

Nr. 468**VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 3 november 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 september 2025 overleg gevoerd met de heer Bruijn, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 januari 2024 inzake reactie op verzoek van het lid Claassen, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 6 december 2023, over het bericht dat de ic-capaciteit nog lang niet op crisissterkte is (Kamerstuk 31765, nr. 840);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 22 april 2024 inzake reactie op moties ingediend tijdens het tweeminutendebat over acute zorg van 11 april 2024 (Kamerstuk 29247, nr. 452);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 20 juni 2024 inzake bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2024 (Kamerstuk 29247, nr. 454);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juni 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de voornemens inzake de 45 minuten norm (Kamerstuk 29247, nr. 395);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 juli 2024 inzake reactie op verzoek commissie inzake suggesties voor nazorg reanimatie (2024Z12087);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 oktober 2024 inzake rapporten in het kader van ambtelijke verkenning naar beleidsopties voor de toekomst van de 45 minuten norm (Kamerstuk 29247, nr. 455);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 februari 2025 inzake NZa-advies over budgetbekostiging acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 456);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 april 2025 inzake rapport "Bestuurlijke afspraken 'Inzicht in Zorgcapaciteit'" (Kamerstuk 29247, nr. 458);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 mei 2025 inzake stand-van-zakenbrief zorgcoördinatie (Kamerstuk 29247, nr. 460);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2025 (Kamerstuk 29247, nr. 461);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake deel 2 van het NZa-advies over budgetbekostiging voor de SEH (Kamerstuk 29247, nr. 462);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 september 2025 inzake besluit invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp (Kamerstuk 29247, nr. 463);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 september 2025 inzake acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 464);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 september 2025 inzake voortgang bestuurlijke afspraken zorg voor aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31765, nr. 945);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 september 2025 inzake antwoorden op vragen commissie over deel 2 van het NZa-advies over budgetbekostiging voor de SEH (Kamerstuk 29247, nr. 462) (Kamerstuk 29247, nr. 465).

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

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Mohandis

Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bevers, Bushoff, Claassen, Dobbe, Joseph, De Korte, Krul en Mohandis,

en de heer Bruijn, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Ik heet u allen welkom: de mensen hier in de zaal, degenen die dit op afstand volgen, de Kamerleden en de kersverse minister op deze portefeuille. Ik denk dat dit uw eerste commissiedebat is, minister? Nee, dit is niet uw eerste commissiedebat.

Minister **Bruijn**:

Het is mijn tweede, voorzitter.

De **voorzitter**:

O, prima. U bent al helemaal ingewerkt op dat vlak.

Minister **Bruijn**:

Het eerste was erg kort.

De **voorzitter**:

Van harte welkom. Voordat ik overga naar het debat Acute zorg, is het nog goed om te weten dat we beginnen met vier minuten spreektijd van de zijde van de Kamer. In de eerste termijn zijn er maximaal vier interrupties. Ik kijk alle Kamerleden aan. Ik moet de eindtijd van 14.00 uur echt handhaven, omdat 14.00 uur ook echt de eindtijd is. Voor ik het debat begin, is het goed om te weten welke Kamerleden er zijn aangeschoven. Links van mij en rechts voor de kijker zitten de heer Bevers van de VVD-fractie, mevrouw De Korte van de NSC-fractie, de heer Bushoff van de GroenLinks-Partij van de Arbeid-

fractie, de heer Krul van de CDA-fractie, de heer Claassen van de PVV-fractie en mevrouw Joseph van de BBB-fractie. Meneer Bevers, uw minuten gaan in.

De heer **Bevers** (VVD):

Dan ga ik heel erg mijn best doen om niet te snel te praten, maar wel alles te zeggen wat ik wil zeggen.

Voorzitter. We kennen in Nederland zeer hoogwaardige zorg. We lijken dat weleens te vergeten, gelet op de discussies die onder andere in dit huis plaatsvinden. Onderdeel van die zorg is de acute zorg: een fijnmazig stelsel van huisartsen, huisartsenposten, spoedposten, spoedeisende hulp en mobiel medische teams, de mmt's. Wanneer dat nodig is, kan er snel en adequaat gehandeld worden in Nederland. In het uiterste geval kunnen mmt-artsen zelfs, als dat nodig is, op straat een operatie uitvoeren. De acute zorg is meer dan alleen de zorg voor levensbedreigende incidenten. Acute zorg omvat ook onverwachte, heftige of onduidelijke klachten. Huisartsen, maar ook spoedpoli's, eerstelijnsverblijven en andere voorzieningen spelen daarin een belangrijke rol. Ze zijn van groot belang op die plekken waar geen volledige spoedeisende hulp beschikbaar is.

Voorzitter. Toch begin ik vandaag even met de eerdergenoemde mmt-zorg en met name de zogenaamde witte vlekken van de mmt-zorg, de zorg van mobiel medische teams, in Zuidoost-Nederland. De voorgangers van deze minister zouden zich inzetten voor de financiering van een extra mmt-helikopter op het vliegveld Teuge en een grondgebonden team in het Maastricht UMC+. BBB en VVD hebben geconstateerd dat dit niet is gebeurd en dat een en ander dus niet in de begroting voor 2026 en verder is opgenomen. De VVD heeft samen met BBB een amendement voorbereid. We maken nog wat laatste stappen qua dekking om deze stationering definitief te regelen. Ik hoop natuurlijk dat de rest van de Kamer dit ook zal steunen. Ik vraag aan de minister of hij hier ook positief over is.

De acute zorg is dus meer dan alleen spoedeisende hulp. Het is dan ook de vraag of elk ziekenhuis een dergelijke afdeling nodig heeft. Het kwalitatief waarborgen van de acute zorg is een groot punt. Om goede zorg te kunnen leveren vindt de VVD concentratie van zorg belangrijk. Het gaat om plekken waar voldoende adequaat opgeleid personeel aanwezig is -- ik noem trauma-artsen, traumachirurgen en traumaverpleegkundigen -- en waar de modernste techniek beschikbaar is. Ondanks de oplopende personeelstekorten kan op deze manier goede zorg geleverd worden, met de noodzakelijke gegevensuitwisseling. Want laat een ding heel duidelijk zijn: zonder het heel snel kunnen delen van medische gegevens -- wij hebben daar eerder opmerkingen over gemaakt -- belemmeren we artsen en verpleegkundigen in hun werk. In de acute zorg telt iedere minuut. Laten we die minuten dan ook zo efficiënt en effectief mogelijk inrichten.

Voorzitter. De voorgestelde budgetbekostiging lijkt voor velen het wondermiddel om deze eerder geschetste concentratie van zorg te voorkomen en elk ziekenhuis te kunnen blijven voorzien van een spoedeisende hulp. Het zal niemand verbazen dat de VVD niet erg warmloopt voor een maatregel die de acute zorg uit de marktwerking haalt. Sterker nog, wij geloven niet dat dit de problemen in de toekomst gaat oplossen. Ik denk met name aan het grote tekort aan zorgmedewerkers. Het aantal trauma-artsen en traumaverpleegkundigen is beperkt. Dat lossen we niet op door een andere financiering. Wij denken dat het risico reëel is dat we straks in een regio wél twee SEH's hebben, maar dat beide net niet de kwaliteit kunnen leveren die nodig is om op kritieke momenten levens te redden. In dat geval moet de spoedeisende zorg mogelijk nog veel verder weg plaatsvinden. Kan de minister reageren op dit scenario, waarin ambulances een spoedeisende hulp mogelijk voorbij moeten rijden, omdat er te weinig zorgprofessionals zijn om die SEH adequaat te bemannen?

Voorzitter. NZa concludeert dat een snelle invoering van de budgetbekostiging in 2026 niet haalbaar is. Het kabinet kiest er nu toch voor om de eerste of tussenfase van de invoering van de budgetbekostiging te starten. Zorgverzekeraars, umc's en medisch specialisten, een groot aantal van de betrokken partijen, zijn tegen deze tussenfase. Desondanks gaat de minister voort op dat pad. Mijn fractie betreurt dat, maar zal de afspraak uit het regeerprogramma respecteren. Wel maken wij ons heel grote zorgen over wat het onderliggende voorstel betekent voor nieuwe initiatieven als eerstelijnsverblijven, spoedpoli's, spoedposten en andere nieuwe vormen van acute zorg, die juist zo belangrijk zijn voor de algehele samenwerking en het ontlasten van de spoedzorgketen. Kan de minister daar helderheid over geven? Is de minister bereid om toe te zeggen om zo snel mogelijk na 1 januari 2028 een eerste tussenrapportage aan de Kamer te sturen met de stand van zaken?

De **voorzitter**:

Meneer Bevers, komt u tot een afronding? U bent al over de tijd heen.

De heer **Bevers** (VVD):

Excuus, ik heb nog kort het volgende. Volgens de VVD lost de budgetbekostiging de grote personeelsproblemen niet op. Het is ook geen garantie. We zullen wat dat betreft eerlijk moeten zijn om teleurstellingen te voorkomen. Politieke verantwoordelijkheid en scherpe keuzes horen thuis in Den Haag, niet in de SEH. Die hebben wel wat anders te doen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Volgordelijk: Krul, Claassen, Dobbe, De Korte. Maar voordat ik dat doe, zeg ik dat mevrouw Dobbe van de SP-fractie ook is aangeschoven. Zij was iets later. Welkom. Ik ga eerst naar de heer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

De heer Bevers zegt: de VVD denkt niet dat budgetbekostiging helpt. Sterker nog, hij schetst eigenlijk een soort doembeeld van ambulances die langs SEH's moeten rijden omdat daar geen trauma-artsen zijn. Ik heb een heel simpele vraag: wat denkt de VVD dat wel helpt om acute zorg beschikbaar te houden voor mensen in Nederland?

De heer **Bevers** (VVD):

Ik denk dat het belangrijk is dat dat we het fijnmazige netwerk dat we al hebben, verder uitbreiden. Kunnen we garanderen dat elk ziekenhuis een spoedeisende hulp houdt op het niveau waarop we het eigenlijk zouden willen? Dan denk ik dat het antwoord nee is. Daar hebben we het personeel niet voor. Het vraagt ook heel grote investeringen bij elk ziekenhuis. Ik denk dus dat het logisch is dat je de heel hoogwaardige spoedeisende hulpen concentreert en dat je daaromheen een aantal voorzieningen hebt. Dat kan een wat minder grote spoedeisende hulp zijn, maar ik zit daarbij ook te denken aan bijvoorbeeld spoedpoli's en plekken voor eerstelijnsverblijf waar je een zekere mate van spoedzorg kunt leveren. Het wordt nu heel erg gekoppeld aan het hebben van een spoedeisende hulp. Ik denk dat dat echt een ingewikkelde kwestie is. Er is nu ook al een verschil. Kijk naar de spoedeisende hulp in de umc's, die zo hoogwaardig is. Bijna geen regulier ziekenhuis kan die leveren. Maar daar maken we ook een aantal keuzes in. Ik denk dat die differentiatie noodzakelijk is.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. Ik ga ook letten op het antwoord. De heer Krul heeft een scherpe vraag gesteld en daar kan een scherp antwoord op komen.

De heer **Krul** (CDA):

Dus de heer Bevers zegt: wij denken niet dat budgetbekostiging ertoe gaat leiden dat die SEH's blijven bestaan, want wij denken dat ze sowieso niet blijven bestaan. Dat is eigenlijk het antwoord van de VVD. Dus dan maakt het ook niet uit hoe je ze financiert. Maar ik heb de heer Bevers ook horen zeggen dat hij er geen voorstander van is om SEH's uit de marktwerking te

halen. Wat is dan het voordeel daarvan? Gaan we dan met marktwerking, in tegenstelling tot met dit model, er wel voor zorgen dat er op meer plekken in Nederland spoedzorg is?

De heer **Beyers** (VVD):

Heel simpel: Ik denk dat het in beide gevallen moeilijk genoeg is. Ik zie geen reden om de financiering aan te passen om de problemen op te lossen. Ik denk dat we dat met een andere route moeten doen.

De heer **Claassen** (PVV):

Die vier minuten zijn kort. Ik heb in vier minuten in sneltreinvaart voorstellen gehoord om de zorg verder af te breken, wat de VVD altijd heeft gedaan. Ik hoorde nu ook allemaal voorstellen. Wij hebben eerst met elkaar bedacht om met budgetfinanciering te werken. Dat wordt nu gewoon weer de nek omgedraaid, nu ze de mogelijkheid hebben om dat te kunnen doen. Dat siert ze. Daarmee zijn ze mooi in lijn met het beleid dat ze altijd hebben gevoerd. Complimenten daarvoor. Maar ik heb niks gehoord over hoe de VVD het personeelstekort wil aanpakken, behalve dan door de zorg verder af te schalen.

De heer **Beyers** (VVD):

Het is altijd een mooi moment als je jezelf mag citeren: mijn fractie betreurt dat, maar zal de afspraak uit het regeerprogramma respecteren. Einde citaat. Dat heb ik zojuist gezegd. Dat zegt voldoende, volgens mij. En verder, u weet dat wij ons heel erg inzetten voor een aantal zaken die het personeelstekort mede moeten oplossen. Dat gaat over innovatie en goed opleiden. Maar we zullen realistisch moeten zijn. We zullen het moeten doen met de mensen die we straks hebben. Die zijn er na 2030, 2040 nauwelijks meer.

De **voorzitter**:

De heer Claassen. Heel goed van u, u attendeert mij op de bel. Die bel gaat ongeveer een minuut voor de start van de plenaire vergadering, het debat dat daar zo gaat plaatsvinden. Tot die tijd schors ik even.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. De heer Claassen, in tweede instantie.

De heer **Claassen** (PVV):

Waar hadden we het over? Volgens mij hadden we het over de afbraak van de zorg door de VVD, wat ze camoufleren met het woord "innovatie". Innovatie kan natuurlijk, maar het is nooit de oplossing. De heer Bevers heeft het over goed opleiden, maar dan ben ik wel benieuwd naar wat de VVD dan verstaat onder "goed opleiden" om de arbeidsmarktproblematiek in de zorg op te lossen.

De heer **Bevers** (VVD):

Goed opleiden betekent dat je in ieder geval moet zorgen ... Kijk, uiteindelijk is de acute zorg een tweedelijnsvoorziening. Je zult in eerste instantie moeten zorgen dat de basiszorg in de directe omgeving goed geregeld is. Ik heb een aantal voorbeelden gegeven van hoe je die moet inrichten. Dat betekent ook dat je er bijvoorbeeld voor moet zorgen dat huisartsen makkelijker instromen in de opleiding. Je zult een aantal oplossingen moeten aanwenden. Innovatie is er daar een van. Om terug te komen op uw vraag, die toch ... Nou ja, wat zal ik zeggen: ik denk dat er verkiezingen aankomen. Laat het helder zijn: wij zijn altijd duidelijk geweest over onze bezwaren tegen het uit de marktwerking halen van de spoedeisende hulp. In tegenstelling tot sommige andere partijen komen wij onze afspraken wel na. Dat heb ik zojuist ook gezegd.

De heer **Claassen** (PVV):

Au!

De **voorzitter**:

Die zal ik niet meetellen als interruptie, meneer Claassen. Het waren er toch twee.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik heb het grootste deel van uw betoog meegekregen, maar excuses dat ik wat later was. Wat ik ingewikkeld vind aan wat ik wél heb gehoord, is dat aan de ene kant wordt gezegd dat elke minuut telt als het gaat over acute en spoedeisende zorg. Elke minuut telt. Aan de andere kant zegt de VVD dat we maar moeten accepteren dat er niet op elke plek een spoedeisende hulppost is. En dat terwijl elke minuut telt. De reden daarvoor is personeelstekort. Dan

betrap ik de VVD toch wel op selectiviteit in het bieden van oplossingen. Want als het gaat over Defensie, de NAVO-norm van 5% en het personeelstekort daar, dan zetten we alles op alles om het personeelstekort op te lossen, want het moet worden opgelost. Waarom wil de VVD dat dan niet doen voor de zorg?

De **voorzitter**:

Voordat de VVD daarop ingaat, zeg ik tegen mevrouw Dobbe, die wat later was, dat we maximaal vier interrupties hebben.

De heer **Beyers** (VVD):

U bedoelt een campagne? Ik probeer even goed te begrijpen wat u bedoelt. Een campagne voor het werven van personeel?

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Bij Defensie zie je dat alles op alles wordt gezet om personeel te werven, omdat er onvoldoende personeel is. Waarom gebeurt dat niet in de zorg?

De heer **Beyers** (VVD):

Wij zijn er zeker voor dat je een aantal maatregelen neemt om het werven van personeel beter te maken. Je ziet dat er een aantal initiatieven voor zijn. Er zijn bijvoorbeeld gemeenten die zorginstellingen helpen met de huisvesting van personeel en voor een aantal zaken samenwerken. Je ziet dat in regio's, maar je ziet het ook bij individuele ziekenhuizen. Ik weet dat de minister vorige week in het vragenuur nog een aantal heel specifieke maatregelen heeft genoemd die bijvoorbeeld het Zuyderlandziekenhuis neemt om personeel te werven. Ik denk dat dat uitstekend is. Ik zal ook altijd mensen oproepen om in de zorg te gaan werken, omdat het een prachtig vak is. Het is ook een moeilijk vak, maar het is een prachtig vak. Ik denk dat wij in die zin voldoende uitstralen dat het belangrijk is om in de zorg te werken. Maar mensen moeten daar natuurlijk wel zelf een keuze in maken. Ik kan mensen niet dwingen om een zorgopleiding te gaan doen. Ik zou het ze wel aanraden.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

De VVD zegt wel dat we moeten accepteren dat we de zorg afschalen vanwege personeelstekort. Dat zegt de VVD bijvoorbeeld niet ten aanzien van Defensie en de NAVO-norm. De VVD zegt niet als we die NAVO-norm van

5% niet redden: doe toch maar 2%. Nee, want de VVD zet alles op alles om te zorgen dat er personeel wordt geworven om die norm te halen. Maar bij de zorg zie ik dat niet. Er wordt nu al geaccepteerd dat er wordt afgeschaald. Dat zien we dus in het hele land gebeuren. De zorg wordt afgeschaald, omdat er onvoldoende prioriteit aan wordt gegeven. Erkent de VVD dat dan tenminste?

De heer **Beyers** (VVD):

De VVD erkent dat we in een tijd leven waarin we een aantal ingewikkelde keuzes moeten maken. Er zijn een aantal dilemma's. Daar lopen wij in ieder geval niet voor weg. Ik erken dat wij zien dat de geopolitieke situatie vraagt om heel grote extra investeringen in onze veiligheid. Daar staan wij ook voor. Die keuze maken wij ook. Daar heeft u gelijk in.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank ...

De **voorzitter**:

Nee, stop. Ik ging er even van uit dat mevrouw Dobbe het bij twee wilde houden. Mevrouw Dobbe, ga uw gang.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik wil hier dan toch concluderen dat de VVD de zorg blijkbaar niet belangrijk genoeg vindt om dit op te lossen. U kunt nee schudden, maar in het hele land worden nu streekziekenhuizen gesloten en wordt de zorg afgeschaald. De VVD zet niet alles op alles om dat te voorkomen. Het is iets wat de VVD accepteert en blijkbaar acceptabel vindt, ondanks dat er wordt gezegd dat "elke minuut telt".

De heer **Beyers** (VVD):

Ik zeg niet gauw dat iets totale onzin is, maar in dit geval wel. We hebben net de begroting gekregen over 2026. Die is 10 miljard gestegen ten opzichte

van het voorgaande jaar. Ga nou niet beweren dat we niet investeren in de zorg. Dat vind ik echt buiten de waarheid.

De **voorzitter**:

Dan ga ik naar de interruptie van NSC.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

NSC is eigenlijk heel erg blij dat er nu echt stappen gezet worden om in het oosten van het land een helikopter neer te zetten. Het oosten wordt vaak vergeten. Ondertussen stopt de spoedeisende hulp in heel veel regionale ziekenhuizen. Dat is net ook al genoemd. U vindt dat kennelijk prima. Budgetbekostiging helpt heel erg om de spoedeisende hulp open te houden. Dus ik snap het niet zo goed. Enerzijds wordt er een helikopter neergezet, want: elke minuut telt. Anderzijds wordt de spoedeisende hulp in regionale ziekenhuizen gesloten.

De heer **Beyers** (VVD):

Ik zal proberen kort te antwoorden. Allereerst het voortdurende frame dat de VVD het leuk vindt om spoedeisende hulpen of ziekenhuizen te sluiten. Dat is natuurlijk totale onzin. We staan hier voor grote dilemma's, voor grote keuzes. Wij staan wel voor de keuzes die we maken. Dat wil helemaal niet zeggen dat ik elke ochtend met plezier een lijstje maak en afstreep welke ziekenhuizen er dichtgaan. Ik vind dat echt onzin. Op die manier neem ik daar ook afstand van. Dat een verandering noodzakelijk is, onderschrijf ik wel, want de kosten van de zorg stijgen nog steeds door. Ik heb er net richting mevrouw Dobbe een opmerking over gemaakt. We zullen daar echt keuzes moeten maken. We hebben het probleem van het personeel, zeker gezien de dubbele vergrijzing die er aankomt en de hoeveelheid mensen die we wel of niet beschikbaar hebben. Dus zullen we moeten staan voor een aantal keuzes. Dat zijn geen makkelijke keuzes. Maar wij zitten hier ook niet voor ons gemak. Wij zitten hier om verantwoordelijkheid te nemen. Die nemen wij inderdaad wel.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

De heer Beyers van de VVD heeft geen antwoord gegeven op de vraag waarom dan wel gekozen wordt voor die helikopter. Die kost heel veel geld. Wij vinden het prima, maar anderzijds worden die spoedeisende hulpen gesloten. Regionale ziekenhuizen zijn ontzettend belangrijk om dicht bij de mensen hulp te verlenen. De financiering is dan niet meer per behandeling. Dat helpt ook om de hulp te geven die nodig is. NSC kiest dus voor andere

dingen, niet meer voor financiering per behandeling maar voor budgetbekostiging. Dat helpt daar heel erg in. Maar waarom komt er dan wel een helikopter en wordt de eerste hulp toch gesloten?

De **voorzitter**:

De heer Bevers, kunt u ingaan op het laatste punt? Anders krijgt u weer de vraag of u de vraag wilt beantwoorden.

De heer **Bevers** (VVD):

Voorzitter, ik heb de vraag in die zin al beantwoord. Wij zien de budgetbekostiging niet als oplossing voor het probleem. Wij denken dat een andere financieringsmanier dit niet gaat oplossen. Daar ben ik eerder al duidelijk over geweest. In alle eerlijkheid, de verhouding van de kosten van de helikopter tot de totale begroting ... Ja, het is veel geld, maar laten we daar wel realistisch over zijn. Ook regio Oost en regio Zuid hebben recht op goede mmt-zorg op het moment dat het echt nodig is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we bij de inbreng van de volgende spreker, van de NSC-fractie.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Mensen kunnen in de regio steeds moeilijker terecht bij spoedeisende hulp. Eerste hulpen sluiten tijdelijk vanwege personeelstekorten. Ambulances moeten steeds verder rijden, terwijl bij acute zorg elke minuut telt. Net als bij de brandweer moet ook de spoedeisende hulp altijd beschikbaar zijn, 24 uur per dag, 7 dagen per week. Nieuw Sociaal Contract is daarom blij dat er wordt gewerkt aan budgetbekostiging voor de eerste hulp, de acute verloskunde en de ic's. Het geeft bestaanszekerheid voor de regionale ziekenhuizen. De minister heeft daarover onlangs een brief gestuurd. De vraag aan de minister is: gaat de minister met de budgetbekostiging ook stimuleren dat de medisch specialisten in loondienst worden genomen? Zijn daar nog belemmeringen voor?

Voorzitter. Er is een nijpend tekort aan eerstehulpverpleegkundigen, ic-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen. Zonder verpleegkundigen is er geen zorg. In het ergste geval wordt de afdeling gesloten. De vraag aan de minister is: hebben we wel zicht op het aantal benodigde eerstehulpverpleegkundigen, ic-verpleegkundigen en

ambulanceverpleegkundigen? Voor zover wij konden nagaan heeft het Capaciteitsorgaan er voor het laatst in 2022 iets over geschreven. Vindt de minister ook dat er elke twee jaar een capaciteitsplanning gemaakt moet worden? Kan de minister toezeggen dat hij het Capaciteitsorgaan vraagt om een tweejaarlijkse telling van aantallen en behoefte aan gespecialiseerde verpleegkundigen? Kan hij vragen om bij die capaciteitsplanning ook te kijken naar de verschillen in de regio? Een belangrijke vraag is dan ook: kunnen we bij een nieuwe pandemie nog wel opschalen? Zijn we voorbereid of zijn we opnieuw kwetsbaar?

Dan wil ik het hebben over de scholing. Ik hoor dat medisch specialisten vaak €5.000 aan scholing per jaar ontvangen, terwijl voor verpleegkundigen vaak maar €300 beschikbaar is. Daarom vraag ik aan de minister: waarom bestaat deze scheve verdeling in scholingsgeld? Gaat de minister hierop ingrijpen? Zonder goed opgeleide verpleegkundigen is er geen goede zorg.

Dat geldt ook voor onderzoek. In coronatijd deed mijn collega verpleegkundig onderzoek naar de beste manier van beademen. Dat heeft veel patiënten behoed voor beschadiging aan de longen. Als verpleegkundigen hun master of PhD hebben, is er vaak geen specifieke functie voor hen. Onderzoek kan de innovatie en effectiviteit van zorg echter verbeteren. Ook verbetert het de loopbaanmogelijkheden. Toch gaat er weinig onderzoeksgeld naar verpleegkundigen. Daarom vraag ik aan de minister: waarom is er deze scheve verdeling in onderzoeksgeld? Kan de minister toezeggen dat hij de verdeling van scholings- en onderzoeksgeld tussen medisch specialisten en verpleegkundigen eerlijker maakt?

Voorzitter. We moeten eerlijk zijn over de toekomst van de zorg. We kunnen er niet van uitgaan dat er meer verpleegkundigen komen. We moeten daarom ook kijken naar het zorggebruik. Er zijn 1,5 miljoen ambulanceritten per jaar. Daarvan is 33% van 75-plussers. Bijna de helft van hen komt in de maand voor overlijden nog op de eerste hulp. Uit mijn eigen onderzoek weet ik dat veel van deze opnames van oudere, zeer zieke mensen van wie bekend is dat het levenseinde nadert, vermijdbaar zijn. In de verpleegeisen is proactieve zorgplanning verplicht. Dat werkt: spoedopnames dalen. Dat wil niet zeggen dat mensen geen zorg meer mogen krijgen. Iedereen moet elke gewenste zorg krijgen, maar het moet wel besproken worden, ook in de wijkverpleging. Kan de minister toezeggen dat hij binnen het AZWA kijkt hoe de wijkverpleging een actieve rol kan krijgen om proactieve zorgplanning bij mensen ouder dan 75 jaar te bespreken, zodat er geen onnodige ziekenhuisopnames komen? Als u daar meer over wilt weten, kunt u mijn proefschrift nog eens lezen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dat wordt nu niet overhandigd, neem ik aan? Dat had gemogen!

De heer **Beyers** (VVD):

Allereerst, het laatste stuk van de bijdrage van mevrouw De Korte is me zeer uit het hart gegrepen. Ik heb echter een korte vraag over een ander onderdeel. U had het over de spoedzorg: elke minuut telt. Ik heb in mijn bijdrage ook een opmerking gemaakt over het uitwisselen van gegevens, zeker bij die spoedeisende hulp en steeds vaker ook al onderweg door steeds geavanceerdere ambulances. We kennen NSC als uitermate kritisch over die uitwisseling van gegevens. Wij hebben ooit gezegd: een opt-out zou bespreekbaar moeten zijn. Hoe staat mevrouw De Korte daarin met betrekking tot deze opmerking over de spoedzorg?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Daar hebben we inderdaad vaker over gesproken met de VVD. Wij vinden allereerst dat gegevens van patiënten heel erg goed beschermd moeten worden. Dat zien we ook bij het RIVM, waar heel veel gegevens gehackt zijn. Die mening blijft. Maar tussen hulpverleners onderling moet de gegevensuitwisseling optimaal zijn. Het is ook belangrijk dat alles goed genoteerd wordt. Er wordt namelijk niet altijd goed genoteerd wat ouderen die het levenseinde nabij zijn, willen aan het einde van hun leven. Dus laten we zorgen dat in de dossiers alles goed genoteerd staat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Dat is de heer Bushoff, GroenLinks-PvdA.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Als Groninger kom ik relatief vaak toch nog helemaal aan de andere kant van het land, in Limburg, onder andere ook in Heerlen. In aanloop naar dit debat moest ik denken aan een van de bezoeken die ik daar heb afgelegd, niet het meest recente bezoek maar een bezoek van precies een jaar geleden aan de wijk Meezenbroek, een oude mijnwerkerswijk in Heerlen-Noord. Daar ontmoette ik Miets. Miets is 86 jaar oud. Ze had haar huisje keurig op orde. Je komt daar niet weg zonder een of misschien wel twee punten vlaai en koffie te hebben gehad. Dat moet. Maar nog los van die gastvrijheid was ik vooral onder de indruk van hoe scherp Miets de dingen nog zag en van haar strijd lust. Zij zei: "Als je de huizen in een oude mijnwerkerswijk waar mensen graag willen wonen sloop en als je voorzieningen zoals onderdelen van het ziekenhuis weghaalt, raakt dat met

name oudere mensen, mensen met een kleine beurs, mensen met een kwetsbare gezondheid en mensen die daar gewoon een gezin willen stichten. Zij zijn de dupe daarvan, want zij kunnen dan niet meer wonen op de plek waar hun hart ligt. Dat mogen we niet laten gebeuren!"

Ik hoop eigenlijk dat een stukje van die visie en ook een stukje van die strijd lust langzaam -- hoewel het mij niet snel genoeg kan gaan -- doorsijpelt hier in politiek Den Haag. Want als je eerlijk ben en je pakt de kaart van Nederland erbij en je kijkt naar de inrichting van het acutezorglandschap, dan zie je dat we die inrichting heel anders zouden vormgeven als we opnieuw zouden kunnen beginnen en als we die spreadsheet bril af zouden kunnen zetten waarbij altijd regio's met minder mensen aan het kortste eind trekken.

Ik weet dat we niet de luxe hebben om die kaart van het verleden volledig opnieuw in te richten, maar ik denk wel dat we de dure verplichting hebben aan de toekomst om fundamenteel anders te gaan kijken naar de inrichting van ons acutezorglandschap. De spreadsheet bril moet af worden gezet en er moet meer geredeneerd worden vanuit ideeën en vanuit de overtuiging dat elke regio telt. Ik ben ook benieuwd of de minister kan aangeven of hij deze visie, eigenlijk de visie van Miets, deelt en in welke mate die visie dan ook onderdeel is van de eventuele invoering van budgetbekostiging.

Voorzitter. Naast dat ik fundamenteel anders kijk naar de inrichting van de acute zorg, met andere, bijpassende financiering, denk ik dat je ook zeggenschap zult moeten organiseren over zorgvoorzieningen van inwoners, van bestuurders en van zorgprofessionals. Daartoe hebben GroenLinks-PvdA en het CDA recentelijk ook de wet gewijzigd. Daarnaast, dus als derde punt, zou je ook iets moeten doen aan het personeelstekort. Daarbij zie ik echt een rol weggelegd voor het Rijk, ook in een regio als Heerlen. Ik vraag de minister of hij deze rol ook ziet weggelegd voor het Rijk. Een rol om bijvoorbeeld regionale onderwijsdeals te sluiten, om er zo voor te zorgen dat het aantrekkelijk wordt om mensen op te leiden in de regio's waar dat zo nodig is, zodat zij daar gaan wonen, perspectief hebben et cetera. Ik denk dat daar echt nog extra stappen in zijn te zetten.

Voorzitter. Tot zover het punt van de acute zorg. Er zijn nog twee andere punten die ik wil uitlichten in dit debat. Het eerste gaat over de mobiel medische teams, mmt's. Het is natuurlijk bizar dat in Limburg, waar ze al te maken hebben met het afschalen van de acute zorg in Heerlen, nu ook nog eens een soort witte vlek ontstaat rondom die mmt's. Ik vind het gek dat hoewel het misschien wordt opgelost, er geen financiering voor is. Hoe kijkt de minister daarnaar? Waarom zou daar geen financiering vanuit het Rijk bij moeten?

Dan mijn laatste punt tot slot. We hebben in Nederland een prachtig netwerk van aed's. Dat redt echt mensenlevens. 300.000 vrijwilligers kunnen reanimeren. Het gekke is alleen dat juist in de wijken waar mensen minder geld hebben en de gezondheidsproblemen vaak groter zijn, bijvoorbeeld in Heerlen-Noord, in Utrecht Overvecht, in Rotterdam-Zuid onder het

Zuiderplantsoen, of in Winschoten, in mijn eigen provincie, de dekking van die aed's heel erg slecht is. Dat kan niet. Ik denk dat dit probleem in twee punten zit. Het zit 'm in de bekendheid. Is de minister dus bereid om de bekendheid van de mogelijkheid om aed's aan te vragen te vergroten, onder andere bij gemeenten? En het zit 'm ook in de betaalbaarheid. Zo'n aed kost namelijk geld en het kost ook geld om mensen op te leiden om zo'n aed te gebruiken. Soms zit dit in de aanvullende verzekering, maar veel mensen met een laag inkomen hebben die niet. Kan de minister ook daar iets in betekenen, zodat er ook in die gebieden voldoende aed's zijn?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Iets over de tijd, maar u kwam tot een afronding. Dat scheelt. De heer Krul. Aan u het woord.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter. Tijdens de zomervakantie merkten heel veel Nederlanders weer hoe goed we het hier eigenlijk hebben, want eerlijk is eerlijk: als je in Spanje op een camping drie formulieren moet invullen voordat je een pleister krijgt of in Frankrijk uren moet wachten op een pijnstiller, dan besef je dat we in Nederland eigenlijk een heel goed systeem hebben. Maar dat systeem in Nederland staat wel onder druk. Het piept en het kraakt. Het is goed dat er een paar stappen gezet worden, ook weer door deze minister, om die uitdagingen te lijf te gaan.

Voorzitter. Ook het CDA is voorstander van de invoering van budgetbekostiging. Hete hangijzers zijn hier wel het hoe en het hoe snel. Daar hebben wij een paar vragen over. Ik denk dat de minister ons daarbij kan helpen. De minister kiest ervoor om het besluit van de vorige minister door te zetten. Dat wil zeggen dat hij kiest voor het invoeren van budgetbekostiging met beperkte afbakening per 2027 in combinatie met de ontwikkeling van een groeipad. Voor het CDA is het nog steeds een beetje onduidelijk waarom dit scenario nou precies de voorkeur heeft en niet bijvoorbeeld een betere afbakening per 2028. Kan hij nog eens heel duidelijk aan de Kamer uitleggen waar die afweging 'm precies in zit en welk doel hiermee bereikt wordt? Het klopt dat in het regeerprogramma stond dat het zo snel mogelijk moest. Dat begrijp ik. Ik heb de heer Bevers net ook horen zeggen: dat regeerprogramma blijven we respecteren. Maar de situatie is natuurlijk wel degelijk anders. We zijn inmiddels twee-, drie-, vierdubbel demissionair.

Goed, voorzitter. Dan de ontwikkeling van het groeipad. Voor het CDA is het cruciaal dat de ontwikkeling concreet vorm krijgt. Het is nu te vaag hoe we dat gaan doen. Wil de minister toezeggen dat hij bijvoorbeeld voor het einde van dit jaar een procesvoorstel kan doen voor de ontwikkeling van het

normenkader, waar zo over gesproken wordt, en het groeipad? Uiteindelijk zit de echte oplossing waar we naartoe willen daarin verstopt. Wat is de stip op de horizon? Welke visie zit erachter? Wanneer moeten de differentiatie en het normenkader klaar zijn? In welk jaar hebben we het pad dan doorlopen? Durft de minister hier een jaartal aan te koppelen? Daar hebben wij in ieder geval behoefte aan.

Voorzitter. Mijn tweede punt betreft het Zuyderlandziekenhuis. Ik heb eigenlijk maar één concrete vraag, namelijk of de minister daar iets meer over kan vertellen. Er zijn heel veel moties ingediend. Die worden bijna allemaal aangenomen. Maar ik richt me even specifiek op de geboortezorg. Ik heb samen met de heer Claassen, de heer Bushoff, mevrouw Dobbe en de heer Dijk moties ingediend over het behoud van de geboortezorg en de precieze inrichting van het zorgaanbod aldaar. Wij zijn benieuwd of de minister iets meer kan vertellen over het proces wat daar loopt -- daar zou een terugkoppeling van komen -- en of hij het met ons eens is dat in een regio waar de SES-score zo laag is, het afschalen van de geboortezorg in ieder geval risico's met zich meebrengt.

Goed, voorzitter. Ik kom aan bij kinderhartchirurgie. Om heel eerlijk te zijn begin ik dit onderwerp echt een slechte soap te vinden. Er komt eigenlijk niks terecht van de beloofde samenwerking. Er is nauwelijks voortgang. De inspectie geeft aan dat het aan urgentie ontbreekt bij de ziekenhuisbesturen. Het pijnlijke daarvan is dat de zorgverleners hier uiteindelijk de dupe van worden, want de druk op hun werk wordt steeds groter. Ik ben benieuwd of de minister hierin een rol voor zichzelf ziet weggelegd, in zijn positie als stelselverantwoordelijke natuurlijk. Ik ben benieuwd of hij daarin überhaupt een rol voor zichzelf ziet en wanneer hij daarin de regie naar zich toe wil gaan trekken.

Tot slot, voorzitter, nog twee hele concrete vragen. De minister wil een basis ic-capaciteit van 1.150 bedden in de wet gaan vastleggen. Dat vindt het CDA interessant. Kan de minister hier wat meer over vertellen en kan hij vertellen hoe hij tot dit besluit gekomen is? Wat zijn de implicaties daarvan als het gaat om zorg, personeel en kosten?

Tot slot, voorzitter, een checkvraag. Het amendement-Bushoff/Krul werd net al even benoemd. Dat gaat over het borgen van het democratische proces in de zorg. Dat doen we in de Wkkgz, zoals bekend. Kan de minister ons in ieder geval vertellen dat hij dit gewoon gaat doen zoals bedoeld? In de brief lezen wij namelijk over een "technische wijziging". Ik wil even horen wat de minister daar precies mee bedoelt. Wij gaan er gewoon van uit dat het integraal wordt overgenomen in de bestaande regelgeving. Graag een reactie.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we bij de volgende spreker, de heer Claassen namens de PVV-fractie.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter. In het mondelinge vragenuur spraken de minister en ik al met elkaar over de 21,5 miljoen winst die Zuyderland boekte. Het is niet alleen Zuyderland dat zulke winst maakt. Laten we wel zijn: winst maken is op zich geen probleem. Wij vinden het wel stuitend dat een ziekenhuis essentiële zorg in een kwetsbare regio wil afschalen, terwijl het totaal niet duidelijk is of er middelen zijn en hoe deze middelen worden ingezet om dat te voorkomen. Uit de allereerste analyse bleek ook dat de keuze voor locatie Sittard-Geleen vooral een centenkwesitie was en niet per se een personeelskwesitie. Nee, dit is geen hetze tegen Zuyderland, zeg ik alvast tegen de bestuurder, maar wij willen zicht krijgen op de keuzes die zorginstellingen maken en hebben de nadrukkelijke wens om daar meer grip op te krijgen. Deze casus is eigenlijk een kwalijk gevolg van hoe we de zeggenschap over de zorg in Nederland hebben geregeld en uiteindelijk ook zijn kwijtgeraakt. Daarom opnieuw de vraag aan de minister of hij bereid is wettelijk te regelen dat bij beoogde afschaling van zorg winsten vooral moeten worden ingezet om diezelfde afschaling te voorkomen.

Ik ontken ook niet dat er een arbeidsmarktprobleem is in Parkstad of überhaupt in Nederland, maar ik vraag nu opnieuw aan de minister welk samenwerkingsplan of welke samenwerkingsplannen Zuyderland met zijn partners als Zuyd Hogeschool, VISTA college en het MUMC+ heeft om versneld op te leiden tot verpleegkundige of gespecialiseerd verpleegkundige. De eerdere beantwoording van de minister, maar ook van zijn voorgangers, hoor, was supervaag. Ook in de gesprekken met de zorgbestuurder van Zuyderland worden samenwerkingsplannen niet concreet. Ik verwacht nu echt duidelijkheid van de minister.

In algemene zin zien we dat de Subsidieregeling opleidingsmodule Basis Acute Zorg na een verlenging in 2024 is gestopt. We zien dat deeltijdopleidingen die willen versnellen, uiteindelijk toch nog langer dan twee jaar moeten duren en dat de ontwikkeling van EPA's weliswaar gestaag groeit, maar er visie en regie lijken te ontbreken over hoe deze zouden kunnen landen, ook binnen de initiële verpleegkundigenopleidingen. Dat zijn niet echt signalen dat er urgentie wordt gevoeld om de arbeidsmarktproblematiek aan te pakken. Dit zou een gedeelde zorg van deze minister en de minister van OCW moeten zijn. Bent u daarover in contact? Welke plannen bent u aan het bedenken of heeft u al bedacht om de arbeidsproblematiek op deze wijze te benaderen? Bijvoorbeeld OOR ZON zou daar ook iets in kunnen betekenen als het gaat om de regionale aanpak van medisch-specialistische opleidingen, zowel voor verpleegkundigen als voor artsen. Bent u daarvan op de hoogte? Wat is de status daarvan? Wat doen zij nu voor de regio?

Voorzitter. De top 100 meest voorkomende electieve ingrepen worden vrijwel volledig gefinancierd op basis van marktwerking. Het idee was dat dat voor lagere tarieven zou zorgen, maar in de praktijk worden grote ziekenhuizen alleen maar groter en rekenen ze hogere prijzen voor reguliere zorg dan kleinere ziekenhuizen. Alle dbc's vallen onder de Zorgverzekeringswet, met een segment b voor volledige marktwerking en het a-segment voor als de NZa een maximumtarief stelt. We willen de visie van de minister op wat er zou gebeuren als we die 100 meest voorkomende electieve ingrepen, regulier en acuut, zouden overhevelen van b naar a en de NZa daar ook een maximumtarief voor vaststelt. Regionale ziekenhuizen zijn immers goedkoper voor reguliere en acute zorg. Dat zou hun positie versterken, denken wij. Is de minister bereid dit idee te onderzoeken en de uitkomsten voor het VWS-begrotingsdebat aan de Kamer te doen toekomen?

Voorzitter. Het doel is om via budgetfinanciering de acute zorg op korte termijn uit de marktwerking te halen. Maar volgens ons staat het hele plan op losse schroeven, vooral omdat de minister alleen maar zit te polderen met een bonte stoet partijen die allemaal een andere agenda, een ander tempo of andere prioriteiten hebben. Ik vraag aan de minister om eens in jip-en-janneketaal uit te leggen wat de status is van de implementatie, hoe dat samenhangt met het modewoord "groeipad" -- als ik aan een groeipad denk, denk ik eigenlijk aan een blauw verkeersbord met een wit streepje en een rood balkje daarbovenop -- en welke rol de minister voor zichzelf ziet in het uiteindelijk doen slagen van deze missie, zodat dit voor 2028 eindelijk geregeld is.

Tot slot, voorzitter. Bijna anderhalf jaar geleden nam de Kamer de PVV-motie voor mmt-uitbreiding in Oost-Nederland aan. Laten we er ook vandaag even bij stilstaan dat dat onze motie was. We lezen vandaag dat er eindelijk stappen zijn gezet om in ieder geval voor die regio de juiste zorg te regelen. Ik neem aan dat hierin de mmt-auto voor Zuid-Limburg is meegenomen. Zij kunnen namelijk al medio 2026 ... starten.

De **voorzitter**:

Ik maakte even een gebaar om u te vragen tot een afronding te komen.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik vond het een cliffhanger. Daarom wachtte ik heel even.

De **voorzitter**:

Bent u nu wel aan het einde gekomen van uw betoog?

De heer **Claassen** (PVV):

Nou ja ... Ja.

De **voorzitter**:

Vier minuten is in deze commissie overigens nooit genoeg, zeg ik ook richting de kijkers. Dat zegt iets over de hoeveelheid onderwerpen die aan zo'n commissiedebat hangen. Daar heb ik alle begrip voor. Meneer Bevers heeft de eerste interruptie.

De heer **Bevers** (VVD):

Ik denk dat het mijn tweede is, maar goed. Ik kom even terug op de laatste opmerking. Ik wil aangeven dat u natuurlijk volkomen gelijk heeft dat u de motie over de mmt's heeft ingediend. Laat daar geen misverstand over bestaan. Maar wij hebben geconstateerd dat die niet uitgevoerd is. Daarom hebben wij 'm geregeld. Daar hebben we inderdaad ook het grondgebonden team in Maastricht bij betrokken. Dat even ter toelichting. Daarmee ben ik eigenlijk al door de tijd voor mijn interruptie heen, maar goed.

U maakte een opmerking. Daar heb ik misschien een beetje een technische vraag over. Het ging over het eventueel inzetten van de winsten, de bedrijfsresultaten, van de ziekenhuizen om afschaling te voorkomen of te vertragen. Winst, een bedrijfsresultaat, is eenmalig. Als je de afschaling wil stoppen of vertragen, moet je die volgens mij structureel inzetten. Waar moet ik dan aan denken? Als je zegt dat je een deel van dat geld daarvoor gaat inzetten, hoe zou je dat moeten doen zonder niet na een jaar opnieuw in de problemen te komen als de bedrijfsresultaten binnenkomen?

De heer **Claassen** (PVV):

Als een ziekenhuis in 2023 19,5 miljoen winst maakt en het jaar daarna 21,5 miljoen, zou ik het graag willen weten als een ziekenhuis gaat afschalen, misschien niks doet om extra personeel aan te trekken of niet investeert in stenen. Dan vind ik het belangrijk om te weten wat een ziekenhuis met die winst doet. Gaat die winst naar MRI's, naar het inhuren van specialisten op zzp-basis, wat duizenden euro's kost, of naar het aantrekken van mensen die €700.000 kosten, om de boodschap van "afschaling" aan de man te brengen? Het geld kan ook daarin gaan zitten. Maar ik heb liever dat dat geld dan gaat naar bonussen voor personeel, naar het aantrekkelijker maken om op een SEH te werken of naar investeringen om beetje bij beetje kapitaal voor nieuwbouw op te bouwen. Dat zou ik veel liever zien. Maar we weten het niet. Daarom heb ik de minister gevraagd om dat inzichtelijk te maken. Daar hebben wij eerder ook vragen over gesteld: wat doen die ziekenhuizen met

de winsten die ze maken om dreigende afschaling te voorkomen? Als zou blijken dat daar meer geld voor zou kunnen worden ingezet, dan zouden wij daar als overheid enige sturing op moeten hebben.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Laat dit glashelder zijn: natuurlijk had GroenLinks-PvdA het liefst gezien dat het Zuyderlandziekenhuis bij geen van de afdelingen zou afschalen. Ik denk dat veel meer mensen, ook de mensen in het ziekenhuis, dat misschien het liefste hadden gezien. Toch blijft de volgende vraag bij mij hangen naar aanleiding van het betoog van de heer Claassen: wat vraagt hij nou van deze minister wat zijn eigen minister niet kon regelen? Welk vertrouwen heeft de heer Claassen in deze minister? Wat kan deze minister wel regelen voor het Zuyderland wat zijn eigen minister niet kon regelen?

De heer **Claassen** (PVV):

Ik wil de woorden "niet vertrouwen" of "wel vertrouwen" niet gebruiken. Het gaat over de vraag welke middelen deze minister heeft. Deze minister heeft dezelfde middelen als de vorige minister en de minister daarvoor en alle ministers voor haar, tot aan 2006 volgens mij. Daarna is er een situatie ontstaan waarin we een heleboel zeggenschap over de manier waarop we ons zorgstelsel inrichten, hebben belegd bij derden: bij de zorgorganisatie zelf, bij de NZa en noem maar op. Er zal dus een verandering moeten plaatsvinden. Wij zijn ook pleitbezorger van het idee om te bekijken waarover je als overheid meer zeggenschap kunt krijgen. Dan doel ik op het hebben van meer regie over welke keuzes er gemaakt worden in het zorglandschap. Het korte antwoord op de vraag is dus als volgt: ook deze minister zal die middelen niet hebben, maar hij kan die middelen wel creëren door daar zelf wetgeving voor te maken. En anders moeten we het zelf doen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Wat ik toch lastig hieraan vind, is dat ... Nee, laat ik positief beginnen! Er komt nu toch een beetje een genuanceerder verhaal dan bijvoorbeeld bij voorgaande verkiezingscampagnes. Op zichzelf is dat winst, denk ik. Maar het lastige is natuurlijk wel dat we hiermee op korte termijn niet iets veranderen voor het Zuyderlandziekenhuis. Het aanpassen van wetgeving kost tijd. Ik ben er van harte voorstander van dat we dat doen. Ik heb zojuist ook een aantal voorstellen daartoe voor het voetlicht gebracht. Tegelijkertijd heb ik ook een paar dingen benoemd die misschien op korte termijn kunnen helpen. Ik ben dus nog op zoek naar het volgende: wat is nou een kortetermijnding om te vragen voor de inwoners van Parkstad? Is dat het openhouden van het geboortecentrum, is dat kijken naar en investeren in het

opleiden van extra personeel bijvoorbeeld, zodat er mogelijk in 2030, wanneer die verandering binnen het Zuyderlandziekenhuis plaatsvindt, toch voldoende personeel is? Ik heb daar zelf een aantal voorstellen voor gedaan. Wat wil de PVV zelf? Welk concreet voorstel waar mensen in Parkstad mee geholpen zijn, doet de PVV nou?

De heer **Claassen** (PVV):

Al die voorstellen die de heer Bushoff nu net deed, hebben wij al eerder gedaan. Ik kan dus alleen maar zeggen: dat zijn hele mooie voorstellen, meneer Bushoff. Het klopt; die dingen zouden moeten gebeuren.

De **voorzitter**:

Dan komen we aan het einde van de inbreng van de heer Claassen. Het microfoontje doen wij soms zelf uit. Als u het vergeet, doen wij dat zelf. Weet u waarom dat is? Omdat die camera anders helemaal op hol gaat slaan, zo van: wie moet ik nou filmen? Ik heb u allen even lief, maar de camera richt zich altijd op één persoon. Die richt zich nu op mevrouw Joseph van de BBB-fractie! U bent aan de beurt.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Acute zorg is geen luxe, maar een levensvoorwaarde. Iedereen, of je nu in Rotterdam of Limburg woont, moet kunnen rekenen op toegankelijke zorg wanneer en waar die nodig is. Maar de acute zorg staat onder druk. Tussen 2011 en 2022 sloten 18 spoedeisendehulpdiensten en in 2025 zijn er nog slechts 76 volledig open. Ondertussen zijn er regio's waar 's nachts geen traumahelikopter beschikbaar is en de 45 minuten norm niet wordt gehaald. Dit zijn geen incidenten, maar structurele problemen die om landelijke regie vragen.

Volgens BBB is een van de belangrijke oorzaken dat de huidige bekostiging faalt. Marktwerving leidt tot centralisatie en afbouw van regionale voorzieningen. BBB is dan ook enthousiast over de stap naar budgetbekostiging. Wij lezen dat de minister per 2027 wil starten met budgetbekostiging van de spoedeisende hulp, maar 2027 is natuurlijk nog wel ver weg. In de tussentijd zijn er mogelijk alweer nieuwe sluitingen. Daarom pleit BBB voor een tijdelijk beschikbaarheidsfonds ziekenhuiszorg, een fonds dat financiële ruimte kan bieden aan regionale ziekenhuizen met publieke functies zoals spoedeisende hulp, intensive care en acute verloskunde, zodat we sluitingen kunnen voorkomen en volwaardige acute zorg in kwetsbare regio's kunnen behouden.

Ik heb gelezen dat de minister schrijft: zo'n traject duurt nog langer dan de budgetbekostiging. Maar ik heb de afgelopen twee jaar dat ik in de Kamer zit ook gemerkt dat als de regering iets wil, er heel vaak ook allerlei sluiproutes mogelijk zijn. De minister zei dat staatssteun niet zomaar kan. Maar wij hebben begrepen dat er wel Europese staatssteun mogelijk is voor diensten van algemeen en economisch belang; DAEB. We vroegen ons af of je niet die ziekenhuizen tijdelijke staatssteun kan geven via bijvoorbeeld zo'n Europees kader als ze dreigen af te schalen of om te vallen. Zo ja, waarom is dit niet gebruikt om meer continuïteit en garanties te bieden aan ziekenhuizen die mogelijk dreigen af te schalen door gebrek aan een solide financiële basis of een gebrek aan investeringen om medewerkers aan zich te binden, zoals nu bijvoorbeeld in Twente?

Daarnaast vragen wij de minister aandacht voor de stationering van de traumahelikopter op Teuge. Het is vaker genoemd vandaag. Grote delen van Oost-Nederland zijn al jaren een witte vlek in het netwerk van de mobiel medische teams. We begrijpen dat er overdag wordt bijgesprongen door Duitse helikopters en er 's nachts hulp komt vanuit Brabant en Groningen. Dit leidt tot onnodige risico's. De plannen voor de vijfde traumahelikopter op vliegveld Teuge liggen klaar en kosten ongeveer 9 miljoen euro per jaar. De urgentie is breed erkend. Toch heeft het kabinet nog geen geld gereserveerd. Onze vraag en ons voorstel is dan ook: is de minister bereid om met de Kamer te zoeken naar financiering om dit toch mogelijk te maken, inclusief het mobiel medische team in Maastricht? Kan de minister specifiek voor Teuge met de provincie bekijken of er niet toch een tijdelijke uitzondering mogelijk is op het luchthavenbesluit voor de stationering van de helikopter? Ik heb nu gelezen dat het een of twee jaar kan duren voordat dit er is. Dat is natuurlijk ook zonde van de tijd.

Voorzitter. BBB wil dat zorggeld en tijd van de medewerkers echt aan zorg besteed wordt. Zorg is geen markt, maar een basisvoorziening. Daarom hebben wij ook voorstellen. We zien graag dat de winst van ziekenhuizen, als die er is, besteed wordt aan bijvoorbeeld het behoud van personeel en aan voorkomen dat er afschaling nodig is. We zouden ook graag zien dat de winst van zorgverzekeraars ingezet wordt voor acute situaties. Daarnaast zien we graag dat er minder tijd opgaat aan indirecte zorgtaken -- ik noem managementfuncties en communicatieadviseurs -- en dat maximaal 5% van de tijd besteed wordt aan dit soort dingen. Natuurlijk schrappen we ook graag overbodige regels en indicatieprocedures. Ik heb gezien dat het erg lastig is, maar ik denk dat dit gewoon meer regie vraagt van de overheid. Elke regel is een keer bedacht omdat iemand 'm belangrijk vond. Als je het overlaat aan het zorgveld, blijven alle regels bestaan. Deze maatregelen leveren volgens ons niet alleen geld en tijd op, maar kunnen ook het vertrouwen in de zorg herstellen. Zorg draait om mensen en niet om spreadsheets.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is in ieder geval een interruptie van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

In aanloop naar dit debat was ik vanochtend nog in gesprek met mensen uit Heerlen. Ik ben een paar weken geleden op bezoek geweest bij het AMC. Zo leg je overal je oor te luisteren. Gisteren of eergisteren kreeg ik ook nog een bericht van heel veel kinderartsen van verschillende umc's. Die zeiden allemaal, stuk voor stuk: wij zijn klaar om een aantal ernstig zieke en gewonde kinderen uit Gaza op te vangen. Dat kunnen wij. Mijn vraag aan mevrouw Joseph, die tot voor kort bij de NSC-fractie zat, die er een voorstander van is, en die nu bij de BBB-fractie zit, die er een tegenstander van is, is wat haar persoonlijke afweging is om ertegen te zijn. Het gaat om één stem verschil.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Dit debat gaat over acute zorg, en ik volg hierin Caroline van der Plas. Ik ga hier geen Gazadebat van maken.

De **voorzitter**:

Oké. Meneer Bushoff, daar moet u het toch mee doen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dit gaat over de acute zorg. Het zijn artsen in Nederland, kinderartsen van verschillende umc's, die acute zorg zouden kunnen verlenen aan kinderen die dat keihard nodig hebben. Dus het gaat er wel degelijk over. Het past ook om daar een vraag over te stellen. Omdat het over zo'n onderwerp gaat, zou ik het ook passend vinden als u gewoon antwoord geeft op de vraag wat uw persoonlijke afweging is om ertegen te zijn om een paar kinderen op te vangen, waar al die kinderartsen toe oproepen.

De **voorzitter**:

Tot slot, mevrouw Joseph.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Ik herhaal: ik ga hier geen Gazadebat van maken.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Een punt van orde: het is geen Gazadebat. Het is gewoon een vraag over de acute zorg. Ik werp echt verre van mij dat dit geen onderdeel van dit debat zou kunnen en moeten zijn.

De **voorzitter**:

Uw vraag gaat over umc's. Het antwoord van mevrouw Joseph is haar antwoord. Zij gaat over haar antwoord, dus daar moet u het ook mee doen. Ik wil hier dan ook niet te veel tijd aan besteden. Ik snap het. Ik snap de vraag, maar het Kamerlid gaat altijd over het eigen antwoord. Mevrouw Dobbe nog.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik voer veel Gazadebatten. Ik ben ook woordvoerder Buitenlandse Zaken en Buitenlandse Handel en Ontwikkelingshulp. Dit is geen Gazadebat, maar het gaat over acute zorg. Ik vind het heel goed dat de heer Bushoff deze vraag stelt, ook gezien de overstap van NSC naar BBB. Dat is natuurlijk ieders goed recht. Maar omdat zo'n belangrijke motie met één stem verschil niet is aangenomen, waar ook hoofdelijk over is gestemd, vind ik het geen rare vraag, zeker omdat de ziekenhuizen nu zelf actief naar buiten brengen dat er capaciteit is. Dan vind ik het niet raar om te vragen wat de persoonlijke afweging is om dit niet te doen. Ik vind het een heel terechte vraag, ook in dit debat.

De **voorzitter**:

U herhaalt de vraag aan mevrouw Joseph.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ja, en ik wil daarbij ook zeggen dat dit geen Gazadebat is, want die debatten voer ik ook.

De **voorzitter**:

Nee, even voor de helderheid en voor de goede orde: dit is het debat Acute zorg.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Maar het past dus wel echt in dit debat. Ik vind het dan geen goed antwoord als je zegt: dit is geen Gazadebat.

De **voorzitter**:

Ik ga niet over het antwoord. Mevrouw Joseph, tot slot.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Waar ik op doel: die beslissingen over die kinderen gaan niet alleen maar over acute zorg. Er spelen meer overwegingen mee. Daarom verwijs ik eigenlijk naar de woordvoerder Buitenlandse Zaken. Daar moet dit debat plaatsvinden. Het gaat niet alleen om acute zorg.

De **voorzitter**:

Dan komen we bij de volgende spreker. Ik check even: was er nog een interruptie? Nee. Mevrouw Dobbe, uw tijd gaat in.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Onze streekziekenhuizen zijn de levensader voor de regio. Voor veel mensen is het streekziekenhuis vaak de eerste plek waar ze terecht kunnen in tijden van nood. Het verlies van zulke ziekenhuizen betekent verlies van zekerheid, nabijheid en soms ook verlies van leven. Een duidelijk voorbeeld daarvan is het Zuyderlandziekenhuis in Heerlen, een volwaardig ziekenhuis, met een spoedeisende hulp, intensive care en geboortezorg. Het is onmisbaar voor deze regio, waarin de gezondheidsproblemen al zo groot zijn, met veel obesitas en veel rokers. 15% van de kinderen leeft in bijstandsgezinnen. Zorgmijding komt vaker voor dan elders. De regio voelt zich in de steek gelaten. "Een dolksteek in de rug", hoorden we zelfs. Het ligt dan ook voor de hand dat de spoedeisende hulp, de ic en de geboortezorg in Heerlen behouden moeten blijven. Bij ieder debat over ziekenhuiszorg komen dezelfde vragen naar boven. Wie bepaalt hoe onze zorg wordt georganiseerd? En wie heeft daadwerkelijk zeggenschap over onze zorg?

Wij hebben een systeem van marktwerking, waarin die zeggenschap grotendeels uit handen is gegeven. Verzekeraars en ziekenhuisdirecties beslissen waar zorg wordt geleverd en waar niet, terwijl dit parlement, als hoogste democratische orgaan van het land, keer op keer heeft uitgesproken dat het anders moet. Ondertussen had het Zuyderlandziekenhuis in 2023 --

het werd hier al eerder genoemd -- een winst van 19,2 miljoen euro en in 2024 een winst van 21,5 miljoen euro. Dan is het gewoon zuur om te zien dat de zorg tegelijkertijd wordt afgeschaald. Al jaren voeren wij de discussie over zeggenschap over ziekenhuizen. Het wordt hoog tijd om regie te nemen over de zorg in ons land. Dat vraag ik ook aan de minister: niet verwijzen naar zorgverzekeraars of naar anderen, maar zelf hier de regie nemen. De hele regio moet bij beslissingen betrokken worden. Het is onvoldoende om slechts een deel te spreken of om alles over te laten aan een regietafel.

Ook in Terneuzen, waar ik ook ben geweest, zijn grote zorgen. Medisch personeel, intensivisten en verpleegkundigen vrezen dat de ic en de spoedeisende hulp verdwijnen of verzwakken. Er heerst grote onrust over wat de samenwerking tussen ZorgSaam en het Adrz betekent voor de continuïteit van deze vitale functies.

Ook in Haarlem zien we iets soortgelijks: het Spaarne Gasthuis onderzoekt hoe de locaties Haarlem-Noord, Haarlem-Zuid en Hoofddorp het beste ingericht kunnen worden voor de toekomst. Hierbij wordt gekeken of de 24 uurszorg geconcentreerd kan worden op Haarlem-Zuid en Hoofddorp. Haarlem-Noord zou daarbij grotendeels zijn ziekenhuisfunctie kunnen verliezen en zou dan worden omgevormd tot dagziekenhuis. Voor de inwoners van Haarlem-Noord én omgeving betekent dat een forse verslechtering. Zij moeten verder reizen voor acute zorg, ic-zorg of spoedeisende hulp, waarbij elke minuut telt. De beschikbaarheid van vitale zorg komt ernstig onder druk te staan.

Specifiek over het Zuyderlandziekenhuis in Heerlen heb ik een vraag aan de minister. De eerder opgevraagde tabel met betrekking tot het aantal fte's is waardevol. Kan de minister meer inzicht geven in waar die tekorten nu precies zitten en waar dus opgeleid moet worden door dit voor alle afdelingen na te vragen? En is zij bereid om de eerder door deze Kamer aangenomen moties daadwerkelijk uit te voeren -- dat lijkt me niet te veel gevraagd -- en zo een volwaardig ziekenhuis in Heerlen te behouden? Is dit het beleid dat deze regering wil nastreven of blijven deze moties op papier staan zonder concrete uitvoering?

Ondertussen zien we het tegenovergestelde gebeuren van wat deze Kamer steeds bepleit. De afgelopen tien jaar zijn negentien afdelingen acute verloskunde gesloten; acute verloskunde! Sinds 2011 zijn negentien spoedeisende hulpen verdwenen. Sinds 2010 zijn 28 algemene ziekenhuizen gesloten. Het is tijd om de regie terug te pakken. Het is tijd om te zorgen dat zorg weer een publieke voorziening wordt, toegankelijk voor iedereen, dicht bij huis, met publieke zeggenschap. Wij laten onze streekziekenhuizen niet verdwijnen. Die moeten blijven bestaan als veilige havens voor iedereen die ze nodig heeft.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors tot 11.30 uur, 30 minuten. Dan gaan we door tot 14.00 uur; dan gaan we dus aan één stuk door. Dus benen strekken, een appeltje of een boterham eten ... U mag dat allemaal doen, tot 11.30 uur.

De vergadering wordt van 10.59 uur tot 11.30 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik wilde zeggen: ik heropen de vergadering. 11.30 uur is 11.30 uur, maar de minister is er nog niet. Misschien is het goed om van deze tijd gebruik te maken door met elkaar af te spreken dat ik vier interrupties richting de minister wil toelaten. We gaan straks beginnen als de minister deze kant op wandelt vanaf de derde verdieping. Ik schors nog even.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Minister Bruijn is inmiddels aanwezig. Ik geef u het woord, minister.

Minister **Bruijn**:

Dank u wel, voorzitter. Vandaag kom ik met uw Kamer te spreken over het belangrijke onderwerp de acute zorg. Dat is een mooi onderwerp. Als student had ik een baantje nodig. Ik kwam te werken op de afdeling traumatologie van het Dijkzigtziekenhuis toen ik 18 jaar was. Ik moest 's ochtends vroeg mensen wassen en aandacht geven. De dankbaarheid die ik toen zag in de ogen van de patiënten inspireerde mij om in de zorg blijven werken en is ook vandaag nog steeds mijn inspiratie, na 40 jaar.

De acute zorg is een belangrijk onderwerp om bij stil te staan. In uw inleiding is heel duidelijk gebleken dat u dat allemaal onderschrijft. Als je acute zorg nodig hebt, dan moet je daar goede toegang toe hebben en dan moet je erop kunnen vertrouwen dat je goede zorg krijgt. Dat vinden we allemaal belangrijk. Daar spannen de professionals in de zorg zich ook dagelijks voor in. Door een tekort aan personeel en een toename van de zorgvraag en de zorgzwaarte staat de toegankelijkheid van de zorg, ook van de acute zorg, onder druk. Overal in Nederland zoeken ziekenhuizen en andere zorgaanbieders naar oplossingen om toch steeds goede acute zorg te blijven

leveren. Ik was vorige week op bezoek in het BovenIJ, voorheen het BovenIJ-ziekenhuis, en zag daar hoe het ziekenhuis en de huisartsenpost gezamenlijk integraal de spoedzorg leveren. De huisartsenpost en de spoedeisende hulp zijn daar geïntegreerd. Er wordt ook nauw samengewerkt met het sociaal domein in Beter Samen in Noord. Het sociaal domein heeft ook een loket in het gebouw van het BovenIJ.

Voorzitter. Het kabinet ziet dat de wijze van bekostigen van de acute zorg onderwerp van discussie is. Dat kwam ook duidelijk naar voren in de eerste termijn. Meerderen van u hebben aangestipt dat het proces van besluitvorming in de regio bij wijzigingen in het zorgaanbod nog niet goed verloopt en dat de besluiten die bijvoorbeeld het ziekenhuis neemt, de relevante stakeholders, zoals de gemeenten en de omwonenden, daardoor overvallen. Ik zie het als een taak van de overheid om zo goed mogelijk te faciliteren dat het goede gesprek vooral in de regio plaatsvindt. Dat geldt ook voor de oplossingen die daarbij worden bedacht.

Voorzitter. Daarom doen wij drie dingen. Ik ga straks in op de blokjes en de vragen, maar eerst even in het algemeen: wat doe ik? Ten eerste het invoeren van budgetbekostiging in de acute zorg, zodat men meer kan sturen op de organisatie en de beschikbaarheid van de spoedeisende zorg. Daar is door uw Kamer ook veelvuldig naar gevraagd.

In de tweede plaats scherpen we de wet- en regelgeving aan om ervoor te zorgen dat alle betrokkenen, alle stakeholders, tijdig worden betrokken bij de voorgenomen wijzigingen van het acutezorgaanbod in de regio. Dat geldt voor alle regio's. De relevante AMvB en de ministeriële regeling liggen nu ter consultatie voor. Ik zeg tegen meneer Krul: dit betreft ook de volledige reikwijdte van uw amendement. Dat is misschien een eerste toezegging, alhoewel het al ter consultatie ligt. Dan hebben we in ieder geval al een stap gezet, want u heeft die oproep terecht gedaan.

Ten derde heb ik recent een handreiking gepubliceerd die het gesprek in de regio met alle belanghebbenden over wijzigingen van het zorgaanbod ondersteunt. Ook zet het kabinet zich in voor het terugdringen van de arbeidstekorten in de zorg. Dat is hieraan gerelateerd, maar het is niet hetzelfde onderwerp. Ik ben dan ook trots op het werk dat door alle partijen is geleverd voordat ik aantrad om te komen tot het AZWA, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord -- dat is u welbekend -- dat ik op mijn tweede werkdag mocht ondertekenen met alle zorgveldpartijen. In dat zorgakkoord worden hele concrete maatregelen genomen die gericht zijn op het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort en op een gelijkwaardiger toegang tot zorg en ondersteuning. Als we erin slagen om het arbeidsmarkttekort terug te dringen -- bijna alle woordvoerders hebben dat aangestipt -- dan komen er meer mensen beschikbaar die kunnen bijdragen aan de zorg zelf. Het gaat om meer handen aan het bed, voor iedereen die dat nodig heeft en die daarop moet kunnen rekenen. Ik wil mij graag samen met de sector met volle

kracht inzetten om de zorg toegankelijk en van goede kwaliteit te houden voor iedereen, ongeacht waar iemand woont.

Voorzitter. Uw leden hebben mij een aantal vragen gesteld. Die zou ik graag in de volgende blokjes willen beantwoorden. Ten eerste het mmt, ten tweede de budgetbekostiging, ten derde het zorglandschap, waaronder het Zuyderland en de kinderkhartchirurgie, en dan nog een aantal onderwerpen die wij moeten aanduiden als "andere belangrijke onderwerpen".

Voorzitter. Ik kom op de vragen die gesteld zijn. Ten eerste de vraag van de heer Bevers van de VVD-fractie. De VVD is samen met de BBB een amendement aan het voorbereiden over het mmt en dekking hiervoor aan het zoeken. Is de minister hier positief over? Ten eerste is dit natuurlijk ontzettend belangrijk voor de mensen in Oost-Nederland en Limburg. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg heeft het advies gegeven om dit te doen. De vorige minister heeft al een principebesluit genomen in deze richting. Het kabinet heeft nog geen dekking gevonden voor de uitbreiding van de mmt-zorg. Daar moeten we wel eerlijk in zijn. Uiteraard draag ik het een zeer warm hart toe, als dokter maar zeker ook als minister. Ik ben direct na mijn aantreden gaan kijken hoe ik die uitbreiding financieel mogelijk kan maken. Er komen een aantal momenten aan, zoals de voorjaarsbesluitvorming of eventueel de formatie. Maar we krijgen natuurlijk ook nog de behandeling van de begroting. Ik wil graag met u meedenken over de mogelijkheden. Indien uw Kamer de wens heeft om die uitbreiding mogelijk te maken voordat dat mij lukt op een van de aangemerkte momenten, op basis van een concreet dekkingsvoorstel -- dat moet er natuurlijk wel bij zitten, maar dat hoef ik u uiteraard niet uit te leggen -- dan kunnen we dit zeker bespreken tijdens de begrotingsbehandeling. Ik zie daar ook naar uit, want voor de mensen in de regio is het belangrijk dat dit zo snel mogelijk geregeld wordt.

Mevrouw Joseph van de BBB-fractie vroeg over dit onderwerp of ik kan toezeggen dat ik bij de provincie zal aandringen op een tijdelijke uitzondering voor stationering op Teuge. Behalve het geld, waar we het nu over gehad hebben, hebben we daar ook een issue met de vergunning, zoals u weet. Die kan inderdaad nog even op zich laten wachten. Ik heb naar aanleiding van de motie-Rijkers-Oosterkamp bij de provincie Gelderland aandacht gevraagd voor de stationering van een helikopter op Teuge. Dit wordt meegenomen in het luchthavenbesluit. Het onderzoek van het Landelijk Netwerk Acute Zorg naar de toegankelijkheid van de mmt-zorg in Nederland laat heel duidelijk zien dat die extra capaciteit nodig is in Oost-Nederland en Limburg. De provincie is gestart met voorbereidende werkzaamheden in de aanloop naar een nieuw luchthavenbesluit, dat nodig was. De provincie geeft aan dat een tijdelijke oplossing niet aan de orde is omdat er een milieueffectrapport moet worden opgesteld en er passende geluidsruimte moet worden gevonden. Dat zal meer tijd kosten dan de procedure die nu voorzien is. Het is natuurlijk uiteindelijk aan de Provinciale Staten van Gelderland om een besluit te nemen over een nieuw luchthavenbesluit en daarmee over de mogelijkheid om met een traumahelikopter te kunnen vliegen vanaf Teuge.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Ik dank de minister voor de antwoorden. Ik had gezien dat uw gesprek met de provincie heeft plaatsgevonden voordat u de brief naar ons stuurde waarin stond dat het nog een of twee jaar gaat duren. Mijn vraag is toch: kunt u de provincie hier nog eens op wijzen? Want dit heeft wel haast. Misschien kan het iets sneller als er extra urgentie is.

Minister **Bruijn**:

Ik ben natuurlijk van harte bereid om dat nog een keer te vragen.

De **voorzitter**:

Die staat. Dank u wel. Dan komen we bij het volgende blok.

Minister **Bruijn**:

De budgetbekostiging.

De **voorzitter**:

De budgetbekostiging. De minister.

Minister **Bruijn**:

Voorzitter. Ik kom bij de vraag van de heer Bevers van de VVD-fractie. Hij vroeg of er een situatie kan ontstaan waarin ambulances een spoedeisende hulp voorbij moeten rijden omdat er te weinig personeel is als gevolg van budgetbekostiging. Als een ambulance een spoedeisende hulp voorbij moet rijden omdat er te weinig personeel is, dan kan dat nooit een gevolg zijn van budgetbekostiging. Die werkt eigenlijk de andere kant op. Budgetbekostiging biedt meer zekerheid voor de spoedeisende hulp en kan in die zin bijdragen aan het behoud van personeel door meerjarige afspraken. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat ambulances soms nu ook al de dichtstbijzijnde SEH voorbijrijden, bijvoorbeeld bij een hartinfarct of beroerte, als een ander ziekenhuis daar meer op is ingericht. De situatie die u schetst, komt dus al voor.

Voorzitter. De heer Bevers constateert dat er verschillende vormen van spoedzorg zijn. Dat klopt natuurlijk. Dat is ook het mooie. Er zijn verschillen tussen SEH's en spoedposten of spoedpleinen, waar alleen mensen met laag-

complexe klachten terechtkunnen. Ik was bij het BovenIJ, dat voorheen het BovenIJ-ziekenhuis heette, op werkbezoek. Dat is een prachtig voorbeeld van een volledige integratie van de spoedeisende hulp en de huisartsenpost. Maar daar zitten ze wel te wachten op budgetbekostiging, want je kunt pas helemaal integreren als je ook op dezelfde manier bekostigd wordt. Dat hebben ze mij verteld. Maar het is natuurlijk goed dat er verschillende verschijningsvormen zijn van acute hulp en acute zorg, want op die manier krijgen patiënten de beste zorg en kan het schaarse personeel op de meest efficiënte manier worden ingezet. Op termijn wil ik dat budgetbekostiging de verschillen tussen de SEH's en tussen de verschillende vormen van acute zorg ondersteunt. Daarover kunnen we in de doorontwikkeling van de kwaliteitseisen op basis van de afspraak in het AZWA met elkaar spreken.

Voorzitter. De heer Bevers heeft ook een vraag gesteld over de zorgen die de VVD-fractie heeft over wat de tussenstap in de budgetbekostiging betekent voor nieuwe initiatieven zoals spoedpoli's, spoedposten en andere nieuwe vormen van acute zorg. De heer Bevers vraagt of de minister daar helderheid over kan geven. Nou, ik kan dat in ieder geval proberen, en dat ga ik nu doen. Ik ben het eens met de leden van de VVD-fractie dat het van belang is voor patiënten -- daar gaat het natuurlijk allemaal over -- dat er verschillende vormen van acute zorg worden aangeboden, passend bij de zorgvraag en bij andere omstandigheden in die regio. Die omstandigheden kunnen van regio tot regio verschillen, of zelfs van gemeente tot gemeente. De tussenstap in de budgetbekostiging heeft geen consequenties voor spoedpoli's of spoedposten die geen SEH zijn; zij kunnen zodanig blijven bestaan. Spoedposten die wél een SEH omvatten, zoals in het BovenIJ, vallen uiteraard wél hieronder.

Op basis van de AZWA-afspraken -- we zien dus hoe belangrijk die zijn -- is de sector bezig met het opstellen van kwaliteitseisen voor verschillende vormen van acute zorg. Dat is onderdeel van dat groeipad en dat vind ik zelf erg mooi, want dat betekent dat je de ontwikkeling van verschillende vormen van spoedposten, acute zorg, ook ondersteunt met daarop geënte kwaliteitseisen en niet alle verschillende vormen langs dezelfde lat legt. Het is daarom een belangrijk onderdeel van de introductie van de budgetbekostiging. De gesprekken worden er al over gevoerd. We gebruiken dat dan weer bij de doorontwikkeling van de budgetbekostiging. Het is mijn streven om de budgetbekostiging op termijn te laten aansluiten bij die verschillende vormen van acute zorg. Daartoe werken we aan een richtinggevend kader voor de regio's.

Voorzitter. Mevrouw De Korte van NSC heeft een vraag gesteld over de medisch specialisten. Gaat de minister met de budgetbekostiging stimuleren om medisch specialisten in loondienst te nemen? Zijn daar nog belemmeringen voor? Ten eerste kan ik mevrouw De Korte zeggen dat ik tot voor kort medisch specialist in loondienst was en dat ik daar heel gelukkig in ben geweest. Maar dat is natuurlijk geen antwoord op haar vraag. Er is geen link tussen het onderwerp budgetbekostiging en het stimuleren om medisch

specialisten in loondienst te nemen; die piketpaal moeten we, denk ik, gezamenlijk eerst slaan. U heeft ook niet gezegd dat die link er wel is, maar in deze discussie ontrafelen we dat even. Het zijn eigenlijk twee gescheiden trajecten. Budgetbekostiging gaat erom dat financiële zekerheid wordt geboden aan ziekenhuizen om een spoedeisende hulp draaiende te houden. Dat is natuurlijk iets anders dan de vraag of een arts in loondienst is.

Rondom loondienst zet ik in op onderzoek om te komen tot een onderbouwing om loondienst te verplichten. Dit is een al wat langer lopend dossier; ik zal niet beweren dat ik het direct zelf opgepakt heb op mijn eerste werkdag drie weken geleden. Zoals eerder aangegeven door mijn voorgangers is een verplichting tot loondienst juridisch ingewikkeld, in verband met het eigendomsrecht. Eerder was de verwachting dat de monitor, onderdeel van het genoemde onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit, eind december zou worden opgeleverd over dit punt. Maar ik verwacht deze nu in maart 2026. Ik zeg toe dat ik u zo snel mogelijk daarover zal informeren als ik die ontvangen heb. Dan kunnen we deze discussie natuurlijk wel doorzetten.

De **voorzitter**:

Even volgordelijk. Omdat er ook al eerder VVD-vragen werden beantwoord, geef ik eerst de heer Bevers het woord. Daarna komt mevrouw De Korte en de overigen die nog bij dit blok willen interrumpen.

De heer **Bevers** (VVD):

Mijn vraag aan de minister is of in die rapportage ook de financiële consequenties worden meegenomen. We weten namelijk dat er schattingen zijn dat een verplichting om een specialist in loondienst te nemen tussen de 2 miljard en 4 miljard aan kosten met zich mee zou brengen, in verband met dat eigendomsrecht en het uitkopen. Komt die financiële informatie ook?

Minister **Bruijn**:

Die zit in ieder geval niet in het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit, maar ik kan natuurlijk wel kijken of ik die informatie, de schattingen en ramingen, mee kan sturen op het moment dat ik uw Kamer informeer over dat rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit. Maar het maakt daar dan geen onderdeel van uit.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank aan de minister voor de beantwoording. Toch blijf ik wel ergens mee zitten. Budgetbekostiging betekent dat een hele afdeling bekostigd wordt, terwijl de betaling in ziekenhuizen per behandeling gebeurt. Daar hebben medisch specialisten ook baat bij, want hoe meer behandelingen, hoe meer inkomen. Het betekent ook dat als medisch specialisten niet in loondienst zijn, zij bijvoorbeeld sneller een patiënt opnemen, omdat daar een bekostiging achter zit. Het zou dus enorm helpen als medisch specialisten niet in loondienst zijn en zij niet die prikkel hebben om te behandelen terwijl dat niet nodig is.

Sorry, ik bedoel: als medisch specialisten wél in loondienst zijn.

De **voorzitter**:

Ja, als zij wel in loondienst zijn.

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp wat u zegt. Het is overigens zo dat op het moment dat we, per 1 januari 2027, de budgetbekostiging stapsgewijs gaan invoeren, we dat eerst alleen doen voor dat deel van het ziekenhuisbudget dat nu valt onder de beschikbaarheidsbijdrage. Daar ligt dan de demarcatielijn. Dat deel gaat dan uit het verzekerd pakket -- de dbc's moeten daarvoor worden geschoond -- en valt dan in dat andere deel. Dat geldt ook voor de ziekenhuizen die geen beschikbaarheidsbijdrage hebben omdat ze niet in de 45 minuten-gevoelige groep vallen. Dan is voor dat deel die omzetprikkel weg en is er dus een wat langduriger garantie van zorg en onafhankelijkheid van de hoeveelheid patiënten die daar binnenloopt.

Hetzelfde kun je ook bereiken met loondienst, maar het blijven natuurlijk toch twee verschillende onderwerpen. Ik ben het wel met u eens dat je ze vanuit je doelstelling wel nevenschikkend kunt beschouwen.

De **voorzitter**:

Gaat u ... De heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Mijn vraag gaat over die budgetbekostiging. Op 21 mei is er een motie aangenomen waarmee we wat sturing proberen te geven aan de invulling van budgetbekostiging waarin de locatiegebondenheid van belang is. Ik hoor en lees dat nog niet goed terug in de stukken. Ik maak mij daar dus wat zorgen over, want die locatiegebondenheid zorgt ervoor dat bijvoorbeeld een

ziekenhuis met twee of drie locaties eraan gehouden wordt om de gelden te verdelen over die twee of drie locaties en dat niet op ziekenhuisniveau te beschouwen. Ik ben benieuwd wat de minister daar nu van vindt.

Ik heb nog een tweede vraag. Ik stel ze meteen in één keer, voorzitter; dan hebben we dat gehad. Deze vraag gaat over spoedeisende hulpen die omgetoverd worden tot spoedpleinen, AZA's, geef het maar een naam. Ik krijg berichten dat de inspectie zorgen uit over de kwaliteit van die AZA's. Zijn die zorgen bij de minister bekend? Zo ja, wat betekenen die zorgen dan voor de verdere afschaling van de SEH's richting AZA's?

Minister **Bruijn**:

Ten eerste. De budgetbesteding wordt uitgerold per 1 januari 2027, per locatie waar nu al een spoedeisende hulp is. Dat is denk ik het korte antwoord op uw vraag, en ik denk ook een duidelijk antwoord. Als een ziekenhuis nu drie spoedeisende hulpen heeft, gaan die per 1 januari 2027 alle drie in de partiële budgetbesteding. Hoe het er daarna uitziet, met dat normenkader, en hoe het zorglandschap uiteindelijk wordt, gaan we natuurlijk gezamenlijk bekijken maar dat is het vervolgtraject.

Dan over de inspectie. Die denkt inderdaad juist mee over hoe we dit goed gaan doen. Het is natuurlijk een heel goede ontwikkeling dat je bijvoorbeeld een spoedpost hebt zoals in het BovenIJ, waar de huisartsenpost en de spoedeisende hulp helemaal geïntegreerd zijn. Dat is vooral voor de patiënt een heel goede ontwikkeling, omdat de patiënt bij één loket komt, zich één keer hoeft in te schrijven en in één kamer ligt -- ik ben er geweest -- waar zowel de spoedeisende dokter, de specialist als de huisarts binnen kan lopen. Zelfs de apotheek zat daar in dezelfde gang, zag ik. Dit is dus een prachtige ontwikkeling. Natuurlijk kijkt de inspectie mee naar wat er gebeurt. Er hebben mij geen signalen bereikt dat er in algemene zin grote zorgen zijn over dat landschap, maar ik hou het uiteraard in de gaten.

De **voorzitter**:

De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Bruijn**:

Dan had mevrouw De Korte nog een vraag over loondienst, namelijk of de minister met de budgetbesteding gaat stimuleren om medisch specialisten in loondienst te nemen en of daar nog belemmeringen voor zijn. We hebben het eigenlijk al even aangeraakt, mevrouw De Korte; het korte antwoord is nee. Kunt u daar genoeg mee nemen, of zal ik ...? Ik zie dat u daar genoeg mee neemt.

Dan ga ik naar de vragen van de heer Bushoff van Partij van de Arbeid-GroenLinks over budgetbekostiging. De heer Bushoff zei dat het weghalen van voorzieningen in de regio mensen met een kleine beurs raakt. Dat is inderdaad wat we allemaal niet willen. Het gaat om mensen die een gezin willen stichten. Dat mogen we niet laten gebeuren. Ik denk dat we helemaal aan dezelfde kant staan. Het patiëntbelang staat in deze hele transitie ook centraal. U hoopt dat dat doorsijpelt in de politiek. We zien dat dat vandaag in ieder geval zeker gebeurt.

De inrichting van het acutezorglandschap zou er anders uitzien als we het opnieuw konden beginnen, zei mevrouw Wies, als ik me niet vergis.

De **voorzitter**:

Miets.

Minister **Bruijn**:

Wiets; excuses voor de verwarring. U vraagt of ik het met haar eens ben. Ik kan wel ja zeggen, maar dat weet je eigenlijk niet. Als we helemaal from scratch zouden beginnen, denk ik dat er een gerede kans is dat we op een ander zorglandschap zouden uitkomen dan we nu hebben, maar die situatie zal zich niet voordoen. Dit kan ik er toch wel over meegeven aan u voor mevrouw Wiets.

Dan: er zou meer moeten worden geredeneerd vanuit "elke regio telt" werd er gezegd. Ja, wellicht. Kan ik aangeven of ik die visie deel en of het onderdeel is van de budgetbekostiging? Nou, nogmaals, de acute zorg moet voor iedereen toegankelijk blijven, ongeacht de grootte van de portemonnee. Dat was ook uw punt. Budgetbekostiging gaat dan ook gelden voor iedere SEH-locatie in Nederland, zeg ik ook nog een keer tegen meneer Claassen. Het gaat dus niet om de instelling maar om de locatie. Dat was een van de drie belangrijke onderwerpen uit uw motie. Dat biedt meer financiële zekerheid voor het ziekenhuis dan in de huidige situatie. Door alle onderdelen van de acute zorg op dezelfde manier te bekostigen, dus ook de acute ggz daarbij, wordt het makkelijker om afspraken te maken over samenwerking. Dat heb ik in het BovenIJ ook duidelijk te horen gekregen. Alleen door samen te werken, kunnen we de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar houden.

Voorzitter. Ik ga naar de vraag van de heer Krul van de fractie van het CDA over budgetbekostiging. Het CDA is voorstander van budgetbekostiging. Kan de minister uitleggen waarom hij voor dit scenario ... De heer Krul is inmiddels verdwenen, zie ik.

De **voorzitter**:

De heer Krul is niet verdwenen.

Minister **Bruijn**:

Hij is al overtuigd, of gelooft hij er niet meer in?

De **voorzitter**:

De heer Krul is wel letterlijk niet meer hier, maar er zijn ook andere verplichtingen in dit huis, dus hij ...

Minister **Bruijn**:

Dat begrijp ik.

De **voorzitter**:

Ze hebben nog vijf zetels, dus ze hebben het allemaal te combineren. Daar hebben wij altijd heel veel begrip voor. Maar de heer Krul heeft mij beloofd dat hij hier weer is zodra de mogelijkheid zich voordoet.

Minister **Bruijn**:

Maar ik beantwoord zijn vraag wel, met uw welnemen.

De **voorzitter**:

Zeker, want er kijken altijd medewerkers mee. Dat gaat altijd door.

Minister **Bruijn**:

Het CDA is voorstander van budgetbekostiging, zegt de heer Krul. Hij vraagt of de minister kan uitleggen waarom voor het scenario van invoering per 2027 gekozen is. Dat is inderdaad een keuze. Het is overigens ook een advies van de NZa. Hij vroeg of het gekoppeld is aan een groeipad, en met welk doel. Dat is natuurlijk een heel belangrijke vraag, ook gezien vanuit het belang van de patiënt. Waarom doen we dit op die manier en niet op een andere manier? We praten al sinds 2018 met elkaar over de acute zorg en de SEH's. Ondertussen wordt die problematiek, zoals meerderen van u ook hebben geschetst, steeds urgenter. Er zijn gewoon problemen in het land. Er

zijn vaak zorgen over het openhouden van de SEH of het verdwijnen van een afdeling. Dat wordt onder andere veroorzaakt door arbeidsmarktkrapte, maar ook door zorgverzwaring. Daar waar het nu niet goed gaat, wil ik zorgen dat het goedkomt. Daar waar het goed gaat, wil ik verder verbeteren.

Daarom wil ik hier tempo op houden en nu een stap gaan zetten door per 2027 budgetbekostiging in te voeren voor alle spoedeisende hulpen, en niet veel later, zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraars hadden gewenst, maar ook niet veel eerder, zoals andere betrokkenen hadden gewenst. Het is eigenlijk een soort compromis, een tussenvorm, een van de vier scenario's van de NZa die door mijn voorganger is gekozen. Dat doe ik in combinatie met het groeipad, dat wil zeggen: het discussietraject dat we gezamenlijk met alle stakeholders hebben om te komen tot een inrichting langs het normenkader en tot een gedifferentieerd pakket met kwaliteitseisen. Door die kwaliteitseisen is er dus ruimte om te differentiëren naar de verschillende vormen van spoedzorg. Ook laat dat in de regio's ruimte om regiospecifiek, passend bij de zorgvraag van de patiënten in die regio, keuzes te maken. Kortom, we maken wel een start, maar we doen het ook zorgvuldig. Voortvarendheid en zorgvuldigheid worden hierbij gecombineerd. Vandaar de keuze voor dit tijdpad.

Voorzitter. Dan ga ik naar de volgende vraag van de heer Krul van de fractie van het CDA, namelijk of ik voor het einde van het jaar kan komen tot een procesvoorstel voor het groeipad. Hij vroeg ook: wanneer is het groeipad doorlopen? Op dit moment is nog niet helder hoe het groeipad er precies uit komt te zien. Ook daar gaat zorgvuldigheid natuurlijk boven snelheid, maar we willen wel voortvarend zijn. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, het AZWA, is de afspraak gemaakt om de kwaliteitseisen door te ontwikkelen. Dat is een eerste stap. Ook zijn er door mij eerste gesprekken met het Zorginstituut, het RIVM en de NZa gestart, bijvoorbeeld over hoe het richtinggevend kader eruit kan komen te zien. Dat is dat normenkader, het uiteindelijke zorglandschap. Ik wil uiteraard ook met alle veldpartijen in gesprek over het groeipad voor de budgetbekostiging. Het is belangrijk om hun kennis te benutten, maar bijvoorbeeld ook hun data en gegevens. Dat is echt nog wel een pad. Vandaar ook dat het verstandig is geweest om pas per 1 januari 2027 te beginnen met de eerste stappen en de budgetbekostiging zelf. Over de voortgang daarvan en het verdere proces kan ik, zoals de heer Krul vraagt, toezeggen dat ik met informatie kom, maar dan wel in het voorjaar van 2026, omdat ik vrees dat er in het najaar van dit jaar, dat zoals u natuurlijk weet niet heel ver weg is, nog niet veel meer over te informeren is dan we vandaag al met elkaar delen. Ik zeg dus toe dat ik dat in het voorjaar van 2026 zal doen. Ik verwacht dan ook meer zicht te hebben op wanneer het groeipad zal zijn doorlopen. Maar nogmaals, ik vind de zorgvuldigheid daarbij echt belangrijker dan het fixeren van een einddatum.

Voorzitter. De heer Bevers heeft een vraag gesteld ... Een interruptie?

De **voorzitter**:

Ik stel voor dat u het blok gewoon even afrondt. Daarna gaan we gewoon het rijtje af.

Minister **Bruijn**:

Met plezier, voorzitter. De heer Bevers vraagt: is de minister bereid om toe te zeggen zo snel mogelijk een tussenrapportage aan de Kamer te sturen met daarin de stand van zaken, ook wat betreft de zojuist genoemde bedenkingen over budgetbekostiging? Dat gaat bijvoorbeeld over de bedenkingen van de zorgverzekeraars, waar we natuurlijk heel goed naar kijken. Het antwoord is: ja, ik ben daartoe bereid. Ik heb uw Kamer in mijn brief van 12 september al toegezegd om in het voorjaar van '26 met informatie naar uw Kamer te komen over de voortgang, maar u vraagt natuurlijk naar een latere datum, waarschijnlijk 2028. Ik zal u uiteraard periodiek blijven informeren, zeg ik u toe, door middel van tussenrapportages, ook na de invoering per 1 januari 2027, en dus ook zo snel mogelijk na 1 januari 2028, zoals gevraagd door de heer Bevers.

Voorzitter. Dan een vraag van de heer Claassen van de PVV. Kan de minister simpel uitleggen -- dat zijn altijd heel moeilijke vragen -- wat de stand van zaken is van de implementatie van budgetbekostiging en het groeipad? Welke rol ziet de minister voor zich om budgetbekostiging te realiseren, in ieder geval per 2028? We hebben het, denk ik, voor een deel misschien al beantwoord. Ik kijk even naar meneer Claassen of hij nog een verdere beantwoording wenst. Ik denk dat we wellicht al voldoende hebben beantwoord over wat er met het groeipad gebeurt, de ingangsdatum en de voortgangsrapportages aan uw Kamer. Maar ik kijk even naar meneer Claassen of hij dat ook deelt.

De heer **Claassen** (PVV):

Het is zeker een stuk meer helder dan het was. Als het over het groeipad gaat, moet ik alleen in de documenten duiken. Dan zeg ik: zeg het in jip-en-janneketaal. Dat zegt alles over mij. Ik vind dat gewoon heel simpel, het liefst in B2, moet worden opgeschreven wat een groeipad is, waar het toe moet leiden en welke stappen er zijn. Ik pleit daar vaker voor. Het is gewoon heel lastig te doorgronden.

De **voorzitter**:

Ja, duidelijk.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat stukje kan volgens mij wel ...

De **voorzitter**:

Als voorzitter van deze commissie kan ik dat alleen maar aanmoedigen.

Minister **Bruijn**:

Ik zeg het toe dat ik dan in de brief van januari een poging zal doen om ook in jip-en-janneketaal nog eens ...

De **voorzitter**:

Oké!

Minister **Bruijn**:

... door te akkeren wat het groeipad precies is, want dat is moeilijk.

De **voorzitter**:

Zeker. Communicatie is een vak. Gaat u door, minister.

Minister **Bruijn**:

Dan vraagt de fractie van de PVV: is de minister bereid om de bekostiging van de 100 meest voorkomende ingrepen over te hevelen van het A-segment, het vaste segment, naar het B-segment, het vrije segment? Een interessante vraag. Ik ben het met het lid Claassen eens dat we de bekostiging in de medisch-specialistische zorg moeten doorontwikkelen. We moeten daar natuurlijk altijd weer naar blijven kijken, indachtig mevrouw Wiets: hoe zouden we het gedaan hebben als we dit from scratch konden inrichten? Het doel daarvan is natuurlijk dat de patiënt ervan profiteert, dat die betere zorg krijgt, dat die zorg ook toegankelijk is, dat hij de rekening ook kan betalen, en dat alle aanbieders een eerlijke bijdrage leveren aan de maatschappelijke opgave en ze daar ook een eerlijke vergoeding voor krijgen. Dat is natuurlijk ook het doel van de heer Claassen met deze vraag. Onderdeel daarvan is de invoering van budgetbekostiging voor de bekostiging van de acute zorg. In het AZWA is een afspraak opgenomen om te zorgen dat iedereen in de medisch-specialistische zorg een eerlijke

bijdrage levert. Dat is het punt. Daarbij wordt ook gekeken naar de bekostiging van de planbare zorg in ziekenhuizen en de zbc's. Ik wil de uitkomsten van dit traject afwachten om gericht te bepalen welke stappen nodig zijn om een eerlijk speelveld te creëren en wat dat eventueel vraagt in de bekostiging. Ik zeg u toe dat ik op zijn vroegst in Q1 van 2026 de uitkomsten van dit traject met u zal delen, en daar dan deze vraag ook in zal meenemen. Als dat voor nu voldoende is om de heer Claassen comfort te geven, dan ...

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, als het een beetje meezit, zit ik hier in Q26 weer.

De **voorzitter**:

Ik had ook een interruptie genoteerd. Meneer Claassen, wilt u daar nu op reageren? U bent aan het einde gekomen van het blok toch? U had ook gewoon nog een interruptie.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, ik had ook nog een interruptie.

De **voorzitter**:

Zeker. U gaat akkoord met de toezegging?

De heer **Claassen** (PVV):

Zoals ik zei, is er in Q26 een grote waarschijnlijkheid dat ik dat nauwgezet zou kunnen volgen; dat is prima.

De **voorzitter**:

Oké, akkoord. Uw interruptie.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik wilde nog heel even terugkomen op dat verhaal van de inspectie. Ik had mijn vraag gebaseerd op een artikel dat gistermiddag verscheen op Skipr, over de IGJ die zich zorgen maakt over de verschillende verschijningsvormen.

Los van levels 1, 2 en 3 zijn er ook allemaal tussenvormen aan het ontstaan, zoals ik ook in Zoetermeer heb gezien gister, met één plein waar ze proberen te gaan piloten om straks ook de bekostiging samen te doen. Hoe noem je dat dan? Is dat dan wel een level 3-SEH of krijgt het na 21.00 uur een andere naam? Krijgt het na 0.00 uur 's nachts een andere naam? En wat doen ze dan? De IGJ maakt zich daar zorgen over en vraagt om landelijk beleid over die differentiatie die ontstaat. Dan hebben we helder met elkaar wat er is na level 3, en of we dat anders gaan noemen. Daar zou ik toch iets meer duiding op willen hebben.

De **voorzitter**:

Mag ik even nog? Dit geldt echt voor alle Kamerleden.

De heer **Claassen** (PVV):

Duurde lang, hè?

De **voorzitter**:

SEH, IGJ: ik weet wat het betekent. Ik denk dat de meeste hier dat ook ...

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter, SEH is spoedeisende hulp. IGJ is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De **voorzitter**:

Heel goed.

De heer **Claassen** (PVV):

AZA is de acutezorgafdeling.

De **voorzitter**:

Top.

De heer **Claassen** (PVV):

Spoedplein is een, tsja, spoedplein.

De **voorzitter**:

U hoeft ze niet allemaal te doen, maar het is echt iets waar we scherp op moeten blijven, anders ...

De heer **Claassen** (PVV):

En Q1 dat is kwartaal één van het jaar. En Q8 is een tankstation.

Minister **Bruijn**:

U vergeet de belangrijkste: AZWA.

De **voorzitter**:

Het AZWA is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Maar het is echt af en toe belangrijk om niet alleen maar in afkortingen te praten, anders gaat een deel van de volgers van dit debat afhaken en dat is ook niet goed. De minister eerst.

Minister **Bruijn**:

Ik vind dit een zeer terechte en heldere vraag. Ik kom er graag in de tweede termijn op terug. Dan zoeken we dat even netjes uit.

De **voorzitter**:

Dan ga ik eerst naar mevrouw Dobbe en dan naar mevrouw Joseph. U heeft niet ...?

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Nee hoor, dat komt nog. Geen zorgen.

De **voorzitter**:

Oh, excuus. Dan ga ik naar mevrouw Joseph.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

De BBB had zorgen geuit over dat het een tijdje duurt voordat er een budgetbekostiging is en dat er in de tussentijd alweer afdelingen moeten sluiten. Ook bij de cruciale ggz, waar we afdelingen open wilden houden, hebben we gezien dat de besluitvorming heel lang duurt en er in de tussentijd afdelingen sluiten. Die komen niet zomaar weer terug. We vroegen ons dus af of er echt niet iets te bedenken is, om op korte termijn te voorkomen dat afdelingen sluiten.

Minister **Bruijn**:

Daar kom ik zo meteen op terug.

De **voorzitter**:

Dat volgt nog. Dan zijn we aan het einde gekomen van dit blok en komen we bij het blok medisch zorglandschap. De minister.

Minister **Bruijn**:

Dank u wel, voorzitter. Mevrouw De Korte van NSC vroeg of ik kan toezeggen dat ik binnen AZWA kijk hoe de wijkverpleging een actieve rol kan krijgen bij proactieve zorgplanning, zodat er geen onnodige ziekenhuisopnames komen. Het antwoord is: ja, dat zeg ik graag toe. In het AZWA hebben we afgesproken dat partijen, waaronder de wijkverpleging, het gesprek met de patiënt voeren over proactieve zorgplanning. Het is een heel belangrijk onderwerp natuurlijk, waar mevrouw De Korte het over heeft. Het is echt de ambitie dat we de uitkomsten daarvan goed vastleggen en delen over domeinen heen. Ik vind het vanzelfsprekend dat de wijkverpleging hier een actieve rol in heeft, waar mevrouw De Korte ook op wijst. De wijkverpleging heeft immers ook vaak het eerste contact met de ouderen en kan dat vaak als beste doen. De wijkverpleging is dus ook nauw betrokken bij de uitvoering van deze AZWA-afspraken. Dus nogmaals: deze toezegging doe ik graag, onder de voorwaarde dat ik het proefschrift van mevrouw De Korte zou mogen lezen. Dan zal ik in ruil daarvoor mijn eigen proefschrift aan mevrouw De Korte doen toekomen. Voor wat hoort wat.

Voorzitter. De heer Krul van het CDA had een specifieke vraag over het onderwerp geboortezorg in het Zuyderland, namelijk: kan de minister iets meer vertellen over het proces wat daar loopt, want de SES-score is laag en brengt risico's met zich mee? Ik ben het eens met de heer Krul dat dit een heel belangrijk onderwerp is voor de regio's, maar temeer ook voor de patiënt. U bent in de Kamerbrief van 25 juli geïnformeerd over de stand van zaken rond de geboortezorg van het Zuyderlandziekenhuis. Goede en veilige

geboortezorg na 2030 is een van de onderwerpen waarvoor het Zuyderland samen met de regionale partners, met onder anderen geboortezorgprofessionals en ervaringsdeskundigen, een plan uitwerkt in een werkgroep. Die betrokkenheid van de omgeving is dus eigenlijk ook wat we, zoals u weet, beogen met de aanpassing van de Wkkgz, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Dat is onderdeel van het pakket; daar past dit dus heel mooi bij. De planning is erop gericht om in de tweede helft van 2026 het uitgewerkte plan voor de geboortezorg na 2030 op te leveren. Ik zeg u graag toe dat ik uw Kamer informeert wanneer dat plan is uitgewerkt, u dat plan doe toekomen en er desgewenst ook graag met u over in gesprek ga.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik heb daar toch nog vragen over. Het klopt: er zijn meer jonge moeders, meer alleenstaande moeders en meer bevallingen in het ziekenhuis. Als er dus één ding ontzettend belangrijk is voor deze regio, dan is het inderdaad wel goede geboortezorg. Dat is echt cruciaal, want we weten gewoon dat de eerste 1.000 dagen van een kind zo ongelofelijk belangrijk zijn. Daarom is het ook echt pijnlijk dat in Heerlen zo'n geboortecentrum nog niet gerealiseerd is, of eigenlijk, dreigt te verdwijnen. Ik vraag van deze minister of hij bereid is om opnieuw in gesprek te gaan met bijvoorbeeld de zorgverzekeraar of met de partners, om te kijken wat er nog kan en wat er nodig is om dat plan voor die geboortezorg vlot te trekken. Heeft deze minister de bereidheid om daar zelf ook een stap in te zetten?

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp de vraag goed. Het is natuurlijk ook een heel belangrijk onderwerp. Het is wel zo dat -- dat weten we allebei -- het natuurlijk aan de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar is welke zorg er lokaal is. Dankzij de budgetbesteding, het daarbij passende groeipad en het normenkader gaan we er wel met elkaar over spreken hoe dat zorglandschap er nou uit ziet in Nederland. Het Zuyderland pakt dat ook op, is dus met die regionale partners, geboortezorgprofessionals en ervaringsdeskundigen in gesprek en maakt daar een plan voor. Dat geeft ook de urgentie aan. De planning is erop gericht om in de tweede helft van 2026 dat plan op te leveren. Nogmaals, ik zeg u toe uw Kamer daar verder over te informeren en daar eventueel ook met u over in gesprek te gaan, maar het is niet aan de minister om te bepalen welke zorg daar geleverd wordt. De zorgplicht van de zorgverzekeraar is hier overigens natuurlijk ook nog een kader.

De **voorzitter**:

Bushoff nog?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

We zijn het eens over wat de verantwoordelijkheden zijn. Alleen, wat mij in dezen toch wel triggert, is dat de minister het belang van geboortezorg erkent en zegt dat er aan een plan wordt gewerkt. Als je daar zo veel belang aan hecht, zoals deze minister in woord doet, kan ik me voorstellen dat je toch wel wat meer zou willen weten van dat plan, dat je ondanks de gescheiden rollen, toch de verantwoordelijkheid voelt dat het een goed plan wordt en dat je daarom als minister zegt: vanuit mijn rol ga ik in gesprek met de betrokkenen om ook betrokken te zijn bij de planvorming. Ik ben dus wel even op zoek of de minister die rol ook voor zich ziet.

Minister **Bruijn**:

Ik wil zeker zover gaan dat ik me nog eens laat informeren, en dat ik nog eens bel met de zorgverzekeraar en met de instelling over hoe het ervoor staat, maar ik ga me niet mengen in de discussie. Ik kan me wel laten informeren. Dat zeg ik u ook toe. Ik zal de uitkomst ervan ook meenemen in de toekomstige brief, die ik in ieder geval zo snel mogelijk stuur.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Volgens mij is deze toezegging al eerder gedaan. Ik heb in voorbereiding op dit debat eens gekeken wat er nou allemaal is aangenomen en welke uitspraken er zijn gedaan door deze Tweede Kamer op het gebied van Zuyderland en het behouden van een volwaardig ziekenhuis, dus inclusief geboortezorg. Toen heb ik een hele stapel uitgeprint, maar in het kader van het milieu dacht ik: ik hou er maar mee op. Dit zijn allemaal aangenomen moties van deze Tweede Kamer die zeggen dat er een volwaardig ziekenhuis in Heerlen moet blijven. Ik schrik dan een beetje als ik deze minister hoor zeggen dat het aan de verzekeraar en de zorgaanbieder is welke zorg daar blijft, terwijl hier een hele stapel moties ligt waarin wij zeggen dat er een volwaardig ziekenhuis inclusief geboortezorg moet blijven. En dan komt er ergens in een van de Q'en van 2026 een plan. Is het voor deze minister acceptabel dat er een plan komt in 2026 waarin die geboortezorg niet behouden blijft?

De **voorzitter**:

"Een van de kwartalen".

Minister **Bruijn**:

Ik dank mevrouw Dobbe voor de vraag. Ik wil niet vooruitlopen op het plan, of dat wel of niet acceptabel is en wat ik dan überhaupt zou kunnen. Daar blijf ik wel graag met u over in gesprek. Ik zal u dus informeren en ik zal me ook laten informeren over de voortgang. Mevrouw Dobbe heeft het over moties. Er zijn voor deze zomer in ieder geval vier moties aangenomen over het Zuyderlandziekenhuis. Dat zijn dan waarschijnlijk de meest recente. Mijn voorganger heeft in haar brief van 3 juli een uitgebreide toelichting gegeven op die moties. Dat is nog niet de hele stapel, maar dat zijn waarschijnlijk wel de meest recente.

Voor drie van die moties geldt dat ze niet naar de letter maar wel naar de geest worden uitgevoerd. Twee moties vragen om een actieve betrokkenheid van de minister bij het maken van plannen op korte termijn voor het werven en opleiden van zorgpersoneel in de regio Zuid-Limburg. Eén motie vraagt om een verkenning te starten om een nationaal centrum voor geboortezorg en innovatie te vormen in de Stadsregio Parkstad. Dit zijn allemaal zaken waar het ziekenhuis zelf over gaat, en niet de minister van VWS, maar ik laat me dus informeren; zover kan ik gaan. Dat heeft de motie denk ik ook teweeggebracht. Ik kan wel algemeen landelijk beleid voeren op het gebied van de arbeidsmarkt.

Daarnaast is de wens van de Kamer over het nationaal centrum voor geboortezorg overgebracht aan het ziekenhuis en de zorgverzekeraars. Op het pakket van maatregelen dat ik voor de arbeidsmarkt neem, zou ik graag ingaan, maar ik kijk even naar de voorzitter of daar ook gelegenheid voor is, want dat is wel een heel pakket. Dat komt misschien ook nog wel aan de hand van toekomstige vragen. Anders kunnen we daar straks nog op terugkomen.

Eén motie is echt niet uitvoerbaar. Die motie vraagt mij om onder verwijzing naar de Wet marktordening gezondheidszorg een aanwijzing te geven aan het Zuyderlandziekenhuis om de acute zorg en de acute geboortezorg in Heerlen te behouden. Die bevoegdheid heb ik niet op grond van de wet. De wet kent wel een aanwijzingsbevoegdheid, maar die richt zich op de NZa. Daarom is de motie niet uitvoerbaar.

Dan heb ik in ieder geval een deel van de moties besproken, denk ik, maar niet de hele stapel.

De **voorzitter**:

Beste Kamer, u bent medewetgever, dus wie weet.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ja, precies. Er zijn nog wel meer moties, hoor. Het is goed dat deze minister nu een aantal recente moties aanhaalt, maar er zijn er nog een heel stuk meer. Waar ik van schrik, zijn de woorden: ik ga er niet over en ik laat mij informeren; dat is wat de motie teweeg heeft gebracht. Maar het gaat om een stapel moties. Het is heel duidelijk dat de Tweede Kamer vraagt om het behoud van een volwaardig ziekenhuis, inclusief geboortezorg en alle andere dingen die daarbij horen. Deze minister ziet geen andere rol voor zich dan dat hij zich laat informeren. Wij kunnen ons ook wel laten informeren. Met alle respect, daar hebben we de minister niet voor nodig. Wat gaat deze minister doen om te zorgen dat de wens van de Kamer wordt uitgevoerd?

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp de vraag van mevrouw Dobbe. Deze minister opereert binnen de kaders van de wet, zoals die in dit huis en in de Eerste Kamer zijn vastgesteld. Die wet geeft mij niet de bevoegdheid om in te grijpen in het zorgaanbod van een individuele zorgaanbieder in overleg met diens zorgverzekeraar. Het enige wat ik u kan zeggen, is dat ik kan wachten op een wetswijziging om te zorgen dat ik dat wel kan. Maar ik moet me aan de wet houden. Ik denk dat u ook de eerste zal zijn om dat te beamen.

De **voorzitter**:

Even voor mijn overzicht: er was nog een blok Zuyderland, dat hierna komt. Wat mij betreft pakken we ze nu gewoon samen. We waren bij het blok zorglandschap. Zuyderland zou hierna komen, maar wat mij betreft doen we beide blokken, vier én vijf, nu tegelijk.

Minister **Bruijn**:

Dank u wel. Ik ga dus door over Zuyderland. Een vraag van mevrouw Dobbe: de eerder gevraagde tabel over personeel en fte was waardevol, maar heeft de minister inzicht in waar de capaciteit qua personeel mist? In een eerdere Kamerbrief is een tabel opgenomen over het personeel van het Zuyderland. Naar aanleiding van uw vraag zal ik het Zuyderland vragen om die tabel te actualiseren. Dat neem ik dan mee in de beantwoording van het schriftelijk overleg, die ik binnenkort naar de Tweede Kamer zal sturen, uiterlijk vóór 1 november. Dat zeg ik u toe.

Voorzitter. Dan een vraag van de heer Krul namens het CDA over een ander onderwerp: de kinderhartchirurgie. De heer Krul stelt dat er van de beloofde samenwerking niks terechtkomt: ziet de minister een rol voor zichzelf als

stelsel verantwoordelijke en gaat hij de regie naar zich toetrekken? Laat ik om te beginnen zeggen dat de kinderhartchirurgie iets is wat ons allemaal enorm raakt. Ik ben zelf weleens op zo'n operatiekamer geweest. Dan zie je een heel grote operatiekamer, vol apparatuur en mensen. Midden in die operatiekamer ligt een heel klein kindje. Er wordt soms tien uur geopereerd om een leven te redden. Het is natuurlijk ontzettend belangrijk dat dit goed en veilig gebeurt, door hoogopgeleide mensen die dat kunnen -- daar heb ik veel respect voor -- zodat het gezin compleet blijft. Voor patiënten en hun dierbaren is dat dus ontzettend belangrijk. Ik ben dat met het CDA geheel eens. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt in de eerste plaats bij de partijen zelf, vanuit het bestuurlijk akkoord. Ik heb de partijen hier in reactie op de voortgangsrapportage ook op gewezen. Ik wil bespreken hoe zij gaan zorgen dat aan die afspraken voldaan wordt. Ik heb daarom als een van mijn eerste acties begin oktober de umc's, de IGJ, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, en de patiëntenorganisaties -- niet de minst belangrijke stakeholder -- bij mij uitgenodigd voor een gesprek over de voortgang van de bestuurlijke afspraken. Ingewikkeld is het, en we kennen allemaal de voorgeschiedenis, maar het moet goed gaan. Ik vind het belangrijk dat die afspraken ook op korte termijn vertaald worden in tastbare en concrete resultaten, zodat patiënten en hun naasten kunnen blijven rekenen op kwalitatief goede zorg en verbetering van de kwaliteit. De IGJ is van de situatie op de hoogte en houdt die nauwlettend in de gaten. Overigens is het de instelling in Groningen zelf die de afdeling gesloten heeft, die het onderzoek doet en die ernaar streeft om per 1 januari weer te openen. Zo moet het ook gaan. De patiëntenfederaties vonden dat ook een juiste beslissing van de instelling. Daar heeft de IGJ niet hoeven ingrijpen. Ik zal dat gesprek dus begin oktober voeren. Ik zeg u toe dat ik uw Kamer daarna over de uitkomsten zal informeren.

Voorzitter. Dan een vraag van de heer Claassen namens de PVV-fractie. Hij vraagt of ik bereid ben om wettelijk te regelen dat afschaling wordt voorkomen. Hoe graag ik dat ook zou willen, ik ben daar niet toe bereid. Ik deel het belang voor patiënten om de zorg waar mogelijk dichtbij te organiseren. Dat doel hebben we allemaal. Daarvoor ga ik budgetbesteding invoeren. De financiering moet stabiel zijn, de werkgever moet aantrekkelijk zijn, de samenwerking met huisartsenposten moet beter en er moet sturing zijn, zoals door uw Kamer ook gewenst. Ik heb een handreiking uitgebracht, ook op verzoek van uw Kamer, voor de dialoog in de regio over het aanbod van zorg. Ook heb ik een voorstel om een aanscherping van regelgeving over betrokkenheid van de regionale stakeholders, ook de burgemeester, te regelen. Die is op dit moment in internetconsultatie. Dat is het pakket dat ik hiervoor heb. Zover als een verbod op afschaling kan en wil ik niet gaan. Het ziekenhuis blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die het levert. Die verantwoordelijkheid moet het ook kunnen waarmaken. Er kunnen grote ongelukken gebeuren als er onvoldoende personeel is om goede zorg te leveren, maar dankzij het groeipad -- ik probeer het even in jip-en-janneketaal -- hebben we nu wel een discussie over het normenkader, waarbij

ik als minister ook aan tafel blijf zitten. Dat is om de door uw Kamer gewenste sturing ook Wietsproof te maken, zou ik bijna zeggen.

De heer **Claassen** (PVV):

Misschien toch een kleine nuance. Het was geen wet of verbod op afschaling. De vraag was om in de wet bij het verbod op winstuitkering mee te nemen dat ziekenhuizen de winst die ze maken, bijvoorbeeld cumulatief meer dan 30 miljoen over twee jaar, ook inzetten om afschaling te voorkomen. Als een entiteit winst maakt maar wil afschalen, zouden we hier dus met elkaar moeten regelen dat die middelen vooral ingezet moeten worden om afschaling te voorkomen. Dat is toch echt wel de nuance. Een verbod op afschaling zou heel raar zijn. Dat kan nooit de intentie zijn.

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp meneer Claassen. Dank voor deze nuance en toelichting. In bestedingen van positieve of negatieve resultaten door zelfstandige rechtspersonen kan ik mij niet mengen. Het stelsel voorziet daar niet in. Het zou wel kunnen als het stelsel gewijzigd wordt. Ik ben een demissionaire minister. Een stelselwijziging is niet direct logisch om te gaan ondernemen voor een demissionair minister. Maar ik begrijp het punt van meneer Claassen wel.

Voorzitter. Mevrouw Dobbe van de SP-fractie vraagt of ik de regie wil nemen over de zorg in Nederland. Ik neem die regie door de randvoorwaarden te scheppen voor de keuzes die in de regio gemaakt worden met betrekking tot het aanbod van zorg, ook acute zorg. Dan hebben we het dus over die budgetbekostiging, de handreiking die ik heb gepubliceerd op verzoek van uw Kamer voor de dialoog in de regio en over de aanscherping van de regelgeving en besluitvorming die in internetconsultatie gebracht is. We hebben natuurlijk ook een pakket maatregelen om het arbeidstekort aan te vallen. Dat is ook vanuit het AZWA een heel belangrijk transitiedoel. De keuzes moeten uiteindelijk in de regio gemaakt worden. Dat is ook ten behoeve van de regiospecificiteit van bepaalde problematiek. Daar weten ze het beste wat goed is voor de patiënt en welk aanbod het beste past bij de zorgvraag en de omstandigheden in die regio. Maar nogmaals, voor zover ik de randvoorwaarden kan verbeteren, doe ik dat volop, met het zojuist genoemde pakket.

Voorzitter. Mevrouw Joseph van de BBB-fractie heeft ... O, er is een interruptie van mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik stel die vraag natuurlijk niet voor niets. Het is ook niet om flauw te doen. Het is gewoon heel raar dat wij een minister hebben die verantwoordelijk is voor ziekenhuizen, maar daar eigenlijk niet verantwoordelijk voor is. Want op het moment dat wij bijvoorbeeld zeggen dat de geboortezorg in Heerlen behouden moet blijven, wordt er gezegd: "Ik laat me informeren, maar eigenlijk heb ik geen andere rol dan dat. We zullen dus wel zien wat eruit komt. De verzekeraars en de zorgaanbieders gaan daar namelijk over." Het is dus heel logisch dat wij de vraag stellen waar nu de regie ligt. Wie gaat er nou eigenlijk over onze ziekenhuizen? De minister ziet het in ieder geval niet als zijn rol. Ik heb daar ook een vervolgvraag op. Denk bijvoorbeeld aan de afschaling van de zorg in Zuyderland, waardoor daar geen volwaardig ziekenhuis meer is. Ik heb ook andere voorbeelden genoemd: in Terneuzen en in Haarlem zien we het nu ook. Vindt deze minister het eigenlijk een probleem dat die zorg verdwijnt? De afgelopen tien jaar zijn er negentien afdelingen acute verloskunde verdwenen. Sinds 2011 zijn er negentien spoedeisendehulpverleningsposten verdwenen. Sinds 2010 zijn er 28 algemene ziekenhuizen verdwenen. Vindt de minister dat eigenlijk een probleem? Of zegt hij: ik laat me informeren, maar ik heb er eigenlijk geen mening over?

Minister **Bruijn**:

Ik vind het inderdaad een probleem. Daarom hebben we ook een heel pakket met maatregelen. Dat betreft om te beginnen de budgetbekostiging. Er zit een normenkader aan vast. Meneer Claassen vroeg naar het landschap. Hoe het zorglandschap er uiteindelijk uit ziet, gaan we via dat normenkader bepalen. Bij het normenkader is het de afspraak dat de minister altijd aan tafel zal zitten. Dat geldt ook voor mijn opvolgers. Dat is het eerste. Dan hebben we de aanpassingen aan de Wkkgz. De burgemeester en de andere partners in de regio, en desnoods de IGJ, gaan daarover ook zwaarwegende adviezen uitbrengen. Dat is dus nieuw. Daarnaast hebben we natuurlijk de handreiking voor het regionale overleg, die ik op verzoek van uw Kamer heb gepubliceerd. Dat zijn dus een aantal zaken. Ook uit onze acties ten aanzien van de mobiel medische teams mag blijken dat ik het inderdaad een probleem vind. In de ambulancezorg gaan we ook van alles veranderen, bijvoorbeeld met een functiedifferentiatie in de meldkamer. Ik noem ook de ic-capaciteit, waar we straks nog over komen te spreken. Ik neem dus wel degelijk een groot pakket maatregelen. Deels is dat al ingezet door mijn voorgangers. Het stelsel kan ik echter niet veranderen. Dat kan ik alleen als dat door een missionaire minister gewenst is en het, uiteindelijk, door uw Kamer wordt besloten. Maar dat is natuurlijk een heel ander traject. Maar: ja, we vinden het een probleem. Dat is ook de reden om de budgetbekostiging in te voeren.

De **voorzitter**:

Uw laatste interruptie, mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Deze minister noemt een aantal maatregelen, waaronder budgetbekostiging. Dat is heel goed; hij moet dat zeker doen. Tegelijkertijd kan hij niet zeggen of bijvoorbeeld de geboortezorg in Heerlen en de ziekenhuizen in Haarlem en Terneuzen behouden blijven. Voor iets wat de minister wel een probleem vindt, is dit dan toch geen oplossing? De minister zal iets extra's moeten doen. Als hij het een probleem vindt, moet hij echt een extra stap zetten en er actief mee aan de slag gaan om te zorgen dat het gebeurt. Waarom gebeurt het telkens, ondanks ... Want de steun van de Kamer heeft u, minister. Ga uw gang. Ga ervoor. Waarom doet de minister dat niet?

Minister **Bruijn**:

Specifiek wat de verloskunde betreft doen we boven op het pakket ook nog het volgende. We hebben de NZa om advies gevraagd over de invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde. Overigens doen we dat ook voor de ic's. Die adviezen komen voor het einde van het jaar. Ik heb de NZa gevraagd om daar echt zo snel mogelijk mee te komen. Ook specifiek voor de verloskunde zijn we dus, natuurlijk, stappen aan het zetten. Maar dat doen we wel binnen het huidige stelsel. Nogmaals, ik begrijp de oproep van mevrouw Dobbe heel goed. We staan namelijk aan dezelfde kant. We willen de juiste zorg voor de patiënt beschikbaar hebben. In het stelsel zoals het nu is, kan ik alle stappen zetten die ik zet, maar ik kan een instelling niet dwingen om bepaalde zorg te leveren. Dat zou ook gevaarlijk zijn. Als bestuurders die zorg bijvoorbeeld door personeelskrapte niet kunnen leveren, zouden ze op dat moment namelijk onmogelijk aan mijn doorzettingsmacht kunnen voldoen.

De **voorzitter**:

Gaat u door, minister.

Minister **Bruijn**:

Mevrouw Joseph van de BBB heeft gevraagd of het mogelijk is tijdelijke staatssteun te geven aan ziekenhuizen die bijna omvallen. Zo ja, waarom is dat dan niet gebruikelijk? Een financiële bijdrage om een ziekenhuis open te houden kan alleen onder zeer strikte omstandigheden. Deze bijdrage dient ook te voldoen aan Europese staatssteunregels, zoals mevrouw Joseph ook al noemde. Onder andere moet er sprake zijn van een financieel noodlijdende instelling, in dit geval dus een zorginstelling. Het is ook geen oplossing voor

personeelstekorten. Ik denk dus dat het beter is om onze tijd en energie te steken in het zo snel mogelijk uitvoeren van het pakket maatregelen van dit kabinet dat we net genoemd hebben, waar ook veel maatregelen in zitten die de arbeidstekorten tegengaan, in plaats van een pad op te gaan dat ongetwijfeld zeer veel langer zal duren en geen oplossing is voor het personeelstekort, dat daar het grootste probleem was.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Ik heb ook naar de regels gekeken, en die staatssteun zou wel binnen een paar weken geregeld kunnen worden. Volgens mij hoeft dat dus niet echt een heel erg lang pad te zijn. Waar de grote zorg dus zit, is dat als je eenmaal die regionale ziekenhuizen of afdelingen sluit, ze niet meer terugkomen. Dat hebben we bijvoorbeeld ook gezien bij de cruciale ggz. Daarom denkt de BBB dus dat het toch belangrijk is om alles goed in de benen te houden. Het is niet alleen het personeelstekort; het is ook de financiële onzekerheid. Die financiële onzekerheid kan er ook voor zorgen dat het personeel ergens anders gaat werken. Als namelijk de hele tijd in de lucht hangt dat je ziekenhuis mogelijk gaat sluiten, dan ga je op zoek naar meer zekerheid.

De **voorzitter**:

Dat was meer een opmerking.

Minister **Bruijn**:

Meer een opmerking, ja, maar ik begrijp die heel goed.

De **voorzitter**:

Even voordat de minister verdergaat: u heeft nog twee interrupties, meneer Claassen. U hoeft ze niet op te maken, maar dan weet u hoeveel u er heeft.

Minister **Bruijn**:

Voorzitter. Dan gaan wij, denk ik, naar het volgende blokje, en dat zijn de andere belangrijke onderwerpen.

De heer **Claassen** (PVV):

Zit in dat blokje ook het onderwerp opleiden?

Minister **Bruijn**:

Ja, uiteraard.

Voorzitter. Ik kreeg een vraag van mevrouw De Korte van NSC over opleiden. De vraag aan de minister is: hebben we wel zicht op het aantal benodigde SEH-verpleegkundigen, ic-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen, en wellicht alle verpleegkundigen in de verschillende sectoren? Dat is natuurlijk een hele belangrijke vraag. Het antwoord is ja. Eind 2024 heeft het Capaciteitsorgaan een advies gegeven over de benodigde instroom in de periode 2024-2026 voor niet alleen deze drie, maar voor de zeventien geraamde beroepen. Daaronder vallen ook de SEH-, de ic- en de ambulanceverpleegkundigen. Niet alle verpleegkundige vervolgoopleidingen in de verschillende ondersectoren worden overigens geraamd. In het AZWA zijn wel afspraken gemaakt om te verkennen hoe beter inzicht verkregen kan worden in de behoefte tot opleiden. Dat wordt mede verkend door het Capaciteitsorgaan.

Voorzitter. Een vraag van mevrouw De Korte. Het is eigenlijk een vervolgvraag. Kan de minister toezeggen dat hij het Capaciteitsorgaan zal vragen om een tweejaarlijkse telling van de aantallen en de behoefte aan gespecialiseerde verpleegkundigen? Kan hij toezeggen dat hij het Capaciteitsorgaan bij de capaciteitsplanning vraagt te kijken naar verschillen in de regio? Kunnen we bij een nieuwe pandemie nog wel opschalen? Zijn we voorbereid of opnieuw kwetsbaar? Zoals ik al zei: het meest recente advies van het Capaciteitsorgaan komt uit 2024. Die raming bevat adviezen over de instroom in de periode 2024-2026. Het Capaciteitsorgaan kijkt naar de reguliere zorg. Ter voorbereiding op een pandemie worden andere maatregelen ingezet, zoals de Nationale Zorgreserve. Die staat daar dus buiten. Die wordt niet meegeraamd. Eens in de drie jaar komt het Capaciteitsorgaan met een advies. Of het verstandig is dat elke twee jaar te doen, weet ik niet. Ik weet niet of zich daar iets tegen zou verzetten. Maar ik ben zeker bereid, naar aanleiding van de vraag van mevrouw De Korte, om aan het Capaciteitsorgaan te vragen of dit zou helpen, of het überhaupt mogelijk is en of het iets zou opleveren. Ik begrijp de vraag namelijk heel goed. Dan heb je misschien meer de vinger aan de pols, om maar even in medische termen te blijven. Ik ga dat dus zeker vragen, zeg ik u toe.

Dan was er nog de vraag waarom het instroomadvies voor gespecialiseerde verpleegkundigen de afgelopen jaren niet is gehaald. Het tekort aan geschikte of geïnteresseerde kandidaten is eigenlijk het belangrijkste knelpunt. Je kunt natuurlijk wel een aantal opleidingen openzetten, maar als minder mensen zich aan de poort melden dan waarvoor je die open hebt gezet, dan is dat de snelheidsbepalende factor, zal ik maar zeggen. Het tekort aan begeleidingscapaciteit speelt overigens ook nog weleens een rol. Dat is natuurlijk ook een arbeidstekort. Je moet wel voldoende mensen hebben die de studenten opleiden. Het is en blijft noodzakelijk -- daar vinden

we elkaar meteen -- om te investeren in nieuwe instroom, zeker gelet op de opgave waar we voor staan. Maar we moeten ook reëel zijn: de stijgende zorgvraag kunnen we niet beteugelen met alleen nieuwe instroom. Daarvoor is het potentieel aan nieuwe instroom onvoldoende. Daarom adviseert het Capaciteitsorgaan ook nadrukkelijk onderzoek naar andere oplossingen, zoals het beperken van de administratieve last en het inzetten van technologie.

Mevrouw De Korte van de fractie van NSC vroeg: "Waarom bestaat deze scheve verdeling in onderzoeksgeld? Kan de minister toezeggen dat hij de verdeling van onderzoeksgelden tussen medisch specialisten en verpleegkundigen eerlijker maakt?" Ik zou bijna zeggen: onderzoeksbudgetten zitten overal. Als je goed om je heen kijkt, zie je er ergens eentje. Denk bijvoorbeeld aan de onderzoeksprogramma's bij ZonMw of de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Maar er zijn natuurlijk veel en veel meer instanties die onderzoeksbudgetten verlenen. Denk ook aan het Longfonds en de Nierstichting, en ga zo maar door. Die onderzoeksmiddelen zijn niet voorbehouden aan alleen verpleegkundigen of alleen medisch specialisten.

VWS stuurt in de meeste gevallen niet specifiek op de inhoud van die onderzoeken. Dat zou ook niet goed zijn, denk ik. Dat moet door onafhankelijke onderzoeksaanvraagbeoordelende commissies gebeuren. Dat is dus aan de partijen in het veld, zoals beroepsgroepen of aanbieders, die dat meestal zelf organiseren. Aanbieders bepalen dus zelf waar het geld aan besteed wordt. Ik denk dat dat een antwoord op de vraag is. Het goede nieuws is wel dat in de hogescholen van Nederland praktijkgericht onderzoek een prachtige groeibriljant is. Ik heb daar zelf ook als toezichthouder mogen functioneren. We zien dat snel toenemen. Dat zit natuurlijk ook wel heel erg in de hoek van het belangrijke verpleegkundige onderzoek waar mevrouw De Korte het over heeft.

Ik ga naar de vraag van de heer Bushoff van de PvdA-GroenLinks over aed's en de burgerhulpverlening, maar niet dan nadat mevrouw De Korte haar ...

De voorzitter:

Voordat u daarnaartoe gaat, heeft mevrouw De Korte een interruptie.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik dacht: misschien komt er nog wat.

Onderzoeksgeld. We zien echt dat medisch specialisten in het ziekenhuis ontzettend vaak zijn gepromoveerd, en verpleegkundigen niet. Ik heb ooit in een ziekenhuis gewerkt waar ze zeiden: we willen de allerallerbeste verpleegkundigen. Dat waren toen hbo-verpleegkundigen, maar in de loop van de tijd is dat veranderd. Er zijn landen waar veel meer

onderzoeksverpleegkundigen zijn die ook gaan promoveren. We zien daar echt een enorm scheve verdeling. We zien inderdaad wel dat er op hbo's iets meer onderzoek plaatsvindt, maar het is gewoon heel erg onevenredig. De efficiëntie zal echt verbeteren als er goed onderzoek wordt gedaan. Het geeft ook loopbaanmogelijkheden. U zegt: dat zit allemaal in de budgetten. Wij zien het te weinig in de budgetten. Het zou echt mooi zijn als daar, misschien binnen het AZWA of waar dan ook, opnieuw naar gekeken wordt, zodat verpleegkundigen ook door kunnen groeien.

Minister **Bruijn**:

Ik kom zelf uit het onderzoek. Ik vind het een absoluut relevante vraag. We hebben overigens in het hbo tegenwoordig ook het professional doctorate. Daar wordt dus wel degelijk steeds meer onderzoek gedaan. Ik spreek maandag de AZWA-partners. Ik zeg u toe dat ik die vraag maandag aan hen zal stellen en dat ik u van het antwoord op de hoogte zal stellen, want het is zonder meer een relevante en hele interessante vraag.

De **voorzitter**:

Bent u tevreden?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Bedankt voor deze toezegging over het gesprek met de AZWA-partners. Ik wil nog even een stap verder. Ik heb namelijk ook les gegeven aan ic-verpleegkundigen. Ze hebben mooi onderzoek gedaan. Ik heb een voorbeeld gegeven van hoe belangrijk dat is. Er is zo veel onbekend. Maar als ze een master hebben gehaald voor de ic, is er vervolgens geen functie beschikbaar. Zou u dus ook die stap willen nemen, willen zorgen dat er ook echt functies zijn voor onderzoeksverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, zodat ze daar ook in een functie voor betaald worden? Want dat lukt dus niet binnen de huidige situatie.

Minister **Bruijn**:

Dat is natuurlijk aan het veld; dat weet mevrouw De Korte ook. Maar ik zeg u toe dat ik die vraag maandag meeneem.

Dan de vraag van de heer Bushoff van PvdA-GroenLinks over de aed's en de burgerhulpverlening. Is de minister bereid de bekendheid in gemeenten van aed's en burgerhulpverlening bij reanimatie te vergroten? Kan de minister daarbij ook iets betekenen in de betaalbaarheid? Het is heel belangrijk om een dekkend netwerk voor burgerhulpverlening en aed's te hebben. Gelukkig

hebben we daarvoor in dit mooie land al grote stappen gezet. Ik denk dat we wereldwijd misschien wel vooroplopen, maar dat is een inschatting. Dat is heel belangrijk. Dat heeft ook te maken met de first responders en de rapid responders, dat hele snijvlak. Naar aanleiding van uw vraag zeg ik graag toe dat ik in gesprek ga met HartslagNu over hoe we gemeenten beter kunnen informeren over en betrekken bij een betere dekking van de aed's en de burgerhulpverlening. HartslagNu is, zoals u weet, de organisatie die de infrastructuur beheert en alarmeringen uitvoert en ontvangt. Zij krijgt daarvoor een instellingssubsidie van VWS. Ik neem dat dus graag mee. Ik ga daarover in gesprek.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dat is in ieder geval heel fijn, en dat is volgens mij één kant van het verhaal, maar er is ook een andere kant. Die zal de minister wellicht ook terughoren in dat gesprek. Je kunt online heel mooi inzien waar er allemaal dekking van aed's is. Dan zie je inderdaad dat Nederland dat ontzettend goed doet, maar niet in de wijken waar mensen weinig geld hebben. Ik noemde in mijn inbreng een lijstje met wijken op en ik kan er nu nog meer opnoemen. Dat zijn stuk voor stuk wijken waar mensen weinig geld hebben. De aanschaf van een aed door een organisatie kost geld en de opleiding van vrijwilligers kost vervolgens ook nog €50 tot €100. Dat wordt regelmatig via een aanvullende verzekering vergoed, maar veel mensen met weinig geld hebben niet zo'n aanvullende verzekering. Hoe gaan we ervoor zorgen dat die financiële barrière, juist in die wijken, doorbroken wordt? Ziet de minister daar nog kansen voor?

Minister **Bruijn**:

Ik zie in ieder geval het grote belang hiervan. Dat is volkomen helder. De gemeenten kunnen zich bij HartslagNu aansluiten en krijgen dan advies over de vraag hoe ze kunnen zorgen voor een optimale dekking van zowel de burgerhulpverlening als de aed's. Gemeenten kunnen daar dus terecht voor advies. Uiteindelijk is het aan gemeenten om op lokaal niveau beleid te voeren om te bewerkstelligen dat de dekking van aed's en burgerhulpverleners wordt vergroot, maar ik zal ook deze vraag meenemen in het gesprek dat ik naar aanleiding van uw vraag zal hebben met HartslagNu.

Voorzitter. Dan een vraag van mevrouw De Korte van de fractie van NSC over, wederom, het thema opleiden. Waarom bestaat deze scheve verdeling in scholingsgeld tussen verpleegkundigen en artsen? Dat gaat dus over scholingsgeld; net hadden we het over onderzoek. Gaat de minister hierop ingrijpen? Het ministerie van VWS stelt vanuit de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen een kostendekkende vergoeding beschikbaar

voor een groot aantal medische vervolgoopleidingen voor artsen en gespecialiseerde verpleegkundigen. Omdat het gaat om een kostendekkende vergoeding kan er verschil ontstaan in de bijdrage per opleiding: de ene opleiding is veel duurder dan de andere. VWS stimuleert daarnaast het strategisch opleiden in de medisch-specialistische zorg met een subsidieregeling. Vooral verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel maken daar gebruik van. Daarvoor is circa 119 miljoen euro per jaar beschikbaar. Ook is in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, het AZWA, afgesproken om te investeren in opleiding en scholing, met name voor personeel buiten het ziekenhuis. Deze middelen worden onder andere besteed aan het verstevigen van de initiële opleidingen en de vervolgoopleidingen van verpleegkundigen. Dat nemen we natuurlijk ook mee in de monitoring van de uitrol van het AZWA. Daarvan zal ik uw Kamer uiteraard op de hoogte houden.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Korte, dit is uw laatste interruptie.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Die besteed ik graag aan de opleidingen, want ik kom zelf ook uit die hoek. We horen toch een enorm verschil in de vergoedingen voor medisch specialisten, die €5.000 krijgen, en verpleegkundigen, die €300 krijgen. Medisch specialisten kunnen hun opleiding eigenlijk zelf wel betalen. Ze verdienen daar genoeg voor. €300 is voor een verpleegkundige echt te weinig. Het zou enorm stimulerend zijn als ze ook eens naar een symposium kunnen gaan. Die €300 is te weinig om dat te kunnen doen. We zien dus grote verschillen tussen verpleegkundigen en medisch specialisten. Ziet de minister ook niet dat het eigenlijk oneerlijk verdeeld is?

De **voorzitter**:

Ziet de minister de oneerlijke verdeling?

Minister **Bruijn**:

In ieder geval zijn het verschillende bedragen. Of het oneerlijk is, vind ik eerlijk gezegd nog de vraag, want het zijn kostendekkende vergoedingen. Het opleiden van een medisch specialist vanaf het eerste jaar geneeskunde tot het eind van de opleiding, vaak een jaar of twaalf, dertien, veertien later, kost ongeveer een miljoen euro, grofweg. Dat heb ik me ooit laten vertellen, maar pint u me er niet op vast; dit heb ik uit de wandelgangen. Voor andere opleidingen ligt dat natuurlijk anders. Dat zijn we denk ik eens.

Desalniettemin, in het AZWA is afgesproken om te investeren in opleiding en scholing. Ik zie het punt van mevrouw De Korte heel duidelijk. We moeten daarnaar blijven kijken, maar een overgang naar een andere wijze van bekostiging als het gaat om de werkgever versus de overheid en de betrokkene zelf is een stelselwijziging. Dan moet ik helaas zeggen: ik moet me bescheiden opstellen, want ik ben een demissionair minister; een stelselwijziging is nu denk ik niet goed. Maar dat kan wellicht bij de formatietafel aan de orde komen.

De **voorzitter**:

De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Bruijn**:

De heer Claassen van de fractie van de PVV vroeg: bent u bereid om contact op te nemen met OCW om plannen te maken om de arbeidsproblematiek aan te pakken? Er is op dit moment al regelmatig overleg met OCW. Onze panden staan ook vlak bij elkaar, zoals u weet; de ministeries liggen op loopafstand van elkaar. Dat gaat dan over de instroom op de arbeidsmarkt. Samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen is natuurlijk cruciaal. Daarom zijn er in het AZWA diverse concrete maatregelen afgesproken om de samenwerking te versterken. Het antwoord is dus ja. Dan moet je bijvoorbeeld denken aan de capaciteit van de opleidingen en het Capaciteitsorgaan, waar we het al over hadden. De opleidingen zijn natuurlijk vaak een zaak van OCW of deels een zaak van OCW, terwijl wij vanuit VWS kijken hoeveel mensen we nodig hebben. Dus ja, die discussie loopt en dat contact met OCW is er. Het korte antwoord op uw vraag is dus: ja, dat contact is er al. Dat contact houden we natuurlijk ook warm.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik vraag dat omdat de opleiding voor verpleegkundig specialisten bij CZO ligt en CZO onder VWS valt, terwijl de initiële opleiding onder OCW valt. De minister zei net terecht: als je wilt zorgen dat er meer specialistisch verpleegkundigen zijn, zul je moeten zorgen voor aanwas. Dat is initieel. Maar de doorstroom naar specialistische opleidingen ligt bij CZO. Daar zit vaak het pijnpunt. Ik gaf het voorbeeld van EPA's. Het zou heel mooi zijn als die zouden indalen. De ontwikkeling daarvan is lastig, zoals ik net heb toegelicht, omdat er wat verschillende invalshoeken aan zitten, maar het zou mooi zijn als die kunnen landen in initiële opleidingen, die onder OCW vallen, en bij de ontwikkeling, die onder CZO valt. Daar moet een hele goede gezamenlijke aanpak voor komen. Dat zie ik nog niet gebeuren, dus ik zou

daar graag wat meer duidelijkheid en een toezegging op krijgen. Welke stap gaat dit ministerie hier samen met OCW in zetten?

Ten tweede. Ik heb gewezen op eerdere trends die de flexibilisering van het onderwijs, de instroom en de doorstroom, zouden kunnen bevorderen, zoals deeltijdopleidingen die verkort zouden kunnen worden. Ze mogen nu niet korter zijn dan twee jaar, terwijl ze op basis van eerder verworven competenties best veel korter zouden kunnen, maar dat mag niet meer. De bekostiging van ... Hoe zei ik het net? Ik blader even mijn papieren door, voordat ik het fout zeg.

Minister **Bruijn**:

De nurse practitioners?

De heer **Claassen** (PVV):

Dat ook, en de PA's en zo. Maar ik had het over de Basis Acute Zorg. De BAZ-subsidie was verlengd, maar is in 2024 gestopt. Het zijn allemaal dingen die je zou kunnen integreren in de BAZ, in de opleiding.

De **voorzitter**:

Oké.

De heer **Claassen** (PVV):

Maar mijn vraag is ...

De **voorzitter**:

Dit is een lange interruptie. Het lijkt bijna een tweede termijn. Nu dus even uw vraag.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, maar mijn interruptie was ook ... Ik kom toch even terug op het Zuyderland. Ik mis voor die regio echt plannen die de partners daar samen maken. Ik heb de bestuursvoorzitter daar ook op bevraagd, maar er komt geen goed antwoord.

De **voorzitter**:

Oké. De minister.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik verwacht toch echt dat de minister voor die regio gaat kijken hoe de instellingen daar, samen met het MUMC+, dat verantwoordelijk is voor de CZO-opleidingen, veel meer stappen kunnen gaan zetten dan nu.

De **voorzitter**:

Duidelijk. De minister.

Minister **Bruijn**:

Dit is inderdaad een heel complex snijvlak tussen OCW en VWS, als het gaat om physician assistants, nurse practitioners, de nieuwe opleidingen en taakherschikkingen, uiteindelijk ook in het veld. Ik vind het heel terecht dat de heer Claassen dat aansnijdt en ik ben zeker bereid om daar specifiek met OCW over te gaan praten.

De heer **Claassen** (PVV):

Mag ik dan de toezegging dat het erover praten teruggekoppeld wordt met een eventueel beleidsvoornemen? Want OCW gaat samen met VWS in het beroepsveld investeren.

Minister **Bruijn**:

Ik zal u terugkoppelen wat er uit het gesprek komt. Ik kan nu niet toezeggen dat daar ook een beleidsvoornemen uit voortkomt.

De **voorzitter**:

Ja.

De heer **Claassen** (PVV):

En voor wanneer geldt de toezegging? Dat is van belang.

De **voorzitter**:

Q1?

Minister **Bruijn**:

Ja.

De heer **Claassen** (PVV):

Liever voor het tweeminutendebat.

Minister **Bruijn**:

Ik zal dat zo snel mogelijk doen.

De **voorzitter**:

Zo spoedig mogelijk.

De heer **Claassen** (PVV):

Tot slot, voorzitter. De minister had het over functiedifferentiatie en over de meldkamer. Even een reminder: we hebben dat voornemen, althans de verdere doorontwikkeling, gestuit. Dat voorstel hebben we althans als commissie gedaan. Ik zou daar momenteel nog niet te hard warm voor lopen.

Minister **Bruijn**:

Daar kom ik in tweede termijn even op terug.

De **voorzitter**:

U bent door uw interrupties heen, meneer Claassen.

Minister **Bruijn**:

Dan sprak de heer Claassen over opleiden. Hij vroeg wat de status is van de regionale aanpak van medisch-specialistische opleidingen voor artsen. Dat is misschien nog aanvullend op het vorige onderwerp. Ter uitvoering van de motie-Paulusma is de afgelopen jaren meer rekening gehouden met de

spreiding van medisch-specialistische opleidingsplaatsen over het land. Dit wordt de komende tijd verder uitgewerkt met alle betrokken veldpartijen en natuurlijk ook met het Capaciteitsorgaan. Ik verwacht de eerste helft van volgend jaar de resultaten hiervan te presenteren en zal uw Kamer daarvan op de hoogte stellen.

Dan een vraag van de heer Krul van het CDA over intensive cares en de verkenning van de wetgeving. Hij vroeg: kan de minister vertellen hoe hij een basiscapaciteit voor de ic in de wet wil vastleggen? Dat is een onderwerp dat allang speelt, na corona. De Kamer heeft in 2022 de motie-Westerveld aangenomen, waarin wordt gevraagd om te komen tot een basiscapaciteit van 1.150 ic-bedden. Het is partijen de afgelopen jaren niet gelukt om tot afspraken te komen. Daarom ben ik gestart met een verkenning van wetgeving met het doel om voldoende ic-capaciteit wettelijk te borgen. Het is wel complex natuurlijk. Ik hoop die verkenning begin 2026 af te ronden, over een paar maanden dus. Daarna kan ik u meer vertellen over de gevonden mogelijkheden en de implicaties daarvan. Maar het staat hoog op de prioriteitenlijst.

Dan een vraag van de heer Bushoff van GroenLinks-PvdA: ziet de minister een rol voor de overheid bij het aanpakken van het personeelstekort, en dan natuurlijk vooral in de zorg? Ja, die rol zie ik en die rol pak ik ook op, samen met de andere betrokken partijen. In het AZWA wordt bijgedragen aan het laten dalen van het personeelstekort met 100.000 mensen tot en met 2028. Ook in het HLO, het Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg, wordt ingezet op het verminderen van personeelstekorten in de zorg. Er is een interruptie van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dit is volgens mij mijn laatste interruptie. Er gebeuren gelukkig dingen om het personeelstekort aan te pakken. Het voorstel en de overweging die ik in het debat meegaf, is om specifiek extra inzet te plegen in die regio's waar het tekort tot hele schrijnende situaties leidt. Ik denk even aan mijn eigen provincie, Oost-Groningen, als het personeelstekort zo nijpend wordt dat het Ommelander Ziekenhuis het niet meer kan redden, maar ook het Zuyderland. De vraag is: moet je in dat soort regio's niet specifiek voor die regio's een stapje bijzetten als rijksoverheid om met onderwijsinstellingen, woningbouwcorporaties, met gemeenten en met geld ervoor te zorgen dat het aantrekkelijk wordt om daar te gaan wonen, opgeleid te worden en te gaan werken? Zouden we die extra stap niet moeten zetten, juist voor die regio's?

Minister **Bruijn**:

Dat is de bredere inzet van dit kabinet: de regionale benadering opleidingen van het ministerie van Binnenlandse Zaken. Daar wordt dus in voorzien. Daarnaast zijn de maatregelen die wij nemen, grotendeels ingevolge het AZWA, het tillen van de capaciteit van de opleiding boven het niveau en de raming van het Capaciteitsorgaan, passende zorg, het slimmer werken met AI en de budgetbekostiging zelf. Ook het halveren van de administratietijd en het tegengaan van wachtlijsten zijn allemaal manieren om om te gaan met de personeelstekorten of om die te reduceren. Daarin is natuurlijk ook impliciet volop ruimte voor regionaal maatwerk.

Voorzitter. Mevrouw Joseph van de BBB-fractie stelde een terechte vraag over het schrappen van overbodige regels en indicatieprocedures. VWS heeft in kaart gebracht welke wet- en regelgeving vereenvoudigd of geschrapt zou kunnen worden wegens onevenredige regeldrukeffecten. Onder andere de grote verscheidenheid aan VWS-subsidies met verschillende verantwoordingsregels en hulpmiddelen werden genoemd, dus we steken eerst de hand in eigen boezem. Een belangrijke conclusie is dat wet- en regelgeving vanuit VWS vaak al wel ruim geformuleerd is en dat de regeldruk ontstaat door de manier waarop zorgpartijen, zoals toezichthouders en zorginstellingen, invulling geven aan de vaak bredere kaders. Dat betekent dat VWS dat niet vanachter het bureau met één pennenstreek kan oplossen. Dat moeten we samen met zorgpartijen doen. Binnen de werkagenda van de Regiegroep Aanpak Regeldruk wordt aan de diverse knelpunten gewerkt. De minister van Economische Zaken gooit daar ook flink de zweep over, kan ik u vertellen, omdat een van zijn hoofdpunten, en daarmee ook van het kabinet, in veel bredere zin minder regels is. Ook is een van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord om de administratietijd rondom herindicaties in het verpleeghuis te verminderen. Daarna zal dit verbreed worden naar alle herindicaties in de Wlz en naar andere sectoren. Kortom, ik vind het een zeer terechte vraag en het heeft volop onze aandacht.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Dank aan de minister voor het antwoord. We merken inderdaad dat er ook veel regeldruk bij de zorginstellingen komt. Alleen, we zien gewoon -- mevrouw Dobbe heeft daar verschillende moties voor ingediend -- dat we daar niet goed komen. We zien dat ze bijvoorbeeld van die vijfminutenregistraties afgaan. Ik heb het gevoel dat we meer regie moeten pakken en dat er iemand moet komen met meer doorzettingsmacht dan er tot nog toe is. Is de minister dat met mij eens?

Minister **Bruijn**:

Op dat punt heeft de staatssecretaris al een toezegging gedaan. Ik kom in tweede termijn gedetailleerd terug op wat er precies is toegezegd, want dat heb ik op dit moment niet scherp.

Voorzitter. Wat vindt de minister van het voorstel van BBB om de winst van zorgverzekeraars in te zetten voor acute zorg, bijvoorbeeld voor het behoud van personeel? Dat is een vraag van mevrouw Joseph. Het spijt me te moeten zeggen, maar ik vind dit inhoudelijk geen goed voorstel. Zorgkosten moeten betaald worden uit de premiegelden die de zorgverzekeraars ontvangen in dit stelsel. Zorgverzekeraars hebben beschikking over hun premiegelden om de kosten van de acute en de niet-acute zorg voor hun verzekerden te vergoeden. Als zorgverzekeraars aan het einde van het jaar geld overhouden, dan gebruiken ze dat om de premie van het daaropvolgende jaar te dempen. We zien het dit jaar ook gebeuren dat de premie nauwelijks stijgt. Dat is omdat er middelen zijn die de zorgverzekeraar daarvoor inzet. Geld gaat dus terug naar de premiebetaler, de verzekerden, waar het ook hoort, denk ik. Het kan ook gebruikt worden om de noodzakelijke reserves aan te vullen, waar De Nederlandsche Bank toezicht op houdt. We hebben in het vragenuurtje over het Zuyderlandziekenhuis ook besproken wat nou een redelijke solvabiliteit is, oftewel: hoeveel centjes moet je in voorraad hebben om te zorgen dat je plotselinge problemen kunt voorkomen? Dat geldt bij iedereen thuis ook. Ook juridisch vind ik het geen goed voorstel, hoe sympathiek ik het ook vind. Ik ga als minister niet over de winst van zorgverzekeraars. Het zijn private rechtspersonen. Dat zou wederom echt een stelselwijziging vergen en dat is op dit moment niet aan de orde. Maar misschien is dat iets voor aan de formatietafel, mevrouw Joseph.

Voorzitter. Dan een vraag van de heer Claassen van de PVV-fractie. Wat is het samenwerkingsplan met scholen om versneld op te leiden tot verpleegkundige en gespecialiseerd verpleegkundige?

De voorzitter:

Gaat u verder. Ik vraag iedereen om niet buiten de microfoon te spreken.

Minister Bruijn:

Samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen is cruciaal. Daarom zijn er in het AZWA diverse concrete afspraken gemaakt om deze samenwerking te versterken. Dat raakt natuurlijk ook de regio's en de gemeenten in Nederland. Zowel op landelijk als op regionaal niveau worden de komende periode afspraken gemaakt over onder andere het vernieuwend opleiden en het inbedden van actuele thema's zoals technologie en passende zorg, zeg ik tegen de heer Claassen. Ook het versneld opleiden tot gespecialiseerd verpleegkundige of medisch ondersteuner heeft onze aandacht, ook in gesprekken met OCW, waar we het eerder over gehad hebben. Deze

opleidingen zijn modulair ingericht. Per 1 januari 2025 is het mogelijk om te bekostigen per afgeronde losse module. Dat is dus goed nieuws, want dat geeft flexibiliteit. Op die manier kunnen zorgmedewerkers losse modules volgen, waarna ze sneller ingezet kunnen worden voor die specifieke vaardigheden.

Voorzitter. De laatste vraag is van mevrouw Joseph van de BBB-fractie en gaat over zorggeld echt aan de zorg besteden. Waarom stelt de minister geen normering van managementfuncties zonder directe zorgtaken op maximaal 5%? Ik neem aan dat het gaat over alle zorginstellingen landelijk breed. Ik heb zelf 40 jaar in een zorginstelling gewerkt, dus ik begrijp de vraag heel goed. Maar mevrouw Joseph stelt dat bij zorgorganisaties maximaal 5% van de functies uit management zou mogen bestaan en dat dat min of meer wettelijk, denk ik, geregeld zou moeten worden. Dat vind ik geen goed idee. Zorginstellingen zijn namelijk zelf verantwoordelijk voor de aansturing van hun organisatie. Daar ga ik als minister niet over. Die bevoegdheid heeft u mij niet gegeven bij wet. Dat staat nog los van het feit dat een dergelijk percentage moeilijk vast te leggen is. Die verhouding hangt af van de situatie waarin een instelling zich bevindt en voor welke opgave zij staat. Het zijn de interne en externe toezichthouders die geacht worden hier stevig naar te kijken. Het kan zijn dat er bijvoorbeeld bij een reorganisatie wat meer managers nodig zijn. Dan moet er daarna altijd weer gekeken worden hoe dat wordt aangepast aan een nieuwe situatie. Dat ligt bij het interne en externe toezicht.

Dat was de laatste vraag, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank. Dan zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. We gaan gelijk door met de tweede termijn. De leden hebben 1 minuut 20. De heer Bevers.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Zijn voorbeeld van het BovenIJ sprak me ook zeer aan als het gaat om de samenwerking met bijvoorbeeld het sociaal domein. Dat is een ontwikkeling die ik ook zelf heb gezien bij de spoedeisende hulp van het Spaarne Gasthuis. Vanzelfsprekend kunnen deze minister en de Kamer erop rekenen dat het amendement voor de uitbreiding van de mmt's van collega Joseph en mij zal zijn voorzien van een deugdelijke financiering. Daarmee nemen we als Kamer de vlucht naar voren richting de begroting.

De minister heeft een aantal vragen van de VVD beantwoord. Ik begrijp zijn overwegingen over de budgetbekostiging. Ik heb in mijn eerste termijn

gezegd dat er binnen de VVD geen warme gevoelens zijn voor het uit de marktwerking halen van de acute zorg. Ik heb goed geluisterd en ik neem de overwegingen van de minister mee, maar ik voel nog steeds geen toenemend enthousiasme, laat staan dat er sprake is van een toename van warmte. Maar we zullen de invoering kritisch en met veel belangstelling volgen en, zoals dat tegenwoordig heet, "met een open blik bekijken".

De VVD heeft geen behoefte aan een tweeminutendebat, maar ik denk dat dat een eenzaam standpunt is.

De **voorzitter**:

Dan gaan we naar de volgende spreker. Dat is mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Voorzitter. Dank aan de minister voor alle toezeggingen. We zijn als NSC heel erg blij dat u de wijkverpleegkundigen echt een rol wilt geven in proactieve zorgplanning. Het gaat met name over mensen die dicht bij het levenseinde zijn. Het is dus heel fijn dat u dat binnen het AZWA wilt bespreken. Mijn proefschrift zal ik volgende week geven als er nog een commissiedebat is en dan ontvang ik ook graag dat van u.

Onderzoek naar verpleegkundigen en verzorgenden wilt u ook ter sprake brengen via het AZWA. Dat is heel fijn. Er zijn echt te weinig onderzoeken geweest binnen verpleegkundigen. Het zal de efficiëntie echt verhogen. Wilt u dat alstublieft meenemen? Wellicht kan ik u nog een paar onderzoeken van masterverpleegkundigen toesturen, maar die moet ik dan nog eventjes opzoeken. Het is heel belangrijk dat zij ook een functie krijgen binnen hun werk. Het is namelijk heel mooi als mensen én onderzoek doen, én aan het bed werken, dus dat zij niet meteen ergens bij een onderzoeksbureau werken, maar dit echt kunnen combineren, bijvoorbeeld op de ic, de eerste hulp of waar dan ook.

Dan wat betreft de scholing van verpleegkundigen en de scheve verdeling. We hopen dat u daar ook over spreekt. We hopen dat u ziet wat de verschillen zijn en dat u daar wellicht ook aandacht aan kunt besteden.

We zijn hoopvol over alle toezeggingen. Waarschijnlijk zal er geen tweeminutendebat zijn, maar ik ga er toch een aanvragen. Of dat volgende week plaatsvindt, is dus de vraag.

De **voorzitter**:

Ja, dat is zeker de vraag. Maar u mag het zeker aanvragen. Bij dezen is het tweeminutendebat dan ook aangevraagd. Mocht u dat als commissie per se

volgende week willen, dan moet u iets afdwingen bij de komende regeling van werkzaamheden. Daarover kunt u na dit debat met elkaar beraadslagen. Ik acht de kans vrij irreëel, maar het is aan u. U mag het gewoon aanvragen. De kans dat het tweeminutendebat na het verkiezingsreces is met de nieuwe Kamer, is heel reëel.

De heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de minister en de ondersteuning voor de beantwoording van de vragen. In de eerste termijn heb ik gepoogd om het belang aan te geven van fundamenteel anders kijken naar de inrichting van ons acutezorglandschap en daarbij de spreadsheetbril afzetten. Ik denk dat dat cruciaal is. Ik denk dat daar op sommige momenten stapjes in worden gezet. Tegelijkertijd kunnen we nog meer stappen zetten. Ik heb daarvoor een aantal voorstellen gedaan. Wij zullen dat de komende tijd een follow-up geven. Dat is één.

Twee. Het ging ook over de medische mobiele teams. Wat GroenLinks-PvdA betreft moeten ook Limburg, Overijssel en Gelderland daarop kunnen rekenen. Volgens mij gaat dat om een bedrag van om en nabij de 13,5 miljoen euro, of ietsje minder. Wij hadden daar zelf ook een voorstel voor, dus wij gaan even kijken of wij ons kunnen vinden in het andere voorstel dat komt. Volgens mij moeten we dat gewoon als Kamer regelen nu dat niet in de begroting is geregeld.

Tot slot over de aed's. Het is fijn om de toezeggingen van de minister te horen dat hij in gesprek gaat over het breder bekendmaken van de mogelijkheden om aed's aan te schaffen en cursussen te doen en dat hij gaat kijken hoe de financiële drempels kunnen worden weggenomen. Ook daarvoor beraad ik mij op een voorstel voor de komende begrotingsbehandeling. Daarover zullen we ongetwijfeld nog komen te spreken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De volgende spreker is de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De antwoorden waren soms ... Ik heb een paar interrupties moeten gebruiken om de antwoorden van de minister proberen terug te krijgen naar de initieel gestelde vraag. Dat ging bijvoorbeeld over het opleidingsplan voor de regio. Dat wordt gekoppeld aan het AZWA, maar het is mijn angst dat het AZWA daar op de korte termijn helemaal niks aan

gaat doen. Ik ga mijn vraag dus herhalen: kan de minister erachteraan gaan of kan hij stimuleren dat de samenwerkende partijen, zoals de Zuyd Hogeschool, het VISTA college en het MUMC ... Als het plan er is, kan dat dan duidelijk worden gemaakt aan de minister? Kan het plan dan via de minister aan ons worden voorgelegd, of kan in ieder geval worden gestimuleerd dat er een samenwerkingsplan komt om het punt van de capaciteit in de regio op te lossen?

Verder is het woord "bevoegdheidswijziging" vaker ter sprake gekomen. Ik hoop ook dat dat vaker blijft gebeuren, want ik denk dat we er in Nederland toch wel aan toe zijn dat we daar met elkaar opnieuw naar gaan kijken. Ik wacht de twee antwoorden die nog verschuldigd blijven in de tweede termijn even af. Er zijn namelijk nog twee openstaande stukken.

Ten slotte heb ik misschien een procedurele vraag. Moet ik voor de zekerheid ook een tweeminutendebat aanvragen, mocht degene die het tweeminutendebat aangevraagd heeft dadelijk als partij niet meer in de Kamer zitten?

De voorzitter:

Ik snap de vraag van de heer Claassen, maar dat hoeft niet. Dat tweeminutendebat staat straks gewoon. Dan is het aan een nieuwe commissie en aan een nieuwe Kamer om daar invulling aan te geven. U vraagt dus eigenlijk of er twee keer een tweeminutendebat moet worden aangevraagd. Dat hoeft niet, zeg ik bij dezen. Dan weet u gelijk het antwoord. We geleiden het door, en dan komt het straks gewoon op de agenda. Het is altijd aan een nieuwe Kamer om te beslissen hoe daarmee om te gaan. Mevrouw Joseph, uw tijd gaat in.

Mevrouw Joseph (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Dank inderdaad aan de minister en de ondersteuning voor de antwoorden. Ik was blij om te horen dat er vanuit de Kamer veel steun was om de mobiel medische teams ook in Oost-Nederland en in Limburg op orde te krijgen. Ik hoop dat het voorstel dat wij met de VVD deden, het gaat halen.

Ik heb nog wel zorgen over de afdelingen spoedeisende hulp en dergelijke die de komende twee jaar mogelijk omvallen. Ik had de suggestie gedaan of bijvoorbeeld een ziekenhuis tijdelijke staatssteun kan krijgen. Ik heb er even naar gekeken. De Twentse ziekenhuizen zitten toch echt in financiële nood. Daarvoor zou dat mogelijk dus wel mogelijk zijn. Maar volgens mij zijn er meer mogelijkheden voor de korte termijn, zoals met de uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp. Ik zou dus toch willen vragen of de minister zich wil inspannen om te voorkomen dat een ziekenhuis

dreigt te verdwijnen of af te schalen de komende tijd. Anders krijgen we straks weer zo'n soort Zuyderlanddiscussie en zijn we alweer te laat. Dat is dus nog een slotvraag.

De **voorzitter**:

De slotvraag wordt meegenomen. Dobbe, tot slot.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Over de Zuyderlanddiscussie. Er zijn hier allemaal aangenomen moties -- daar refereerde ik al aan en misschien komen er nog wel meer -- over dat er een volwaardig ziekenhuis in Heerlen moet blijven. Mensen in Heerlen en de regio blijven daar ook aandacht voor vragen. Volgens mij is dat heel terecht, maar deze minister vat al deze uitspraken van de Kamer op als iets waar hij niet over gaat en wat hij afwacht. Hij laat zich informeren over de uitkomst of de geboortezorg daar misschien blijft. Dan moeten wij het als winst zien dat deze minister zich laat informeren. Nou, daar vind ik wat van. Ik vind dat in ieder geval een beperkte taakopvatting van het ministerschap; dat wil ik hier wel gezegd hebben. Misschien wil de minister daarop reflecteren.

En wat gaat u in de tussentijd doen? Neem de Tweede Kamer, maar ook de lokale politiek in Heerlen, de mensen, de patiënten, de zorgverleners en de experts serieus. Waarom maakt u geen plan van aanpak voor wat u gaat doen, in plaats van alleen maar af te wachten?

Hetzelfde geldt voor de ziekenhuiszorg in Terneuzen, in Haarlem en op andere plekken die nu dreigen te verdwijnen. Het kan toch niet zo zijn dat deze minister dan op zijn handen blijft zitten en zich wel of niet laat informeren over de uitkomst daarvan?

De **voorzitter**:

Dank u wel. We zijn aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors voor vijf minuten en dan gaan we naar de tweede termijn van het kabinet.

De vergadering wordt van 13.06 uur tot 13.11 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. We gaan naar de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Ik geef de minister het woord.

Minister **Bruijn**:

Dank u wel, voorzitter. Ik ben nog enkele antwoorden verschuldigd aan de Kamer. Allereerst het antwoord op de vraag van de heer Claassen over de ontwerpregeling voor de niet-verpleegkundige meldkamercentralist. De ontwerpregeling, op grond waarvan ook andere zorgprofessionals dan alleen verpleegkundigen de meldkamerfunctie kunnen uitoefenen, hangt op dit moment voor bij uw Kamer. Dit voorstel is inderdaad gisteren in de procedurevergadering gestuit tot de behandeling van het schriftelijk overleg in een door de heer Claassen aangekondigd tweeminutendebat. Ik wil hierbij graag benadrukken dat deze regeling ervoor zorgt dat het personeelstekort op de meldkamer kan worden teruggedrongen. Het personeel kan dan bovendien slimmer, namelijk gedifferentieerd via functiedifferentiatie, worden ingezet, zonder dat dit invloed heeft op de kwaliteit. Dat blijkt ook uit onderzoek. Ik zie uw inbreng voor het schriftelijk overleg graag tegemoet en verheug mij op de verdere discussie.

De **voorzitter**:

Het is wel goed om vanuit mijn rol als voorzitter van de commissie op te merken dat we gisteren met elkaar hebben afgesproken dat er volgende week tijdens de procedurevergadering ook een soort tijdpad zal worden vastgesteld. Dan weet u dat ook meteen.

Minister **Bruijn**:

Een soort groeipad.

De **voorzitter**:

Nou, geen groeipad. Wij doen binnen de commissie VWS niet aan groeipaden, maar aan harde deadlines.

Minister **Bruijn**:

Dan een vraag van de heer Claassen van de PVV-fractie over het Skipr-artikel over de notitie van IGJ inzake differentiatie van spoedzorg. De notitie van IGJ komt voort uit het AZWA. De IGJ maakt zich geen zorgen over andere verschijningsvormen van spoedzorg. Het gaat hier om een ontwikkeling die de IGJ steunt en waar ze natuurlijk op toeziet. Maar dan moeten er wel goede kwaliteitseisen en een duidelijke terminologie zijn. Dat is vooral voor de patiënt van belang. Ik denk dat de heer Claassen daar ook op doelt. Ik

onderschrijf dat volledig. Het belang van de patiënt staat altijd centraal, in iedere discussie.

Ik zie de bijdrage van de IGJ als waardevolle input. Er wordt op dit moment aan de landelijke spoedzorgtafel gesproken over differentiatie van kwaliteitseisen. Het is goed, heel goed zelfs, en belangrijk dat de IGJ haar reflecties met de veldpartijen deelt. Dat moet en kan aan de spoedzorgtafel verder worden besproken.

Dan een vraag van de heer Claassen over de onderwijsinstellingen en de samenwerking in de regio Parkstad. Het Zuyderland werkt op het gebied van onderwijs intensief samen met Zuyd Hogeschool, VISTA college en het MUMC. U heeft nog een antwoord van mij tegoed op een vraag in het schriftelijk overleg over het Zuyderland. Ik zal in die beantwoording uitgebreid ingaan op uw vraag. Dat doe ik uiterlijk 1 november. Dat is een toezegging.

Dan een vraag van mevrouw Joseph van de fractie van BBB. Hoe voorkomen we dat ziekenhuizen sluiten in de aanloop naar het invoeren van budgetbekostiging? Door mevrouw Joseph zijn daarvoor een aantal oplossingen aangedragen. Ten eerste weet ik dat ook zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht zeer gemotiveerd zijn om sluitingen te voorkomen en dat ook steeds vaker doen in gesprek met de regio. Overigens is de budgetbekostiging hier juist een oplossing voor, maar mevrouw Joseph doelt op de tussentijd. Ik doe in dit kader een beroep op zorgverzekeraars om daar bij de contractering voor komend jaar aandacht voor te houden, want inderdaad is juist de tussenperiode heel belangrijk.

De bottomline is dat ik sluitingen vanwege personeelstekorten uiteindelijk niet kan voorkomen. Het is misschien wel mogelijk om binnen enkele weken ziekenhuisstaatssteun te geven, maar die moet dan achteraf weer worden teruggedraaid, omdat die steun onrechtmatig is. Volgens mij willen wij dat pad met z'n allen niet op.

Mevrouw Joseph van de fractie van BBB vraagt ook of tijdelijke staatssteun mogelijk is vanuit een fonds voor ziekenhuizen die omvallen, en waarom dit niet gebruikelijk is. Een financiële bijdrage om een ziekenhuis open te houden kan enkel onder zeer strikte voorwaarden gegeven worden. De bijdrage dient ook te voldoen aan de Europese staatssteunregels. Wij hebben dat al besproken met elkaar. Onder andere moet er sprake zijn van een financieel noodlijdende instelling, en daarnaast mag de steun niet bedoeld zijn voor het oplossen van personeelstekorten. Het is dus geen oplossing voor een instelling die gesloten wordt vanwege personeelstekorten.

Het kabinet stelt zich op het standpunt dat het beter is om tijd en energie te steken in het zo snel mogelijk invoeren van de maatregelen van het kabinet. Het uitbreiden van de beschikbaarheidsbijdrage kan ook niet op korte termijn gebeuren. Dat geldt ook voor een dienst van algemeen economisch belang, gelet op de Europese staatssteunregels. Los van het feit dat een fonds niet uitvoerbaar is op korte termijn wil ik natuurlijk voorkomen dat ziekenhuizen

en SEH's in 2026 moeten sluiten om financiële redenen. Ik doe daarom ook een beroep op de zorgverzekeraars. Ik heb die hierover al gesproken. Ik heb hun gevraagd om daar bij de contractering voor komend jaar extra aandacht voor te hebben.

Ten slotte, voorzitter, een vraag van mevrouw Joseph over de vijfminutenregistratie. Staatssecretaris Pouw heeft hier een toezegging over gedaan. Zij heeft gezegd dat zij het ermee eens is dat de regie genomen moet worden. Zij gaat met IZA-partijen in gesprek om te kijken hoe de vijfminutennormregistratie nu definitief kan worden uitgebannen. Dat doet zij blijkens haar toezegging voor het kerstreces. Ik sluit me daar natuurlijk van harte bij aan, en dat geldt voor het hele kabinet.

Mevrouw Dobbe vraagt: neem meer regie. Ik zou zeggen: het hele AZWA is eigenlijk gemaakt om de toegankelijkheid beter te laten borgen. De verschillende maatregelen die we ook in dit debat hebben besproken, zijn allemaal stukjes van de puzzel. Het beeld dat we achteroverleunen en niets doen, werp ik eerlijk gezegd verre van mij. Ik wil graag het hele pakket nog een keer met u doornemen, mocht die indruk zijn ontstaan. Er ligt echt een flink pakket en ik heb vanaf mijn eerste werkdag in deze baan dat heel serieus opgenomen. Ik heb meteen gesprekken gestart en ik heb zorgverzekeraars langs gehad. We rollen dat uit en als dat niet snel genoeg gaat, blijf ik graag met mevrouw Dobbe in gesprek over waar dat dan sneller zou kunnen. Dat gaat van de aanpak van opleidingen tot aan de budgetbekostiging en van administratieve lasten tot aanpassing aan de regelgeving. Er is niet één panacee, maar er is wel een combinatie van maatregelen. U kunt erop rekenen -- dat is een algemene toezegging -- dat ik de tijd die mij gegund is in deze prachtige functie onder uw toezicht, volop zal benutten om hier mijn schouders ten volle onder te zetten. Ik deel met u volledig de drijfveer van het belang van bereikbare, betaalbare en goede zorg voor alle inwoners van dit land.

Voorzitter. Ik kom aan het einde van mijn tweede termijn. Ik wil graag de commissie bedanken voor het prettige debat, dat voor mij ook leerzaam was. Ik zie uit naar toekomstige debatten met u. Ik ben er trots op dat ik samen met u dit werk mag doen.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, u ook dank voor de beantwoording. Die roept nog wel enkele interrupties op. Dat zijn echt de laatste, de veegronde. Mevrouw Joseph en dan mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Dank aan de minister voor de beantwoording van de nieuwe vragen. Ik hoor ergens dat staatssteun toch wel kan, maar dat die misschien achteraf onrechtmatig blijkt. Ik zou denken dat we hier, net als in de zorg, beter kunnen werken aan preventie, het voorkomen dat de ziekenhuizen omvallen, want we weten dat het achteraf heel moeilijk is om ze weer terug te krijgen. Ik zag dat er bij de ziekenhuizen in Twente sprake is van financiële problemen. Ik hoop dat de minister het niet alleen overlaat aan de zorgverzekeraars -- we hebben eerder al gezien hoe dat werkt -- maar dat hij zich ook inspant om bijvoorbeeld de ziekenhuizen in Twente te helpen om te kijken of ze overeind kunnen blijven.

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp de vraag van mevrouw Joseph. Ik heb contact met de ziekenhuizen in Twente en die zijn in goed gesprek met de verzekeraars. Ook daarbij houden we de vinger aan de pols.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe tot slot.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel. Deze minister hoeft mij niet te overtuigen dat hij heel veel doet, want dat geloof ik direct. Maar mijn vraag is: in hoeverre stuurt deze minister op uitkomsten? De motie die ik de hele tijd aanhaal, vraagt om een rol van het kabinet, in dit geval deze minister, om te sturen op uitkomsten. De uitkomst is dan bijvoorbeeld een volwaardig ziekenhuis in Heerlen met geboortezorg en behoud van regionale ziekenhuizen. Precies op dat stuk hoor ik geen acties van deze minister. Hoe stuurt hij op uitkomsten, bijvoorbeeld dat de geboortezorg behouden blijft? Want het is: ik blijf het afwachten en ik zie wel wat het wordt. Misschien zie ik het verkeerd, maar dan zou ik graag het plan van aanpak willen hoe deze minister stuurt op de uitkomst.

Minister **Bruijn**:

Ik zet me daar volledig voor in, maar wel binnen de grenzen van de wet- en regelgeving. Dat is het.

De **voorzitter**:

Dat is het. Ja, daar moet u het mee doen. Ik ga er een einde aan breien. Ik dank nogmaals de minister en natuurlijk de onmisbare ondersteuning voor

alle antwoorden. Ik ga zo met u de toezeggingen doorlopen. Dan moet u kijken of die zijn zoals ze zijn toegezegd. Het tweeminutendebat is aangevraagd door mevrouw De Korte. Dat verzoek geleiden wij door en het is aan de Griffie om dat plenair een keer in te plannen.

Dan gaan we naar de toezeggingen.

- Punt één. Het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar medisch specialisten in loondienst wordt in maart 2026 aan de Kamer verzonden.

- Twee. De Kamer wordt in het voorjaar van 2026, ofwel kwartaal 1, nader bericht over het groeipad.

Daarbij staat tussen haakjes: uitleg in jip-en-janneketaal. Nou ja, ik denk dat wij elkaar begrijpen op dat punt.

- Punt drie. De Kamer wordt periodiek geïnformeerd over de budgetbesteding door middel van tussenrapportages.

- De Kamer wordt, zodra die informatie beschikbaar is, nader geïnformeerd over de uitwerking van het plan voor geboortezorg in het Zuyderlandziekenhuis na 2030. De oplevering van het plan is voorzien in de tweede helft van 2026.

- Punt vijf. De Kamer wordt nader geïnformeerd over de uitkomsten van het gesprek met onder meer de umc's, de IGJ, ofwel de inspectie, en patiëntenorganisaties over hartchirurgie en kinderchirurgie.

Ik kijk even of daar een termijn bij staat. Dat is niet het geval.

Minister **Bruijn**:

Dat is zo snel mogelijk.

De **voorzitter**:

We doen in deze commissie niet aan "zo snel mogelijk". Het is "eind dit jaar", "begin volgend jaar" of in ieder geval iets preciezer wat betreft het kwartaal.

Minister **Bruijn**:

Ik heb dat gesprek in oktober. Ik kan "eind dit jaar" dus zeker toezeggen.

De **voorzitter**:

Eind dit jaar. Dat voegen we toe aan punt vijf.

- Punt zes. De Kamer wordt bericht over de uitkomst van het gesprek in het AZWA, oftewel het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, over de verdeling van de onderzoeksmiddelen voor medisch specialisten en de opleidingsmiddelen voor verpleegkundigen.

Voor wanneer is dat?

Minister **Bruijn**:

Dat wordt bij de eerstkomende voortgangsrapportage van het AZWA.

De **voorzitter**:

Zit dat ook een beetje in de pijplijn? Oké.

Minister **Bruijn**:

Dat is zo snel mogelijk.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik zou 'm toch iets preciezer geformuleerd willen hebben.

De **voorzitter**:

Dat mag.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dat betreft bij de onderzoeksmiddelen de verdeling tussen verpleegkundigen en medisch specialisten, want dat staat er niet zo precies bij, en de verdeling van de scholingsmiddelen tussen medisch specialisten en verpleegkundigen.

Minister **Bruijn**:

Beide zullen onderwerp zijn van het gesprek.

De **voorzitter**:

Oké, dan hebben we dat wat preciezer ingevuld. Ik zet 'm gemakshalve even op kwartaal 1. Als dat niet kan, dan horen we dat wel weer. Dat is zeker

kwartaal 1 van 2026, want kwartaal 1 van 2025 wordt heel ingewikkeld. Bij dezen.

- Dan komen we bij de zevende toezegging. De Kamer wordt nader bericht over de uitkomsten van het gesprek met HartslagNu over aed's.

"Voor het kerstreces" heb ik er maar aan toegevoegd. Ik zie dat de heer Bushoff daarmee akkoord is.

- Agendapunt acht. De Kamer ontvangt eind 2025, ofwel zo snel mogelijk, een terugkoppeling van het gesprek met OCW over de arbeidsmarktproblematiek voor het Zuyderlandziekenhuis en de regio.

Dat betreft dus een ander minister, het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, dus het ministerie dat over de opleidingen gaat. Dit gaat inderdaad over de vraag van de heer Claassen over het Zuyderland; zo hadden we hem ook genoteerd.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat verhaal met OCW is natuurlijk generiek. Dat heeft er natuurlijk invloed op. Dat andere is specifiek voor de regio, maar dat staat los van het benutten van alle potentie, wat we met OCW voor elkaar zouden moeten krijgen.

De **voorzitter**:

Dit is altijd heel belangrijk, als een toezegging nader wordt gepreciseerd en er over en weer wordt geknikt.

Minister **Bruijn**:

Het bredere onderwerp doen we met OCW. Dit is specifiek in het so.

De **voorzitter**:

Heel mooi. Dan is de toezegging nog preciezer en scherper.

- Punt negen. De verkenning naar de ic-capaciteit wordt begin 2026 aan de Kamer verzonden.

Dit waren ze. Kijk, dat is altijd mooi. Wacht wacht, stop stop, ik heb er nog één. Dat is de laatste. Daarna moet u nog even zeggen of ik iets ben vergeten.

- Tot slot. De beantwoording van het schriftelijk overleg over het Zuyderland ontvangt de Kamer voor 1 november. Daarin wordt de vraag van het lid

Claassen over de samenwerking tussen de onderwijsinstellingen en het Zuyderlandziekenhuis meegenomen.

Deze is er nog ter aanvulling.

Dat waren er tien. Dan zie ik mevrouw De Korte en mevrouw Joseph. Eerst is mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

We hebben ook een toezegging gekregen over proactieve zorgplanning door wijkverpleegkundigen. Dat zou binnen het AZWA worden besproken.

De **voorzitter**:

Er moet wel een brief zijn. Een toezegging is natuurlijk gewoon ... Tja. Wat is dat dan?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Nou ja, we verwachten dan ook wel een brief over wat daar precies besproken is.

De **voorzitter**:

Kijk, we hoeven niet per se brieven te bestellen. Het gaat er ook om of het in lijn is met ...

Minister **Bruijn**:

We kunnen het in de eerstkomende AZWA-rapportage meenemen.

De **voorzitter**:

Die hebben we afgevinkt. Dan kom ik nu eerst bij mevrouw Joseph.

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Ik had ook begrepen dat de minister met de provincie in gesprek zou gaan over het luchthavenbesluit.

De **voorzitter**:

Maar "in gesprek gaan" en zo ...

Mevrouw **Joseph** (BBB):

Oké, maar even voor de zekerheid ...

De **voorzitter**:

Weet je, het is een minister, hè? Die moet ook gewoon in gesprek gaan en aan de slag.

Minister **Bruijn**:

Ik ga daar in ieder geval navraag naar doen.

De **voorzitter**:

Oké, mooi.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik wilde even wat checken, want misschien heb ik niet goed opgelet, over het Zuyderlandziekenhuis en inzicht krijgen in waar de tekorten zitten voor de opleidingen. Is dat per afdeling? Staat dat er goed in?

Minister **Bruijn**:

We gaan de tabel actualiseren.

De **voorzitter**:

Hoe precies?

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Per afdeling?

De **voorzitter**:

Hij wordt later gepreciseerd. Het is dus echt even aan de minister om te bepalen op welk detailniveau hij dat gaat doen.

Minister **Bruijn**:

Dat kan ik nu niet exact toezeggen, maar we gaan het natuurlijk in zo veel mogelijk detail preciseren.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Mijn verzoek was echt: per afdeling.

Minister **Bruijn**:

Dat nemen we mee.

De **voorzitter**:

Oké, check.

De heer **Claassen** (PVV):

Misschien heb ik het ook gemist, maar was er niet een toezegging over het verhaal over het groeipad verduidelijken en simpel uitleggen? Dat zou ergens opgepakt worden en tijdelijk worden opgeschreven. Is dat genoemd?

De **voorzitter**:

Jazeker. Dat was punt twee.

Minister **Bruijn**:

Het is voorbijgekomen.

De **voorzitter**:

Uw jip-en-jannekeverzoek.

De heer **Claassen** (PVV):

Oké.

De **voorzitter**:

Ik heb u zelfs genoemd. U heeft gewoon niet opgelet! Daar ga ik gewoon van uit.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik heb wel opgelet, maar misschien niet ...

De **voorzitter**:

U hoeft niet na te komen, maar u heeft niet opgelet!

De heer **Claassen** (PVV):

Misschien heb ik wel opgelet, maar was mijn gehoor op dat moment selectief!

De **voorzitter**:

Nee, ik zit u te plagen. Ik heb het opgenoemd. Het was punt twee.

Het is bijna 13.30 uur. Ik kom tot een einde van dit commissiedebat. Ik wil in ieder geval iedereen die bij dit debat aanwezig is, danken voor uw geduld en uw aandacht. Dat geldt ook voor iedereen die het debat via een scherm heeft gevolgd. Ook aan alle Kamerleden, minister Bruijn, de onmisbare ondersteuning en iedereen die dit mogelijk heeft gemaakt veel dank. Ik beëindig de vergadering. Tot ziens.

Sluiting 13.28 uur.