamelen en verspreiden. Uw Kamer ontvangt deze analyse voor het eind van dit jaar.

Voorzitter. Dan kom ik bij de laatste vraag van dit blokje. Mevrouw Agema sprak over haar initiatiefnota over bekostiging van de acute zorg. Ik heb daarover advies gevraagd aan de NZa. Daarbij heb ik ook gevraagd naar de mogelijkheid van bekostiging van spoedeisende hulp op basis van beschikbaarheid. In die wijze van bekostiging behouden zorgverzekeraars hun inkooprol, maar gaat het naar analogie van de ambulancezorg. Ik verwacht het advies van de NZa eind van dit jaar en zal het uiteraard direct met uw Kamer delen.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg en dan meneer Dijk.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik vraag aan de Minister: waarom denkt hij dat het uitwisselen van good practices gaat werken, gezien het grote «Not Invented Here»-syndroom? Als antwoord krijg ik van de Minister dat hij voorleest wat hij al heeft geschreven in de antwoorden in het schriftelijk overleg. Maar dat was juist de reden waarom ik de vraag stelde.

Minister **Kuipers**:

Ik denk dat het gaat werken, omdat de uitdagingen in iedere regio op veel vlakken urgent zijn. Men wil en moet leren van elkaar. Ik ken het «Not Invented Here»-gevoel, maar de zorg is tegelijkertijd ambitieus en op veel vlakken innovatiegericht om dit over te nemen, uiteraard wel in de context van je eigen regio en je eigen samenwerkingspartners et cetera. Laten we wel wezen, als alleen de goede voorbeelden het hardste lopen en daarin het meest geïnvesteerd wordt, bijvoorbeeld in het kader van de beschikbaarheid van transformatiemiddelen, dan gaan andere ook lopen. Er zijn dus allerlei redenen. Het is de urgentie én de beschikbaarheid van financiële middelen én de inzet van Zorgverzekeraars Nederland, die gezamenlijk gezegd hebben: wij zetten in op initiatieven die op andere plekken gedeeld kunnen worden.

De heer **Dijk** (SP):

Ik zat een beetje te twijfelen of ik überhaupt nog een vraag ging stellen aan de Minister, maar hij triggerde mij toen hij het had over de beschikbaarheidsfinanciering en het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit. Wat vindt de Minister daar eigenlijk zelf van? Volgens mij werkt de Minister al langere tijd in de zorg. Hij heeft er vast een beeld en idee bij hoe noodzakelijk of niet noodzakelijk dat zou zijn.

Minister **Kuipers**:

Er zijn een aantal factoren. De eerste is: waar is het een oplossing voor? In het debat en in de eerste termijn van de Kamer wordt het een beetje gebracht alsof het een oplossing is voor het beschikbaar houden van capaciteit in regionale ziekenhuizen. Zoals ik zojuist al aangaf en zoals in de eerste termijn van uw Kamer eigenlijk ook al voorbijkwam – een van uw leden gebruikte een term als «inkomenlucratief» – betekent de beschikbaarheid en het open hebben van een spoedeisende hulp niet alleen het kunnen leveren van kwaliteit en zorg aan een patiënt, maar ook volume, patiëntenzorg en dus ook inkomen. Financiën zijn in de meeste gevallen niet de eerste drive voor het nadenken over het anders inrichten van je acute zorg. Het gaat allereerst over de beschikbaarheid van personeel en over het kunnen voldoen aan je criteria.

Maar dan nog is er een tweede stap. Ik ben in afwachting van een rapport van de NZa en ik sta er in eerste instantie volstrekt neutraal in. Ik zie mogelijkheden, maar ik zie ook bepaalde vervolgvragen, bijvoorbeeld naar de cascade-effecten achter de acute zorg. Ik moet het advies van de NZa echt afwachten. Als de vervolgvraag van de heer Dijk zou zijn of ik enige indicatie heb van waar de NZa mee komt, dan zeg ik: nee, nog helemaal niks. Ik zit er dus zeer neutraal in. Wat overeind blijft, los van de manier waarop we het precies financieren, is: laten we zorgen dat het voor iedereen voldoende toegankelijk is, ongeacht de manier waarop we het exact organiseren, en dat het voldoet aan de kwaliteit. Ik vind het echt niet acceptabel als patiënten op de ene plek een ander type zorg krijgen dan op de andere plek, zonder dat ze daar zeer goed over geïnformeerd worden. Het mag zeker niet door minimumeisen heen zakken.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Oké. Dan kom ik bij het mapje varia. Ik heb allereerst een vraag van mevrouw Tielen: hoe staat het met de aanspraak op middelen voor zeggenschap? Zeggenschap is onderdeel van goed werkgeverschap en moet vanuit de beroepsgroep en de organisaties zelf gestalte krijgen. Daar is binnen organisaties ook een cultuurverandering voor nodig. Ik stimuleer dit met verschillende initiatieven. Ondertussen hebben ruim 130 organisaties geld ontvangen vanuit de Subsidieregeling veerkracht en zeggenschap. Vanaf november wordt deze subsidieregeling verlengd met opnieuw ruim 9 miljoen euro. Daar kunnen komend jaar nieuwe actieplannen voor worden uitgevoerd. Ook wordt de projectorganisatie van het Landelijk Actieplan Zeggenschap tot 2026 gesubsidieerd. Dat actieplan zal de komende periode extra leermiddelen ontwikkelen, begeleiding bieden bij de uitvoering van de subsidies en leernetwerken organiseren.

Mevrouw Tielen vroeg hoe het staat met de inhaalzorg. Wat gaan we daaraan doen? Er zijn veel inspanningen gedaan en stappen gezet. De zorg is op stoom. Dat zien we aan verschillende dingen. Het blijkt onder andere uit de monitor van de NZa over de toegankelijkheid van de zorg. De laatste was van 6 juli. Daaruit kwam naar voren dat de meest urgente zorg vrijwel volledig doorgang vindt. Operatiekamers draaien weer op het niveau van 2019. Ook het aantal patiënten dat ziekenhuiszorg ontvangt is weer op het niveau van 2019. De zbc's zien 25% meer patiënten dan op het niveau van 2019. Zorgbemiddeling is succesvol met rond de 400 aanvragen per week en een succes rate van nog steeds boven de 80%. In de afgelopen periode was het 86%. Sinds juni 2022 vermeldt de NZa het aantal uitgestelde behandelingen niet meer in de monitor. De focus ligt nu op de toegankelijkheid van de zorg. Ik ben met NZa en IGJ in gesprek of het beschikbare instrumentarium hun voldoende handvaten biedt voor goed toezicht.

Mevrouw Tielen vroeg ook hoe het staat met de telemonitoring. Vindt de Minister het tempo realistisch? De inzet van telemonitoring als vorm van digitale zorg is een speerpunt in het IZA en draagt bij aan de doelstelling om 70% van de zorg digitaal of hybride beschikbaar te maken voor minimaal 50% van de populatie. Ik zei al: altijd thuis als het kan en dichtbij als het kan. Via gezamenlijke initiatieven van IZA-partijen, zoals het Platform Transformatie naar digitale en hybride zorg, wordt ingezet op het «pas toe of leg uit» bij de aangetoonde meerwaarde. Een voorbeeld is bij een eerder debat al voorbijgekomen. We investeren ook via die transformatiemiddelen in het initiatief voor monitoring thuis van de Santeon Ziekenhuizen. Het is een uitgebreid initiatief, dankzij hun ligging verspreid over Nederland. Mevrouw Tielen heeft mij hier eerder over bevraagd. Zij wil dat deze technologie vervolgens beschikbaar gesteld wordt aan andere ziekenhuizen. Eerder heb ik daarop bevestigend gereageerd. Mevrouw Van den Berg vroeg wat ik vind van het CDA-idee om dure investeringen vergunningplichtig te maken. In de Wbmv is het al mogelijk om medische apparatuur en voorzieningen onder een vergunningplicht te brengen als er gewichtige belangen zijn om dat te doen. Zo'n gewichtig belang kan zijn het garanderen van de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg. Ook is het mogelijk dat de financiële risico's van een investering zo groot zijn, dat het zorgaanbod zonder overheidsinterventie niet tot stand komt. In dat geval kan een Wbmv-vergunning aan de orde zijn. Een voorbeeld – we kennen het allemaal – was de introductie van de protonentherapie in Nederland. Dat zou dus ook bij andere dure voorzieningen kunnen, maar het heeft de voorkeur dat aanbieders en verzekeraars samen besluiten over dergelijke investeringen. Om die reden wil ik de Wbmv gericht inzetten waar dat echt nodig is of meerwaarde heeft voor kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

De Minister zegt dat zorgverzekeraars en instellingen er samen moeten uitkomen, maar dit kan toch heel makkelijk leiden tot geldverspilling? Ik ga zeker geen namen noemen, maar ik heb te veel werkbezoeken afgelegd waar blijkt dat apparatuur en dure omgevingen niet optimaal worden gebruikt. Ieder ziekenhuis wilde het toch graag zelf hebben. Hoe kunnen we optimaal samenwerken en middelen aanwenden? Als we het daarover hebben, gaat het niet alleen om het tot stand brengen van zorg, maar ook om het effectief gebruiken ervan. Het is niet goed als verschillende ziekenhuizen hun voorzieningen maar voor een beperkt percentage gebruiken.

Minister **Kuipers**:

Ik herken helemaal het risico dat mevrouw Van den Berg benoemt. Maar het onder de Wbmv brengen van de aanschaf van dure apparatuur van een willekeurig investeringsbedrag betekent ook iets in termen van administratiedruk, registratielasten, aanvragen doen en cetera. Dat zijn juist zaken waar wij en de Kamer heel terecht op inzetten om dat te verminderen. Ik stuur het liever via een andere route: het inzetten op samenwerking tussen zorginstellingen, via de vorming van netwerken, via het maken van afspraken over regiobeelden en regioinitiatieven, via het optimaliseren van het gebruik van capaciteit et cetera. Ik wil graag zien waar we dan komen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Van den Berg vroeg: kan de Minister voor het debat over de Zorgverzekeringswet een stand-van-zakenbrief sturen over de milieueffecten van zorg en over mijn actieplannen voor disposables en geneesmiddelen? In december en uiterlijk in januari zal ik uw Kamer informeren over de brede stand van zaken rond het verduurzamen van zorg en welzijn.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook of ik het met haar eens ben dat bij nieuwbouw van ziekenhuizen of renovaties een pharmafilter moet worden geïnstalleerd, zoals bij ZorgSaam in Terneuzen. Dat is in de eerste plaats een afweging voor ziekenhuizen zelf. Zuivering aan de bron is een belangrijke methode. Mevrouw Van den Berg noemde een voorbeeld, maar er zijn ondertussen meerdere ziekenhuizen. De techniek van een pharmafilter is een fantastische Nederlandse ontwikkeling. Er zijn in sommige situaties lokaal met de rioolwaterzuiveringsinstallaties ook andere initiatieven. In de Green Deal is afgesproken dat het Ministerie van lenW zal verkennen welke maatregelen voor zuivering van medicijnresten aan een bron eventueel via wet- en regelgeving kunnen worden geïnstalleerd. Nog dit jaar wil het Ministerie van lenW een start maken met die verkenning. Het is de verwachting dat die eind 2024 gereed is en dat dan kan worden gezien welke maatregelen het meest passend en effectief zijn. Dan vroeg mevrouw Van den Berg of ik bereid ben om ervoor te zorgen dat het CBS aparte codes aanmaakt voor de Kamer van Koophandel voor cosmetisch arts en cosmetisch arts KNMG. Aparte codes hiervoor is niet de oplossing voor de beperkte mogelijkheid van de IGJ om op inhoudelijke bekwaamheid te toetsen. Zorgaanbieders mogen zelf codes kiezen. Er is geen controle op de juistheid. De genoemde SBI-codes zijn gekoppeld aan het soort zorg dat wordt geleverd en niet aan de zorgverleners die de zorg leveren. Het voorstel voor een SBI-code cosmetisch arts en cosmetisch arts KNMG past niet in de huidige systematiek. Daarnaast schrijven nieuwe zorgaanbieders van niet-verzekerde zorg zich niet altijd in bij de KVK. Er blijft dus een grijs gebied. Het belangrijkste voor het toezicht door de IGJ blijft het ontwikkelen van bekwaamheidseisen door de medisch

specialisten en artsen, zodat de IGJ een kader heeft voor het toezicht. Ik wil medisch specialisten en cosmetisch artsen oproepen om alsnog met elkaar overeenstemming te bereiken over specifieke bekwaamheidseisen voor de handelingen waarvoor deze tot nu toe nog ontbreken. IGJ en het Zorginstituut zullen in gezamenlijkheid en waar nodig in afstemming met veldpartijen ontwikkelingen in het veld en de eventueel noodzakelijke vervolgstappen blijven volgen en ik zal ze vragen mij hierover op de hoogte te houden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik heb gewoon te weinig interrupties om overal vragen over te stellen, maar ik wil dit goed begrijpen. De Minister noemde er nog wat bij. Hij zei: heel veel zorgaanbieders van niet-verzekerde zorg melden zich niet bij de inspectie. Maar volgens mij vallen ze allemaal onder de Wkkgz en zouden ze zich dus allemaal wél bij de inspectie moeten melden.

Minister **Kuipers**:

Ik zei: niet bij de Kamer van Koophandel. Het gaat hier om bekwaamheidseisen en een kader waar een inspectie op kan toezien. Ik snap de vraag van mevrouw Van den Berg heel goed, maar het gaat over bekwaamheidseisen. Die moeten wel geformuleerd worden voor die handelingen waar ze niet voor zijn. En dan kan een inspectie daarop toetsen en toezien. Daarom vraag ik om in te zetten op de beroepsgroepen en de IGJ en het Zorginstituut.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik wil nog een vraag stellen over die pharmafilters.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik vraag het niet voor niks, want de waterschappen zeggen dat zij op heel veel gebieden kampen met zoetwateruitdagingen. Er gaan gewoon heel veel medicijnresten door het toilet, ook door burgers, in plaats van dat het gescheiden wordt aangeleverd. De Minister zegt dat pas eind volgend jaar gecheckt is of er wet- en regelgeving moet komen. Kan dat alsjeblieft niet sneller? Als er eind volgend jaar een inventarisatie is, dan is het eind 2025 voordat er misschien een gedachte is en eind 2026 voordat we er hier samen over gaan praten.

Minister **Kuipers**:

Dit zit niet in mijn portefeuille, zoals u snapt. Ik wil het signaal van mevrouw Van den Berg graag doorgeven aan mijn collega, maar ik kan niet beoordelen of het wel of niet sneller kan. Dit is de informatie die ik krijg en daar moet ik het mee doen. Ik ben bang dat ik geen ander antwoord kan geven.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Den Haan vroeg of ik de gevolgen kan wegnemen van de kinderhartchirurgie uit het UMCU. Is dat nadelig voor het Prinses Máxima Centrum? Excuus voor mijn wat kromme vraag. Ik probeerde tevergeefs een stelling om te bouwen naar een vraag. Hoe in Utrecht ook voor kinderen met kanker de acute zorg te borgen? Daar gaat het om. Centra die straks geen interventies meer uitvoeren, blijven wel in de volle breedte cardiologische zorg bieden. We hebben daar in eerdere debatten al bij stilgestaan. Dat geldt voor controles, diagnostiek, onderzoek, de voor- en

nazorg bij interventies en de eerste opvang van acute patiënten. We hebben die transitie eerder gezien, bijvoorbeeld in het Radboud UMC, dat ondertussen al jarenlang samenwerkt met partners, in eerste instantie in Utrecht en in tweede instantie het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam, dat in de volle breedte dezelfde benadering heeft. Dit is nadrukkelijk een onderwerp geweest bij de beoordeling door de NZa, met veel input van professionals. Daar kwam uit naar voren dat het geen verplichtende aanwezigheid is van combinatie van concentratie van de kinderoncologie en de interventies voor kinderen met aangeboren hartafwijkingen. Er is zorgvuldig naar gekeken en we zullen er uiteraard zorgvuldig naar blijven kijken, ook voor de invulling in de praktijk straks.

De voorzitter:

Mevrouw Den Haan heeft toch nog een vraag.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Daar hebben we inderdaad al het een en ander over gewisseld. Er is inmiddels ook een risicoanalyse gemaakt voor kinderen met kanker bij het verlies van de vergunning in Utrecht. Er zijn zeven faalwijzes gedefinieerd. Ik schrik daar eerlijk gezegd van. De IGJ reageert daar nogal laconiek op: die risicoanalyse is nog niet echt relevant; we moeten eerst kijken naar de mitigerende maatregelen. Het Prinses Máxima Centrum ziet die niet. Ik vraag me af hoe de Minister daarnaar kijkt.

Minister Kuipers:

Ik ga af op de eerdere rapportage die ik ontvangen heb en daarin worden ze wél gezien. Overigens ga ik adviezen krijgen van een commissie die ik hiervoor ingesteld heb onder leiding van Melvin Samsom. Dat is een commissie met een uitstekende expertise en een voorzitter die zowel in Nederland als in het buitenland uitgebreide ervaring hiermee heeft. Ik wacht dat rustig af.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Wanneer komen die adviezen?

Minister Kuipers:

Voor die commissie hebben wij bewust een ruime periode gekozen om dit allemaal zeer zorgvuldig te doen. U weet dat een rechtszaak is aangespannen door de twee of eigenlijk drie centra die straks deze interventies beoogd niet meer zullen uitvoeren. De eerste is geweest, de tweede gaat volgende maand komen. Ik ga het horen. Veel meer kan ik er in deze fase niet over zeggen. Deze discussie loopt al 30 jaar. Al 30 jaar wordt er allereerst vanuit het belang van patiënten gevraagd om hier alsjeblieft stappen in te zetten. Ik heb de betreffende umc's gevraagd of zij konden komen met een oplossing. Het wordt steeds geframed als iets wat de Minister graag wil. Nee, maar ik ben wel gevoelig voor de input die ik krijg van de professionals, de patiëntenorganisaties – laat ik het in omgekeerde volgorde zeggen – de patiëntenorganisaties, de professionals, de zorgbestuurders, ook van de betreffende centra, de inspectie en de NZa. Allemaal zeggen ze: dit moet geconcentreerd worden. Als ik het aan de zorgbestuurders en de professionals vraag, zeggen ze: maar het moet wel bij mij. We hebben nog een keer gevraagd: kunt u dan aangeven hoe u dat wilt doen? En dan komt er geen antwoord. Dan is het uiteindelijk aan ons om daar een keuze in te maken. Op basis van de rapportages die wij ontvangen hebben, maken wij onze afweging. Dat heb ik gedaan.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Dan kom ik bij een vraag van mevrouw Van den Berg. Zij noemde de hoogleraar Veiligheid in de zorg Jop Groeneweg. Volgens hem zou veiligheid in de zorg worden gezien als iets in de marge. Patiëntveiligheid is een basisvoorwaarde voor goede zorg. Ziekenhuizen en zorgverleners werken gericht aan patiëntveiligheid en het beheersen van risico's. Een Nivel-rapport over zorggerelateerde schade in ziekenhuizen – de vijfde meting was vorig jaar – laat zien dat de vermijdbare schade en sterfte de afgelopen jaren niet verder is gedaald, maar gelijk is gebleven. Dat vraagt aandacht, want stilstand is eigenlijk achteruitgang. Ziekenhuiszorg moet en kan veiliger. Het rapport biedt daarvoor voldoende concrete aanknopingspunten met aanbevelingen over bijvoorbeeld het werken aan een proactieve veiligheidscultuur, klinische thema's, de rol van de patiënt en een kijk op de gehele zorgketen. Binnen een onderzoeksprogramma wordt op deze thema's samengewerkt en wordt ook gekeken wat er geleerd kan worden van andere sectoren, bijvoorbeeld veiligheid in de luchtvaart. Mevrouw Van den Berg zei dat uit onderzoek blijkt dat in de thuiszorg, de verpleeghuizen en de ziekenhuizen sprake is van ziektegerelateerde ondervoeding, en wilde een reactie van mij. Ik ben het met haar eens dat goede voeding van belang is bij het herstel van patiënten. In veel behandelrichtlijnen is hier dan ook aandacht voor, zowel in de intramurale als in de extramurale setting. Ook via het Voedingscentrum wordt ingezet op het nog explicieter aandacht geven aan kennis en bewustzijn over ondervoeding bij huisarts en praktijkondersteuners. Het blijft onverminderd van belang om in te zetten op informatie richting consumenten en professionals over gezonde voeding en het binnenkrijgen van voldoende voedingsstoffen. Daarom is het ook belangrijk dat via programma's als WOZO en GALA wordt ingezet op een integrale aanpak gericht op bijvoorbeeld ouderen en op het versterken van een sociale basis en een gezondere leefstijl.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook of ik bereid ben om te kijken naar de jaargrensproblematiek van het eigen risico. Ik kan mij goed voorstellen dat de jaargrensproblematiek voor verwarring zorgt bij patiënten en dat het vervelend is als zij geconfronteerd worden met kosten die zij niet hadden verwacht. De enige manieren om dit op te lossen zijn ingrijpend en hebben een grote impact op de bestaande administratie en de uitvoering bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Die lasten wegen mijns inziens niet op tegen de voordelen. Slechts een klein deel van de verzekerden ondervindt nadeel van de systematiek. Een net iets groter deel van de verzekerden heeft er juist voordeel van; zij betalen maar één keer het eigen risico, ook al gebruiken ze zorg in twee jaren. Er is in het verleden naar gekeken. Ik ga dat niet opnieuw doen. Ter illustratie: in 2020 ondervonden in totaal 80.000 patiënten nadeel van de systematiek en 105.000 patiënten voordeel; zij betaalden maar één keer het eigen risico.

Mevrouw Den Haan vroeg: kan de Minister aangeven of de eindrapportage moleculaire diagnostiek aan het eind van het jaar wordt opgeleverd en wat de status is van het deelonderzoek over het tipping-point? Het Zorginstituut heeft bevestigd dat de eindrapportage aan het eind van dit jaar wordt aangeboden en dat het in zijn onderzoek ook zal informeren over het tippingpoint.

Mevrouw Tielen vroeg: is bekend hoe verpleegkundigen invloed hebben op de transmurale samenwerking, oftewel de samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen? Ik gaf al aan dat het belangrijk is dat zeggenschap echt onderdeel is van de bedrijfsvoering in de organisaties, ook wanneer het gaat om transformaties en veranderingen in de zorg en het zorgaanbod. Het betekent wat voor mensen. Verpleegkundigen weten vaak als geen ander wat het potentieel betekent voor patiënten, hoe je eventuele veranderingen zou moeten inrichten en waar je dan op moet letten. Ten aanzien van de verpleegkundigen wordt die

input onder andere gegeven via verpleegkundige adviesraden en ondernemingsraden; dat zijn twee hele belangrijke.

Mevrouw Van den Berg vroeg: wat gaat de Minister van VWS doen met het onderzoek uit de JAMA dat laat zien dat vrouwelijke chirurgen minder complicaties hebben dan mannelijke chirurgen? Ik zei zonet tegen het team dat ik deze al voelde aankomen en dat het voor mij een belangrijke reden was om vroegtijdig over te stappen naar iets anders en geen procedures meer te doen. We hebben een vergelijkbare vraag ook eerder beantwoord in een debat. Toen kreeg ik naar aanleiding van eerdere gegevens een vraag van mevrouw Ellemeet hierover. Ik deel geheel dat het belangrijk en echt verstandig is om te kijken naar het verschil in relevante langetermijntuitkomsten van zorg geleverd door verschillende professionals. Dat komt in dit onderzoek naar voren, maar het komt ook in eerdere onderzoeken naar voren.

Als je kijkt naar het betreffende onderzoek en naar mogelijke verklaringen, dan zie je dat de auteurs – ik heb niet het hele artikel gelezen, maar voor zover ik in de discussie kwam – met hele zwakke punten komen. Ze komen onder andere met de ontzettend zwakke verklaring, waar ik totaal niet in geloof, dat de mannelijke collega's in dit geval misschien complexere patiënten hebben behandeld. Ik verzin het niet; het staat er echt! Ik geloof hier helemaal niks van. Het is echt onzin. Het is prachtig om alle potentiële redenen langs te lopen, maar dit is er geen. Waar we dus breed naar moeten kijken ... Het zal evident zijn dat je kunt niet zeggen: laten we procedures alleen nog maar uitvoeren door vrouwelijke artsen. Maar het is wel belangrijk om zorgvuldig te kijken naar mogelijke verschillen. Zit het in het gesprek dat gevoerd wordt? Zit het in de voorbereiding? Zit het in het aantal procedures dat ze uitvoeren? Dat kunnen we allemaal niet uit dit onderzoek halen, althans voor zover ik er zo snel naar gekeken heb. Maar er zitten hier veel aanknopingspunten in.

Het raakt overigens exact aan de kern van de discussie, namelijk: waar je ook komt met een probleem voor jezelf, je kind of je ouder, je wilt behandeld of gediagnosticeerd worden door een professional die de tijd voor je neemt, maar die ook kennis en ervaring op dat terrein heeft. Ik breng het maar even iets naar een metaniveau door te zeggen: het onderzoek laat opnieuw zien dat het niet een gegeven is dat je altijd door een even goede dokter, in dit geval, geopereerd wordt. Dat wisten we al, maar het is belangrijk om van alles op dat punt te doen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dat brengt mij bij de vraag of de Minister nog ingaat op mijn vragen over de doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg of de zinvolheid ervan. Ik zie hem knikken. Want die heeft hier natuurlijk ook mee te maken. Als beroepsrichtlijnen worden vastgesteld, worden die dan ook nageleefd?

Minister Kuipers:

Ja. Dan kom ik als eerste op de vragen die mevrouw Tielen stelde naar aanleiding van het boek van de heer Reekers en de discussie over operaties die niet doelmatig zouden zijn, en op de vraag in hoeverre doelmatigheid wordt meegenomen in beroepsrichtlijnen. Op zich zijn beroepsrichtlijnen onderdeel zijn van een professionele standaard. Mevrouw Tielen weet dat; we hebben er eerder ook vele malen bij stilgestaan. Daar heeft een overheid of een Minister sec geen invloed op, maar doelmatigheid wordt wel degelijk onderdeel van richtlijnen. Doelmatigheid en duurzaamheid zijn ook onderdelen waar heel erg naar gekeken moet worden we als we kijken naar richtlijnen en beoordelingen, bijvoorbeeld ook door het Zorginstituut. Mevrouw Tielen noemt voorbeelden. Zij haalt ook een voorbeeld aan dat uit het betreffende boek komt. Zonder in te gaan op het specifieke voorbeeld dat in het boek genoemd wordt, over baarmoederoperaties versus radiologische

interventies hiervoor, herkennen we in algemene zin dat het breed voorkomt dat het soms heel lang duurt voordat iets waarvan allang bewezen is dat het doelmatiger is of een even goed maar minder belastend alternatief, ergens geïmplementeerd wordt. We zien wat dat betreft dan ook gewoon verschillen tussen behandelaars en verschillen tussen centra. Ook dat moet echt minder.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat zijn de Minister en ik helemaal met elkaar eens. De vraag is dan wat we nu gezamenlijk in handen hebben om dat daadwerkelijk te versnellen, te verbeteren en überhaupt te volgen.

Minister **Kuipers**:

We hebben een aantal punten in handen. Dat kan allereerst toch een andere beoordeling van de bestaande richtlijnen zijn. Het kan vervolgens de beoordeling via kwaliteitsregistraties zijn. Mevrouw Tielen of mevrouw Van den Berg – ik weet niet meer wie het was – vroeg mij bij een vorig debat onder andere iets over het DICA. Ik geloof dat het mevrouw Tielen was. Daar is praktijkvariatie door verschillen in techniek en soms ook door volume – dat raakt aan de vorige vraag – voorbijgekomen. Dat is een stap. Het kan ook het onderwerp van gesprek zijn en veel meer bij de contractering en de verzekeraar. Het is nadrukkelijk ook een onderwerp als we praten over vorming van netwerken en samenwerken. Dan gaat het ook over verschillen in diagnostiek, verschillen in behandelprotocollen en het verhogen van volumes. Dit zit dus wel degelijk in de beweging die we maken. Laat ik benoemen dat ik zojuist, voordat wij dit debat begonnen, een overleg had met onder andere een federatie van kankerpatiënten. Ook zij vragen hier, terecht, heel sterk om. De beweging is er dus en wordt van alle kanten gevraagd. Er zijn verschillende methoden om hier echt op in te zetten, overigens met alle positieve ... Ik merk ook bijvoorbeeld bij de Federatie Medisch Specialisten dat men hier veel werk van maakt. Onlangs mocht ik een meerjarige strategische visie van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in ontvangst nemen. Daar ging het ook over netwerken, samenwerken, op elkaar afstemmen, volumenormen et cetera.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Paulusma vroeg: wat vindt de Minister ervan dat advance care planning nog niet overal de standaard is? Het is een onderwerp van gesprek dat heel erg past bij een visie op eerstelijnszorg en ook wel bij een kwaliteitskompas ouderenzorg. Ik deel de onderliggende gedachte van mevrouw Paulusma dat het in brede zin heel erg goed zou zijn om heel breed in te zetten op die advance care planning en daar op een tijdig moment en zo nodig ook later breed het gesprek over te hebben. Dat kan gaan over een veelheid aan onderwerpen. Dat kan gaan over je woonsituatie. Dat kan gaan over je omgeving en de mogelijkheden ten aanzien van waar en hoe je zorg wil ontvangen. Dat kan over veel van dit soort onderwerpen gaan en past bij uitstek in eerstelijnszorg en de visie daarop.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Met het eerste deel van dat antwoord was ik heel blij. Bij het tweede dacht ik: en nu? Want de Minister deelt met mij dat het niet overal standaardgebruik is. Ik denk dat wat de Minister aangeeft niet alleen geschikt is voor de eerstelijnszorg, maar juist ook heel breed. Hoe gaan we er nou voor zorgen dat dit gewoon een soort common sense wordt? Misschien moet er wat gebeuren in de opleiding, in het werkveld of bij beroepsverenigingen, maar met alleen het enthousiasme denk ik niet dat het gaat gebeuren in de zorg.

Minister Kuipers:

Dit vraagt inderdaad echt een aanpak op tal van verschillende vlakken. Een van de discussies is breed, namelijk een visie op eerstelijnszorg. Zoals u weet zijn we daarmee bezig. Het is ook een discussie met betrekking tot een kwaliteitskompas ouderenzorg; dan kom ik toch even op het terrein van mijn collega-Minister Helder. Ik kan nu voor deze beantwoording niet met haar overleggen, maar het is een onderwerp waarop ik haar ook van harte input wil laten geven. Maar het vraagt input van veel verschillende kanten en dus ook actie van veel verschillende kanten. Laat ik wel nadrukkelijk zeggen – we hebben het hier in het debat over de ziekenhuiszorg – dat de eerste positie waar dit speelt, in de eerste lijn is. Natuurlijk komt het op onderdelen uiteindelijk ook in een ziekenhuis, als mensen daar gediagnosticeerd of behandeld worden.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik wil de Minister wel even helpen, hoor. Ik denk namelijk dat advance care planning uitermate geschikt is in het ziekenhuis. Het gaat er namelijk om vragen als: «Wat gaan we doen om ervoor te zorgen dat u eerder naar huis kan of dat u niet meer terugkomt? Wordt u wel of niet doorbehandeld? Wilt u nog wel medicijnen of niet?» Het ziekenhuis is bij uitstek de plek daarvoor. Dus als de Minister graag naar het onderwerp van dit debat wil: superfijn, maar dan hoor ik graag wat de Minister gaat doen in de ziekenhuiszorg om die ACP gewoon standaard onderdeel te laten worden van wat daar wordt gedaan.

Minister Kuipers:

U hoort mij al zeggen: onder de aandacht brengen. Ik zie het belang. Ik wil ook van harte het gesprek daarover hebben met de ziekenhuisorganisaties en de professionals. Maar ik kan hier geen toezeggingen doen over wat er in bredere zin al in de praktijk gebeurt en bij welk percentage van bijvoorbeeld de patiënten boven een bepaalde leeftijd met een opname dit nu wel gebeurt en bij welk percentage niet. Ik weet het niet. Ik vraag me overigens ook af hoe de ziekenhuizen het zelf weten, maar dat durf ik zo niet te zeggen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik had ook mijn interrupties opgespaard. Ik vraag de Minister niet om percentages. Alleen gaat het niet vanzelf; dat deelt de Minister volgens mij met allen van ons hier. Er zijn hele goede voorbeelden in de zorg waar ze heel goed werken met ACP. Ik noem met de woorden van mevrouw Van den Berg het «Not Invented Here»-syndroom – ik hoop dat we daar ooit nog een Nederlandse vertaling voor krijgen. Maar het gaat niet vanzelf. Ergens kijk ik dan wel naar deze Minister, ook als het gaat om de verkeerdebeddenproblematiek of om de doorstroom. Er kan zo veel ten positieve veranderen als dit een standaardonderdeel wordt. Ik hoef echt geen percentages. Ik snap ook wel dat ik misschien te veel vraag voor een beantwoording nu, maar ik ben wel op zoek naar iets meer.

Minister Kuipers:

Ik deel het pleidooi van mevrouw Paulusma en wil een net zo warm pleidooi van harte meenemen naar het overleg met alle relevante partijen. Het gaat over ziekenhuizen, maar het gaat ook over de eerste lijn. Die overleggen hebben we veelvuldig. We zitten onder andere bij elkaar in het kader van de voortgang van het Integraal Zorgakkoord. Dus laat ik het daar gewoon meenemen.

Voorzitter. Dat brengt mij aan het eind van de beantwoording van de vragen. Ik kijk even naar rechts, maar volgens mij zijn er geen aanvullingen.

De voorzitter:

Dan kijk ik naar links, want dan gaan we door met de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Het woord is allereerst aan de heer Dijk.

De heer Dijk (SP):

Voorzitter. Ik ga het kort houden. Ik heb ook niet al mijn interrupties nodig gehad. Het klopt inderdaad dat de SP heel graag een nationaal zorgfonds wil. Dat is dan zonder eigen risico. Dat klopt. Dat heb ik heel vaak gezegd. Ik miste het laatste halfuur eigenlijk een beetje de kern van het debat over ziekenhuiszorg. Ik vond het allemaal wel erg gedetailleerd. Wij zien dat er een soort salamitactiek wordt toegepast. Steeds worden er afdelingen gesloten, waardoor de overgebleven afdelingen van de ziekenhuizen ook met sluiting worden bedreigd. We zien ook dat personeel daardoor vaak ervoor kiest om ander werk te gaan doen. En we zien heel vaak dat er sprake is van directies, waarbij de directie eigenlijk weinig gevoel heeft bij de regio. Volgens mij is Zutphen daar een heel negatief maar wel duidelijk voorbeeld van.

Ik ga het niet weer over Pier Eringa hebben, die een van de grootste voetbalclubs van Nederland ook naar de afgrond heeft gebracht, maar ik kom toch even terug op wat ik in het debat ook mevrouw Paulusma heb horen zeggen. Ze zei: als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg. Daarom was mijn bijdrage steeds dat de manier van financiering van onze ziekenhuiszorg heel erg veel zegt over hoe er in de politiek gekeken wordt naar het behoud van streekziekenhuizen en hoe je dat zo goed mogelijk kunt doen. Dan hoor ik de Minister zeggen dat hij daar neutraal over is. Dat zegt eigenlijk ook alles. Als de manier van financiering nu is dat er per behandeling wordt gefinancierd, dan kun je zeggen dat je er neutraal tegenover staat, maar dan kies je dus niet voor een verandering oftewel een verbetering van ziekenhuiszorg. In ieder geval in de ogen van de SP is dat een verbetering van ziekenhuiszorg.

Ik ben bewust «zacht» het debat daarover aangegaan met de Minister, omdat ik, zoals ik helemaal aan het begin van deze middag al zei, een meerderheid in deze Kamer zie voor een andere manier van financieren van ziekenhuiszorg. Mijn grote doel vandaag is om dát voor elkaar te krijgen. Dus iedereen die links van mij zit – ik zei in het begin ook al: dat gebeurt niet zo vaak – daag ik uit om met goede voorstellen daartoe te komen. Heel flauw gezegd: we hebben daar deze Minister niet voor nodig; wij kunnen dat prima zelf. Die meerderheid is er en daar ben ik naar op zoek.

De voorzitter:

Het is niet de gewoonte om dat te doen, maar u had natuurlijk al een vooraankondiging gedaan. Ik neem dus aan dat u dat ook nog in een tweeminutendebat aan de orde wilt stellen.

De heer Dijk (SP):

Dat klopt. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Er is dus een tweeminutendebat aangevraagd met als eerste spreker de heer Dijk.

Mevrouw Agema, aan u het woord.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het financieren van de spoedeisendehulpdiensten, de intensive cares, de afdelingen acute verloskunde op basis van een beschikbaarheidsbijdrage is inderdaad mijn idee. Wij hebben hier allemaal veel ideeën. We doen hier veel voorstellen en we dienen veel moties in. Straks zijn hier nieuwe Kamerleden die alles weer opnieuw gaan uitvinden, die ook met z'n allen vinden dat er meerjarige contracten

afgesloten moeten worden en dat de jeugdzorg toch echt tot 21 jaar moet zijn in plaats van tot 18 jaar.

Maar dit was mijn initiatiefnota! Het is zo ongeloofelijk flauw dat in juli van dit jaar partijen nog tegenstemden en dat er dan tijdens de APB een motie komt van Marijnissen en Bontenbal, waar wij niet bij betrokken zijn, over mijn idee. Ik vind dat echt gewoon heel erg flauw. Dus ja, ik wil heel graag verderop. Ik wil heel graag dat we de acute ziekenhuiszorg op basis van een beschikbaarheidsbijdrage gaan financieren, zodat we ook kunnen voorkomen dat ze verder omvallen, dat we het ziekenhuissysteem houden zoals het is. Maar dat is nu echt aan het CDA. Ik hoor de heer Bontenbal spreken over fatsoen. Nou, het is echt niet fatsoenlijk om iemands idee in te pikken. Ik heb dus al mijn hoop op het CDA gevestigd. Ik heb al gezegd: er leven hier veel ideeën. Maar dit was mijn initiatiefnota, mijn voorstel. De SP was niet aanwezig, het CDA stemde tegen. Het is erg flauw om met iemands goede idee te gaan lopen. Kortom, ik wacht de handreiking af, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Voorzitter. Ik had nog één vergeten vraag en nog drie verdiepende vragen in deze tweede termijn over de ziekenhuiszorg in brede zin, dus de medisch-specialistische zorg. Eentje ging over toezicht op wat er aan onnodige zorg gebeurt en dan niet zozeer alleen over het uitvoeren van de beroepsrichtlijnen, maar ook over wat daar aan financiële voordeeltjes voor sommige MSB's uit komt.

De Minister sprak positief over een generalistischere verpleegopleiding – tenminste, zo heb ik hem gehoord – als het gaat over spoedeisendehulp-verpleegkundigen, maar over generalistischere artsen is hij niet altijd positief, bijvoorbeeld over de ziekenhuisartsen. Ik heb daar eerder een motie over ingediend en die is toen afgedaan met «daar is al onderzoek naar gedaan», maar dat onderzoek zegt eigenlijk niks over doelmatigheid. Ik begon mijn bijdrage met doelmatigheid van medisch-specialistische zorg en ik zou er toch eigenlijk een beetje bij de Minister op aan willen dringen om ook die ziekenhuisarts toch nog eens met wat positieve nieuwsgierigheid tegemoet te treden.

Dan als laatste de inhaalzorg. De Minister zei al: dat staat niet in de monitor. Nee, precies. Daarom vroeg ik er ook een beetje naar, naar hoe het ermee staat. Dat kan betekenen dat het allemaal is opgelost, dat alle achterstallige zorg uit de covidperiode is ingehaald, maar dat weet ik niet zeker, want de wachttijden zijn niet heel veel gedaald. Ik heb geen zin in nieuwe registraties, want ik denk dat we daar de sector niet mee verbeteren, maar ik wil toch een beetje meer grip vanuit de Minister. Is het nou inderdaad zo dat al die wachtende patiënten niet meer wachten of zit het anders?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de antwoorden, hoewel ik niet overal even blij mee ben. Ik maak me met name zorgen over hoe draagvlak en burgerbetrokkenheid – de Minister spreekt daarover – effectief beter georganiseerd gaan worden dan op dit moment. Dank voor de toezegging dat we eind dit jaar of begin volgend jaar in ieder geval een algemene brief over verduurzaming in de zorg krijgen. Ik maak me met name zorgen over dat filter voor medicijnen. Ik weet in ieder geval dat dit in de

Brabantse Delta in het Waterbeheerprogramma 2022–2028 al uitdrukkelijk aan de orde is gekomen, omdat men daar echt problemen mee heeft. Voorzitter. Nog één inhoudelijke vraag en eentje over of ik iets nou goed heb begrepen. Naar aanleiding van dat Canadese onderzoek zegt de Minister terecht over veiligheid: het is belangrijk, er is dus inderdaad wel verschil in kwaliteit tussen de ene en de andere dokter. Wie er ook op aandringt om daar meer inzicht in te krijgen, is de Patiëntenfederatie Nederland, want patiënten vinden het natuurlijk heel belangrijk om dat te weten. Kan de Minister aangeven wanneer hij terugkomt, in welke algemene brief of wat dan ook, op wat de vervolgstappen hierop zijn? Begrijp ik nu ten aanzien van cosmetische ingrepen dat de Minister zegt: als de plastische chirurgen en de cosmetische artsen KNMG samen tot overeenstemming komen over wie wat mag doen, kan het aanpakken van de beunhazen veel makkelijker?

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Voorzitter, dank u wel. Ik zei het al in mijn bijdrage: dit is mijn allerlaatste commissiedebat. Ik wil mijn collega's bedanken voor de fijne samenwerking en u voor het voorzitterschap, maar ook deze Minister. We zijn het niet over alles met elkaar eens. We zijn het ook hartgrondig met elkaar oneens als het gaat over de concentratie van kindhartchirurgie, maar dat mag. Als je altijd de focus op de inhoud hebt, dan hoeft je het niet altijd met elkaar eens te zijn. Ik wil deze Minister een groot compliment geven, want de zorgkosten stijgen, we vergrijzen en het is echt heel erg nodig om te praten over hoe we de zorg toegankelijk, betaalbaar en houdbaar houden voor de meest kwetsbare mensen. Dat de Minister die dialoog is gestart: groot respect en een compliment daarvoor.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

De toon is gezet, voorzitter. Ik dank de Minister en zijn staf voor zijn beantwoording. Ik heb nog wel wat zorgen over de reactie rondom de proactieve zorgplanning. Ik snap dat de Minister hier niet direct van alles en nog wat mee kan doen, maar ik kan mij verheugen op een tweeminutendebat dus waarschijnlijk treffen we elkaar weer op dit onderwerp. Ik hoop – dat is echt een persoonlijke politieke nood – dat het ons met elkaar lukt om de discussie verder te brengen dan alleen de simpele oplossingen rondom personeel en rondom geld. Dat is ook wat het zorgveld vraagt. Ik hoop dat het ons lukt om daar met elkaar overheen te stappen en de moeilijke keuzes te maken, juist omdat mensen in de zorg en patiënten daar eigenlijk elke dag om vragen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Volgens mij is het helder dat GroenLinks en de Partij van de Arbeid heel veel waarde hechten aan volwaardige streekziekenhuizen en dat we de trend van een afname van volwaardige streekziekenhuizen willen keren. Dat kwam ook heel duidelijk terug in het rapport Elke regio telt! De Minister gaf eigenlijk helder aan «dat onderschrijf ik, ik vind het ook belangrijk wat in dat rapport staat», maar in dat rapport wordt ook geconstateerd dat dit een trend is die we de afgelopen jaren hebben gezien en nu nog steeds zien en dat er dus ook in beleid iets

anders moet. Ik heb nog niet gehoord van de Minister wat voor ander beleid hij zou willen voeren, zij het dat hij nu demissionair is, het kabinet gevallen is en we niet weten wie er terugkomt. Stel dat het aan deze Minister zou zijn om nog een keertje hier iets van te vinden en invloed op te hebben, wat zou hij dan anders doen dan hij de afgelopen tijd heeft gedaan om te voorkomen dat het aantal streekziekenhuizen, die volwaardige streekziekenhuizen, in dat rappe tempo afneemt? Want dat is volgens mij wat we wel moeten proberen tegen te houden. Ik zeg niet dat er nooit iets mag veranderen en dat er nooit iets kan veranderen en dat we niet voor grote uitdagingen staan. Dat erkennen we. Die moeten we aangaan, maar laten we wel proberen om in ieder geval zo veel mogelijk volwaardige streekziekenhuizen in de benen te houden.

Tot slot, voorzitter. Ik had er al een interruptiedebat over met de Minister en ik wil er nog één korte vraag over stellen. Het Capaciteitsorgaan schrijft zelf dat het aantal SEH's de afgelopen jaren is afgenomen en dat de verwachting is dat het aantal verder zal afnemen. Neemt het Capaciteitsorgaan deze stellingname, dit uitgangspunt mee in de ramingen ten aanzien van het aantal SEH-opleidingsplaatsen dat zij adviseren, ja of nee? Kan de Minister daar honderd procent of in ieder geval met heel grote stelligheid en zekerheid uitsluitel over geven?

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bushoff. Dan kijk ik naar rechts, naar de Minister. We gaan direct door, denk ik. Ja? Het woord is aan de Minister.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Ik doe het even in de volgorde waarop de vragen zojuist gesteld zijn. Allereerst de kanttekening – het was geen vraag – van de heer Dijk ten aanzien van mijn opmerking dat ik neutraal kijk naar het aankomende NZa-rapport als het gaat over beschikbaarheidsfinanciering van de acute zorg. Dat neutraal wil niet zeggen niet met veel belangstelling, met veel openheid en een open blik naar met welk het advies het komt. Ik bedoel neutraal in de zin van: laat ik in deze fase, een of twee maanden voor ik het antwoord verwacht, nou niet een kleuring geven door te zeggen dat ik helemaal voor of helemaal tegen ben. Ik wil gewoon in mijn rol heel graag dat de NZa dit in haar onafhankelijke rol kan doen. Vandaar de opmerking neutraal. Ik wil daar niet daar op wat voor manier dan ook in sturen. Wat ik inhoudelijk heb gezegd, is dat ik er positieve kanten aan zie, maar dat ik er ook wel complexiteit in zie. Ik benieuwd waar de NZa mee komt.

Dan was de vraag van mevrouw Tielen of ik naar aanleiding van de opleiding voor verpleegkundige acute zorg ook naar de ziekenhuisarts wil kijken. Ik verwijs naar eerdere inputten in debatten, namelijk dat ik dat allereerst echt iets vind aan de ziekenhuizen zelf. Sommige zetten hierop in en andere niet. De mogelijkheden zijn er. Er is niet primair een rol voor mij.

Over de inhaalzorg komt er eind van dit jaar een nieuwe NZa-monitor. De registratie waarnaar mevrouw Tielen in eerste instantie verwees, wordt ondertussen niet meer bijgehouden sinds straks anderhalf jaar. Mevrouw Tielen gaf ook aan dat we dat niet opnieuw hoeven te doen. Mijn advies zou ook zijn om dat niet te doen, want dat vraagt heel veel aanvullende registratie. Ik verwijs naar proxy's die ik al benoemd heb.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dat snap ik, maar dan zou ik het best fijn vinden als de Minister in een reactie op die NZa-monitor die voor ons helpt te duiden om een gevoel te kunnen krijgen van hoe het staat met die inhaalzorg. Ik ben dol op tabellen, grafieken en cijfers – dan weet de Minister dat ook – maar het is fijn als we niet allemaal hoeven te puzzelen of het nou beter gaat of niet. Ik wil daar wel echt een beetje betere duiding op krijgen.

Minister Kuipers:

De proxy's – sorry voor het slechte Nederlands – of de indirecte aanwijzingen die er zijn, zoals het zorgvolume, het aantal patiënten dat geopeerd wordt, het aantal patiënten dat behandeld wordt in een zbc en de contracten, waarvan verschillende ziekenhuizen ondertussen aangeven dat ze aan hun volumeplafond zijn, geven allemaal aan dat het beter gaat. Onveranderd is dat de zorgverzekeraars daarbij bemiddelen. De succespercentages daarvan zijn onveranderd hoog. Al die indirecte aanwijzingen geven aan dat het goed gaat, maar ik wacht even de monitor af. Als we de monitor krijgen, stuur ik 'm door. Ik zal op dat moment ook van harte de input vragen van het Zorginstituut en de inspectie wat hun signalen zijn. Ook zal ik input vragen van de verzekeraars, want ook dat kan helpen. Laten we het even geaggregeerd op zo'n manier bij elkaar halen, waarbij ik blij ben met de opmerking van mevrouw Tielen dat het niet weer een aparte uitvraag zou moeten zijn.

Dan heb ik de vraag van mevrouw Van den Berg ten aanzien van de input en de vraag van de Patiëntenfederatie in hoeverre er inzicht is in de kwaliteit van de individuele dokter. Ik herken heel duidelijk de wens en ik herken ook de vraag. In het verleden ben ik daar regelmatig met patiëntenorganisaties over in gesprek geweest. Het is buitengewoon complex om de gegevens te krijgen op niveau van de individuele dokter, met relevante uitkomstmaten, anders dan wat het volume is of wat het complicatiepercentage is. Relevante uitkomstmaten bij bijvoorbeeld de behandeling van kanker zijn onder meer vijfjaarsoverleving en genezing. Het is zo complex dat op het moment dat je heel veel werk doet om de data te krijgen, de situatie op veel punten vaak al achterhaald is. De discussie gaat veeleer over hoe we kunnen zorgen dat we een veel duidelijkere garantie hebben dat in brede zin de kwaliteit van zorg goed is, zonder dat we op individueel doktersniveau deze registratie opzetten. Die garanties komen onder andere uit de registraties zoals we die al wel hebben. Ik benoemde onder andere DICA. We hebben ze als het gaat over de inzet op netwerkzorg en op het verhogen van volumenormen. Dat zijn een aantal parameters.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg nog een keer of het klopt dat de IGJ erop kan handhaven als er een duidelijke richtlijn is. Het antwoord is ja. Ik heb aangegeven dat ik daar specifiek nog een keer naar zal vragen, zowel bij de beroepsvereniging als bij de inspectie en het Zorginstituut, zoals ik zojuist aangaf.

Dan veel dank voor het compliment van mevrouw Den Haan. De dank is geheel wederzijds. Ik neem aan dat we elkaar straks nog treffen in het tweeminutendebat.

De vraag van mevrouw Paulusma heb ik heel cryptisch opgeschreven: oproep patiënten en zorgmedewerkers. Help me heel even, want ik heb het te cryptisch gedaan. Ging het over advance care planning?

Mevrouw Paulusma (D66):

Nee, ik zei alleen: we gaan elkaar nog zien in een tweeminutendebat, dat aangekondigd is.

Minister Kuipers:

O, excuus.

Voorzitter. Tot slot de opmerking van de heer Bushoff over sluiting van streekziekenhuizen en onderdelen daarvan. Laat mij opnieuw herhalen dat dit geen onderdeel van het beleid is en dat dit niet de inzet is. De inzet is dat wij kwaliteit verbeteren, maar dat is ook echt wat we breed nodig hebben.

Dan ten aanzien van de SEH-artsen, voorzitter. Het antwoord is zoals ik het zojuist al gaf. Het Capaciteitsorgaan kijkt naar de zorgvraag en naar de opbouw van de beroepsgroep en de ontwikkelingen in de beroepsgroep. Het kijkt niet naar het aantal locaties waar zij op werken. Dat is waar het

naar kijkt. Ook de acute zorgvraag zal ondanks alle inzet die wij plegen in de komende jaren omhooggaan. Het is wel naar verhouding een relatief jonge beroepsgroep, dus de uitstroom door pensionering zal – nogmaals, ik heb hier niet de exacte getallen – wat lager zijn dan bij andere beroepsgroepen. Maar waar het Capaciteitsorgaan altijd naar kijkt, ook hier, is naar de opbouw van de beroepsgroep, de wensen van de beroepsgroep, de ontwikkeling van het vak en de zorgvraag. Het kijkt niet naar het aantal locaties.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan komen we aan het eind van het commissiedebat. Er is een tweeminutendebat aangevraagd. Dat wordt helemaal aan het eind van vandaag gehouden in de plenaire zaal, met als eerste spreker meneer Dijk.

Wij hebben een aantal toezeggingen genoteerd.

- De Minister van VWS zal de goede voorbeelden van de regiogovernance voor het einde van 2023 naar de Kamer sturen.
- De Minister stuurt in december of uiterlijk januari een stand-van-zakenbrief over verduurzaming en welzijn naar aanleiding van de vraag van mevrouw Van den Berg.
- Het eindrapport over de moleculaire diagnostiek van het Zorginstituut wordt eind 2023 verwacht.

We waren aan het worstelen met de formulering van de volgende toezegging.

- De Minister voegt bij de volgende NZa-monitor de geaggregeerde gegevens toe en vraagt uit inzake de inhaalzorg. Dat is de vraag van mevrouw Tielen.

Ik ben dus even aan het stoeien met de formulering.

Minister Kuipers:

«Geeft een duiding van». De exacte getallen heb ik niet, zoals ik zei. Die zal ik ook niet krijgen, maar wel de indicatoren die een aanwijzing geven.

De voorzitter:

De laatste toezegging is eerder gedaan.

- De Minister verwacht het NZa-advies over de beschikbaarheidsfinanciering acute zorg eind 2023 en zal dit naar de Kamer sturen.

Ik zie nog een vinger van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter, komt de eerste toezegging ook op naam van het CDA?

De voorzitter:

Als daar verder geen bezwaar tegen is, dan zetten we die op naam van mevrouw Van den Berg. Dan zie ik nog een vinger van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik zei al dat ik heel gretig was, maar de toezegging die ik heb gehad, heb ik net niet gehoord. Dat is de toezegging over de analyse van de afgelopen veranderingen als het gaat om spoedzorg. We kwamen hierover te spreken naar aanleiding van het Volkskrantartikel over Lelystad. Ik zie de Minister knikken. Hij weet wat ik bedoel.

De voorzitter:

Ja, ik weet ook wat u bedoelt, maar ik zit even te zoeken naar de toezegging hiertussen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De toezegging staat in de Handelingen, dus dan kan die ook in het verslag.

De voorzitter:

Precies. Dan rest mij nog om de collega's hartelijk te danken voor hun inbreng. Ik dank de Minister voor zijn inbreng evenals zijn ondersteuning. Ik dank de mensen die hier hebben gezeten of thuis hebben gekeken. Ik dank ook de ondersteuning: de bodes et cetera. Hartelijk dank.

Sluiting 17.14 uur.