

31 016 Ziekenhuiszorg

Nr. 335 VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Vastgesteld 27 januari 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 14 januari 2021 overleg gevoerd met mevrouw Van Ark, minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 februari 2020 inzake reactie op het verzoek van het lid Van den Berg, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 3 december 2019, over de voorgenomen sluiting van afdelingen in het streekziekenhuis in Winterswijk (Kamerstuk 31016, nr. 278);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 mei 2020 inzake verkenner Santiz (Kamerstuk 31016, nr. 285);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 november 2020 inzake beantwoording vragen commissie over het advies van de verkenner over de fusie van Santiz (Kamerstuk 31016, nr. 296);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 juli 2020 inzake advies van de verkenner over de fusie van Santiz (Kamerstuk 31016, nr. 292);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juni 2020 inzake landelijke kwaliteitseisen en regionale toegankelijkheid (Kamerstuk 31765, nr. 496);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 juni 2020 inzake reactie op petitie Burgerinitiatief Gezond Oost-Gelderland met betrekking tot waarborgen continuïteit en kwaliteit van ziekenzorg in de regio (Kamerstuk 31016, nr. 287);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juli 2020 inzake verduurzaming van de zorgsector (Kamerstuk 32813, nr. 557);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 oktober 2020 inzake stand van zaken universitair medische centra (umc's) (Kamerstuk 33278, nr. 10);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juli 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Brenk, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 5 maart 2019, over de marktwerking in de zorg (Kamerstuk 31765, nr. 428);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 november 2020 inzake het bevorderen van gelijkgerichtheid in de medisch specialistische zorg (Kamerstuk 29248, nr. 325);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 december 2020 inzake antwoord op vragen commissie over de voorhang Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (Kamerstuk 35124, nr. 18) (Kamerstuk 35124, nr. 19);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 september 2020 inzake voorhang Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (Kamerstuk 35124, nr. 18);
- de brief van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 13 oktober 2020 inzake rapport "Verzekerd van Zinnige Zorg; De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019" (Kamerstuk 29689, nr. 1083);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2020 inzake voortgangsrapportage ZE&GG en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29248, nr. 324);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 november 2020 inzake beantwoording vragen commissie over het rapport "Stand van het land regiobeelden" (Kamerstuk 31765, nr. 522);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 augustus 2020 inzake rapport "Stand van het land regiobeelden" (Kamerstuk 31765, nr. 516);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 januari 2020 inzake toelichting op de gevoerde procedure inzake het standpunt hooggebergtebehandeling bij ernstig refractair astma (Kamerstuk 29689, nr. 1046);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 november 2020 inzake reactie op de brief van Long Alliantie Nederland (LAN) inzake de uitvoering van de motie van het lid Van Gerven c.s. over hooggebergtebehandeling bij ernstig astma (Kamerstuk 29689, nr. 1087);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 december 2020 inzake reactie op verzoek commissie over het rapport "Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú" (Kamerstuk 31765, nr. 537);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 december 2019 inzake rapport uitvoering wettelijke taken door het CAK Verantwoordingjaar 2018 (Kamerstuk 34104, nr. 269);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 december 2019 inzake reactie op verzoek commissie over dubbele zorgkosten in het buitenland (2019Z24755);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2020 inzake onderzoeken gemeentepolis en maatregelen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan (Kamerstuk 29689, nr. 1081);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 november 2020 inzake rapport uitvoering wettelijke taken door het CAK Verantwoordingjaar 2019 (Kamerstuk 34104, nr. 307);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 december 2020 inzake reactie op de motie van de leden Van der Staaij en Ploumen over tegengaan van een verdere stapeling van zorgkosten (Kamerstuk 34104, nr. 261) (Kamerstuk 34104, nr. 315);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 december 2020 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van de brief aan de Nationale ombudsman m.b.t. inning eigen bijdragen zorg in coronatijd (Kamerstuk 29538, nr. 325);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 maart 2020 inzake rapport van de Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen (Kamerstuk 31016, nr. 282);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 maart 2020 inzake overdracht medische dossiers MC Slotervaart (Kamerstuk 31016, nr. 283);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 29 mei 2019, over het overlijden van mevrouw Van Leeuwen als gevolg van het verdwijnen van de spoedeisende hulp post wegens het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen (Kamerstuk 31016, nr. 227);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2019 inzake rechtmatigheidsonderzoek curatoren MC Slotervaartziekenhuis (Kamerstuk 31016, nr. 235);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake voortgangsbrief Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen (Kamerstuk 31016, nr. 247);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake doorontwikkeling Beleid rond zorgaanbieders in financiële problemen (Kamerstuk 32620, nr. 235);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 november 2019 inzake IGJ-rapporten zorgverlening MC Slotervaart november 2019 (Kamerstuk 31016, nr. 256);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake rapport Onderzoeksraad voor Veiligheid Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen (Kamerstuk 31016, nr. 269);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 januari 2020 inzake IGJ-rapporten afschaling en overname zorgverlening MC IJsselmeerziekenhuizen (Kamerstuk 31016, nr. 270);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 juni 2020 inzake gebundelde beleidsreactie op rapporten over faillissementen MC-groep (Kamerstuk 31016, nr. 288);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2020 inzake reactie op verzoek commissie over brief "Bronovo MOET blijven" (Kamerstuk 31016, nr. 290);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 november 2020 inzake de Zorgplicht handvatten voor zorgverzekeraars (Kamerstuk 29689, nr. 1088);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake reactie op het verzoek van het lid Ploumen, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 16 januari 2020, over de financiële situatie van het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer (Kamerstuk 31016, nr. 276);

- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 november 2020 inzake afschrift reactie op aanbevelingen rapport OVV Failliete ziekenhuizen (Kamerstuk 31016, nr. 297);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 december 2020 inzake het rapport inzake Faillissement Slotervaartziekenhuis B.V. Onderzoek naar Goed bestuur (Kamerstuk 31016, nr. 299);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 juni 2020 inzake kwaliteitskader spoedzorgketen (Kamerstuk 29247, nr. 313);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 juni 2020 inzake voortgang actieplan ambulancezorg (Kamerstuk 35471, nr. 33);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 juni 2020 inzake advies "Opschalingsplan COVID-19" (Kamerstuk 25295, nr. 455);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juli 2020 inzake bereikbaarheidsanalyse voor SEH's en acute verloskunde 2020 (Kamerstuk 29247, nr. 315);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 september 2020 inzake evaluatie nieuwe situatie Drenthe en Zuidoost-Groningen (Kamerstuk 31016, nr. 294);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 oktober 2020 inzake verzamelbrief acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 319);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 november 2020 inzake antwoorden op vragen commissie over de concept-Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Kamerstuk 35471, nr. 35) (Kamerstuk 35471, nr. 37);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 oktober 2020 inzake concept-Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Kamerstuk 35471, nr. 35);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 november 2020 inzake onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars 2020 (Kamerstuk 29247, nr. 323);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 december 2020 inzake advies "45 minuten norm in de spoedzorg" van de Gezondheidsraad (Kamerstuk 29247, nr. 324);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2020 inzake antwoorden op vragen commissie over Houtskoolschets acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 325);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 juli 2020 inzake de Houtskoolschets acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 314);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 december 2020 inzake advies uitbreiding acuut ambulancevervoer door de ambulancehelikopter voor Texel (Kamerstuk 29247, nr. 326);

- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 juli 2020 inzake NZa-rapport medisch-generalistische zorg (Kamerstuk 34104, nr. 300);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 september 2020 inzake rapport De Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistent in de huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 82);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 november 2020 inzake advies passende zorg (Kamerstuk 31765, nr. 536).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Lodders

Griffier: Bakker

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bergkamp, Dik-Faber, Van Gerven, Lodders, Renkema, Sazias en Veldman,

en mevrouw Van Ark, minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een notaoverleg. Er is een aantal verschillende onderwerpen geagendeerd. "Een groot aantal" kan ik misschien beter zeggen, gezien de opmerkingen en de lengte van de agenda. We bespreken vandaag de onderwerpen medisch zorglandschap, juiste zorg op de juiste plek, eigen bijdragen in de zorg, ziekenhuisfaillissementen, ambulancezorg/acute zorg en eerstelijnszorg. Dus dat is inderdaad een veelheid aan onderwerpen. We hebben ze niet genummerd, maar we hebben een aantal A4'tjes met brieven die aan de orde zullen komen.

Ik heet de minister voor Medische Zorg hartelijk welkom. Uiteraard ook een hartelijk welkom aan de ondersteuning hier en elders in het gebouw, waar wellicht nog een aantal van uw collega's zitten. Hartelijk welkom aan de Kamerleden en uiteraard aan de mensen die dit notaoverleg thuis of ergens anders volgen.

Ik gaf het al aan: het is een notaoverleg. Dat betekent dat wij eigenlijk hetzelfde als in een algemeen overleg met elkaar het debat aangaan. Maar aan het eind van dit notaoverleg hebben de leden de gelegenheid om eventueel moties in te dienen. We hebben vandaag gepland van 10.00 uur tot maximaal 17.00 uur. 17.00 uur is echt het maximum, maar ik hoop dat we gedurende de dag gaan zien dat we wellicht ietsjes eerder klaar kunnen zijn. We hebben voor dit debat een spreektijd afgesproken van zeven minuten. Vaak is het bij het afspreken van de spreektijd bij een notaoverleg zo dat het voor de eerste en tweede termijn is, maar dat zou heel krap zijn, want dat betekent dat in die zeven minuten eerste termijn, tweede termijn en moties moeten plaatsvinden. Ik zou me in de eerste termijn willen richten op ergens tussen vijf en zeven minuten en in de tweede termijn overgaan tot moties. Maar laten we kijken hoe het gaat.

En ik zou met u willen afspreken om zo meteen aan te vangen met de eerste termijn van de zijde van de Kamer en om aan het einde van de eerste termijn even te kijken hoe we omgaan met de lunch, want ik verwacht niet dat we heel erg lang over de eerste termijn doen, tot een uur of twaalf of zo. We moeten even kijken wanneer we schorsen. Ik zie dat de heer Renkema nog een procedurevoorstel wil doen.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Nou ja, ik heb een klein punt van orde, want het is mij niet helemaal duidelijk wat u nu zegt over het aantal minuten. Ik was uitgegaan van een eerste termijn van zeven minuten. Dat begrijp ik ook van de collega's. Dat lijkt mij voor een debat dat van 10.00 uur tot maximaal 17.00 uur kan duren sowieso al aan de krappe kant. Daar zou ik liever niet nog op gaan bekknibbelen.

De **voorzitter**:

Nee. De reden waarom ik vijf tot zeven zei, is dat u dan in ieder geval uw zeven heeft. Er zijn ook mensen die hun bijdrage voorbereid hebben op zeven minuten in eerste en tweede termijn. Dus pak de tijd die nodig is, maar bij zeven minuten ga ik u een seintje geven. Laten we dat dan zo afspreken. Oké. Als er geen andere vragen of opmerkingen zijn, dan zou ik willen voorstellen om van start te gaan met de eerste termijn. Wat zullen we afspreken, twee interrupties in tweeën? Ik kijk even hoe het gaat. Ja. Dat is het geval. Dan geef ik als eerste graag het woord aan de heer Van Gerven. De heer Van Gerven spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Het is nu de tijd om de balans op te maken van het neoliberale beleid van dit kabinet. Dat beleid wordt gekenmerkt door een georganiseerd wantrouwen tegen de professional en de patiënt en anderzijds een ongebreideld geloof in marktwerking, schaalvergroting en commerciële zorgverzekeraars. De coronacrisis heeft daar helaas geen verandering in gebracht. Deze crisis bracht de zwaktes van ons zorgstelsel aan het licht: een gebrek aan centrale regie, capaciteitsproblemen op vele gebieden, zoals in de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg, en een gebrek aan het structureel extra belonen van ons zorgpersoneel. Dat vraagt om een antwoord en investeringen in de zorg. Dat gebeurt niet, terwijl daartoe volop mogelijkheden zijn.

We trekken de beurs om bedrijven overeind te houden. Het wordt tijd dat we de beurs trekken voor de zorg en structureel extra gaan investeren in de zorg, waarbij het geld de behoefte volgt. Een gezonde gezondheidszorg leidt immers tot een gezondere samenleving. Laten we de samenleving en een dienstbare overheid en niet het commerciële denken tot hoeksteen van beleid maken. Mijn eerste vraag aan de minister is: hoe kijkt zij aan tegen het beleid zoals dat de afgelopen jaren is gevoerd en zoals zij dat nu voert? Is zij bereid om het zorgstelsel om te vormen tot een niet-concurrerend publiek stelsel met de patiënt en professional als uitgangspunt?

Is zij bereid om het eigen risico, dat in zijn kern onrechtvaardig is en een boete op ziek zijn, af te schaffen? Is zij bereid om de voorkeur van het Capaciteitsorgaan te volgen, zodat het tekort aan zorgpersoneel daarmee kan worden weggewerkt, zoals is aangetoond? Is zij bereid om te stoppen met de privatisering van Intravacc? Lees het artikel in de NRC van vandaag daarover. Maakt zij het onmogelijk dat ziekenhuizen failliet gaan? Gaat zij ervoor zorgen dat het parlement wezenlijk invloed krijgt op de spreiding van de ziekenhuiszorg in ons land? En kan zij toezeggen dat de spoedzorg in het St. Jans Gasthuis in Weert in de toekomst 24/7 overeind blijft? Garandeert zij dat alle extra kosten die ziekenhuizen maken vanwege de uitbreiding van het aantal ic-bedden en klinische bedden om de coronapandemie het hoofd te bieden, ook volledig worden vergoed, zoals is beloofd?

Voorzitter. Het lijkt alweer zo lang geleden: de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen. Dat was hét voorbeeld van falende zorgverzekeraars aan de ene kant en een afwezige overheid aan de andere kant. De keiharde conclusie was dat de patiënt niet centraal werd gesteld, waar het in de zorg toch om te doen is. De inspectie en de Nederlandse Zorgautoriteit verzopen in een papieren werkelijkheid. Hoe kijkt de minister daartegen aan? Is de les van dit alles niet dat we nooit meer een ziekenhuis failliet mogen laten gaan? Want welk nut wordt ermee gediend als we die mogelijkheid laten bestaan? Laten we kijken naar het ziekenhuis in Boxmeer. Was het beter geweest als dat ziekenhuis niet was gered en failliet was gegaan? Of is de hulp die de overheid hier geboden heeft de beste oplossing voor de zorg in die regio?

Voorzitter, tot slot. Dienen de Nederlandse Zorgautoriteit en de inspectie er niet op toe te zien en ook te garanderen dat iedere individuele patiënt daadwerkelijk de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank, meneer Van Gerven. Wilt u de microfoon uitzetten? Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg. Mevrouw Van den Berg spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter.

Voorzitter. Ik wil de minister vooraf bedanken dat zij op basis van de motie van 50PLUS en het CDA een overzicht van de gemeentepolissen heeft gemaakt. Hier kom ik graag op terug bij een overleg over de Zorgverzekeringswet.

Voorzitter. Eerst de rapporten over de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen. Alleen daaraan zou ik al zeven minuten spreektijd kunnen besteden, maar er staan veel onderwerpen op de agenda, dus ik maak toch maar mijn keuzes. Het CDA is er niet van overtuigd dat nu geborgd is dat een dergelijk faillissement niet meer kan voorkomen.

De minister geeft in de brief van juni aan geen wettelijke grondslag te willen maken waardoor de inspectie of de onderzoekscommissie informatie kan vorderen. Het CDA begrijpt dat niet. Het betreft weliswaar een private instelling, maar het gaat hier om publiek geld. Kan de minister dat nog eens toelichten?

Om de ongewenste dubbelrol van bestuurders en aandeelhouders aan te pakken, onderzoekt de minister of de omzetsdrempel van de structuurvennootschap verlaagd kan worden voor de zorg en of de governancecode aangepast moet worden. Het rapport komt begin 2021. Dat is een slakkengang. Waarom kan dit niet sneller? Veel aanbevelingen in de rapporten gaan over ziekenhuisbesturen, zorgaanbieders in financiële problemen et cetera, maar hoe wordt gemonitord dat hier ook echt iets mee gebeurt? Wordt een accreditatie bijvoorbeeld verplicht voor bestuurders en toezichthouders, oftewel een opleiding?

De minister wil voor het earlywarningsysteem gebruikmaken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses. Dat vindt het CDA naïef. De jaarrekening hoeft pas maanden na afsluiting van een boekjaar te worden aangeleverd. De minister schrijft zelf dat de inspectie en de Zorgautoriteit vastliepen in een papieren werkelijkheid van informatie en plannen. Dat betekent ... Mag ik even stoppen, voorzitter?

De voorzitter:

Ja, dat lijkt mij een goed plan. We schorsen heel even vanwege de bel voor de aanvang van het plenaire debat.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Van den Berg. De heer Van Gerven heeft aangegeven dat hij een vraag heeft, dus als u het stukje even afmaakt, dan geef ik daarna de heer Van Gerven de gelegenheid om een vraag te stellen.

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

Ik zei dus dat de inspectie en de Zorgautoriteit vastliepen in de papieren werkelijkheid van informatie en plannen, zoals de minister schreef. Dat betekent dat zij data kregen, maar geen informatie. Waarom verscheen niet alle essentiële informatie, data en performance-indicatoren, op één A4-tje en was er niet voor iedereen hetzelfde schema, zodat het goed te vergelijken is? BDO-accountants geven al jaren aan dat de cijfers niet transparant zijn en dat de zorg daardoor onbetaalbaar wordt. Dat was mijn eerste blokje, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dan is er een vraag van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Het CDA stelt dat het een beetje naïef is om ervan uit te gaan dat een earlywarningsysteem en de maatregelen die tot nu toe genomen worden, afdoende zouden zijn om faillissementen van ziekenhuizen te voorkomen, althans zo begrijp ik de woorden van mevrouw Van den Berg. Mijn vraag is of het CDA vindt dat we principieel geen ziekenhuizen meer failliet zouden moeten laten gaan. Als het antwoord daarop ja is, zou het dan niet veel slimmer zijn om wettelijk of reglementair te borgen dat dat gewoon niet kan?

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

Het CDA vindt dat wij principieel moeten zien te voorkomen dat een ziekenhuis failliet gaat. Een ziekenhuis kan ook failliet gaan door slecht management. Daarom pleit ik ervoor dat er regelmatig strakke informatie op dezelfde manier over alle ziekenhuizen aan de inspectie en de Zorgautoriteit wordt aangeleverd. Ik vind dat zij niet moeten kijken of ze iets kunnen vinden op basis van jaarrekeningen of berichten in de media. We moeten dat te allen tijde voorkomen. Zo'n ziekenhuisfaillissement is gewoon absoluut onwenselijk en onverteerbaar. Dat moeten we dus zien te voorkomen. Nogmaals, slecht management kan ook een oorzaak zijn dat iets gewoon helemaal de bietenbrug op gaat.

De **voorzitter**:

Afrondend, meneer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja, dat zou kunnen. Het kan van alles zijn. Bij het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen was duidelijk dat de zorgverzekeraars geen poot hebben uitgestoken om die faillissementen te voorkomen. Ze hebben dat gewoon laten gebeuren. Mijn punt is: als het CDA vindt dat er geen ziekenhuis failliet mag gaan, waarom regelen we dat dan niet? We zien dat het in de praktijk niet werkt. Het earlywarningsysteem is een sigaar uit de oude doos. Minister Klink zei ook al dat we een earlywarningsysteem moesten hebben, maar het Ruwaard van Putten is daarna failliet gegaan en er waren de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis enzovoort. Dat werkt dus niet. Zou het niet een idee zijn dat we als het ware het laatste woord in dergelijke situaties bij het parlement leggen? De Tweede Kamer zou dan het laatste woord hebben over of dat al dan niet gaat gebeuren.

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

Wij willen niet dat slecht bestuur beloond zou worden. Daarom moet je tijdig kunnen ingrijpen. Daarom vinden wij het earlywarningsysteem zoals we het nu uit de brieven begrijpen echt onvoldoende. Daarom willen wij daar ook een veel strakker plan voor hebben. Daardoor kan ook in een vroeg stadium zichtbaar worden dat bijvoorbeeld een zorgverzekeraar zijn taken niet oppakt, zoals de heer Van Gerven net ook aangaf. Dan kunnen de minister, de Zorgautoriteit en de inspectie dat zien. Dan kun je tijdig sturen en ingrijpen.

Voorzitter, dan de toekomst. Overall in het land zijn veel zorgen over de bereikbaarheid van met name de acute zorg. De afgelopen jaren heb ik niet alleen vragen gesteld over Lelystad, maar ook over de beschikbaarheid van acute zorg in Hoogeveen, Stadskanaal, Winterswijk, Gennep, Scheemda, Woerdense Verlaat, Leiden, Willemstad in het Caribisch gebied, Tholen, Oldenzaal, Venray, Amersfoort, Woerden, Venlo, Delfzijl en ik kan nog wel even doorgaan. Kortom, de zorgen spelen in heel Nederland. Op initiatief van het CDA heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving een advies uitgebracht: Van deelbelangen naar gedeeld belang. Daarin wordt gesteld dat de bereikbaarheid ook onderdeel is van kwaliteit, maar dat die ondergesneeuwd is geraakt. We zijn dan ook verbijsterd over de voorstellen in de houtskoolschets acute zorg, zeker na de eerste ervaringen met corona. De acute zorg wordt daarin geheel uitgekleed. Dat terwijl we nu al zien dat door concentratie ambulances vaak verder moeten rijden omdat er stops zijn bij overbelaste spoedeisendehulpafdelingen. De enige goede voorstellen zijn onzes inziens het landelijk huisartsenspoednummer en het voorstel om de acute zorg meer vanuit beschikbaarheid te gaan bekostigen dan vanuit het aantal behandelingen. Er wordt in de schets echter geheel voorbijgegaan aan het belang van de ziekenhuizen voor de leefbaarheid van de regio. Vaak zijn ze de grootste werkgever, zoals het Ziekenhuis Rivierenland in Tiel. Van meerdere kanten hoor ik dat het erom gaat dat we de organisatie van de zorg moeten aanpassen. Zo wordt in het regiobeeld Zeeland gesteld dat meer dan 70% van de acutezorgsituaties is te voorkomen. Dank aan de minister dat zij op basis van mijn motie met de monitor basiszorg universitair medische centra onderzoek heeft laten doen in hoeverre de umc's basiszorg afpakken van regionale ziekenhuizen. Op basis van deze eerste monitor, een nulmeting, ziet de Zorgautoriteit mogelijkheden tot verbetering. Die zien we graag in de tweede monitor terugkomen.

Op basis van mijn moties is de minister bezig wet- en regelgeving aan te passen. Lokale besturen en inwoners moeten betrokken worden bij besluitvorming over wijzigingen in de acute zorg. Hoe gaat dat gemonitord worden? Welke procedure kunnen inwoners starten als de zorgaanbieder zich daar niet aan houdt? Volgens het CDA heeft Bravis ziekenhuis met zijn nieuwbouwplannen daaraan niet voldaan en moet het proces opnieuw. Graag een reactie van de minister. Het zorgaanbod moet passen bij de zorgbehoefte. Daarvoor worden regiobeelden gemaakt. In de brief van augustus geeft de minister aan dat er nog veel kwalitatief verschil is tussen de regiobeelden. Op initiatief van het CDA is er indertijd bijvoorbeeld een toekomstverkenner aangesteld voor Flevoland. Die kwam in het najaar van 2019 met een duidelijke analyse van de zorgbehoefte, maar ik hoor en zie nog weinig van de aanpassingen in het zorgaanbod. Graag een reactie van de minister. In de brief van november zegt de minister: "Samen met de hoofdlijnakoordpartijen zal ik bepalen waar een regiobeeld minimaal aan zou moeten voldoen." Kan de minister hier een tijdpad van geven?

Voorzitter. Het zorglandschap verandert. Niet elke zorgaanbieder levert meer in de regio, terwijl de zorg ook daar bereikbaar moet zijn en blijven voor zijn inwoners. Zorg bereikbaar houden in de regio zal de komende jaren een belangrijk thema zijn. Dat vraagt ook wat van zorginstellingen, groot en klein. Deelt de minister de visie van het CDA dat de termen "regionale zorg", "zorg in krimpregio's" en "bereikbaarheid van zorg in de regio" nog niet voldoende onderkend worden? Handelen zorgverzekeraars, de Autoriteit Consument & Markt, de Zorgautoriteit en de inspectie voldoende vanuit dit gezichtspunt van bereikbaarheid van zorg? Mijn conclusie na vier jaar Kamerlidmaatschap is dat dit eigenlijk niet het geval is. We zijn hier niet goed op voorbereid. Daarom mijn vraag: is de minister bereid om hierover in overleg te gaan met de eerder genoemde organisaties om regionale zorg en zorg in krimpregio's in de komende jaren bereikbaar te houden? Graag een reactie.

Voorzitter. Ik noem een voorbeeld hiervan waarover ik recentelijk Kamervragen heb gesteld. Procedures zijn inflexibel. In Zeeland gaat 50% van de huisartsen binnen tien jaar met pensioen. Nu is er een basisarts die huisarts wil worden, er is een huisarts die wil opleiden én er is een opleidingsplaats, maar de huisarts moet naar Zwolle of valt buiten de boot en mag daarna ook niet meer solliciteren. Dit is onverteerbaar. Ik heb hier inmiddels Kamervragen over gesteld.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bergkamp, die spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik begin vandaag met de acute zorg. De druk op de acutezorgketen is groot. Er liggen voor de komende jaren grote uitdagingen in het verschiet. Ik snap daarom goed dat de minister met de houtskoolschets een aftrap heeft willen geven voor de discussie in het veld. Mijn oproep aan de minister zou dan ook zijn om de keuzes daar te laten plaatsvinden. Zoek naar de breedst mogelijke consensus onder de professionals en maak gebruik van hun deskundigheid en ervaringen uit de praktijk. Voordat je het weet, ontstaat er weer verschil tussen theorie en praktijk. Dat moeten we met zo'n belangrijk onderwerp niet willen. Ik herken wel een aantal van de zorgen en vragen die zij delen. Ik vind het ook belangrijk dat de minister die gaat adresseren. Zo wordt in de schets de integrale spoedpost geïntroduceerd, naast de volwaardige spoedeisende hulp. Daarmee wordt er een knip gemaakt tussen het wel en niet levensbedreigend zijn. Maar veel professionals geven aan dat dit niet zomaar kan. Is de minister bereid om dit verder uit te werken met het veld? Voor D66 staat daarbij het belang van de patiënt voorop. En hoe wil de minister voorkomen dat patiënten straks op de spoedpost komen, terwijl ze toch op de spoedeisende hulp hadden moeten kunnen liggen? Kan dat niet tot levensgevaarlijke situaties leiden? Goede triage is daarbij essentieel. Mijn vraag aan de minister is dan ook of ze het onderwerp triage ook met de specialisten, bijvoorbeeld in de heelkunde, wil

bespreken. Ook hoor ik graag meer over de impact van de onderverdeling op de aanrijdtijden van ambulances.

Streekziekenhuizen vrezen daarnaast dat ze te veel kennis en expertise moeten inleveren als zij straks slechts een spoedpost mogen overhouden, de zogenaamde deskilling. Ziet de minister dat risico ook? En hoe denkt ze dat te kunnen beperken? Hoe kan een streekziekenhuis, dat inderdaad een hele belangrijke functie heeft, ook in de leefomgeving, voortbestaan zonder een SEH? En wat kunnen we in deze tijd nou leren van corona? Als ik de schets lees, vraag ik me ook af: wie heeft nou de regie? Wie gaat nou uiteindelijk die keuzes maken? Wie gaat nou bepalen waar de acute zorg straks wel en niet geleverd mag worden?

Voorzitter. Dan de gegevensuitwisseling in de zorg.

De voorzitter:

Voor u verdergaat: er is een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Voordat mevrouw Bergkamp naar het volgende blokje gaat, heb ik even een vraag over ...

De voorzitter:

Wilt u uw microfoon even uitzetten, mevrouw Bergkamp?

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

Ik zou aan mevrouw Bergkamp iets willen vragen over de spoedeisendehulpdiensten en de ambulances, die zij ook noemde. We zien dat er nu al heel vaak stops zijn van ambulances. Die moeten gewoon op zoek naar een ander ziekenhuis. Het CDA heeft al twee jaar geleden gevraagd om een overzicht van hoeveel stops er zijn per ziekenhuis. Daar hebben wij nog steeds geen antwoord op gekregen. We hebben ooit een voorbeeld gekregen van vijf regio's met een percentage, maar niet daadwerkelijk een overzicht. Vindt mevrouw Bergkamp ook dat je, voordat je daar goede besluiten over kunt nemen, gewoon zo'n overzicht moet hebben van hoe het werkelijk geregeld is met het aantal stops?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vind dat een terechte vraag. Er leven sowieso nog heel veel vragen. Dit lijkt mij ook een hele goede vraag. Het gaat over de acute zorg en soms over levensbedreigende situaties. Ik vind dan ook dat je heel veel van de informatie op tafel moet hebben. Mijn vraag en verzoek aan de minister is dan ook: bespreek dit heel goed met het veld, want wellicht zijn er nog veel meer

vragen die eerst beantwoord moeten worden. Maar ik beschouw de schets ook echt als een schets, als een start, om de discussie te lanceren in het veld. Ik denk namelijk dat mevrouw Van den Berg het ook met D66 eens is dat er wel wat uitdagingen zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot de tekorten aan personeel. Dat zijn belangrijke uitdagingen. Ik snap dus het verzoek en ik snap ook de vraag van mevrouw Van den Berg.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan toch even aansluitend op het punt dat er veel uitdagingen zijn, ook ten aanzien van het personeel: we krijgen als CDA in de gesprekken die ik voer in de regio met name mee dat je dingen soms ook anders moet organiseren. Het gaat niet om: we pakken het maar weg, we halen het maar weg in de regio. We moeten het met elkaar anders organiseren, waardoor je met minder mensen meer kan doen. Graag nog een reflectie van mevrouw Bergkamp daarop.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Daar hoort ook bij dat je goed gaat kijken hoe het georganiseerd moet worden, hoe het nu georganiseerd is en hoe het eventueel beter kan. Ik gaf in mijn verhaal ook aan dat triage bijvoorbeeld een heel belangrijk onderwerp is. Er zijn bij de Vereniging voor Heelkunde ook ideeën over hoe je dat beter kan doen. Ik ben het er dus mee eens dat je ook moet kijken naar de wijze van organiseren. Vandaar nogmaals mijn verzoek aan de minister om dat ook te bespreken met het veld. Zij weten namelijk als geen ander hoe je dingen eventueel anders kan organiseren. Ik zeg daarbij wel: voor ons is het belangrijk dat de patiënt het uitgangspunt is. Ik kan me voorstellen dat er ook heel veel andere ideeën, wensen en belangen zijn. Dat snap ik ook, maar uiteindelijk gaat het er wel om dat de patiënt de goede kwaliteit krijgt en geen risico mag lopen. Ik zie een verzoek van de minister. Ik kan voortgaan.

Voorzitter. Dan de gegevensuitwisseling in de acute zorg. Bij de spoedzorg is inzage in medische gegevens van levensbelang, maar nu ontbreekt vaak de benodigde toestemming vooraf. Collega Raemakers riep de minister dan ook op om te onderzoeken of er niet een gerichte campagne kan zijn die kan bijdragen aan een snellere verhoging van het aantal toestemmingen. Heel veel mensen weten namelijk niet dat ze daar toestemming voor kunnen geven. Kan de minister hier al resultaten van delen?

Voorzitter. Voordat de meeste mensen toestemming hebben gegeven, zijn we sowieso al een hele tijd verder. Daarom moeten we ook kijken wat er zonder toestemming vooraf gerealiseerd kan worden. Dat is ook een heldere oproep van de Patiëntenfederatie, verzekeraars, ziekenhuizen en huisartsen. Daarom de vraag aan de minister: wilt u in kaart brengen welke wetgeving en techniek we zouden moeten aanpassen om te zorgen dat de toestemmingsvraag vooraf de beschikbaarheid van medische gegevens bij spoed niet verhindert?

Voorzitter. Dan de ziekenhuisfaillissementen. Je kunt daar inderdaad zeven minuten over volpraten. Laat ik het heel kort doen. Het is een belangrijk onderwerp. Ik denk dat na de Slotervaart- en IJsselmeerziekenhuizen duidelijk is: dit nooit meer. Nooit meer zulke ongecontroleerde faillissementen met alle bijbehorende risico's voor patiënten. We kunnen eigenlijk alleen maar concluderen dat erger is voorkomen en dat dat puur te danken is aan al die fantastische medewerkers -- dat blijkt ook uit de rapporten -- die heel veel zaken hebben opgepakt. Inmiddels ligt er een reactie van het kabinet, maar de kernvraag is: zijn we nu wél goed voorbereid, of zou het weer mis kunnen gaan? Ik vind het voorgestelde earlywarningsysteem dan ook een goed idee, maar volgens mij heeft dat een veel scherpere uitwerking nodig. We kunnen niet afhankelijk blijven van de vrijwillige medewerking van zorgbestuurders. Dat blijkt ook wel uit de rapporten. Ik vraag dus aan de minister om in regelgeving vast te stellen bij welke financiële criteria een zorgaanbieder welke stukken moet aanleveren, en er ook consequenties aan te verbinden als bestuurders die informatie niet leveren.

Verder lees ik dat de minister met haar collega voor Rechtsbescherming wil onderzoeken of curatoren een wettelijke grondslag moeten krijgen om het maatschappelijk belang boven dat van de schuldeisers te laten gaan. Dat klinkt heel sympathiek, maar kan dat niet ook een negatief neveneffect hebben, namelijk dat financiers zeggen: we trekken ons sneller terug? Kan dat niet tot gevolg hebben dat het juist faillissementen in de hand werkt? Hoe kijkt de minister daartegen aan? Wil ze dat ook in dat onderzoek meenemen?

Voorzitter. Dan Zinnige Zorg.

De voorzitter:

Ik twijfel even. De heer Renkema. Ik dacht dat ik zag dat de heer Van Gerven ook een interruptie wilde plegen ... Of niet?

De heer **Van Gerven** (SP):

Nee.

De voorzitter:

Oké. Meneer Renkema, gaat uw gang.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik ga toch maar even terug naar de ziekenhuisfaillissementen. Er liggen natuurlijk meerdere rapporten. Ik vind ook dat er vrij schokkende conclusies bij zitten, met name van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Die zegt: eigenlijk is de veiligheid van patiënten op dit moment niet geborgd in Nederland als er een ziekenhuis failliet gaat. Nogmaals, de voorbeelden die in

die rapporten staan, vind ik schokkend. Ik vind de reactie van D66 op dit onderwerp toch nog wel wat formeel. U zegt "er moet betere informatie komen", "kunnen we er niet voor zorgen dat mensen worden verplicht om eerder informatie te leveren?" et cetera, terwijl er natuurlijk mogelijkheden zijn om veel steviger op het voorkomen van ziekenhuisfaillissementen te gaan zitten. Welke voorstellen heeft D66 op dat punt, naast wat net is genoemd? Ik vind het namelijk een wat magere reactie op al die rapporten die ik heb gelezen over de ziekenhuisfaillissementen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat komt inderdaad omdat we maar zeven minuten hebben om heel veel onderwerpen te bespreken. Laat ik het als volgt toelichten. De rapporten doen een aantal hele goede aanbevelingen waar wij ons ook gewoon in kunnen vinden. Volgens mij is de belangrijkste oproep aan alle partijen: probeer nou dat beetje extra te doen, neem die verantwoordelijkheid en kijk ook buiten je eigen grenzen als het gaat over je eigen verantwoordelijkheid. Ik denk dat dat eerlijk gezegd de belangrijkste oproep is. Ik zie dat de minister die belangrijkste aanbevelingen ook heeft overgenomen. Je wilt natuurlijk dingen voorkomen. Dat betekent dat iedereen zich wat meer en tijdiger moet informeren en meer moet doen. Ik zie wel een kritiekpunt met betrekking tot het earlywarningsysteem. Dat klinkt misschien wat formeel, maar dat is een instrument om te voorkomen dat je juist een heel ongecontroleerde situatie van faillissementen krijgt, met risico's voor de patiënten. Vandaar dat ik dat specifieke onderwerp eruit heb gehaald. Ik denk dat dat beter uitgewerkt moet worden, want anders blijft het een soort papieren oplossing, een formeel iets, wat uiteindelijk geen waarde heeft in de praktijk.

De **voorzitter**:

De heer Renkema, afrondend.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Als iedereen hetzelfde blijft doen, maar iets beter zijn best gaat doen, dan heb ik er nog geen vertrouwen in dat we dit in de toekomst niet opnieuw gaan meemaken. De Onderzoeksraad voor Veiligheid zegt heel nadrukkelijk: alles heeft te maken met de volstrekt tegengestelde belangen. Uiteindelijk zie je bij die ongecontroleerde faillissementen dat iedereen voor zijn eigen belang gaat. Nou zal iedereen hier het er onmiddellijk mee eens zijn dat er eigenlijk maar één belang centraal hoort te staan, namelijk dat van de patiënt. Maar ik vind dat dat in de voorstellen die er nu liggen, maar ook in de reactie van D66, eigenlijk nog te weinig is geborgd. Wat zou D66 nou nog meer willen doen dan wat er al is opgeschreven om de positie van de patiënt echt centraal te stellen in deze situatie?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik zie daar voor mijzelf toch een wat bescheidener rol in. Er zijn heel veel onderzoeksrapporten. Wij sluiten ons ook gewoon aan bij de aanbevelingen die gedaan worden. Ik zie dat daar ook heel veel oplossingen in zitten. Een discussie over het systeem of het stelsel vind ik weer een andere. Als ik kijk naar de onderzoeksrapporten, kan ik me heel goed vinden in die aanbevelingen. Mijn kernvraag aan de minister is ook: als er iets zou gebeuren -- ik zou dat ook echt willen zien als een uitzondering -- zijn we daar dan goed op voorbereid?

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan over zinnige zorg, voor ons een belangrijk punt. Ik haal er weer één punt uit. We zien dat de medische richtlijnen vaak verouderd zijn, vaak zo'n vijf à acht jaar. Voor D66 is het belangrijk dat we toekomen aan een model waarin die richtlijnen uiterlijk om de twee jaar worden geüpdatet en dat in de richtlijnen expliciet wordt benoemd welke zorg niet of maar zelden effectief is. Zo kunnen zorgverzekeraars beter zorg inkopen en kan je ongewenste praktijkvariatie voorkomen. Ik hoop dat de minister deze aanbeveling van D66 wil overnemen.

Dan over de regiobeelden. We kregen onlangs het rapport Stand van het land Regiobeelden. We zijn blij dat daar echt een stap in wordt gezet. Ik heb samen met mevrouw Van den Berg een motie ingediend om meer congruentie te krijgen in de diversiteit in het landschap van regio's, maar als ik nou kijk naar de regiobeelden, dan zie ik daar evenveel incongruenties in. Dat vind ik zonde, want ik denk dat we er het meest aan hebben als dat congruenter is. Mijn vraag is dan ook of de minister daar het komende jaar goede bestuurlijke afspraken over kan maken. We missen nu minimumeisen en randvoorwaarden, waardoor we echt uiteenlopende regiobeelden krijgen.

Voorzitter, tot slot mijn laatste specifieke onderwerp: de chiropractors en osteopaten -- toch even een link naar corona. Veel mensen met ingrijpende, fysieke klachten kunnen op dit moment niet terecht bij chiropractors en osteopaten. Ik begrijp oprecht dat we heel voorzichtig moeten zijn om uitzonderingen te maken voor contactberoepen, zeker kijkend naar het Britse virus, maar dit lijkt me van groot belang. Ik wil ook geen principiële discussie voeren, maar je zult maar een huilbaby hebben en baat hebben bij een osteopaat. Ik wil aan de minister vragen of zij in bepaalde situaties toch een oplossing kan vinden voor deze groep patiënten en cliënten, bijvoorbeeld via een verwijzing. Er zijn heel veel mensen die op dit moment een belemmering hebben in hun functioneren vanwege de stop op een bezoek aan de chiropractor of osteopaat, dus ik hoop dat zij daartoe bereid is.

Voorzitter, dit is het einde van mijn betoog.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Renkema. De heer Renkema spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Een jongen van 27 zou in juni 2019 een controleafspraak hebben bij het Slotervaart. Zeven jaar eerder had hij kanker gehad. Daarom had hij nu een jaarlijkse controle. Alleen, in juni 2019 bestond dat Slotervaart niet meer. Om uiteindelijk weer bij een arts te kunnen komen, moest hij een ziekenhuis vinden waar hij terecht kon. Daarna moest hij terug naar de huisarts voor een verwijzing, in eigen persoon zijn oorspronkelijke dossier ophalen bij het Slotervaart en dat daarna naar het nieuwe ziekenhuis brengen. Toen dat allemaal gebeurd was, kon er een nieuwe afspraak worden ingepland. Dat was in maart 2020. Toen bleek de jongen weer kanker te hebben ontwikkeld. Die kanker had niet kunnen worden voorkomen met een afspraak negen maanden eerder, maar de eerste uitzaaiingen die er inmiddels waren wel. Dit is inderdaad een heftig voorbeeld. Ik zeg het erbij: het is niet fictief. Het gaat om een van de beleidsmedewerkers in onze fractie.

Een pijnlijke conclusie van het onderzoeksrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid is dat de tijdigheid en toegankelijkheid van zorg leunen op de doortastendheid van patiënten. Mensen die zorg nodig hadden, moesten daar zelf achteraan. Het waren niet de verzekeraars, het was niet de inspectie, de NZa en ook niet de minister van VWS waar de patiënten van het Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen op konden vertrouwen. Ze moesten het zelf doen. De zorgverleners zagen de problemen wel en handelden ook. Ze hebben er alles aan gedaan om de sluitingen ordelijk te laten verlopen, maar de tijd en middelen daarvoor kregen ze niet. Het Slotervaart heeft nog wel om hulp gevraagd bij de inspectie, bij de NZa en bij de minister voor Medische Zorg. Die kreeg het niet. Een ziekenhuis was een stapel stenen.

De Onderzoeksraad schrijft dat het belang van de patiënt niet altijd de vereiste prioriteit heeft gekregen. Dat was namelijk ondergeschikt aan andere belangen, het belang van de schuldeisers. Geld was belangrijker dan goede zorg. Om te voorkomen dat geld belangrijker wordt dan zorg, hebben we echter twee waakhonden en de minister, maar dat ook zij de patiënt niet de vereiste prioriteit hebben gegeven doet pijn. Dit mag nooit meer gebeuren. De patiënt mag nooit meer de dupe zijn van de grillen van de markt. Daarom heb ik een aantal vragen en voorstellen, waar ik graag een reactie op wil van de minister. Binnen de acute zorg krijgen belanghebbenden inspraak als er iets verandert in het aanbod. Dat is althans het voorstel van de minister. Zij noemt dat in een AMvB. Maar waarom zouden wij dat beperken tot de acute zorg? Zouden wij patiënten niet altijd een stem moeten geven als ze hun vertrouwde arts of de vertrouwde plek waar ze hun behandelingen krijgen gaan verliezen? Is de minister dat met mij eens en, zo ja, wat gaat zij daaraan doen? Kunnen we verzekeraars eventueel met een wetswijziging verplichten om bij een faillissement nog een bepaalde periode door te financieren, zodat de zorg ordelijk kan worden overgedragen? Wie wordt er verantwoordelijk voor de behandeltrajecten van individuele patiënten bij een faillissement en welke bevoegdheden zouden de NZa en de inspectie kunnen krijgen om in te kunnen grijpen als het misgaat?

Dan over de eigen bijdrage in de zorg. Veel gemeenten hebben zo'n uitgebreide aanvullende polis. Er zijn ook veel mensen die daar gebruik van maken. We weten niet precies hoeveel minima toegang daartoe hebben. Zijn daar gegevens over, zo vraag ik de minister. De aanvullende polis is duurder voor minima dan voor mensen die dat via een andere route kunnen bereiken. Kunnen we iets doen om dat oneerlijke prijsverschil tegen te gaan? We hebben immers net in de Kamer besloten dat de gemeente ook geen collectiviteitskortingen meer mag geven.

Voorzitter. We willen de aanvullende verzekering ook beschikbaar houden voor mensen in de schuldhulpverlening. Zij worden nu vaak uit hun aanvullende verzekering gezet. Dat is soms door de zorgverzekeraar als mensen daar schulden hebben, maar soms gaan ook schuldhulpverleners of bewindsvoerders daartoe over, omdat de aanvullende verzekering vrijwillig is en dat dus kosten zijn die je kunt besparen. Wij willen het verzekeraars en schuldhulpverleners verbieden om eenzijdig die keuze voor de verzekerde te maken. De aanvullende verzekering zou wat ons betreft moeten kunnen doorlopen. Dan wordt mogelijk iets minder terugbetaald van de schulden, maar heeft iemand wel toegang tot mondzorg en andere belangrijke zorg. Hoe kijkt de minister hiertegen aan?

Dan nog een vraag over de eerste lijn, en wel over integrale geboortezorg. Dat is naar aanleiding van een eerder overleg dat we hierover hebben gevoerd. De minister was namelijk voornemens om een integrale bekostiging in de geboortezorg mogelijk te maken, maar we zien nu al de negatieve effecten daarvan. Daar is onder andere sprake van in het Gooi, waar nu een organisatie voor integrale geboortezorg komt, maar geen contracten meer worden afgesloten met verloskundigen en kraamverzorgenden. Mijn vraag is eigenlijk of de minister dat voornemen nog wil opschorten. Een pas op de plaats lijkt hier wenselijk.

Voorts zijn er signalen dat de zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage aan sommige gevoelige ziekenhuizen, zoals dat dan heet, ontoereikend is. Ik verwijs naar de brief van de voorganger van deze minister. Deelt de minister de mening van GroenLinks dat juist deze afdelingen van levensbelang zijn voor mensen in die regio's, maar ook voor de financiële gezondheid van een ziekenhuis met zo'n afdeling, en dat die bijdrage dus altijd toereikend moet zijn? Wat doet de minister met de signalen over de ontoereikendheid van die beschikbaarheidsbijdrage?

Dan over het programma Zinnige Zorg. Er ligt een rapport van de Algemene Rekenkamer. Ik ben ook bij de technische briefing daarover geweest. De conclusies in dat rapport zijn ontzettend helder. De Algemene Rekenkamer constateert namelijk dat de verwachtingen ten aanzien van het programma Zinnige Zorg in de periode 2014-2019 niet zijn waargemaakt. De voorganger van deze minister heeft die bezuinigingsopdracht daar overigens al snel weggehaald. De Rekenkamer is heel sceptisch over de mate waarin het programma überhaupt succesvol kan worden. Een deel van de verklaring is dat het Zorginstituut zijn bevoegdheden niet of nauwelijks inzet. Het spreekt de betrokkenen niet aan en is terughoudend in het uitoefenen van de wettelijke bevoegdheden, is de conclusie. Waarom neemt de minister de heel heldere aanbeveling van de Rekenkamer om te kiezen voor een fundamenteel andere aanpak dan tot op heden is geprobeerd, niet over?

Tot slot. We hebben het in deze commissie heel vaak over geld als het gaat over zorg. We hebben het heel vaak over "het stelsel", "de zorgprofessionals" en "het zorglandschap". Dat zijn

allemaal mooie begrippen, maar uiteindelijk doen we het hier -- dat geldt voor alle mensen die werken in de zorg -- toch vooral voor de patiënt. We doen het voor mensen zoals de jongen uit het voorbeeld waarmee ik begon. Voor hen moet er altijd een ziekenhuis in de buurt zijn voor acute en reguliere zorg. Voor hen moet er geen dreiging zijn van faillissementen, waardoor zorg in de knel komt. Iedereen in Nederland moet goede en natuurlijk zinnige zorg krijgen, juist ook mensen die het niet zo breed hebben of in de schulden zitten.

Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Sazias. Zij spreekt namens de fractie van 50PLUS.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Het zorglandschap zoals 50PLUS het graag zou zien, ziet er als volgt uit. Om te beginnen is er een goede dekking over het land van streekziekenhuizen, waar in ieder geval een spoedeisende hulp is. Daarnaast is er een netwerk van expertisecentra waar specialistische behandelingen kunnen plaatsvinden, zodat iedereen de beste zorg kan krijgen die voorhanden is. Voor complexe specialistische zorg zijn alle ziekenhuizen verbonden met de umc's. In het huidige stelsel, dat uitgaat van concurrentie, is dat helaas niet mogelijk. Een onderneming die winst moet maken is in principe niet bereid om samen te werken en diensten of behandelingen uit handen te geven. Zo kan het gebeuren dat de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg in Flevoland, de Achterhoek, Zeeland en op nog meer plekken, onder druk komt te staan. Laagcomplex zorg, zoals de eerstelijnsverblijven, kan meer in de buurt georganiseerd worden. Daar moeten de netwerken ook soepel op elkaar aansluiten. Ik deel overigens de verbijstering van mevrouw Van den Berg over de houtskoolschets acute zorg, waarvan de vreselijke gevolgen gisteren weer zichtbaar werden door de sluiting van de spoedeisende hulp in het ziekenhuis in Weert. Er is allang gebleken dat voor een goede gezondheidszorg samenwerking van cruciaal belang is. Corona heeft dat besef alleen maar versterkt.

Corona heeft ook laten zien dat veel zorg goed op afstand kan, via videobellen, ook in de ggz. Natuurlijk blijft fysiek contact ook nodig, maar ik hoop dat de minister gaat stimuleren dat het deel van de zorg dat wel prima op afstand kan, ook op afstand wordt gegeven.

Innovatie blijft een belangrijk onderdeel. In verpleeghuizen kunnen bijvoorbeeld slimme camera's opgehangen worden die signaleren wanneer iemand uit bed komt of valt. Een belemmering daarbij is dat zorgpersoneel vaak angstig is voor deze oplossingen, omdat ze bang zijn om hun baan te verliezen. Het is dus belangrijk om de zorgprofessionals bij dit soort innovaties te betrekken. Hoe ziet de minister dit?

Voorzitter. Er wordt al een hele tijd geworsteld met het probleem van het ingewikkelde systeem van de Wlz-zorg. Dan gaat het om de ongelijke toegang van patiënten tot de Wlz en de versnippering daarvan buiten de verpleeghuissetting. Het ministerie van VWS heeft aan de NZa

gevraagd om onderzoek te doen naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie. De NZa lijkt het onderbrengen van de Wlz-zorg in de Zorgverzekeringswet een goede optie te vinden, maar de Landelijke Huisartsen Vereniging vindt dat weer geen goed idee. Zij zeggen dat dat de zorg voor Wlz-patiënten niet ten goede komt en dat dat de druk op de huisartsenzorg vergroot. De inspectie, de IGJ, vindt dan weer dat huisartsen en thuiszorgorganisaties een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen zouden moeten opstellen en dat de zorgverzekeraar zou moeten zorgen voor financiering. Dat is eigenlijk in lijn met het advies van de commissie-Bos, die zegt dat de Wlz pas zou moeten ingaan op het moment dat iemand in een instelling wordt opgenomen. De meesten zijn het erover eens dat we de schotten moeten verschuiven, maar hoe zou de minister dit doen?

Als het gaat om de juiste zorg op de juiste plek, dan ziet 50PLUS veel in de pilot Zorgpad Observatie. In het zorgpad wordt multidisciplinair samengewerkt, waarbij de cliënt binnen een vvt-organisatie gemiddeld twaalf dagen wordt geobserveerd, behandeld, getrieerd en geïndiceerd. Daar kan goed worden bepaald wat de beste vervolgzorg zou kunnen zijn. Zo vermindert de toestroom van kwetsbare ouderen naar de spoedeisende hulp. De resultaten van de pilot Zorgpad Observatie laten zien dat vaker en sneller de juiste vervolgzorg op de juiste plek geboden kan worden. Het percentage juiste vervolgzorg stijgt hierdoor van 22% naar 76%. Dat is dus absolute winst. Hoe gaat de minister deze pilot verder uitrollen?

Voorzitter. Ik wil ook nog aandacht vragen voor mensen met een chronische ziekte en de stapeling van zorgkosten waarmee zij te maken krijgen. We horen dat het vooral voor mensen die recht hebben op zorg uit verschillende wetten, moeilijk is om het overzicht te houden. Welke maatregelen treft de minister om dat te vereenvoudigen voor mensen? Kan zij dat toelichten?

Voorzitter. In het algemeen overleg van 27 november 2019 over hulpmiddelenbeleid heeft de voorganger van deze minister toegezegd om een onderzoek te doen naar de stapeling van eigen bijdragen voor hulpmiddelen. Ik lees in een brief dat de minister met de Patiëntenfederatie een onderzoek aan het opzetten is en in het tweede kwartaal daarover kan berichten, maar ik ben toch benieuwd wat de stand van zaken is.

Voorzitter. De pandemie heeft nog eens extra duidelijk gemaakt dat we toch een heel kwetsbaar systeem hebben dat heel weinig mogelijkheden kent om schokken op te vangen. Er zal meer ruimte gemaakt moeten worden om pieken en crises op te vangen.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord van de heer Veldman. De heer Veldman spreekt namens de fractie van de VVD.

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Er is een overvolle agenda. Veel punten daarop gaan over een toekomstbestendige inrichting van ons zorglandschap. De coronacrisis heeft aan iedereen in Nederland de krachtige werking van dit landschap laten zien, maar ook de complexiteit en de knelpunten ervan blootgelegd. Samenwerking is een van de sleutelwoorden om deze knelpunten op te lossen, maar ook wet- en regelgeving of juist het schrappen daarvan kan een groot deel van de complexiteit en knelpunten wegnemen.

Voorzitter. We zien dat ons zorglandschap verandert. Dat gaat soms bijna organisch, maar we kennen ook acute voorbeelden. Het afgelopen jaar heeft de Kamer diverse rapporten ontvangen omtrent de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen. We zijn het er, denk ik, met z'n allen over eens dat we een situatie zoals deze, namelijk een onverwacht faillissement, in de toekomst moeten voorkomen. Veranderingen in het zorglandschap moeten zorgvuldig voorbereid en in samenspraak met de betrokken partijen plaatsvinden. Zo kan de regio op tijd ingrijpen en nadenken over alternatieven. Daarbij kunnen bewoners van de betreffende regio ook bijtijds op de hoogte gebracht worden van veranderingen in het zorglandschap. Dan ontstaan er geen onduidelijkheden en kunnen eventuele zorgen worden weggenomen. Tevens is de VVD blij dat het ministerie werk maakt van het tijdig en actief geïnformeerd worden bij dreigende discontinuïteit van bepaalde zorgaanbieders, waarbij discontinuïteit een grote maatschappelijke impact zou hebben als partijen er zelf niet uitkomen en waarbij de continuïteit in gevaar komt.

De voorzitter:

Voor u verdergaat, is er een vraag van de heer Renkema. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Als ik het goed hoorde, pleit de VVD voor het goed informeren van bewoners: als er besluiten worden genomen en wij de bewoners maar goed informeren, dan zijn de zorgen weggenomen. Waarom zouden wij de bewoners niet een veel stevigere positie geven in de besluitvorming? Waarom zou het hen moeten overkomen?

De heer Veldman (VVD):

Dat ben ik met de heer Renkema eens; hij legt nu wel heel erg smal uit wat ik net zei. Wat ik bedoelde te zeggen en waar ik straks ook nog op kom, is dat het er juist om gaat dat je de regio erbij betrekt, dat je bewoners betrekt bij wat er in hun omgeving gebeurt. Wat er ook gebeurt met het zorglandschap -- mooie term -- het gaat uiteindelijk om de zorg die mensen krijgen. Het gaat erom dat mensen zelf dan wel de volksvertegenwoordigers in de gemeente of regio betrokken worden bij wat er in de zorg, in de inrichting van de zorg, gebeurt.

De voorzitter:

Afrondend, meneer Renkema. Nee? Voldoende. Dan vervolgt de heer Veldman zijn betoog.

De heer **Veldman** (VVD):

In juni vorig jaar heeft toenmalig minister Van Rijn een gebundelde reactie gestuurd op de toen beschikbare rapporten over de faillissementen. De minister neemt terecht verschillende aanbevelingen over. Mijn vraag aan deze minister is nu wat de stand van zaken is met betrekking tot de gesprekken over de implementatie van de aanbevelingen die in de rapporten worden gedaan. Welke aanbevelingen zijn op dit moment al geïmplementeerd?

Voorzitter. We hebben gezamenlijk de ambitie om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Deze ambitie moet spreken voor heel Nederland, maar we zien graag meer aandacht voor de regio. Vanuit de regio's is er volop gereageerd op de houtskoolschets acute zorg. Deze reacties zijn niet overwegend positief. Veel regio's zien hun spoedeisendehulpposten verdwijnen en maken zich zorgen. De VVD begrijpt deze reacties en is benieuwd hoe de minister deze reactie gaat wegen. Kan de minister aangeven welke inzichten de regionale organisatie acute zorg heeft in de zogenaamde witte vlekken in bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg in de verschillende regio's? Welke oplossingen zijn er voor deze witte vlekken?

Voorzitter. We kennen verschillende normen voor de acute zorg, maar die gelden eigenlijk vooral voor de ambulances, voor de zorgverlener die naar de patiënt toe komt. Zou de overige acute zorg ook niet voor elke Nederlander dichtbij moeten zijn, bijvoorbeeld voor iemand die per ongeluk kokend water over zich heen heeft gekregen? Dat hoeft niet altijd in de vorm van de huidige spoedeisende hulpen. Het kan ook op een andere manier georganiseerd worden. Hoe kijkt de minister aan tegen de bereikbaarheid van de overige acute zorg in de verschillende regio's?

Voorzitter. Wanneer zorgaanbod in de regio dreigt te verdwijnen, brengt dit logischerwijs veel zorgen met zich mee. De minister wil met een AMvB regelen dat alle belanghebbenden, onder wie inwoners, goed worden geïnformeerd en dat zij hun mening kunnen laten horen "voordat de definitieve besluitvorming over een eventuele sluiting van het aanbod aan acute zorg plaatsvindt". U hoorde het al, dat was een citaat. De Patiëntenfederatie Nederland zou dit niet alleen willen beperken tot de acute zorg maar dit breder willen trekken. De VVD onderschrijft deze oproep, zeg ik ook richting de heer Renkema. Wij horen graag van de minister een reactie op de vraag of inspraak ook voor andere zorgsoorten dan de acute zorg in deze AMvB wordt vastgelegd.

Voorzitter. De ambitie om de juiste zorg op de juiste plek te creëren onderschrijft de VVD. We zien in het veld talloze voorbeelden van deze doelstelling, zoals het thuis geven van sommige vormen van intraveneuze antibiotica, maar ook consulten in de huisartsenpraktijk door medisch specialisten. De opschaling lijkt echter te stokken. Sinds 6 januari 2021 kunnen zorginnovatoren weer gebruikmaken van de subsidieregeling voor implementatie- en opschalingscoaching. Ik hoor graag van de minister wat de resultaten zijn van de voorgaande subsidierondes.

De **voorzitter**:

Voor u verdergaat, is er een vraag van mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik had nog een vraag over het vorige blokje van mijn collega van de VVD over de acute zorg. Ik hoor dat de VVD best wel wat inhoudelijke zorgen heeft over de houtskoolschets. Hoe ziet hij het vervolg van die houtskoolschets? Is hij het met D66 erover eens dat met name het veld zou moeten kijken hoe een en ander georganiseerd zou moeten worden, wat er nodig is, waar de risico's liggen? De missie die ik eigenlijk aan de minister gaf was: ga met het veld in gesprek over de vraag of dit verstandig is en of dingen aangepast moeten worden. Is de collega van de VVD dat met mij eens?

De heer **Veldman** (VVD):

Het korte antwoord is ja. Als ik kijk naar de vele reacties die er op de internetconsultatie zijn gegeven, en de vele mails die ik daar zelf rechtstreeks over heb ontvangen, dan zie ik dat er veel zorgen zijn bij de diverse zorgverleners. Veel van die zorgen begrijp ik ook. Dus ik denk dat de titel van het stuk heel goed gekozen is.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat deel ik. Het is inderdaad een schets, maar het zou mooi zijn als de minister daar nu een vervolg aan geeft door nu echt met het veld in gesprek te gaan, want ik krijg best wel wat signalen dat men zich zorgen maakt of ze voldoende betrokken worden bij de triage, bij de uitwerking van de organisatie. Maar ik merk aan de VVD dat dat ook haar lijn is. Dank.

De **voorzitter**:

Een reactie op mevrouw Bergkamp, meneer Veldman?

De heer **Veldman** (VVD):

Zeker. Dat ben ik met mevrouw Bergkamp eens.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan eerst de heer Van Gerven en dan mevrouw Van den Berg.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik begrijp de heer Veldman goed als hij zegt: met die houtskoolschets moeten we eigenlijk maar niet verdergaan. Nou heeft het ministerie gezegd: luister, het is een richtinggevend document. Dus het is eigenlijk helemaal geen schets. Het is -- laat ik het zo formuleren -- een vaststaande schets. Goed, hij gaat van tafel, begrijp ik, als het aan de VVD ligt. Maar wie moet dan leidend zijn? Er wordt gezegd het veld. Maar het veld, zijn dat alleen de hulpverleners of zijn dat de patiënten? Is dat de bevolking? Wie moet bepalend zijn als het erom gaat of acute zorg wel of niet in een bepaalde regio blijft?

De heer **Veldman** (VVD):

Op het gevaar af dat het een soort semantische discussie wordt, herhaal ik de wijze waarop de heer Van Gerven de vraag stelt maar niet. Volgens mij zijn de heer Van Gerven en ik het met elkaar eens dat we best wel een aantal uitdagingen hebben met de acute zorg als je door het hele land heen kijkt, om maar eens te beginnen met de beschikbaarheid van het personeel. Dat zet vaak druk op de spoedeisende hulpen. Dan kun je niet je kop in het zand steken en zeggen: weet je wat, na mij de zondvloed; we zien over een aantal jaren wel waar we staan. Dus ik waardeer het enorm dat de voorganger van deze minister een start heeft gemaakt met een houtskoolschets acute zorg om ons voor te bereiden op de toekomst. Maar, zoals ik net ook al richting mevrouw Bergkamp zei, als ik kijk naar alle reacties, dan vind ik de titel van het stuk goed gekozen. Is het daarmee van tafel? Nee, want je moet jezelf blijven voorbereiden op de toekomst. De vraag is vervolgens op welke manier. Ik heb net aangegeven dat er een aantal elementen in die houtskoolschets zitten, ook kijkend naar de reacties vanuit het zorgveld zelf, waarbij ik mij kan voorstellen dat het er nog anders gaat uitzien dan zoals het nu omschreven staat. Daarom is die titel zo goed; het is een schets. Die kun je dus opnieuw tekenen. Zoals ik net al in mijn bijdrage zei en als antwoord op de vraag van mevrouw Bergkamp gaf, stel ik voor dat de minister dat in heel goed overleg doet met de zorgverleners in het veld. Uiteindelijk zal het dan een gezamenlijke productie worden. Het is niet één iemand die bepaalt hoe de wereld eruit komt te zien. Het is een samenspraak van de minister met het zorgveld. Zij moet input ophalen uit het zorgveld, in gesprek met bewoners en andere vertegenwoordigers die hier een rol in hebben. Het zal uiteindelijk een coproductie zijn waarin die samenwerking juist heel erg belangrijk is.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

De VVD is weer aan het duiken. Eerst laten ze doorschemeren dat het wellicht toch niet zo'n goede schets is. De burgemeesters van de gemeenten van een stuk of 30 streekziekenhuizen hebben gezegd: de acute zorg is van wezenlijk belang; die moet blijven. Als we die houtskoolschets uitvoeren, dan gaan ze er allemaal aan. Dan houden we 30, 40 grote ziekenhuizen met acute zorg over. Dat idee, dat al uit de jaren negentig stamt en dat de zorgverzekeraars nastreven, wordt dan werkelijkheid. Is het niet verstandig dat we de houtskoolschets gewoon intrekken en het volgende zeggen? "Het was toch niet zo'n goede schets. We beginnen gewoon opnieuw. We nemen niet alleen de hulpverleners als uitgangspunt maar ook de patiënten, de bevolking, de degenen die de zorg nodig hebben."

De heer **Veldman** (VVD):

Het wordt dus toch een semantische discussie. Je kunt het formuleren zoals de heer Van Gerven dat doet: wij vinden de schets niet goed en we beginnen opnieuw. Je kunt het ook formuleren zoals ik het formuleer, namelijk dat ik het heel goed vind dat de voorganger van deze minister de start gemaakt heeft om opnieuw te schetsen hoe wij het acutezorglandschap opnieuw gaan inrichten. Vervolgens gaat zij met iedereen in gesprek. Dat hebben we gezien, want er liggen behoorlijk wat reacties op de internetconsultatie. Dat zijn er echt veel, en veel van de reacties zijn kritisch. Daar zeg ik bij: terecht. Daarom zeg ik opnieuw dat ik die titel zo goed gekozen vind. Maar het mooie van een schets is dat je die kunt herformuleren. Mijn pleidooi richting deze minister zou het volgende zijn. Ga op basis van die internetconsultatie, op basis van de reacties die zijn binnengekomen, met de zorgverleners in gesprek. Neem gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor het goed inrichten van onze acute zorg, omdat we daar met z'n allen een belang bij hebben. Het belang voor mensen die uiteindelijk patiënt worden, is ons gezamenlijke belang. Hoe het er straks uit gaat zien, durf ik u niet te zeggen. Ik durf u wel te zeggen dat het er niet uit gaat zien zoals de schets nu getekend is.

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

Ik wil daar nog even op doorgaan, wat ik ben verbijsterd doordat de VVD aan de ene kant het woord "regio" drie keer noemt en zegt dat dat allemaal belangrijk is. Zij komt zelfs met het voorbeeld van iemand die kokend water over zich heen krijgt. Zij vraagt hoe je dat dan anders kan organiseren. Volgens mij kan dat alleen als er zorg heel dichtbij is. Ik ben benieuwd hoe de VVD dat dan anders ziet zonder afstand te nemen van de houtskoolschets. Ja, in een schets kun je natuurlijk nog wat dingen aanpassen. De VVD geeft aan: dat kunnen we in overleg met het veld doen. Maar van het principale uitgangspunt dat we alleen nog maar naar bepaalde spoedposten in de regio toe gaan, waar alle echte spoedeisende hulp weg is gegaan waardoor je dus ook geen goede operaties meer kunt doen omdat je die daarvoor als back-up nodig hebt voor het geval dat er wat gebeurt, zie ik de VVD helemaal geen afstand nemen maar alleen maar support voor geven. Daar wil ik toch nog even een reactie op.

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij ga ik in herhaling vervallen, maar ik word ertoe uitgenodigd, dus dat ga ik dan maar doen. Laat ik het op een andere manier formuleren. Wat is een schets? Misschien kent mevrouw Van den Berg het televisieprogramma Sterren op het doek, waarbij kunstenaars een bekende Nederlander portretteren. Zo heel af en toe zie ik dat; ik vind het een mooi programma en ik vind het vooral mooi om te zien wat uiteindelijk het resultaat is en hoe zich dat verhoudt tot het begin. Soms verbaast en verrast het mij dat het eindresultaat er heel anders uitziet dan de eerste schets die de kunstenaar heeft gemaakt. Dan denk ik: dat is mooi en dat is best wel knap, om ergens mee te beginnen en vervolgens een prachtig plaatje op te leveren dat er anders uitziet dan het beginplaatje. Volgens mij is dat het proces dat we nu bij de acute zorg ook meemaken. Er is een schets gemaakt. Daar is veel op aan te merken. Daarin neemt iedereen zijn eigen primaire uitgangspunt in. Mijn primaire uitgangspunt is dat wij goede zorg moeten leveren. Dat zou voor iedereen het uitgangspunt moeten zijn. Het uitgangspunt is dus goede zorg. Binnen dat uitgangspunt van goede zorg heb ik het liefst de meeste zorg zo dichtbij mogelijk. Vanuit het oogpunt van bereikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid is het centrale thema goede zorg, zo dichtbij mogelijk, want dat raakt aan die bereikbaarheid. Vanuit dat vertrekpunt moeten wij het acutezorglandschap herinrichten, omdat we met elkaar weten dat we voor een uitdaging staan, al was het maar vanwege de beschikbaarheid van personeel. Ik ben blij dat er een schets ligt. Zoals ik net al tegen de heer Van Gerven zei: ik denk dat het definitieve plan er straks anders uitziet dan deze schets, zoals die nu is vormgegeven.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Ik concludeer alleen maar dat de VVD helemaal geen echte positie wil innemen ten aanzien van dit dossier. Daar ga ik verder geen tijd aan besteden.

De voorzitter:

Waarvan akte. Ik weet niet of de heer Veldman nog wil reageren?

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij neem ik overduidelijk positie in: we moeten uitgaan van goede zorg, zo dichtbij mogelijk. Dat betekent voor mij dat het helemaal niet gezegd is dat er nu allerlei spoedeisendehulpverleners gaan sluiten, maar daarmee is ook niet gezegd dat alles moet blijven zoals het is of dat we op elke straathoek een spoedeisendehulpverlener moeten hebben. We hebben één centraal thema dat boven de markt hangt en dat volgens mij iedereen als een soort roze olifant in de Kamer wil negeren, namelijk de beschikbaarheid van personeel. Daar staat of valt de inrichting van onze zorg mee. Neem de petitie die we gisteren aangeboden hebben

gekrege vanuit Weert. Als het mogelijk is om het daar op een goede manier te organiseren, kwalitatief van voldoende niveau, een niveau dat we met elkaar hebben vastgesteld en dat zorgverleners ook zelf vaststellen in hun richtlijnen -- waar moet de spoedeisende hulp aan voldoen? -- dan is het uitgangspunt voor mij dat die spoedeisende hulp in Weert openblijft. Natuurlijk is dat het uitgangspunt, maar wel vanuit het vertrekpunt van goede zorg. Als dat kan, blijft het daar nu gewoon zoals het is, zij het misschien in een andere vorm, maar wel als entiteit in het ziekenhuis in Weert.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik denk dat eigenlijk niemand hier in dit verhaal trapt. De VVD zegt hier dat de houtskoolschets er heel anders uit zal zien dan het echte zorglandschap straks, maar we weten dat bij de VVD alles om besparen draait. Over de spoedeisendehulpstellen kan de VVD wel zeggen "ja, we zouden alles in het werk moeten stellen om die in Weert open te houden", maar uiteindelijk gaat het om de volgende vraag: als het veld die 30 spoedeisendehulpstellen sluit, wat kunnen wij dan verwachten van de VVD? Gaat de VVD hier dan voor liggen? Gaat zij aangeven dat we wel spreiding van spoedeisendehulpstellen over het hele land willen hebben? Gaat zij aangeven hoe de spoedeisendehulpstellen vormgegeven zouden moeten worden? Of zegt de VVD: nee, het veld gaat over de vraag hoe het schilderij er uiteindelijk uit komt te zien?

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij zei ik dat net al: ik wil dat waar wij wijzigingen aanbrengen in de inrichting van ons zorglandschap, of het nou gaat om de acute zorg, de reguliere zorg of een andere vorm van zorg, zoals de huisartsenzorg, dat in samenspraak gaat met degenen die de zorg verlenen, met bewoners en met andere volksvertegenwoordigers dan de vertegenwoordigers die hier zitten. Daarom stellen we in de verschillende regio's ook regiobeelden op, waarbij, als het goed is, iedereen aan tafel zit. Laat ik die vraag dan maar meteen aan de minister stellen, dus dank voor de interruptie. Is nu daadwerkelijk iedereen die er een rol en verantwoordelijkheid in heeft, bij die regiobeelden betrokken? Als dat je uitgangspunt is, dan kan er volgens mij heel veel. Dat geldt dus ook voor de acute zorg en de houtskoolschets. Die kan er dus anders uit komen te zien dan nu, omdat het algemene vertrekpunt wat mij betreft in ieder geval is: goede zorg, zo dichtbij mogelijk, daar waar het kan.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat zijn natuurlijk allemaal gemeenschappen. Het is eigenlijk heel erg plat. Het zijn allemaal gemeenschappen die iedereen wel zou willen. Ik kan me nog goed de debatten over het

faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen herinneren. De VVD zei toen dat het veld erover ging, dat de continuïteit van zorg geborgd moest worden en dat er sprake moest zijn van zorgvuldigheid, maar als je nu de rapporten en de keiharde conclusies ziet -- de Onderzoeksraad stelt bijvoorbeeld dat de veiligheid van de patiënten bij dit ongecontroleerde ziekenhuisfaillissement niet was geborgd -- dan is dat toch een totaal andere werkelijkheid dan die platitudes die iedere keer maar weer voorbijkomen, zoals "continuïteit van zorg" en "zorgvuldigheid"? De VVD kan toch wel wat concreter worden over de toekomst van het zorglandschap, hoe die eruit zal moeten zien, of dat met 100 spoedeisendehulpverleners is of met 50, en hoe die spoedeisendehulpverleners dan ingericht moeten zijn? Daar kan toch wel ietsje meer duidelijkheid over komen in plaats van allemaal algemeenheden?

De heer **Veldman** (VVD):

Nee. Ik ga die duidelijkheid niet geven, omdat ik hier die tekening niet maak. Dat zou nogal badinerend zijn als ik tegelijkertijd zeg dat het in overleg met de zorgverleners moet. Waar de goede zorg geleverd kan worden binnen de constructie zoals die nu is, moet die gewoon doorgang vinden. Maar soms kan dat niet. Gelukkig zijn er ook zorgverleners die dat gewoon zelf aangeven, zorgverleners in ziekenhuizen, bestuurders van ziekenhuizen, mensen die een verantwoordelijkheid hebben in die keten van regionale acute zorg. Zij geven zelf aan: wij kunnen niet op elk moment, 24/7, de kwaliteit die nodig is garanderen. Wij hebben dus iets te doen met elkaar; wij hebben met elkaar te organiseren dat we het wel zodanig inrichten dat we goede zorg kunnen leveren. Daar heeft iedereen, elke speler op dat veld, een verantwoordelijkheid in en die verantwoordelijkheid moet ook worden genomen.

Dat is iets anders dan de discussie over de ziekenhuisfaillissementen, al heeft het wel met elkaar te maken, dus ik snap dat mevrouw Agema dat zegt. Het gaat namelijk om het nemen van verantwoordelijkheid. In alle rapporten over die twee onverwachte ziekenhuisfaillissementen hebben we gezien dat een x-aantal spelers op dat veld hun verantwoordelijkheid niet of onvoldoende genomen hebben en dat er allerlei aanbevelingen zijn gedaan om ervoor te zorgen dat die verantwoordelijkheid beter genomen kan worden. Vandaar ook mijn vraag aan de minister: hoe staat het met de implementatie van die aanbevelingen? Want uiteindelijk moet in de praktijk wel zichtbaar worden dat die verantwoordelijkheid genomen wordt. Als een ziekenhuis in de knel komt, moet dat vroegtijdig bekend worden en moeten er vroegtijdig signalen zijn, zodat vroegtijdig met iedereen die daarin een verantwoordelijkheid heeft, aan tafel gezeten kan worden om te bespreken hoe er met die situatie wordt omgegaan en hoe die wordt opgelost.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sazias, u had ook een vraag.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Nu wij toch de parallel trekken met het tekenvak: een schets is een schets, maar die blijft altijd de basis van die schets houden. Nou is het voordeel van houtskool dat je met een doekje alles weg kan vegen. Mijn vraag aan de VVD is of zij dat zouden durven: durven zij een doekje te pakken, de houtskool weg te vegen en opnieuw te beginnen?

De heer **Veldman** (VVD):

Ja. Daarom zei ik net in de eerste interruptie, op de heer Van Gerven, geloof ik, dat ik de titel van het stuk heel goed gekozen vind.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sazias, afrondend.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dus weggooien en opnieuw beginnen?

De heer **Veldman** (VVD):

Nou ja, dat is dan weer wat anders. Als mevrouw Sazias dat graag wil horen, wil ik dat best zeggen, maar volgens mij gaat het niet om weggooien en opnieuw beginnen. Het gaat erom dat we met elkaar constateren dat de voorganger van deze minister op een goede manier verantwoordelijkheid genomen heeft door een houtskoolschets op te stellen en door niet weg te lopen voor de problemen die we in de acute zorg hebben en voor de uitdagingen waar we voor staan. Er ligt nu een eerste houtskoolschets en er zijn -- hoeveel zijn het er? -- 170 reacties op de internetconsultatie binnengekomen, waarvan een groot deel behoorlijk kritisch is. Daarom stel ik net als mevrouw Sazias -- terecht, denk ik -- de vraag aan de minister hoe zij daarmee omgaat. Als de minister aangeeft dat zij nu eerst opnieuw met de zorgverleners in gesprek gaat om te kijken waar zij elkaar kunnen vinden, dan heeft zij de VVD aan haar zijde. Als dat straks leidt tot een totaal ander plaatje, wat zomaar zou kunnen, dan lijkt het mij een mooi, goed en zorgvuldig proces, want daar gaat het uiteindelijk om: dat je samen tot een goede oplossing komt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U vervolgt uw betoog.

De heer **Veldman** (VVD):

Zoals ik net in mijn aanleiding al aangaf, een tijdje geleden, helpen nadere wet- en regelgeving bij het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. We wachten nog op de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Vanuit de ziekenhuizen is de oproep gedaan om een verdere versnelling in digitale gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk te maken. De VVD ondersteunt meer digitale gegevensuitwisseling en prijst de razendsnelle omschakeling die zorginstellingen hierin hebben gemaakt. Die omschakeling zagen we vooral in beeldbellen en e-consults. Maar de digitale transitie kan en moet verder gaan dan dat. Zo heeft Isala in Zwolle sinds 2019 het Connected Care Center. Dit programma stimuleert de ontwikkeling en groei van ziekenhuiszorg, waarbij de patiënt niet meer naar het ziekenhuis komt, maar de zorg thuis ontvangt door middel van onder andere thuismonitoring, waarbij de data in het ziekenhuis kunnen worden uitgelezen. Dat is voor mij het toonbeeld van toegankelijke gezondheidszorg op de juiste plek, dicht bij huis. Ik kijk dan ook uit naar een snelle behandeling van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Ik hoop van harte dat dat nog voor de Kamerverkiezingen kan.

Voorzitter. Tot slot wil ik ingaan op het rapport Samenwerken aan passende zorg van de NZa en het Zorginstituut. Wanneer zullen de gesprekken met het veld en de overheidspartijen starten om gepast gebruik in de dagelijkse praktijk van de spreekkamer nader uit te werken? Is er een termijn waarop deze gesprekken afgerond moeten zijn en er overgegaan wordt tot concrete stappen? Ik hoor graag een reactie van de minister.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Nog een laatste vraag van de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ja, dit is mijn laatste vraag aan de VVD. In het verkiezingsprogramma van de VVD staat dat ze voor de medisch-specialistische zorg maar ook voor de intramurale zorg een uitzondering wil op het verbod op een winstuitkering. Daar ben ik heel erg verbaasd over. Als ik zo de tafel rondkijk, zie ik allerlei partijen en volgens mij zijn alle partijen hier er inmiddels van overtuigd dat de zorg geen markt is en dat we af moeten van concurrentie. Zelfs het CDA is, als ik het zo mag zeggen, van zijn geloof gevallen, van zijn geloof in de markt in dit geval, in de woorden van Hugo de Jonge. Dat betekent dat de VVD eigenlijk alleen staat in het geloof dat het een markt is. Zij pleit voor het opheffen van het verbod op een winstuitkering. Als ik de rapporten lees over met name het Slotervaartziekenhuis, maar ook breder, dan zie ik dat het gaat over schimmige constructies, grootaandeelhouders, winstuitkeringen, mensen met dubbele petten op. En dan pleit de VVD voor het opheffen van het verbod op een winstuitkering in de medisch-specialistische zorg en de intramurale zorg. In welke wereld leeft de VVD als het gaat over de zorg?

De heer **Veldman** (VVD):

De VVD beseft -- in die wereld leven wij -- dat onze ziekenhuizen, onze medische zorg, voor enorme investeringen staan, met het oog op onder andere de digitalisering en alle nieuwe technieken die eraan komen de komende tien jaar. Je kunt je afvragen of ze zelf wel voldoende middelen hebben om die investeringen te kunnen doen. Als je het via de ziekenhuizen zelf of op een andere publieke manier niet gefinancierd krijgt, zou je tot de conclusie moeten komen dat je ook anderen nodig hebt om dingen te financieren. Het simpele feit is dat als je derden nodig hebt om iets te financieren, die derden ook graag iets van rendement terugzien, in welke vorm dan ook. Dat is precies wat in het VVD-verkiezingsprogramma staat: laten we de mogelijkheid van het maken van rendement op investeringen nou niet uitsluiten.

De **voorzitter**:

Nog een vraag van mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb nog even een vraag over het eigen risico. D66 heeft aangegeven dat ze graag een slimmer eigen risico zou willen, waarbij je niet in een keer je eigen risico kwijt bent, maar waarbij sprake is van vier tranches van maximaal €100. Nu staat in het verkiezingsprogramma van de VVD volgens mij dat zij dat ook wil, maar dat ze eerst een aantal jaren een pauze wil. We weten allemaal dat het jaren kost om een systeem te veranderen. Mijn vraag is dus, puur uit interesse: waarom wil de VVD daar een pauze voor? Want volgens mij onderschrijft ze wel het systeem dat D66 in haar verkiezingsprogramma heeft staan.

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij -- maar ik zou het er even op moeten naslaan -- staat er in ons verkiezingsprogramma niet letterlijk "pauze", maar staat er "op termijn". Vertrekpunt daarbij is om het huidige niveau van het eigen risico te bevriezen en op termijn tot een andere inrichting van het systeem te komen. Volgens mij staat dat er heel bewust zo, want als je daaraan gaat sleutelen, vraagt het best wel wat om het goed in te richten en ervoor te zorgen dat het goed werkt. Om er met elkaar voor te zorgen dat de onderhandeling over een nieuw regeerakkoord niet al te lang duurt, is het denk ik verstandiger om op enig moment wel een regeerakkoord te hebben -- ik hoop dat mijn partij daar onderdeel van uit zal maken -- en dan in de volgende periode met elkaar te kijken hoe je tot een verbeterd systeem van het eigen risico kunt komen.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Als dat bepalend is voor het succes van de formatie, dan kan de VVD bij meerdere onderwerpen een pauze aangeven, denk ik. Er staat: de komende jaren lassen wij even een pauze in. Maar ik begrijp dat de VVD dit systeem, deze verandering, op zich steunt en zich ook realiseert dat het een hele tijd kost om te komen tot een nieuwe situatie, maar niet zegt: wij willen niet starten met de discussie daarover. Het is dus niet zo dat de VVD dat pas over een aantal jaren wil; ze neemt daar een flexibel standpunt over in, als ik het zo vrij mag vertalen.

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij is het wel zo bedoeld, vanuit de gedachte dat je niet zomaar een nieuw systeem hebt en dat je dus even met elkaar de tijd moet nemen om te zorgen dat je tot iets komt. Achter of voor de zin die mevrouw Bergkamp citeert, staat volgens mij een zin die precies datgene bedoelt te zeggen, namelijk dat je wel tot verandering moet durven overgaan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U was al aan het einde van uw betoog. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Agema. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. We bespreken vandaag het medisch zorglandschap en de ziekenhuisfaillissementen. De ziekenhuisfaillissementen zijn natuurlijk een groot ongeluk geweest in onze ziekenhuiszorg. Er zijn vier rapporten van de inspectie verschenen over de faillissementen, plus een rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid én de onderzoekscommissie-Van Manen, en er lopen zelfs nog een aantal onderzoeken. Volgens de Onderzoeksraad was er sprake van een verhoogd risico voor de patiëntveiligheid. De zorgplicht in het huidige stelsel functioneert niet voldoende. Alles overziend stelde de Onderzoeksraad vast dat de veiligheid van patiënten bij een ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement niet is geborgd. Dat is iets heel anders dan de platte termen waarmee wij tijdens dit grote ongeluk zijn platgelegd: de continuïteit van zorg werd geborgd, het moest allemaal zorgvuldig en weet ik veel wat. Er is een groot ongeluk gebeurd, en dat mag niet nog een keer gebeuren. De toezichthouders en het ministerie van VWS hebben te laat in de gaten gehad dat het misging, aldus de commissie-Van Manen. Partijen moeten doordringen raken van de urgentie. In het geval van eventuele problemen moeten we vervolgens gezamenlijk in actie komen om de patiënt te beschermen. De inspectie stelde dat een ongecontroleerd faillissement vanwege het ontbreken van randvoorwaarden voor goede en veilige zorg nooit meer mag voorkomen.

Voorzitter. Als ik dan de brief van de regering lees, met daarin de verbeterpunten, bijvoorbeeld dat het earlywarningsysteem verbeterd zou zijn, dat de NZa zelf de financiële positie van zorgaanbieders in de gaten moet houden, dat het ministerie eerder geïnformeerd moet worden, dat het ministerie aanvullende wettelijke maatregelen wil nemen om de informatiepositie van de overheid te versterken, dat het ministerie van VWS in dat geval alle betrokken partijen bij

elkaar moet roepen vanuit zijn regiefunctie, en dat het ministerie in uitzonderlijke gevallen financieel kan bijdragen, vraag ik me af of dit het pakket is waarmee we ervoor gaan zorgen dat dit grote ongeluk van een ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement niet meer kan voorkomen. Ik hoor de minister graag daarover. Helaas kunnen we hier niet de hele dag over doorpraten, maar er zijn nog heel veel vragen over te stellen.

Er ligt een groot aantal rapporten voor ons over het medisch zorglandschap, bijvoorbeeld de houtskoolschets over het verminderen van het aantal spoedeisendehulpverleners, waarbij alleen nog hoogcomplex, levensbedreigende acute zorg op de spoedeisendehulpverleners behandeld moet gaan worden en de overige, niet-levensbedreigende acute zorg op diverse spoedposten. Afgezien van het feit dat wij tegen het sluiten of het verminderen van het aantal spoedeisendehulpverleners zijn, zien we ook dat de scheiding tussen de levensbedreigende en de niet-levensbedreigende acute zorg een typische ambtelijke uitwerking is. Het staat heel leuk op papier, maar in de praktijk is het simpelweg niet realiseerbaar. Ik hoop dat we daar nu van doordrongen zijn, voordat straks weer het kalf verdrongen is.

Ik heb tijdens een eerder debat al het voorbeeld gegeven dat toen mijn vader nog leefde, hij op een nacht zomaar wakker werd -- ik verpleegde mijn moeder op dat moment -- met vreselijke pijn in zijn rug. Hij was goed bij kennis. Ik belde 112 voor hem. Hij gaf zelf aan dat er iets ernstigs aan de hand was en dat hij geholpen moest worden. Ik kreeg een triagist aan de telefoon. Mijn vader was goed bij kennis en kon goed praten. Vervolgens moesten wij hem maar naar het ziekenhuis brengen. Dat hebben we natuurlijk gedaan. In het ziekenhuis werd er een scan gemaakt. Hij bleek een acuut scheurend aneurysma te hebben. Het was een zeer ernstige, levensbedreigende situatie die niet was opgemerkt door de triagist. Kan ik dat de triagist kwalijk nemen? Nee. Het is maar een telefoontje. Daarom moet een patiënt gezien worden. En daarom is het de grootst mogelijke, reinste flauwekul -- ik word daar echt kwaad van, voorzitter -- dat wij hier in dit huis een houtskoolschets bespreken waarin wordt opgenomen dat je vooraf aan de telefoon kunt bepalen of iets spoedeisend is of niet. Je kunt het niet. Dit moet van tafel. Gelukkig kwam er een ambulance en lag hij binnen drie kwartier in een hooggespecialiseerd ziekenhuis op een operatietafel. Maar echt, als wij dit gaan doen, dan sterven straks gewoon mensen. Daarom: stop met die scheidslijn. Het is je reinste waanzin.

Voorzitter. Het inrichten van regionale meldkamers is niet nodig. Voor niet-levensbedreigende acute zorg bel je met je huisarts of met je huisartsenpost. Gooi ook dat niet overboord.

Voorzitter. De spoedpolikliniek van het vroegere Ruwaard van Putten Ziekenhuis wordt genoemd als een mooi voorbeeld van hoe het acute zorglandschap eruit moet gaan zien. Ik vind dat werkelijk waar echt te stuitend voor woorden. Het Ruwaard van Putten was een volwaardig ziekenhuis met een volwaardige spoedeisende hulp, een intensive care en een beddenhuis. Het is indertijd failliet gegaan. Godzijdank is uit die puinhopen nog een kliniek en spoedpost ontstaan, maar die is maar beperkt open, namelijk tussen zeven uur 's ochtends en negen uur 's avonds. Er is geen volwaardig ziekenhuis meer. Hoe kun je dat nou een goed voorbeeld noemen? Hoe kun je zo'n uitkleding van de acute zorg in die regio -- Spijkenisse verdient gewoon een volwaardig ziekenhuis -- een goed voorbeeld noemen? Een poli en een spoedpost in plaats van een volwaardig ziekenhuis. Het is geen goed voorbeeld. Het is een voorbeeld van hoe slecht het kan aflopen met ziekenhuizen.

Voorkom het verdwijnen van spoedeisendehulpdiensten en investeer in het heropenen van spoedeisendehulpdiensten. We hebben die lappendeken gewoon nodig. Bij een spoedeisendehulpdienst moet je gewoon 24 uur per dag kunnen aanmelden, en niet alleen overdag, zodat je dat van tevoren moet gaan bekijken. Iemand meldt zich bijvoorbeeld met een laag hemoglobinegehalte. Dat is hartstikke gevaarlijk, maar het is meestal heel eenvoudig op te lossen. Door een korte dagopname en verandering van medicatie is dat op te lossen. Je kunt toch niet dat soort mensen maar niet gaan helpen, of van tevoren ... Dat kan helemaal niet. Spoedzorg heeft spoed. Je kunt daar geen onderscheid in maken.

Voorzitter. Ik ga door naar de zinnige zorg. Nog zo'n voorbeeld van hoe we hier eigenlijk totaal van het pad af geraakt zijn. Ik zie dat mijn minuten heel hard weglopen, voorzitter. Ik kijk even; wat moet ik hier in de kern nou van zeggen?

De NZa heeft in ieder geval een heel goed rapport uitgebracht, dat laat zien dat de zinnige zorg zinloos is gebleken, maar vervolgens gaat het Zorginstituut gewoon door met het nieuwe programma, Gepast Gebruik. Ik zou willen dat ik er wat langer over door kon praten, voorzitter. Overbodige handelingen moet je natuurlijk nooit uitvoeren, maar wat is overbodig? Voor iemand die kanker heeft, moet bijvoorbeeld weleens uitgezocht worden welke chemokuur nou het beste bij hem of haar aanslaat. Dat weet je van tevoren niet.

Nog zoiets. Ik word er zó kwaad om! Wij zitten in een situatie waarin tevoren bedacht moet worden bij welke patiënt welke behandeling al dan niet aanslaat. Dat gebeurt hier in het kader van "laat het veld het maar bepalen". Maar laat dit het veld eens bepalen! Laat het veld bepalen hoe het welke behandeling voor zijn patiënten inzet in plaats van van bovenaf te bedenken dat dit van tevoren allemaal bekend moet zijn, want dat kan niet. Patiënten zijn levende wezens. De een reageert ergens beter op dan de ander; dat moet je in de praktijk kunnen uittesten.

Goed. Ik ben door mijn tijd heen, zie ik. Ik hoop op een reactie van de minister.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank, mevrouw Agema.

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber. Mevrouw Dik-Faber spreekt namens de fractie van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. De meeste mensen kennen niet "het zorgstelsel", maar wel hun eigen huisarts, het ziekenhuis of het verpleeghuis in hun regio. Als het regionaal ziekenhuis failliet gaat of als er veranderingen zijn in het zorgaanbod, dan roept dat ontzettend veel emotie op, en dat is begrijpelijk.

Het gaat voor veel mensen om vertrouwde zorg dichtbij, in hun stad of in de regio. Als de zorgmedewerkers en bestuurders in de regio elkaar snel weten te vinden en hun patiënten en cliënten goed kennen, dan geeft dat eigenaarschap, betrokkenheid en

verantwoordelijkheidsgevoel. Voor de ChristenUnie is de sleutel tot vertrouwde zorg met een menselijke maat dat zorgpartijen in de regio beter samenwerken en dat er meer samenhang komt in het zorgaanbod in de regio. Daarom zij wij er blij mee dat de regiobeelden tot stand zijn gekomen. Er is nu nog een grote diversiteit tussen de beelden. Het is goed om te lezen dat de minister hierin meer eenduidigheid wil aanbrengen. De goede voorbeelden verdienen navolging, en die begint met bekendheid. Wil de minister deze voorbeelden maximaal in de etalage zetten voor alle zorgpartijen en geïnteresseerden? Wil de minister onderzoeken en inzichtelijk maken welke randvoorwaarden en succesfactoren gelden bij deze vormen van regionale samenwerking in de medische zorg? Wil de minister partijen in de regio's daarop aanspreken, met hen in gesprek gaan als de resultaten tegenvallen en samen met hen naar oplossingen zoeken?

Voorzitter. Het reguliere streekziekenhuis staat onder druk. De afgelopen jaren is een deel van de ziekenhuiszorg uit het ziekenhuis verdwenen en in de eerste lijn terechtgekomen. Deze substitutie is een ontwikkeling die we op zich toejuichen. Tegelijkertijd zijn de kwaliteitsstandaarden omhooggegaan, waardoor een regioziekenhuis bepaalde specialistische behandelingen moet afstoten, omdat die te duur zijn geworden, het personeel niet meer beschikbaar is en een 24/7-beschikbaarheid niet houdbaar is. Herkent de minister deze ontwikkeling, en wat betekent dit bijvoorbeeld voor de beschikbaarheidsbijdrage in de toekomst?

Voorzitter. De druk op de regioziekenhuizen neemt nog eens toe doordat de acute zorg wordt hervormd. De houtskoolschets acute zorg -- er is al veel over gezegd -- leidt tot veel onrust bij ziekenhuizen. Dinsdag namen we een petitie van het ziekenhuis in Weert in ontvangst. Navolging van het voorstel om de spoedzorglocaties te splitsen in spoedposten en spoedeisende hulp betekent dat in sommige ziekenhuizen de uitgebreidere spoedeisende hulp wordt vervangen door een beperktere spoedpost, en dat heeft weer gevolgen voor de aanwezigheid van specialismen, voor ic's en voor het aantal bedden. Daarom vraag ik de minister hoe zij nu verdergaat met deze houtskoolschets. Mocht die schets verder uitgewerkt worden, heeft zij daarbij dan ook aandacht voor de coronacrisis? En wat betekent die voor de houtskoolschets? Gaat zij ook het gesprek aan met de zorgprofessionals, met de deskundigen, over de vraag hoe we nu verder moeten gaan met deze houtskoolschets? Is de minister het ermee eens dat het goed is om integraal te bekijken welk zorgaanbod de regio nodig heeft en de acute zorg daarop aan te laten sluiten?

Voorzitter. Lelystad en de regio Flevoland wil ik hier nog specifiek benoemen. Ook anderen hebben daar opmerkingen over gemaakt. Ik kan mij bij de vragen aansluiten, maar Lelystad en Flevoland vormen echt wel een zwakke plek. Wat betekent de houtskoolschets nou voor Flevoland? Wat betekenen de coronacrisis en wat we hebben gezien nu voor de toekomst van de zorg in Flevoland? En hoe gaat het met de digitalisering? Er is een motie aangenomen van de ChristenUnie en de VVD, waarin wordt verzocht om, te midden van alle narigheid in Flevoland, Flevoland toch maar weer koploper te maken in die mooie ontwikkeling van digitalisering. Ik denk dat dat kansen biedt.

In de houtskoolschets staat dat burgers en het openbaar bestuur geïnformeerd en geconsulteerd worden bij ingrijpende wijzigingen in het acutezorglandschap. Wat de ChristenUnie betreft, gebeurt dat niet alleen inzake het acutezorglandschap, maar ook inzake andere ontwikkelingen

in het zorglandschap. Burgers, cliënten en patiënten zouden echt een stem moeten krijgen, bijvoorbeeld in een regionale zorgraad. Hoe kijkt de minister daartegen aan?

Een van de voorwaarden voor goede zorg, ook spoedzorg, is de beschikbaarheid van medische gegevens van patiënten. Van tevoren toestemming geven is nu nog heel erg ingewikkeld. In de coronatijd is na mondelinge toestemming, via een corona-opt-in een samenvatting van patiëntgegevens op huisartsenposten en spoedeisende hulp mogelijk. Dit is een tijdelijke oplossing. Wil de minister in kaart brengen in hoeverre de huidige wetgeving de kwaliteit van zorg in de weg staat doordat patiënten vooraf toestemming moeten geven voor het beschikbaar stellen, opvragen en raadplegen van hun medische gegevens? Wil de minister met spoed werken aan structurele oplossingen voor de geconstateerde knelpunten?

Dan zinnige zorg. De Algemene Rekenkamer is erg kritisch op de opbrengsten van dit programma. De ChristenUnie is het met de minister eens dat voor dit soort veranderingen een lange adem nodig is. Een ziekenhuis als Bernhoven laat zien dat het uiteindelijk mogelijk is om kosten te besparen door medisch specialisten in dienst te nemen, patiënten en burgers mede-eigenaar te maken en samen te kijken naar zinnige zorg. Dit is wel een uitdaging, zeker in financiële zin; een ziekenhuis moet naar een heel nieuw verdienmodel en heeft ook transitiekosten. Daarom vraag ik welke toegang zorginstellingen bij alle veranderingen hebben tot een transitiebudget.

Voorzitter. Een van de weinige lichtpuntjes in deze coronacrisis is dat het medisch personeel en de ziekenhuizen volop worden aangesproken op hun vakmanschap en dat ze zich even los kunnen maken van extreme verantwoordings-eisen. Personeel kreeg het vertrouwen om te doen wat nodig was. Onder normale omstandigheden moeten ziekenhuizen ontelbare parameters registreren en aanleveren. Controle is goed, maar een realistisch vertrouwen in vakmanschap is beter. Ziekenhuizen leveren al deze data netjes op omdat ze merken dat elke omissie onder een vergrootglas wordt gelegd en ze daarop keihard afgerekend worden. Is het geen tijd om deze cultuur van wantrouwen te doorbreken? In een transparantiekalender leggen alle partijen de gevraagde indicatoren naast elkaar en schrappen ze waar dat kan. Maar dit proces gaat nog heel erg moeizaam. Is de minister bereid om samen met de inspectie een extra inzet op deze transparantiekalender te stimuleren?

Dan het onderwerp zorg en duurzaamheid. De afgelopen week heb ik gesproken met een groep jonge artsen in opleiding. Zij spraken namens een internationale organisatie. Zij hebben ook een brief naar de minister gestuurd met daarin het verzoek met haar te mogen spreken over duurzaamheid en zorg en de combinatie daarvan. Heeft de minister deze brief ontvangen? Is zij bereid met deze jonge mensen het gesprek aan te gaan?

Voorzitter, mijn laatste punt. Het is echt allemaal te kort, maar door de enorme hoeveelheid agendapunten en de beperkte spreektijd kan het niet anders. Over SHINE is een Kamermotie van mijn hand aangenomen. Ik krijg berichten dat het bedrijf op heel korte termijn een beslissing moet nemen over vestiging in West-Europa. SHINE heeft van het ministerie nog niet voldoende indicatie gekregen over de contouren voor een gelijk speelveld. Volgens mij wordt ook om een schriftelijk overleg gevraagd over PALLAS, het paradepaardje van dit kabinet. Ik snap het allemaal, maar investeerders zijn er niet. Kennelijk gaan we alle kosten voor onze rekening nemen, terwijl onduidelijk is of we dat geld nog ooit terugkrijgen. Intussen staat SHINE,

een innovatief bedrijf, klaar om zich hier te vestigen, maar het staat gewoon echt op achterstand ten opzichte van PALLAS. Ik vind het eigenlijk gewoon niet kunnen. We hebben Lighthouse verloren aan de Belgen; dat moeten we met SHINE niet nog een keer laten gebeuren.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Mevrouw Van den Berg, u heeft geen mogelijkheid meer om te interrumpen.

Hiermee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn aan de zijde van de Kamer. Ik wil even met u naar de klok kijken. Het is nu halftwaalf. Ik zou kunnen voorstellen om te schorsen tot 12.20 uur, inclusief lunch. Of vindt u dat te vroeg? Dan heeft de minister hopelijk de gelegenheid om een broodje te eten en het antwoord voor te bereiden; dan hebben we beide samengevoegd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

In het kader van preventie is dat een uitstekend voorstel van de voorzitter van de vaste Kamercommissie voor VWS.

De voorzitter:

Goed zo. Hartelijk dank daarvoor. Dat betekent dat ik deze vergadering schors tot 12.20 uur. Dan zie ik u graag terug.

De vergadering wordt van 11.30 uur tot uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. Aan de orde is het notaoverleg over het medisch zorglandschap, de juiste zorg op de juiste plek, eigen bijdragen in de zorg, ziekenhuisfaillissementen, ambulancezorg, acute zorg en eerstelijnszorg. We zijn vanmorgen om 10.00 uur met dit notaoverleg gestart. De eerste termijn van de Kamer hebben we inmiddels afgerond en we zijn toegekomen aan de beantwoording door het kabinet. Daarvoor is aangeschoven onze minister voor Medische Zorg.

Hartelijk welkom aan allen en aan de mensen thuis. Ik wil de minister graag de gelegenheid geven voor de beantwoording van de vragen. Ik verzoek haar even aan te geven hoe de beantwoording vorm krijgt. Met de leden zou ik twee interrupties in tweeën willen afspreken, ook gezien de klok.

Ik geef het woord aan de minister. Gaat uw gang.

Minister Van Ark:

Dank u wel, voorzitter. Met uw welnemen zou ik een korte inleiding willen houden. Er staan inderdaad heel veel onderwerpen op de agenda, zoals u ook al had aangegeven. Voor de beantwoording heb ik een aantal mapjes, met de volgende thema's. Allereerst de houtskoolschets acute zorg; daar zijn veel vragen over gesteld. Dan de acute zorg in het hier en nu. Ten derde de medisch specialistische zorg. De vragen die over individuele ziekenhuizen zijn gesteld, zou ik daar ook bij willen betrekken. Ten vierde de vragen over faillissementen. Nummer vijf: de juiste zorg op de juiste plek. Dan de zinnige zorg en Gepast Gebruik. Op zeven: een aantal vragen over zorgverzekeringen en het pakket. Acht vloeit daar eigenlijk een beetje in over: het stelsel en algemeen. En dan zijn er nog een aantal overige vragen gesteld: over de eerstelijnszorg, gegevensuitwisseling, Intravacc en dergelijke onderwerpen.

Voorzitter. Ik begin met een korte inleiding. We spreken hier vandaag over het medisch zorglandschap in Nederland in al zijn aspecten, en dan gaat het inderdaad over stelsels, systemen en getallen. Uw Kamer zei het ook al. Het is inderdaad goed dat de mensen die hiermee te maken hebben en die dit nodig hebben, centraal staan. Ook in de discussies die wij voeren over de systemen en de spelregels realiseren we ons dat de hele tijd. Ik wil de Kamer daarvoor dankzeggen. Ook ik zal vandaag toch wel veel van dat soort systeemtaal moeten gebruiken, maar laat gezegd zijn dat wij ons dat allemaal realiseren.

Het is een hele bijzondere tijd om hierover te spreken. Het is niet alleen, zoals de heer Van Gerven zei, een terugblik op de afgelopen kabinetsperiode. We zitten ook midden in de covidpandemie, die de wereld nog steeds in haar greep houdt en die specifiek de zorg in haar greep houdt. Die heeft voor ons allen een hoge prioriteit, en misschien wel de hoogste prioriteit. Je ziet ook dat die pandemie ingrijpt in alle facetten van die zorg. De kwaliteit, de toegankelijkheid, de mensen die werken in de zorg, de samenwerking in de keten en de financiering -- termen die hier ook veel genoemd zijn -- zijn allemaal heel ingrijpende zaken, niet in de laatste plaats voor de patiënt en de professional. Er zijn ook vraagstukken waar we nu middenin zitten: hoe kunnen we ons organiseren, hoe werken we samen, wat zijn de randvoorwaarden om die kwalitatief hoogwaardige zorg die we in ons land hebben, aan mensen te kunnen blijven geven?

Misschien is het goed om van dit moment gebruik te maken om de kracht van ons zorgstelsel te benadrukken, van hoe we met elkaar in dit land die zorg leveren en krijgen, ontvangen en geven. Daarbij gaat het ook om de flexibiliteit en de daadkracht van de mensen en de organisaties die zich daarin bewegen. We zien nu dat de zorg ook onder extreme omstandigheden blijft doorgaan en dat men steeds weer het belang van een goede zorg voor de patiënten voor ogen heeft. Net als uw Kamer kan ik niet genoeg benadrukken hoeveel respect we hebben voor alle mensen die letterlijk dag en nacht klaarstaan om zorg te verlenen.

Die flexibiliteit zien we ook in de vormen van samenwerking die op dit moment ontstaan. Je ziet die bijvoorbeeld in de regionale en landelijke patiëntenspreiding, in de acties van huisartsen om ziekenhuizen te ontlasten en in de regionale organisatie van bedden buiten het ziekenhuis, maar ook in de acties om snel extra mensen voor de zorg aan te trekken en in te zetten. Ik kijk ook

naar de rol van de verzekeraars, die financiële regelingen hebben gemaakt om ervoor te zorgen dat de zorgverleners zich volop op de covidzorg kunnen richten. Vanuit dat perspectief kijk ik naar de dingen die onder druk en in korte tijd zijn gerealiseerd om dat mogelijk te maken. En vanuit dat perspectief kijk ik ook naar de onderwerpen die vandaag op de agenda staan.

Die bewegingen in het zorglandschap roepen heel veel emoties op. Dat is hier ook aangegeven. Uw Kamer heeft daar aandacht voor gevraagd. Die emoties herken ik en die erken ik, want een organisatie of een gebouw heeft ook een intrinsieke waarde. Mensen zijn gehecht aan hun ziekenhuis en vragen zich inderdaad af of ze er nog op kunnen rekenen dat ze de zorg krijgen op het moment dat ze die nodig hebben. De heer Veldman gaf dat ook aan, net als de heer Van Gerven en vele anderen. Dat betekent dat we het hier met elkaar moeten hebben over de verzekering van de beschikbaarheid van goede zorg. Ik wil hier dan ook graag verklaren dat ik mij daar als minister verantwoordelijk voor voel en dat ik daarop graag aanspreekbaar wil zijn. Ik zal er straks nader op ingaan, maar dat geldt ook als er financiële problemen zijn bij instellingen. We hebben lessen geleerd. Ik zal daar straks meer over zeggen. Het gaat inderdaad om de beschikbaarheid van zorg voor iedereen, dichtbij waar dat kan, soms wat verder weg als dat toch beter is, bijvoorbeeld als je complexe of hoogwaardige zorg nodig hebt. We zoeken met elkaar naar de balans tussen die drie publieke waarden: de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg.

Voorzitter. Dit gaat niet alleen over het hier en nu; het gaat ook over de toekomst. We willen dat de zorg ook in de toekomst voor mensen beschikbaar blijft en dat ook in de toekomst nog mensen in de zorg willen en kunnen werken. Dat betekent dat we vooruit moeten kijken. Uw Kamer heeft dat ook gedaan. Daarbij spelen thema's een rol zoals de demografische ontwikkeling in ons land, maar ook de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt spelen daarbij een rol. We zien dat die arbeidsmarkt krappere wordt. Dat betekent dat we voor de belangrijke vraag staan hoe we de zorg organiseerbaar houden. Ik zal straks nader ingaan op een aantal vragen die gesteld zijn over de houtskoolschets acute zorg. We zijn natuurlijk ook een discussie met het veld gestart over de contourennota over de toekomst van de zorg. We zien dat de houtskoolschets acute zorg een onderwerp is dat heel breed leeft: de consultatie is afgerond en we hebben meer dan 240 reacties binnengekregen. Om precies te zijn: 245 reacties.

Voorzitter. Na deze inleiding wil ik starten met de houtskoolschets, waar ook uw Kamer veel aandacht voor heeft. Daarover zijn veel vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Misschien is het goed om daar even bij stil te staan, want het uitgangspunt van die houtskoolschets is dat we het acutezorglandschap toekomstbestendig willen hebben. De drie aspecten, de drie publieke waarden die ik zojuist noemde -- de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid -- moeten daarbij geborgd zijn. Toegankelijkheid is daarbij van groot belang. Dat is een van de uitgangspunten. Daar zijn zorgen over geuit, zowel hier in de Kamer als in de reacties op de internetconsultatie. Ik kan uw Kamer zeker toezeggen dat ik de zorgen die hierover zijn geuit, zeer serieus neem en betrek bij de uitwerking hierna.

Ik wil hier ook graag gezegd hebben dat het niet gaat om een volledige herinrichting van de acute zorg, maar dat we een toekomstbestendige inrichting willen hebben. We hebben te maken met grote veranderingen in onze samenleving en met grote veranderingen in de zorg. En die gaan ook nog eens in een snel tempo. Ik noemde net al de demografie, maar ook het

acutezorglandschap verandert, door technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen. Het betekent gewoon dat we ons rekenschap moeten geven van vraagstukken rondom de inrichting en de financiering van het acutezorglandschap. Dat moet meekunnen met die ontwikkelingen, en ook dat heeft weer alles te maken met de toekomst, met het toekomstige behoud van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Dit kan dus betekenen dat we functies anders moeten gaan organiseren. Ik wil daar heel graag met partijen integraal over nadenken. We zien al dat in sommige regio's in dit land verschillende disciplines in de acute zorg worden samengebracht op één locatie. Daarvoor zijn verschillende namen: spoedpost, spoedplein, spoedpolikliniek. Die aanduiding verschilt, maar het integrale karakter van die acutezorgvoorzieningen zien we al op verschillende plekken terug. Ik zie ook dat de geschetste veranderingen allerlei reacties oproepen. Ik ben er blij mee dat er zo massaal is gereageerd, want dat betekent dat men zich zeer betrokken voelt. We hebben 245 reacties binnengekregen op de internetconsultatie. We zijn ze aan het verwerken. Ik zal er straks grosso modo wat over zeggen. Ze zijn afkomstig van zorgprofessionals, maar ze komen ook uit grote brancheorganisaties uit de acute zorg en van het openbaar bestuur, van onderzoeksinstellingen, en van betrokken burgers, zo zeg ik tegen mevrouw Van den Berg, want ik weet dat zij daar zeer aan hecht. Dat zijn heel veel reacties. Op dit moment werken wij aan het bundelen daarvan, aan het samenvatten en het analyseren. Ik wil de Kamer graag voor het verkiezingsreces daarover informeren. Daar streven we naar.

Voorzitter. Ik zal wat hoofdlijnen geven en dan het vervolgproces schetsen. Als we door de oogbellen naar de consultatiereacties kijken, dan zien we dat de urgentie van het nadenken over dit thema breed wordt gevoeld. Heel veel partijen onderschrijven daarbij dat het belangrijk is om goed samen te werken tussen verschillende sectoren, dat er meer integrale zorg moet zijn en dat er waar nodig wellicht zorg kan worden voorkomen. Een randvoorwaarde die ook hier in het debat is genoemd, is de noodzaak van een goede gegevensuitwisseling, maar ook een ondersteunende bekostiging en de inzet van slimme zorg worden vaak genoemd. Partijen onderschrijven ook dat de toegankelijkheid van de acute zorg een belangrijke voorwaarde is voor de herinrichting. In het kader hiervan worden zorgen geuit richting het concentreren van hoogcomplexiteit. Dat kwam hier ook aan bod. Er is een verdere uitwerking per regio noodzakelijk om dat maatwerk te kunnen bieden. Andere zorgen die zijn geuit, ook in de internetconsultatie, gaan over de realiseerbaarheid van de scheiding tussen hoogcomplexiteit en laagcomplexiteit, in de zin van spoedposten en spoedeisende hulp. Dat zijn thema's die hier ook benoemd zijn. Ik neem die zorgen serieus en ik wil bij de verdere uitwerking dan ook met betrokken partijen daar aandacht aan geven.

Het vervolg van dit proces is dat we verder gaan werken met de reacties. Ik wil ook een wisselwerking met de geplande zorg in het oog houden. Dat betekent dat we meer cijfers en feiten nodig hebben en dat we vooral ook het gesprek in de regio moeten voeren. Dat doen we met alle betrokkenen bij de acute zorg. Bij de verdere uitwerking wil ik samen met de partijen, zowel landelijk als regionaal, bekijken hoe je die zorg organiseert. Ook de betrokkenheid van burgers is daarbij erg belangrijk. In de concept-AMvB acute zorg die op dit moment bij de Raad van State ligt, is ook opgenomen dat burgers geconsulteerd worden als het gaat om het geheel of gedeeltelijk sluiten van het acute zorgaanbod in een regio. Ik vind overigens dat het aan het nieuwe kabinet is om besluiten over het vervolgtraject te nemen. Dat heb ik ook eerder gezegd.

Maar ik denk wel dat het verstandig is om alles op tafel te leggen, zodat er dan ook goede besluiten kunnen worden genomen.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, zou ik graag de heer Van Gerven de gelegenheid geven voor het stellen van een vraag.

De heer Van Gerven (SP):

Ik vraag me af wat nou eigenlijk het probleem is. Wie heeft er nou gevraagd om spoedposten op te tuigen naast spoedeisende eerstehulpdiensten, terwijl we al huisartsenposten hebben? Dat is kennelijk ergens bedacht en heeft enorme onrust en van alles teweeggebracht waar niemand op zit te wachten. Laten we het voorbeeld van Weert nemen. Ik zou daar graag een reactie van de minister op willen. Daar wilden de zorgverzekeraars in 2014 de spoedeisende hulp weghalen. Die wilden dat verder concentreren. Dat is gelukkig niet doorgegaan en dat ziekenhuis heeft gewoon zes jaar goed gefunctioneerd. Maar nu is er dus weer opnieuw onrust ontstaan. Wat is er in die jaren gebeurd? Daar is de huisartsenpost geïntegreerd in het ziekenhuis. Daarnaast heb je daar de spoedeisende hulp, de acute verloskunde enzovoorts voor een gebied waarin 100.000 tot 120.000 mensen wonen. Als we de houtskoolschets mogen geloven, zou dat moeten verdwijnen. Ik vraag de minister waarom dat zou moeten.

Minister Van Ark:

Laat ik ook in de richting van de heer Van Gerven aangeven dat ik herken dat er heel veel zorgen zijn. Misschien is het ook goed om aan te geven dat het bij het gesprek over de toekomstige inrichting van de zorg gaat om de vraag hoe je die zorg organiseert, dichtbij waar het kan maar wellicht meer gecentreerd als het om meer complexe zorg gaat. Dat is een noodzakelijke discussie. Ik heb dat ook aangegeven. Die discussie is noodzakelijk vanwege onze demografische ontwikkeling. Die discussie is noodzakelijk vanwege de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, maar ook omdat we ook in de gezondheidszorg te maken hebben met allerlei inhoudelijke zorg. Het gaat daarbij om inhoudelijke maar ook technologische ontwikkelingen. En als je dan doet wat je altijd deed, dan krijg je wat je altijd kreeg. Maar als alles verandert, dan zul je dat bij moeten stellen. Daar willen we samen over in gesprek. Dat is niet alleen in het belang van de acute zorg in het hier en nu, maar dat is ook in het belang van de zorg in de toekomst. Daarbij refereer ik aan de publieke waarden die ik in mijn inleiding noemde: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Om dat te borgen, moet je af en toe in de spiegel kijken, moet je af en toe kunnen reflecteren en met elkaar daarover in gesprek gaan. Tegelijkertijd herken ik -- en dat vind ik spijtig -- dat er heel veel zorgen zijn omdat veel mensen het ook betrekken op de situatie in het hier en nu. Over het St. Jans Gasthuis in Weert zegt de heer Van Gerven terecht dat er nu afspraken zijn en hij vraagt waarom je die zou veranderen. Dat klopt, maar toch moet je dat doen, om op de toekomst voorbereid te zijn. Dat wil niet zeggen dat dingen zoals ze nu zijn, noodzakelijkerwijs veranderen. Dat is niet waar we op uit zijn, maar je zal dit moeten doen,

want de uitdagingen die op ons afkomen, zijn belangrijk genoeg om dit gesprek met elkaar te voeren.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

De houtskoolschets leidt tot verdere schaalvergroting en tot afbraak waar de streekziekenhuizen de dupe van zijn. En toch. Kan de minister nou niet gewoon toegeven dat het geen goede beslissing was om de houtskoolschets net voor de zomervakantie over de schutting naar de Kamer te gooien? Kan zij die intrekken en uitgaan van allerlei plannen van onderop, vanuit de samenleving? Er zijn allerlei plannen om regiobeelden te maken, om op grond van de lokale behoefte te kijken wat nodig is. Kan zij het op die manier aanvliegen? Zij zou moeten stoppen met die houtskoolschets zodat de rust terugkeert op dat vlak, want niemand heeft iets aan onrust en onzekerheid.

Tot slot, nog even over het personeelstekort. Ik herinner de minister aan het advies van het Capaciteitsorgaan. Waarom volgt ze dat niet op? Dat is de eerste stap om dat arbeidstekort op te lossen.

Minister Van Ark:

Dit is bij uitstek een gesprek dat we voeren samen met de mensen in de gezondheidszorg, met mensen die betrokken zijn bij het openbaar bestuur, of die zich op andere wijze betrokken voelen bij de zorg. Een bewijs daarvan, vind ik, is dat er zoveel reacties binnen zijn gekomen op de internetconsultatie. Ik ben het met de heer Veldman eens. Op een gegeven moment leg je een schets neer, want je moet wel ergens over praten, anders blijf je op een heel hoog abstractieniveau met elkaar praten. Wat uit die reacties komt, zijn we aan het verwerken, nogmaals. Er komen ook heel veel zaken in terug die herkend worden in deze Kamer, zoals het belang van goede samenwerking in de regio, het risico dat je loopt en het mogelijke spanningsveld tussen kwaliteit en bereikbaarheid. Dat zijn thema's die zeer relevant zijn.

We kunnen onze ogen wel sluiten voor wat er op ons afkomt, maar we hebben te maken met een demografische ontwikkeling die ertoe leidt dat we ouder worden, wat fantastisch is, maar ouderdom komt vaak met gebreken. Diezelfde demografische ontwikkelingen zorgen ervoor dat er überhaupt minder mensen komen op de arbeidsmarkt, dus daarvan zullen we ons rekenschap moeten geven. Als we deze exercitie niet doen, dan kijken we straks terug en denken we: hadden we in 2020-2021 maar dit gesprek met elkaar gevoerd.

We zullen dat moeten doen, maar angst is een slechte raadgever. Als angst deze discussie insluipt, gaan we straks allemaal naar de huidige situatie kijken en zeggen dat we daaraan vast moeten houden. Voor ons nationaal belang -- dat is een term die meneer Van Gerven misschien

niet van mij verwacht -- of voor een collectief belang dat we hebben, moeten we vanuit individuele belangen het gesprek aangaan. Voor dat collectieve of nationale belang van een goede gezondheidszorg voel ik mij verantwoordelijk. Dat moet toekomstbestendig zijn. Dat rechtvaardigt wat mij betreft deze discussie, die ik open en in alle transparantie voer. En ik zeg ook nog dat de besluitvorming daarover in de toekomst ligt. Maar ik vind het wel mijn taak om alle bouwstenen voor die discussie op tafel te leggen.

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

Ik ben wel blij om te horen dat de minister zegt dat we een collectief belang hebben om de zorg toekomstbestendig te houden. Het CDA zegt ook helemaal niet dat we geen gebruik zouden moeten maken van nieuwe technologieën, nieuwe mogelijkheden en innovaties. Maar de minister maakt iedere keer een onderscheid tussen hoogcomplex en laagcomplex in de acute zorg. Als ik met artsen spreek, zeggen zij dat je dat onderscheid niet op die manier kan maken. Iemand komt binnen met buikpijn en dat kan bij wijze van spreken een blindedarmonsteking zijn, waarbij je nog best een paar uur de tijd hebt om wat te doen. Maar het kan ook een aneurysma zijn, het voorbeeld van mevrouw Agema, waarbij onmiddellijk moet worden ingegrepen. Ik heb begrepen dat er uiteindelijk maar zes diagnoses zijn waarbij het van belang kan zijn om het te centreren, zoals een koelbehandeling bij een herseninfarct. Daar wil ik toch graag een reactie op van de minister.

Minister **Van Ark**:

Natuurlijk ga ik deze vraag beantwoorden; ik beantwoord alle vragen. Maar ik wil ook nadrukkelijk gezegd hebben dat we dit in het licht van de houtskoolschets zien en daarover in gesprek zijn. Ik heb ook gemerkt dat er verschillend over gedacht wordt dat in de houtskoolschets staat dat er op die spoedpost alleen heel laagcomplexere zorg zou kunnen plaatsvinden. Ik zou bijna het woord "misverstand" gebruiken. Ik wil nadrukkelijk gesteld hebben dat dit niet het voorstel in de houtskoolschets is. Daar wordt achter die spoedpost één integraal spoedplein gezien waar je straks als patiënt terecht zou kunnen, als die houtskoolschets leidt tot die besluitvorming, maar ook voor acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en voor laagcomplexere, niet levensbedreigende acute medisch-specialistische zorg. Ik vind het terecht dat uit dit debat naar voren komt dat triage daarbij cruciaal is. Dat is een belangrijk thema en daar moeten wij met de professionals verder over spreken. Daar komt het uiteindelijk op aan. De gedachte achter de houtskoolschets is dat je op de spoedpost het overgrote deel van de acute zorg kunt doen en dat je de hoogcomplexere zorg concentreert op basis van kwaliteit. Dit betekent niet per definitie dat er minder locaties komen, zeg ik nadrukkelijk. Het betekent ook dat je voor de meeste spoedeisendehulpvragen gewoon in de buurt terecht kan en dat je per regio zou moeten bepalen waar die spoedposten komen en hoe je ze inricht, welke faciliteiten ze hebben en welke zorgprofessionals daarbij aanwezig zijn.

Als je kijkt in hoeverre acute zorg nu bereikbaar is voor mensen, dan was dat in 2003 99,6%, zeg ik even uit mijn hoofd, en vorig jaar 99,8%. Die bereikbaarheid is hoog. Ik vind dat we moeten koesteren dat we dat hebben en dat dat ook de maatstaf zou moeten blijven. De bereikbaarheid

van die acutezorglocaties moet gelijk blijven. Ik wil samen met de partijen kijken hoe we dat kunnen organiseren.

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

Ik heb maar vier interrupties, dus ik houd deze nog even vast.

De **voorzitter**:

Dan zag ik dat mevrouw Bergkamp een vraag heeft. Ga uw gang.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ga de minister niet bekritisieren dat zij probeert "concreet" te zijn. Ik stoor me altijd aan algemene begrippen zoals meer samenwerking en minder concurrentie. Dat zegt mij nog steeds niks, na al die jaren. Ik kan haar ook niet verwijten dat zij klaar wil zijn voor de toekomst, want dat is een verwijt dat vaker wordt ingezet in debatten, dus ik vind dat goed. Ik sluit mij wel aan bij een vraag van de heer Van Gerven. Hiernaast loopt nog een ander traject, namelijk van de regiobeelden en maatwerk. Ik zou het zo zonde vinden als die elkaar gaan kruisen, hoewel ik heel veel verwacht van die regiobeelden. Ik vind wel dat er meer moet gebeuren, maar in potentie zit er heel veel in. Is de minister het met mij eens dat het heel waardevol kan zijn om er van onderop een heel goed, inhoudelijk traject van te maken, naast het traject om met de experts en met professionals te praten, met een breder draagvlak dan er nu is bij de houtskoolschets?

Minister **Van Ark**:

Draagvlak ontstaat volgens mij op het moment dat je met elkaar in gesprek bent en samen ergens komt. We hebben dat gesprek net geopend. We hebben een internetconsultatie gedaan en reacties gekregen. Als wij helemaal niks met die reacties zouden doen, denk ik dat het draagvlak er niet is, dan heb ik een heel ander gesprek met uw Kamer. We hebben dat gesprek juist geopend en ik vind dat draagvlak ook echt van groot belang. Ik wil ook graag transparant zijn over de zorgen die zijn neergelegd door verschillende partijen. Dat zijn echt thema's waarvan wij niet zomaar kunnen zeggen: weet je wat, die houtskoolschets is in beton gegoten en dat wordt het dus. De partijen die gereageerd hebben, zijn ook de partijen die actief zijn als het gaat om de regiobeelden, dus er is nadrukkelijk een uitgestoken hand naar de professionals en de experts om mee te kijken. Ik heb daar geen enkel taboe in. Ik heb ook niet een keiharde, in beton gegoten richting voor me. Ik vind het juist van belang dat er een gedragen eindbeeld komt.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vertaal de minister zo dat ook het traject van de regiobeelden een hele belangrijke rol gaat spelen bij het kijken naar de toekomst van de zorg, regionaal en met maatwerk. Ik hoop dat de minister dat kan bevestigen. Dit is wel een cri de coeur van mij, kijkend naar een aantal wetten die wij behandeld hebben vanuit VWS. In de praktijk zien wij vaak dat er uiteindelijk een te groot verschil is tussen theorie en praktijk. Juist bij een cruciaal onderwerp als dit zou ik dat jammer vinden, vooral omdat er 245 reacties zijn. Graag extra elan om te kijken hoe we theorie en praktijk op een goede manier dichterbij elkaar kunnen brengen en om die regiobeelden ook een volwassen traject te laten worden.

Minister **Van Ark**:

Ik checkte het even, maar ik zeg in de richting van mevrouw Bergkamp: zeker.

Voorzitter. Mevrouw Bergkamp vroeg ook naar de regie in het vervolgproces. Dat vind ik een belangrijk thema om verder uit te werken, ook met de betrokkenen bij de zorg. Dat geldt ook voor de effecten op de ambulancezorg waar zij naar vroeg.

Mevrouw Dik-Faber vroeg wat de houtskoolschets betekent voor de situatie in Flevoland. De houtskoolschets gaat over de toekomst en betekent daarom voorlopig niets voor de regio Flevoland of Lelystad. Daar werken we samen in het voortgangsoverleg over de specifieke situatie. Via dat overleg kan ik behulpzaam zijn bij knelpunten die op tafel komen bij de uitvoering van de agenda voor de zorg in Flevoland, bijvoorbeeld in wet- en regelgeving. We letten er ook op dat voldaan wordt aan de noodzakelijke voorwaarden voor de uitvoering van de agenda voor de zorg, denk aan financiële middelen of capaciteit.

Mevrouw Dik-Faber vroeg ook naar de stem die individuele burgers hebben bij de besluitvormende fase als er ingrijpende veranderingen zijn in het kader van de houtskoolschets. Ik wijs erop dat de concept-AMvB over acute zorg bij de Raad van State ligt. Daarin is ook opgenomen dat burgers geconsulteerd worden als het gaat om het geheel of gedeeltelijk sluiten van het aanbod voor acute zorg in de regio.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, een vraag van mevrouw Dik-Faber. Ga uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik ben ontzetten blij dat wij voornemens zijn om burgers te betrekken bij veranderingen in het zorglandschap, zeker als het gaat om de acute zorg. Maar ik kan me voorstellen dat burgers

breder worden betrokken bij veranderingen in het zorglandschap als het gaat om nabijheid van zorg, dus niet alleen bij de acute zorg, maar ook bij andere ontwikkelingen in hun regio. Ik begrijp heel goed dat dit ook doordacht moet worden, dat je dat niet even op een achternamiddag kunt regelen, maar ik wil graag onder de aandacht brengen van de minister dat er in het hele zorglandschap veranderingen zijn waarbij burgers betrokken kunnen worden. Dat zou je kunnen regelen met een regionale zorgraad waarin burgers, patiënten en cliënten vertegenwoordigd zijn, maar er zijn ook andere manieren. Hoe staat zij daarin?

Minister Van Ark:

Ik zei al aan het begin dat ik geen taboes heb of vastomlijnde ideeën over waar het per se moet eindigen. Maar ik heb ook in deze commissie mevrouw Dik-Faber, de heer Veldman en mevrouw Van den Berg horen vragen om mensen erbij te betrekken die daar een belang bij hebben, en breder dan alleen bij de acute zorg. Tegelijkertijd ben ik nog wel een beetje aan het zoeken hoe dan. Welke dilemma's kom je dan tegen? Een regionale zorgraad, zoals mevrouw Dik-Faber schetst, vind ik misschien net een stap te ver, maar het zou een richting kunnen zijn. Ik zou het thema van die zeggenschap, dat vandaag breder klinkt, best wel een keer bij de kop willen pakken om te onderzoeken. Ik hoorde ook de universitaire medische centra voorbijkomen. Er zijn meerdere aspecten. Ik proef en ik zie dat dat een thema is dat steeds terugkomt, alleen, er zitten ook een hoop dilemma's achter. Elke discussie begint natuurlijk met het in kaart brengen van dat speelveld.

De voorzitter:

Ik zie dat dat voldoende is. Dan de heer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Op hetzelfde punt. Ik kan mij herinneren dat inmiddels al vijftien jaar geleden bij mij in de regio een aantal ziekenhuisafdelingen dichtgingen, onder andere verloskunde. Dat was een van de eerste afdelingen die dichtgingen. Ook landelijk was dat toen uniek. Mensen gingen naar de gemeenteraad en die ging er niet over, dus gingen zij naar de Provinciale Staten in Assen, maar die gingen er ook niet over. En toen gingen zij naar VWS en hebben zij hier staan demonstreren. Uiteindelijk was daar de conclusie dat zij er ook niet over gingen. Het gevoel is dat burgers zaken kwijtraken, of dat nou in de acute zorg is of in de regulier geplande zorg, en dat hakt er heel erg diep in bij lokale gemeenschappen en regio's. Ik zou het heel fijn vinden als de minister een toezegging kan doen, want dat wordt hier breed gevoeld, denk aan de petitie uit Weert, maar dit soort zorgen komen bijna maandelijks voorbij. Zou zij eens goed kunnen nadenken, in een onderzoek of op een andere manier, over hoe je de positie van de mensen die het aangaat, als burger of als patiënt, kunt verstevigen? Of dat nou een raad moet zijn die in de regio wordt opgericht of dat je daarvoor andere vormen kunt bedenken, vind ik minder relevant. Zou zij verder kunnen onderzoeken hoe je die positie verstevigt, om dat hopeloze en soms machteloze gevoel dat het allemaal verdwijnt en dat je daar niks mee kan, tegen te gaan?

Minister **Van Ark**:

Inderdaad, de heer Renkema was ook een van de leden die daaraan refereerden. Ik denk dat dit thema breed leeft. Ik wil dat zeker onderzoeken, maar er zitten ook dilemma's bij. Ik gaf zojuist al aan dat onze gezondheidszorg ook een nationaal belang is. Dat kan soms ook betekenen dat er lokaal of regionaal iets verandert of verschuift, wat voor een individuele gemeente of burger voelt als een verlies. Dat is wat een overheid doet. Per definitie zijn er verdelingsvraagstukken. Soms moet je ergens iets neerzetten wat niemand wil hebben. We kennen ook de discussies over windmolens. Dit is ook een vraagstuk dat bij mensen in de achtertuin komt en waar zij dus wat van vinden. Je kan niet zeggen dat er nooit meer een ontevreden burger kan zijn als het gaat om de aanwezigheid, maar dat is ook niet wat de heer Renkema zegt. Dat om aan te geven dat er dilemma's zijn bij dit vraagstuk, maar ik hoor het zo breed uit uw commissie dat het mij goed lijkt om dat op z'n minst te betrekken bij de houtskoolschets. Dan hebben we het ook over de inspraak van individuele burgers. Ik ben zeker bereid om te kijken op welke thema's we dit breder kunnen trekken, met alle dilemma's die er zijn.

De **voorzitter**:

Is dat voor nu voldoende voor de heer Renkema?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik hoorde een toezegging.

De **voorzitter**:

We proberen ze bij te houden. Mevrouw Van den Berg, uw tweede vraag?

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

Even daarop aansluitend, het is in ieder geval fijn om hier onderzoek naar te doen, want dat heb ik ook als een toezegging begrepen van de minister. Ik heb complimenten gemaakt voor het feit dat er onderzoek is op basis van het voorstel van het CDA. Kan de minister daarbij betrekken wat de umc's nog te veel aan basiszorg doen en wat zij eigenlijk wegtrekken bij de regionale ziekenhuizen? Kan zij dat daarbij integraal meenemen? Kan daarover een aparte brief naar de Kamer komen, zodat het niet in de discussie over de houtskoolschets verdwijnt? Ik noem het medezeggenschap en geen zeggenschap, want ik snap het dilemma van de minister, maar wel in relatie tot het rapport van de NZa of de umc's.

Minister **Van Ark**:

Ook hier zijn er dilemma's, inderdaad. Als het gaat om de basiszorg bij de umc's heeft de NZa gekeken naar bezoeken van de patiënten. Het uitgangspunt is geformuleerd dat umc's zich inspannen om patiënten die geen complexe zorg hebben te verwijzen naar een ander ziekenhuis. De NZa ziet echt verbetering en heeft betrokken partijen uitgenodigd om nog even kritisch te kijken naar de verschillende soorten zorg die geleverd worden, denk aan de oncologische zorg of de diabeteszorg. Als het gaat om het geheel of gedeeltelijk opschorten of beëindigen van de SEH-zorg of andere vormen van acute zorg, moet je inderdaad die procedure volgen uit wat nu nog de concept-AMvB Acute zorg is. Dan worden de inwoners er bijvoorbeeld bij betrokken en kunnen zij hun zorgen en wensen uiten.

Ik begreep uit de gesprekken met de umc's dat je wel ziet, als je er wat dieper ingaat, dat soms bepaalde vormen van basiszorg geleverd worden omdat zij onderdeel zijn van een totaalaanpak van de zorg, bijvoorbeeld dat iemand een staaroperatie ondergaat. Er is ook sprake van opleidingsplekken. Daarom is het ook goed dat de NZa hierover die gesprekken aangaat. Maar ook hier is er sprake van die medezeggenschap.

Dan meer in het algemeen over de acute zorg. Ik heb net gezegd dat de regeling voor acute zorg in internetconsultatie is gegaan. De heer Veldman vroeg naar de normen voor de bereikbaarheid. In de conceptregeling staan bereikbaarheidsnormen voor de spoedeisende hulp, afdelingen acute verloskunde, huisartsenposten en beoordelingslocaties acute ggz. In het voorjaar ben ik voornemens om het parlement het concept van deze regeling voor te leggen.

De heer Renkema vroeg naar de beschikbaarheidsbijdrage. Mijn voorganger heeft daarover een brief geschreven naar aanleiding van signalen van de ziekenhuizen dat de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende zorg voor een gevoelig ziekenhuis niet toereikend is. Ik neem aan dat de heer Renkema daarop doelt. Dat is ook de reden dat ik samen met de NZa en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen aan het kijken ben naar de grondslag van deze beschikbaarheidsbijdrage om die passend te maken bij het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Om de beschikbaarheidsbijdrage te kunnen aanpassen, wordt de aanwijzing aan de NZa voorgelegd en vervolgens aan uw Kamer. Ik verwacht dat rond de zomer te kunnen doen.

Ook deze vraag is al deels beantwoord, ook bij de interrupties. Er was een vraag van mevrouw Van den Berg en ook van de heer Van Gerven over de spreiding van de ziekenhuizen en de bereikbaarheid van de zorg in de regio. Zij vroegen specifiek ook nog naar de rol van de IGJ en de NZa, die toezicht houden op de naleving van de wettelijke normen. De NZa doet dat voor de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars en kijkt in dat verband onder meer naar de 45 minuten norm. Eind vorig jaar heb ik het laatste rapport van de NZa over de toegankelijkheid van de acute zorg toegestuurd en binnenkort verschijnt de NZa-monitor acute zorg. De IGJ heeft aangegeven de toegankelijkheid van de zorg ook te zien als onderdeel van kwaliteit van zorg en betreft dit ook in het toezicht. Dat komt dus terug in de periodieke rapportages van de toezichthouders.

Voorzitter. Dan kom ik bij een aantal vragen die gesteld zijn over medisch-specialistische zorg en over individuele ziekenhuizen. Mevrouw Van den Berg vroeg naar het Bravis ziekenhuis. Op dit moment verleent het Bravis klinische zorg op twee locaties: in Roosendaal en in Bergen op Zoom. Ze zijn gestart met de verkenning van toekomstscenario's voor het verlenen van zorg op

één locatie. Dat heeft alles te maken met de ontwikkeling van de zorgbehoefte en ook met het voorbereiden op de toekomst. In februari 2019 heeft mijn voorganger met de raad van bestuur van het Bravis gesproken over hun plannen. Daar is ook benadrukt dat er niet eerder kan worden overgegaan tot een besluit dan na een zorgvuldig proces waarbij ook de mensen die er belang bij hebben, de belanghebbenden, zijn gehoord en er afspraken zijn gemaakt. In dit kader hebben we nadrukkelijk geadviseerd om te handelen conform het concept van de algemene maatregel van bestuur over de versterking van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen.

Het Bravis is over hun voornemen in gesprek gegaan met diverse partijen, waaronder de huisartsen, de verloskundigen, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, de zorgverzekeraars en ook de inwoners van het verzorgingsgebied. De interne adviesorganen van het ziekenhuis hebben positief gereageerd en ingestemd met het voornemen van het Bravis om de hoofdlocatie te vestigen in Bulkenaar, dat is gelegen in de gemeente Roosendaal. Op 19 juni 2019 is door de raad van bestuur van het Bravis, bekrachtigd door de raad van toezicht, een definitief besluit daarover genomen. Ik heb zelf geen signalen ontvangen dat niet aan alle procedures is voldaan. Maar als mevrouw Van den Berg zegt dat het goed is om nog een keer hierover in gesprek te gaan, dan ben ik uiteraard bereid om dat te doen.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voor de duidelijkheid: de inwoners zijn wat ik maar noem geïnformeerd, maar men is niet geconsulteerd in de regio. Dat is ook de reden voor mijn vraag. Er is een blijvende discussie over de locatie. Er is geen discussie dat er voor die twee ziekenhuizen één nieuw ziekenhuis in de plaats gaat komen, maar het gaat er wel om of het in Roosendaal Oost of in Roosendaal West gaat gebeuren. Een van de argumenten van Roosendaal Oost was dat men dan makkelijker kon concurreren met het Amphia in Breda, maar voor de mensen op Tholen en in Zeeland zou dat juist een slechtere bereikbaarheid van het ziekenhuis betekenen. De kwestie is hier: staat nu de patiënt centraal in de locatiekeuze of het feit dat men denkt dat men beter moet concurreren? Zorgverzekeraars zeggen zelf tegen mij dat je met de vergrijzing in dit land de business eigenlijk voor het oprapen hebt. Oftewel: dat is al helemaal geen zorg. Vandaar dat ik eraan hecht dat er opnieuw een consultatieproces wordt gestart over de locatie van het ziekenhuis.

Minister Van Ark:

Ik weet niet of ik dat kan toezeggen, want dat is uiteraard ook aan partijen zelf. Ik ben het wel eens met mevrouw Van den Berg, en ik snap ook waar haar zorg over de reistijd vandaan komt. Ik kom toevallig zelf ook uit West-Brabant, dus ik heb gelijk een beeld bij de geografische aanduidingen die mevrouw Van den Berg noemt. Ik wil dus wel met hen in gesprek om dit na te

vragen, maar het zijn natuurlijk wel besluiten die al genomen zijn in juni 2019. Dus het opnieuw starten van procedures lijkt mij heel lastig.

Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg naar de situatie in Boxmeer. Wat is, ook gelet op de discussie die we straks gaan voeren, nou de rol van de overheid in de richting van zorgorganisaties? En hoe heb je nou de regie? In dat verband denk ik dat het goed is om aan te geven dat er bij Boxmeer echt sprake was van een unieke situatie, waarbij gezegd moet worden dat de bestuurder op tijd aan de bel heeft getrokken en dat er met de bijdrage van alle stakeholders een herstelplan is opgesteld. Dat betekent dat het Maasziekenhuis straks weer een gezond, eigenstandig ziekenhuis is. Dat is iets wat we in deze coronatijd zeker hard nodig hebben. Wat ik gezegd wil hebben in de richting van de heer Van Gerven -- daarop zal ik ook ingaan bij de beantwoording van de vragen over de faillissementen -- is dat het echt van groot belang is om maatwerk te verrichten, dus dat we per situatie moeten bekijken wat de beste oplossing is en hoe de regie van VWS wordt ingezet.

Mevrouw Van den Berg vroeg ... Of was het mevrouw Dik-Faber die naar Flevoland vroeg?

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

Dat was mevrouw Dik-Faber.

Minister **Van Ark**:

Het gesprek met de commissie VWS is goed voor mijn aardrijkskundige kennis.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel. Ik neem de gelegenheid te baat om te zeggen dat ik over een paar minuten met spoed voor een dringend ander overlegje even weg moet. Er wordt meegeluisterd, maar ik kom ook terug. Dan weet u dat.

De **voorzitter**:

Dank voor deze mededeling. Wij wensen u succes en tot straks. Minister, gaat uw gang!

Minister Van Ark:

De heer Van Gerven heeft gevraagd naar de extra kosten die ziekenhuizen maken voor de ic-zorg in coronatijd. Laat ik hier ook aangeven dat elk bed dat nodig is voor covidpatiënten, gewoon wordt vergoed. Dat kan op twee manieren. Dat kan via de zorgverzekeraar of via de subsidieregeling, maar dat gebeurt. Ik heb daar vorige week in het coronadebat met de Kamer over van gedachten gewisseld. Naar aanleiding van die gedachtewisseling en ook naar aanleiding van contacten met de ziekenhuizen zijn wij verder in overleg gegaan. Ook hebben we informatie uitgewisseld om te kijken of we tot een oplossing kunnen komen onder welke vergoeding de bedden komen te vallen. Maar dat ze vergoed worden, staat als een paal boven water. Ik heb er vertrouwen in en hoop erop dat we op korte termijn tot een definitieve oplossing komen.

Mevrouw Dik-Faber vroeg naar de toegang die zorginstellingen hebben tot een transitiebudget. Naar Bernhoven en ook Rivas is door het CPB, de NZa en IQ healthcare onderzoek gedaan; de Kamer is daarover in de zomer geïnformeerd. Bernhoven heeft een eenmalige subsidie ontvangen van VGZ en CZ, die buiten de Zorgverzekeringswetomzet viel. De kern van het onderzoek is dat een combinatie van veranderingen bij de ziekenhuizen heeft geleid tot meer doelmatigheid, bijvoorbeeld door intensieve samenwerking met huisartsenpraktijken en door minder niet-zinnige zorg te leveren. Dit is een mooie illustratie van werken aan de juiste zorg op de juiste plek. Dit laat ook zien dat zorgverzekeraars hier zelf in kunnen investeren, omdat ze deze investering ook weer terug kunnen verdienen, los van alle zorginhoudelijke meerwaardes die het heeft. Daarnaast hebben we ook in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg transformatiegelden afgesproken om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek om ziekenhuizen te ondersteunen in deze beweging. Daarbij gaat het in 2021 om een bedrag van 135 miljoen. De ziekenhuizen kunnen met de verzekeraars afspraken maken over de beschikbaarheid van deze gelden.

De voorzitter:

Op het vorige punt heeft de minister de toezegging gedaan om met de uitkomsten naar de Kamer te komen. Kan de minister daar een termijn aan koppelen? Dat mag ook in tweede termijn.

Minister Van Ark:

Als ik dat in tweede termijn mag doen, graag.

De voorzitter:

Ja.

Minister **Van Ark**:

Voorzitter. Bijna alle Kamerleden hebben vandaag uitgebreid stilgestaan bij de ziekenhuisfaillissementen. Ik wil hier ook gezegd hebben -- ikzelf maar ook mijn voorgangers hebben dat al meerder malen in brieven gedaan -- dat ik vind dat er nooit meer ongecontroleerde faillissementen mogen plaatsvinden. Ja, het uitgangspunt van wat we met elkaar doen, is dat de continuïteit van de zorg voor de patiënten vooropstaat, en niet per se de continuïteit van individuele instellingen. Maar zoals ik al in de inleiding aangaf: dat heeft wel met elkaar te maken. In de spelregels die we met elkaar hebben afgesproken, heeft de partij die de zorg inkoopt een zorgplicht. Als het om ziekenhuizen gaat, is dat de zorgverzekeraar, maar het kan ook het zorgkantoor of de gemeente zijn. Die moeten ervoor zorgen dat verzekerden of inwoners ergens anders terecht kunnen als een aanbieder failliet gaat. Dat betekent ook dat de zorgaanbieder, als die in de financiële problemen komt, een aantal stappen kan zetten waarbij hij zich moet wenden tot die zorgverzekeraar of die gemeente om naar een passende oplossing te zoeken. Als er sprake is van een faillissement, dan betekent dat ook dat er een verantwoordelijkheid voor de overdracht van zorg aan een andere aanbieder ligt.

Ook zijn er zorgaanbieders waarvan het wegvallen een dusdanig grote maatschappelijke impact heeft -- dan kunnen we inderdaad aan een ziekenhuis denken, waarbij partijen er niet in slagen om tot een passende oplossing te komen -- dat er dan regie vanuit het ministerie van VWS komt. Hoe ziet dat er dan uit? Dat betekent dat we iedereen om de tafel roepen en dat we de partijen aanspreken op die verantwoordelijkheid en waar nodig ook kunnen ondersteunen bij het opstellen van een herstructureringsplan of een plan voor de gecontroleerde overdracht van zorg aan andere aanbieders.

De heer Veldman vroeg naar de stand van zaken van de aanbevelingen rondom de faillissementen. De heer Van Gerven vroeg hoe het er nu voor staat. Het mag helder zijn -- dat is eufemistisch gezegd -- dat het bij de faillissementen van het MC Slotervaart en het MC IJsselmeerziekenhuizen gewoon niet goed is gegaan. Er zijn veel rapporten over verschenen en uw Kamer heeft daar veelvuldig over van gedachten gewisseld. Ik denk dat het goed is dat er zo nadrukkelijk naar is en wordt gekeken, omdat ik ook zie dat de betrokken partijen hiervan geleerd hebben: de zorgverzekeraars, de toezichthouders maar ook wij bij VWS. Van de grote afstand die er was, zijn we afgestapt.

Er zijn een aantal belangrijke maatregelen genomen, zoals de herijking van de zorgplicht door de NZa maar ook de verbetering van het earlywarningsysteem door de toezichthouders, zodat VWS eerder betrokken wordt en dus ook eerder regie kan nemen. Ik werk samen met de minister voor Rechtsbescherming aan de aanpassing van het faillissementsrecht. Daardoor kan de curator bij een afweging tussen conflicterende belangen het maatschappelijke belang van de continuïteit van zorg laten prevaleren. Ik denk dat dat erg van belang is. Ook noem ik in dit verband de afspraken met zorgverzekeraars over de financiering bij faillissementen, maar ook de AMvB inzake de beschikbaarheid en bereikbaarheid acute zorg, omdat die strikte eisen stelt aan het besluitvormingsproces als het gaat om opschorting of beëindiging van deze vormen van acute zorg. Die AMvB is nog niet aangenomen, zoals al eerder aangegeven, maar partijen handelen tot die tijd volgens de AMvB.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat: er is een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Niet echt een vraag, voorzitter. De minister stelt dat wij dit onderwerp veelvuldig hebben besproken, maar dat is niet het geval. Het heeft heel lang op de plenaire agenda gestaan en steeds is het uitgesteld, omdat we wilden wachten op het rapport van de Onderzoeksraad en op het rapport van de commissie-Van Manen, en de Kamer althans steeds wilde wachten op de inspectierapporten. Dus dit is echt de eerste keer dat de Kamer er breed over spreekt. Dat wil ik hier wel gemarkeerd hebben, voorzitter, want ik vind dat dít moment misschien wel het eerste moment van meerdere keren moet zijn dat we dit onderwerp nog gaan bespreken.

Minister **Van Ark**:

Oké ...

De **voorzitter**:

Laten we dit dan even zien als een punt van orde. Waarvan akte. Ik zie dat de meeste mensen instemmend knikken, dus dat staat gemarkeerd.

Minister **Van Ark**:

Excuus. Hier wreekt zich dan dat ik van de zomer ben overgestapt. Ik wist namelijk dat het heel erg leeft in deze commissie. Ik heb dat in mijn hoofd waarschijnlijk verward met eerdere debatten. Maar het is terecht wat mevrouw Agema zegt: ik denk dat we hier heel goed over moeten spreken. We moeten er ook gewoon goed voor zorgdragen dat de lessen die we hieruit moeten trekken en hebben getrokken, ook echt geborgd worden.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, is er een vraag van de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ja, ik heb een vraag over de lessen die we geleerd hebben. De Onderzoeksraad geeft namelijk inderdaad een aantal adviezen. Twee adviezen zijn voor de minister voor Rechtsbescherming. Een gaat over de stille bewindvoering: er in de afhandeling van zo'n faillissement voor zorgen

dat iemand de goede besluiten neemt en de zaken goed kan wegen, in plaats van de chaos die er is geweest in een aantal van deze faillissementen. In de brief schrijft de minister dat daarmee ook is tegemoetgekomen aan de motie over bewindvoering van Ellemet en anderen. Een aantal van de mensen die de motie mede hebben ondertekend, zitten hier aan tafel. Het is misschien een detail, maar ik vind het wel heel erg relevant. Er is hier vanmiddag namelijk een paar keer gezegd: we moeten juist voorkomen dat er een faillissement komt. Stille bewindvoering gaat over: er komt een faillissement aan; het is gaande; we gaan daarin de goede dingen doen om het af te handelen. De motie ging erover dat je een bewindvoerder zou kunnen aanstellen in het geval van wanbestuur. Stel dat er signalen komen vanuit toezichthouders of anderen in de trant van: het gaat daar mis, maar de boel is nog niet failliet, dus we kunnen nog bijsturen. Dan zou een bewindvoerder kunnen worden aangesteld om daar namens de minister op te treden. Het voorbeeld komt uit het onderwijs. Bij scholengroepen die failliet dreigen te gaan of ernstige kwaliteitsproblemen hebben, wordt er gewoon door de minister van OCW gezegd: ik ga daar nu iemand als bewindvoerder naartoe sturen en die gaat meebesturen of zelfs de boel overnemen.

Dat was eigenlijk de achtergrond van die motie. Die is van november 2018. Toen speelde dit net. Het hoeft niet nu -- het mag in de tweede termijn en zelfs op een ander moment -- maar wij vinden dat die motie toch iets anders beoogde dan die stille bewindvoering waar de Onderzoeksraad het over heeft. Die twee zaken wil ik hier nog even expliciet uit elkaar halen.

Minister Van Ark:

Als je kijkt naar de lessen, dan zie je dus dat als iedereen in zijn eigen rol blijft zitten en wellicht ook ... Nou ja, ik hoef niet alles samen te vatten uit de rapporten, want die spreken voor zich. Maar als je gewoon niet net even jezelf wat breder maakt in je rol maar misschien zelfs wel wat smaller, dan zie je dus dat het misgaat. Daarom hebben we in ieder geval vanuit VWS gezegd: daar waar we voorheen zeiden dat dit echt aan de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is, als we nu die signalen krijgen ... Ik zal straks ook op een aantal concrete vragen ingaan. Maar de NZa en de IGJ hebben daar ook een positie in. Zij moeten minder death by document, zoals ik het maar even noem, krijgen maar gewoon echt kennis kunnen vergaren uit de informatie die ze krijgen, om die positie gewoon helder in te kunnen schatten. Dan kunnen we vanuit VWS ook zeggen: dit gaat niet goed, dus hier pakken we regie. Die regie bestaat dan uit het aan tafel zetten van die partijen en ze aan te spreken op die verantwoordelijkheid. In hele bijzondere gevallen kun je ook gewoon nog financiële ondersteuning geven. Maar wat natuurlijk wel wezenlijk anders in de zorg dan in bijvoorbeeld het onderwijs, is het karakter van de organisaties die de zorg verlenen.

Ik probeer namelijk ook een beetje in de geest van de gedachte die de heer Renkema hier neerlegt te kijken: hoe kun je eigenlijk voordat het probleem zich gematerialiseerd heeft, het probleem onderkennen en oplossen? Nou, in het onderwijs kan het bijvoorbeeld op die manier. Maar je moet ook iets zoeken wat past bij het karakter van de spelers in het veld. Als ik het zo mag lezen, dan zou het misschien wel goed zijn om daar ofwel in tweede termijn ofwel op een later moment nog even op terug te komen, want daar vinden de heer Renkema en ik elkaar wellicht: je zoekt zo'n methodiek. En als we gewoon de aanbevelingen van de OVV en de andere

rapporten opvolgen, bijvoorbeeld als het gaat om de positie van de NZa en de IGJ, dan brengen we dat doel ook al dichterbij. Dat streven we in ieder geval na.

De voorzitter:

Oké, dat is voldoende. Dan vervolgt de minister haar betoog.

Minister Van Ark:

Ook de heer Veldman zei: hoe voorkom je de verrassing? Ik had het er net ook al even over met de heer Renkema. Het vroegsignaleringssysteem via de toezichthouders, de NZa en de IGJ, waaraan ik net al refereerde, is versterkt. We zien het nu dus ook echt eerder als een belangrijke zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis, in de problemen komt. Als je het eerder ziet, kun je ook eerder handelen als dat nodig is. Dat betekent niet per definitie dat je elke organisatie die in financiële problemen zit, koste wat het kost overleefd houdt. Zoals de heer Veldman al aangaf, kan het inderdaad betekenen dat je de zorg op een gecontroleerde manier overdraagt, want uiteindelijk is dat wat vooraan staat. Maar ook als er geen sprake is van een faillissement of financiële problemen, kan een besluit van een aanbieder om te stoppen natuurlijk tot onrust leiden. Daar komt de AMvB dan weer om de hoek kijken. Ook het RIVM speelt een belangrijke rol op het punt van de bereikbaarheidsnormen. De aanbieder is in ieder geval degene die een continuïteitsplan op moet stellen waaruit blijkt hoe na de sluiting de continuïteit van de acute zorg in de regio geborgd wordt: waar kan je als patiënt naartoe en wat doen de andere aanbieders in de regio eraan om ervoor te zorgen dat zij de extra patiënten aankunnen? Dit continuïteitsplan gaat naar de IGJ en die ziet erop toe dat de continuïteit van de zorg wordt geborgd.

De heer Renkema sneed een zeer pijnlijk punt aan. Ik dank hem voor de illustratie, die heel persoonlijk was maar inderdaad ook heel pijnlijk. Hij stelde terecht dat bij de faillissementen van de MC Groep te weinig verantwoordelijkheid is genomen voor individuele behandelingen van patiënten. Laat ik dit zeggen: dit mag natuurlijk gewoon nooit meer gebeuren. De vervolgstap die hierop is gezet, is dat de NZa de zorgplicht van de zorgverzekeraars heeft herijkt. Dat betekent dat het niet meer volstaat dat een zorgverzekeraar zegt: macro-economisch zijn er voldoende bedden. Het is ook zo dat een zorgverzekeraar zich moet bekommeren om de continuïteit van de zorg op het niveau van de individuele patiënt. De NZa kan en zal de zorgverzekeraars hier nu dus op aanspreken. Dat is ook de wijze waarop wij de aanbeveling van de OVV hebben vormgegeven.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar de mogelijkheid om een wettelijke grondslag te maken voor het vorderen van informatie voor de IGJ. Ik vond de vergelijking heel mooi: ze kregen data, maar ze wilden informatie. Ik zou wel twee dingen uit elkaar willen houden. De aanbeveling van Van Manen om onderzoekscommissies wettelijke bevoegdheden tot het vorderen van informatie te geven, betreft een vergaande bevoegdheid en die kan je niet op voorhand geven. De OVV, de vaste onderzoeksinstelling, heeft die vergaande bevoegdheden al wel. Dan zijn er daarnaast nog de bevoegdheden van de IGJ. Op dit moment buigt de Afdeling bestuursrechtspraak van de

Raad van State zich over de vraag in hoeverre de IGJ bevoegd is om op basis van de Wkkgz informatie te vorderen over de governance en de financiële bedrijfsvoering. Over enkele weken verwachten we daar een uitspraak over. Mijn voorstel in de richting van mevrouw Van den Berg zou zijn om die uitspraak af te wachten voordat ik een uitspraak kan doen over het toereikend zijn van bestaande wetgeving, zeker omdat het om weken gaat en niet om maanden.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook nog of het een optie is om tot verplichte accreditatie over te gaan. Ik vind het van belang dat zorgbestuurders zich controleerbaar, toetsbaar en transparant opstellen. Ik vind het ook echt van belang dat zij reflecteren op hun eigen functioneren, dat zij leren en dat ze zich ontwikkelen. Daar ligt wel een verantwoordelijkheid voor de instelling zelf, maar ook voor de raad van toezicht als werkgever van het bestuur om te bepalen hoe ze dat invullen. Het accreditatieprogramma van de NVZD is een goed instrument. Maar als een instelling dat op een andere manier doet die beter bij haar past, dan kan dat. Ik zou zelf zeggen dat het verplichtstellen van accreditatie voor ziekenhuisbestuurders nu een stap te ver zou zijn, maar er ligt ook nog een evaluatie, die we aan het uitvoeren zijn, van de agenda goed bestuur. Daarbij wordt ook gekeken naar het accreditatieprogramma van de NVZD. We zouden ook de uitkomsten van die evaluatie kunnen betrekken bij de afweging of een verplichting in dezen nuttig of nodig kan zijn. Ik zou bereid zijn om aan mevrouw Van den Berg toe te zeggen dat ik die afweging daarbij zou willen betrekken. Mevrouw Bergkamp vroeg nog naar de aanbeveling uit de onderzoeken om het faillissementsrecht aan te passen, zodat curatoren het maatschappelijk belang laten prevaleren boven het belang van schuldeisers. Zij hintte op mogelijke negatieve consequenties die dat met zich mee zou kunnen brengen. Ik ben het met haar eens dat we moeten zorgen dat het goed in balans is en dat het evenwichtig moet zijn. Dus ik wil dit graag betrekken bij de uitwerking, samen met JenV.

Mevrouw Van den Berg en mevrouw Bergkamp vroegen nog naar het earlywarningsysteem. Hoe ziet dat eruit, zeker als je kijkt naar jaarrekeningen en media-analyses? Het is eigenlijk te laat en te veel op afstand. Hoe doe je dat nu? Meer inzoomen op vroegsignalering betekent echt concreet dat de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders eerder, maar ook vaker hun informatie delen met de NZa, en dat ze hun wettelijke zorgplicht beter omschrijven. Dan gaat de NZa niet alleen uit van openbare data, maar ook van de gegevens van de verzekeraars en de Wlz-uitvoerders. Dan zijn er eigenlijk drie stappen die gezet kunnen worden als de zorgplicht niet wordt nageleefd. Je begint met een gesprek, vervolgens kan er een waarschuwing volgen en ten derde ook nog een last onder dwangsom. Ook de NZa en de IGJ kunnen onderling sneller hun informatie delen. We hebben het afgelopen jaar al gemerkt dat risico's voor de continuïteit van zorg sneller worden opgepakt en worden aangepakt. De NZa heeft dat ook nog bevestigd. Men gaat dus niet alleen uit van cijfers, maar er is ook sprake van kwalitatieve data, zoals gesprekken over systematische verbeteracties, maar ook de aanspreekcultuur. Men let ook heel specifiek op de aspecten rond resultaten, gedrag en cultuur, en systemen.

Dan zou je nu een A4 kunnen vragen met gegevens van elke zorgaanbieder, zoals mevrouw Van den Berg dat aangaf. Dat is dan nog steeds zorginformatie achteraf, maar brengt natuurlijk ook weer de nodige administratieve lasten met zich mee. Ik denk dat op dit moment de aanpak van de IGJ en de NZa, die realtime in gesprek blijven met elkaar en data uitwisselen, een goede stap is. Ik ben het wel met haar eens dat we steeds wel afhankelijk blijven van signalen van de zorgaanbieders zelf. Daarom is het echt van belang dat bestuurders tijdig aan de bel trekken op

het moment dat risico's ontstaan, en niet op het moment dat het al te laat is. Soms zie je wel in de praktijk dat de signalen heel laat worden afgegeven. Dat brengt een bepaalde kwetsbaarheid met zich mee. Ik denk dat dat de les is die we geleerd hebben rondom de faillissementen. Om deze reden kijk ik in overleg met NZa en IGJ of we een wettelijke meldplicht kunnen regelen voor zorgaanbieders die in acute nood verkeren. Dat onderzoek wordt nu gedaan.

Voorzitter. Mevrouw Agema gaf een aantal zaken aan rondom het earlywarningsysteem. Ze vroeg of hiermee een groot ongeluk in de toekomst kan worden voorkomen. Ik durf op dit soort vragen nooit 100% garantie te geven, en ik denk dat niemand dat kan. Maar ik denk wel dat bij alles wat geleerd is, alle rapporten die er verschenen zijn en alle gesprekken die daarover zijn gevoerd, nu ook met de Kamer, maar natuurlijk ook met alle betrokkenen, het aan de ene kant gaat om maatregelen die je neemt. Ik heb de herijking van de zorgplicht genoemd, de aanpassing van het faillissementsrecht, de AMvB Acute zorg, de afspraken met de zorgverzekeraars over het overbruggingskrediet en wat we als VWS kunnen doen. Uiteindelijk moet het in het gedrag, de mindset en de cultuur van de mensen die werken in de zorg zitten dat ze niet te laat aan de bel trekken. Zoals mevrouw Agema en de heer Renkema al zeiden: we doen dit voor de patiënt.

Voorzitter. Ik kom bij De juiste zorg op de juiste plek.

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

Voorzitter, ik heb even een procesvraag.

De **voorzitter**:

Ja. Voordat de minister verdergaat, zie ik een inhoudelijke vraag van de heer Van Gerven. Mevrouw Van den Berg heeft een procesvraag. Hoe bedoelt u dat?

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

In die zin dat er nog een vraag van mij niet beantwoord is in dit blokje, dus vandaar.

De **voorzitter**:

Oké. Dan ga ik eerst even naar de heer Van Gerven en dan kom ik bij mevrouw Van den Berg.

De heer **Van Gerven** (SP):

Het ziekenhuis in Weert. Vindt de minister dat het ziekenhuis in Weert failliet mag gaan of zou mogen kunnen gaan? En zou de acute 24/7-zorg daar mogen kunnen verdwijnen?

Minister **Van Ark**:

Nou, als de heer Van Gerven het zo aan me vraagt: nee, ik zie dat niet voor me. Ik kan deze vraag eerlijk gezegd niet helemaal plaatsen.

De **voorzitter**:

Meneer Van Gerven, misschien kunt u uw vraag iets verduidelijken.

Minister **Van Ark**:

Nou, laat ik het anders zeggen: ik vind van geen enkel ziekenhuis dat het failliet zou moeten gaan of anderszins. Maar het kan in de praktijk gebeuren. Er kunnen situaties zijn waarom zorgorganisaties niet meer zelf door kunnen gaan. Ik vind dat we dat zo veel mogelijk moeten voorkomen. En als het niet voorkomen kan worden, moet de zorg gecontinueerd worden en moet het beheerst gebeuren. Het mag nooit meer gebeuren zoals het is gebeurd in de afgelopen tijd. Dat antwoord kan ik wel aan de heer Van Gerven geven.

De **voorzitter**:

Dat is toch een antwoord. Uw vervolgvraag, meneer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja, het is een antwoord. Ik vond het eerste gedeelte eigenlijk wel goed. Toen had ze moeten stoppen. Het mag niet failliet gaan. Dat voelen we allemaal in ons hart als we kijken naar het ziekenhuis in Weert. Ik noem dat specifiek, aangezien dat een gebied is met 100.000 tot 120.000 inwoners. Dat ziekenhuis heeft een cruciale functie als het gaat over leefbaarheid, zorg dichtbij enzovoort.

Als we dat nou met z'n allen vinden ... Ik heb hier alle voorstellen van die faillissementen, met wat er allemaal ... Maar dat lost niet op dat de politiek, die uiteindelijk verantwoordelijk is voor de inrichting van ons land en de zorg, niet zegt: luister, we staan het gewoon niet toe en we spreken af dat er gewoon geen ziekenhuis meer dichtgaat, dat er geen faillissement meer kan ontstaan en dat bijvoorbeeld de acute 24/7-zorg in Weert gewoon voor de toekomst geregeld blijft, geregeld wordt en gegarandeerd wordt. Waarom spreken we hier niet gewoon af dat het parlement daar de laatste say in heeft? Dat is natuurlijk een vraag aan het parlement. Die zal ik ook voorleggen. Maar ik vraag de minister: zou het eigenlijk niet een goede oplossing zijn dat het primaat gewoon bij het parlement komt te liggen en bij de minister?

Minister **Van Ark**:

Wat ik constateer in deze discussie, is dat de heer Van Gerven zich richt op de aard van de organisatie in de gezondheidszorg, zou ik bijna zeggen, terwijl mijn hele betoog juist is: laten we het hebben over de publieke waarden die in die gezondheidszorg van belang zijn, oftewel de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. Ik kan niet zeggen dat een organisatie coûte que coûte moet blijven bestaan, hoe belangrijk de intrinsieke waarde van een organisatie ook is. Dat zeg ik er gelijk bij. Maar de organisatie verheffen tot een doel op zich, kan niet. Uiteindelijk gaat het erom of mensen goede zorg krijgen, en of die zorg bereikbaar, kwalitatief en toekomstbestendig is. In de richting van de heer Van Gerven, die vraagt of ik wil dat de ziekenhuizen blijven bestaan, zeg ik: ja, alsjeblieft, zeker in deze tijd, want we hebben iedereen keihard nodig. Maar laten we die discussies wel van elkaar scheiden.

De voorzitter:

Dan geef ik nu de gelegenheid aan mevrouw Van den Berg om even aan te geven welke vraag is blijven liggen. Maar wel graag kort en bondig.

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

Het gaat over de aanpassing van de governancecode.

Minister Van Ark:

Ik heb 'm gevonden, voorzitter. Die code is opgesteld door de brancheorganisaties in de zorg. Die passen we dus vanuit VWS zelf niet aan, maar bij de agenda over goed bestuur, waarover ik het zojuist ook had, vindt een evaluatie plaats. Daarbij wordt ook de governancecode betrokken. Ik kan uw Kamer dit voorjaar over de uitkomsten informeren.

Voorzitter. Ik heb vragen gekregen over De juiste zorg op de juiste plek. Allereerst de vraag van mevrouw Bergkamp en de heer Veldman over de regiobeelden. Die zijn inderdaad verschillend. De heer Veldman vroeg om partijen daarbij te betrekken. Mevrouw Bergkamp vroeg naar het verkleinen van de verschillen. Zij hadden het beiden over de "Stand van het land" qua regiobeelden, dat afgelopen jaar door onderzoeksbureau Berenschot is gemaakt. Er is inderdaad geen eenduidig beeld van wat een regiobeeld zou moeten zijn, waaraan dat moet voldoen en welke partners je daarbij moet betrekken. Mijn voorstel is -- ik heb dat eerder ook aangegeven in de beantwoording van schriftelijke vragen -- dat ik met de partijen die de hoofdlijnenakkoorden hebben ondertekend in gesprek ga over de uitkomsten van dit onderzoek. Voor dit gesprek kunnen ook de inzichten van de lerende evaluatie De juiste zorg op de juiste plek ondersteunend zijn. Die resultaten verwacht ik in het eerste kwartaal van dit jaar. Toch is het wel van belang om hier ook gezegd te hebben dat ik echt vind dat de verantwoordelijkheid voor het maken van de regiobeelden bij de partijen in de regio zou moeten liggen. Dat hebben we overigens ook afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden, die tot en met 2022 lopen. Ik zeg in de richting van mevrouw Dik-Faber: natuurlijk gaan we in gesprek

als de resultaten tegenvallen en op het overkoepelende niveau ook over de lerende evaluatie, maar het feit dat er verschil is, is niet per definitie iets wat ik negatief zou beoordelen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben het er niet helemaal mee eens dat we daar niet meer in moeten doen. Kijk, als die regiobeelden nou een belangrijke bron gaan vormen en later vertaald gaan worden in een visie en misschien zelfs in een regionaal zorgplan, dan is het wel handig en fijn als daar op basis van dezelfde criteria informatie wordt aangegeven en een beetje volgens een bepaalde congruente indeling. Ik ben zo bang dat iedereen heel veel effort en werk erin stopt, maar dat straks de ene regio aandacht besteedt aan preventie en de andere niet, en dat we dat dan allemaal weer moeten rechtekken. Ik snap dus dat de minister in gesprek gaat. Het is van onderop. Maar ik zou de minister toch willen meegeven om wel te pleiten voor meer uniformiteit, want anders is het zo zonde.

Minister **Van Ark**:

Ik heb dan wel een beetje een dilemma. Aan de ene kant zeggen we natuurlijk dat het in de regio moet gebeuren. Dat wil de Kamer ook graag. Aan de andere kant betekent dat dus ook gewoon dat er accentverschillen zijn. Ik ben daarin nog een beetje zoekende. Dat leg ik dan ook graag terug bij de Kamer, want u weet dat ik graag dienstbaar ben aan het proces. Want hoe doe ik dat dan? Je wilt aan de ene kant dat er verschillen kunnen zijn tussen de regio's en dat men elkaar daarin moet vinden, maar aan de andere kant moet er toch iets van ... Tja, dat vind ik lastig. Als u me op weg wilt helpen graag, want er zit geen onwil, maar ik zie een soort conflicterend dilemma.

De **voorzitter**:

Het komt vast en zeker in de tweede termijn of op een later moment terug, want u maakt geen gebruik van een tweede interruptie?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Nee, ik heb nog maar één vraag over.

De **voorzitter**:

Helder. Ik zag eerst de heer Veldman, dan kom ik daarna bij mevrouw Dik-Faber.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik snap het dilemma dat de minister schetst en ik ben het met haar eens als ze zegt: laat het nou aan de regio's over om hun eigen regiobeeld op te stellen. Sterker, ik ben daar -- misschien wel in tegenspraak met wat mevrouw Bergkamp zegt -- zelf groot voorstander van, want als je vanuit hier gaat benoemen wat er allemaal wel en niet in zou moeten zitten, loop je het risico dat het een soort afvinklijstje wordt; hebben we ernaar gekeken, ja, dan zijn we klaar. Terwijl het een eigen doorleefd proces moet zijn. Alleen als ik kijk naar de totstandkoming van de verschillende regiobeelden --daarover ging mijn opmerking naar aanleiding van de interruptie van mevrouw Agema -- dan zit er ook een verschil in hoe we het doen. Niet zozeer: wat komt er uit het beeld, maar: hoe doen we dat en zijn er regio's waar niet alle spelers betrokken worden? Daar zit mijn zorg; als zo'n regiobeeld tot stand wordt gebracht, moeten wel alle spelers in het veld betrokken worden.

Minister Van Ark:

Dat begrijp ik ook. Het is wel een zoektocht. Ik denk dat we daar met elkaar mee bezig zijn en dat ze dat ongetwijfeld in de regio's ook zijn. We hebben hier natuurlijk ook afspraken over gemaakt bij het hoofdlijnenakkoord, dus aan die tafel spreken we elkaar ook. Natuurlijk kan ik dit bespreken, maar ik wil wel aangeven dat ik vind dat de verantwoordelijkheid voor het maken van die regiobeelden bij de partijen uit de regio blijft liggen. Het hoofdlijnenakkoord met de afspraken die hieronder liggen loopt tot en met 2022, dus het is niet iets dat ik tussentijds kan wijzigen. Laat ik het zo zeggen: ik wil de uitkomsten van het onderzoek onder de aandacht brengen bij de partijen die de hoofdlijnenakkoorden hebben ondertekend en kijken hoe men onderling op dezelfde snelheid kan komen als in de ene regio specifieke groepen beter worden geborgd dan in een andere regio. Dat kan ik wel doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, de heer Veldman. Nee, voldoende? Dan mevrouw Dik-Faber, u had ook een vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ook ik herken het dilemma en het is ook wel mooi om te zien dat we hier met elkaar bezig zijn met de zoektocht naar hoe die regiobeelden het beste tot stand kunnen komen en hoe ze eruit moeten zien. Volgens mij is niemand erop tegen dat het van onderop moet komen en dat de regio's zelf aan de slag moeten gaan, dat zij zich eigenaar voelen en dat alle professionals erbij aangehaakt moeten zijn. Voor mijn fractie is het van belang dat er bepaalde criteria zijn. Dat betekent niet dat je vanuit Den Haag eisen stelt aan de invulling -- dat zal namelijk nooit kunnen, omdat elke regio anders is en de populatie verschillende kenmerken heeft -- maar wel dat je bepaalde kwaliteitseisen stelt aan zo'n regiobeeld, zodat regiobeelden onderling vergelijkbaar worden en mensen van elkaar kunnen leren. Ik wil de puzzel niet nog complexer maken voor de minister, excuses, maar ik geef het nog maar even mee voor de gedachtevorming.

Minister **Van Ark**:

Het klinkt misschien gek, maar hiermee helpt mevrouw Dik-Faber mij, want deze stap kun je zetten. Je kunt aan elkaar laten zien hoe je het hebt gedaan en ook van elkaar leren. Ze vroeg ook: kun je de randvoorwaarden en de succesvoorwaarden inzichtelijk maken? Dat is natuurlijk een stap waardoor iemand anders kan zeggen dat hij dat zelf op dezelfde manier kan gaan doen, zonder dat je gelijk een blauwdruk neerlegt. Deze stap zou dus best kunnen helpen en dit maakt ook onderdeel uit van de lerende evaluatie van De juiste zorg op de juiste plek die door het RIVM wordt uitgevoerd. Daarbij kijk je ook wat de belangrijkste leerervaringen zijn van die regionale inzet en die kan je vervolgens gebruiken om tussentijds bij te sturen en met elkaar bespreken. Dat kan dus zeker een stap zijn.

Dan kom ik gelijk ook maar op de vraag die mevrouw Dik-Faber stelde over de voorbeelden van De juiste zorg op de juiste plek op regioniveau. Dat is nou een voorbeeld om maximaal in de etalage te zetten, zoals ze dat noemde. Dat doen we graag. Er zijn nu op de website dejuistezorgopdejuisteplek.nl 145 goede voorbeelden te vinden, met contactmogelijkheden zodat partijen elkaar daarna kunnen vinden. Die website is ongeveer 70.000 keer bezocht het afgelopen jaar, dus dat is best fors. Er zijn ook zo'n 7.800 mensen aangesloten op een online community op LinkedIn. Daar leert men ook van elkaar. Het is dus inderdaad wel mogelijk om die stappen te zetten. Dit zou een heel goede zijn om het nog wat meer in de etalage te zetten.

Voorzitter. Ik blijf nog even bij de vragen van mevrouw Dik-Faber, want zij vroeg ook naar de ziekenhuiszorg in de regio's. Ze zegt dat er eigenlijk aan twee kanten wordt getrokken aan dat reguliere streekziekenhuis, namelijk doordat er verplaatsingen zijn naar de eerste lijn, maar ook omdat er concentratie is in de umc's. Dit is een illustratie van een zorglandschap dat in beweging is en waarbij je ziet dat niet alle zorg die vroeger in het ziekenhuis werd geleverd of nog wordt geleverd, in de toekomst ook nog in het ziekenhuis zal worden geleverd. Eigenlijk gaat het erom dat je de zorg krijgt op de plek waar die gegeven hoort te worden en zo dichtbij mogelijk. Hier zie je bij uitstek ook wat er gebeurt als je die drie publieke waarden op elkaar in laat werken: toegankelijkheid, kwaliteit en bereikbaarheid. Als je bijvoorbeeld ziet dat bepaalde normen hoger worden, kun je het dan nog wel in een streekziekenhuis blijven doen? Ik heb ook gesprekken met de Kamer gevoerd over de impact van de landelijke kwaliteitseisen op de toegankelijkheid van de zorg in de regio. Ook daar staat dit steeds centraal. Uiteindelijk gaat het om die balans. Dat is ook waar het Zorginstituut aandacht voor heeft bij de toetsing, bijvoorbeeld van de nieuwe kwaliteitsstandaarden. In de brief die ik eind oktober aan de Kamer heb gestuurd is daar nog op ingegaan. Ook dit is een vraagstuk dat betrokken wordt bij het kijken naar de ontwikkelingen, zowel in het zorglandschap als in de maatschappij. Aan de ene kant zie je dat er door de demografische ontwikkeling een stijging van de zorgvraag is en een afname van het aantal mensen dat zorg kan leveren. Ik refereer toch ook even aan de visiedocumenten en de contourennota waarover we het aan het begin hadden. Dit soort vraagstukken moeten daarbij bij uitstek worden betrokken.

De heer Veldman vroeg naar de stand van zaken van de voorgaande subsidieronde voor de implementatiecoaches. In de eerste ronde zijn 144 toekenningen gedaan, kan ik hem melden,

met heel positieve reacties uit het veld. De impact van deze coaching wordt in het voorjaar van 2021 op basis van de eerste 40 tot 60 eindrapportages geëvalueerd.

Mevrouw Sazias komt later weer terug, maar ik geef toch maar vast antwoord op de twee vragen die zij heeft gesteld over het onderwerp zorg op afstand. Zij deed een appel de zorgprofessionals te betrekken als het om innovatie gaat. Dat vind ik een heel belangrijk thema. Het is van belang om patiënten en zorgverleners actief te betrekken bij innovatie. Kijk, daar is mevrouw Sazias weer. Ik ben net met uw vragen over zorg op afstand en het betrekken van de zorgprofessionals bij innovatie bezig, mevrouw Sazias. Dit is een belangrijk thema. Om onderling te leren, staan op de site zorgvannu.nl meer dan 200 zorgoplossingen. Er is ook een actieleernetwerk waar organisaties van elkaar leren. Er is ook een regeling voor het trainen van digicoaches. Volgende week wordt er een e-learning voor zorgverleners gelanceerd over zorgtechnologie. Ik weet dat de heer Jansen van de PVV daar ook in een eerder debat naar had gevraagd. Hij vond dit ook een belangrijk thema. In februari vindt de Slimme Zorg Estafette plaats als vervolg op de e-healthweek, en ook die is gericht op patiënten en zorgprofessionals.

Mevrouw Sazias refereerde ook aan de pilot Zorgpad Observatie. In 2020 zijn er extra middelen toegevoegd aan het budget voor die regeling, waardoor er ook meer ruimte komt voor het opschalen en het regionaal implementeren van succesvolle landelijk initiatieven. Ik ben het met mevrouw Sazias eens dat het vaak bij een pilot blijft. Dat is vaker in de commissie gezegd en het is een thema dat ook mevrouw Van den Berg regelmatig aankaart. Dit lijkt me echt zo'n voorbeeld dat je wilt opschalen. Ik zal dus laten bekijken of de uitkomsten van deze pilot ook onder die regeling zouden kunnen vallen of dat we op een andere manier zouden kunnen werken aan een verdere uitrol en opschaling.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Even terug naar de innovatie en de zorgprofessionals. Ik hoor de minister praten over e-learning en trainingen, maar dat moet niet over de hoofden heen gaan. Je moet niet een training geven aan, het gaat er juist om dat je die innovatie ontwikkelt in samenwerking met de zorgprofessionals, want zij weten het beste waar ze behoefte aan hebben en wat nodig is. Het ging er juist om dat er geen dingen ontwikkeld worden over hun hoofden heen, waar ze dan later mee geconfronteerd worden. Ze moeten er al vanaf het beginstadium bij betrokken worden.

Minister **Van Ark**:

Dat ben ik zeer met mevrouw Sazias eens. Ik denk dat je met zorgverleners en patiënten zelf moet kijken wat nodig is. Daar ben ik het zeer mee eens.

De **voorzitter**:

De minister vervolgt.

Minister Van Ark:

Misschien voor uw beeld waar ik ben. Ik heb nog vier mapjes: zinnige zorg, zorgverzekeringenpakket, het stelsel in het algemeen en nog een aantal overige vragen.

Mevrouw Agema vroeg over zinnige zorg wat nou overbodige zorg is en wie dat eigenlijk bepaalt. Zij legt de bal bij de medisch-specialist en niet bij de toezichthouder. Ik ben het volledig met haar eens. Bepalen wat de juiste zorg is, vindt in de spreekkamer plaats. Dat doe je op basis van richtlijnen en standaarden. Aan de wieg van die standaarden en richtlijnen staan de patiënten, de zorgprofessionals en de zorgverzekeraars: dat tripartiete overleg. De zorgspecialist en de patiënt hebben daarin een heel belangrijke rol. Mevrouw Agema gaf als voorbeeld de kankerbehandelingen. Ik ben het met haar eens, je kunt opereren, chemotherapie en radiotherapie doen; de keuze hangt af van de context. Tegelijkertijd geldt voor 50% van de ziekenhuiszorg dat niet duidelijk is hoe effectief deze is, en dat is wel een gegeven waarmee we aan de slag moeten. Als we wel weten hoe effectief het is, vereist het vaak nog wel implementatie. Daarvoor heb je weer samenwerking nodig tussen alle partijen, juist opdat patiënten de best bewezen zorg krijgen.

De heer Renkema vroeg in het kader ...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, minister: er is een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat was mijn punt natuurlijk ook. Heel vaak kun je van tevoren niet vaststellen of een behandeling zinnig is of niet. Op die 50% wordt iedere keer heel hard aangeslagen. Er was het project Zinnige Zorg. De besparing die daarmee bereikt werd, was uiteindelijk nog geen 10% van waarop van tevoren was ingezet. 90% van die 50% bleek uiteindelijk dus hartstikke zinnig te zijn. Vervolgens wordt er weer een nieuw project gestart. Die dollartekens blijven maar in de ogen en er moet maar geschrapt worden in de zorg. Waar ik mij bijzonder aan stoort, is dat niet alleen kankerzorg ... Soms moet je chemokuren gewoon uittesten, omdat patiënten nu eenmaal verschillend reageren op die behandelingen. Of neem de cardiologie. Als wij het niet mogelijk maken dat je experimenteel en innovatief met een heel klein dingetje ingebracht via de lies een hartklep ondersteunt, zit je voor altijd vast aan nog veel duurdere operaties zoals de borstkas van een patiënt helemaal openmaken. Ik stoort mij eraan dat iedere keer heel gemakkelijk wordt gezegd: ja, maar het is niet bewezen effectief. Of: ja, maar je moet ... Ga nou eens kijken welke behandelingen je sowieso hiervan kunt uitsluiten. Laat die kankerzorg met rust, laat die innovatie in de cardiologie met rust. Als u knuffelconsulten wilt afschaffen die vanuit het basispakket worden vergoed, vindt u mij aan uw zijde, maar ga niet die kankerzorg en die cardiologie, waar je innovatie keihard nodig hebt, iedere keer onder druk zetten, want zij zorgen juist voor uiteindelijk goedkopere zorg, als je innovatie maar de kans en de ruimte geeft.

Minister **Van Ark**:

Ik vind dat mevrouw Agema hier heel duidelijk het volgende aangeeft. Als je zegt dat het niet bewezen effectief is, is het net -- en dat is het lastige hierbij -- alsof het gewoon bewezen ineffectief zou zijn, maar dat is niet zo. Dat kun je niet een-op-een zeggen. Bepalen wat effectieve zorg is, maar ook wat een kwaliteitsrichtlijn en een goede behandeling is, gebeurt in dat tripartiete overleg, waarbij de zorgverleners, de patiënten en de zorgverzekeraars samen kijken hoe zij daarmee om willen gaan. Daarbij speelt innovatie een rol en wordt regelmatig gekeken of er nieuwe, betere methodes zijn. Volgens mij kan ik de hartenkreet van mevrouw Agema graag onderschrijven.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb toch niet het idee dat dit echt gebeurt. Iedere keer komen dit soort dollartekens opnieuw opzetten. 50% is op voorhand niet bewezen effectief, wordt dan gezegd. Wat je moet doen met die 50% is dat je die behandelingen moet gaan bekijken en beoordelen. Op een gegeven moment kom je er dan achter dat een heel groot deel om een reden niet op voorhand bewezen effectief is, zoals die kankerbehandelingen, die je soms gewoon op patiënten moet kunnen testen. Als er op enig moment wordt geroepen dat 50% niet op voorhand bewezen effectief is, moet worden bekeken welke behandelingen daarvan om een reden niet op voorhand bewezen effectief zijn. Ze zijn bijvoorbeeld innovatief, of ze moeten worden uitgetest op een patiënt, waarna ze met rust moeten worden gelaten. Zo hebben we een heel concrete lijst gehad van de federatie van umc's, met dingen die we niet meer zouden moeten doen. Dan kunnen we er pas over praten. Maar als iedere keer dingen de wereld in geholpen worden als "50% is niet bewezen effectief" dan krijgen we cowboyverhalen. Breng het nou naar een hoger plan en zorg ervoor dat kankerbehandelingen en cardiologen gewoon kunnen doorwerken met waar ze mee bezig zijn: het beter maken van mensen, goedkopere zorg door innovatie enzovoorts. Blijf niet op dit punt staan, zou ik willen zeggen. Ga niet van zinnige zorg over naar vast gebruik, maar doe iets, maak het concreet. Want wat ik zeg: bij knuffelconsulten vindt u mij aan uw zijde, maar u vindt mij niet aan uw zijde bij kankerzorg en bij cardiologie, waarbij innovatie van ontzettend groot belang is.

Minister **Van Ark**:

Excuses, voorzitter, ik heb heel veel gesproken; mijn stem is een beetje aan gort. Ik denk dat het zeer relevante thema's zijn die mevrouw Agema aankaart. Het is vrij lastig om daar in een of twee zinnen op in te gaan, want het is heel complex, het gaat over heel veel verschillende dingen. Het gaat over de vraag die mevrouw Bergkamp heeft gesteld: zouden de richtlijnen niet vaker moeten worden herijkt? Dit gaat over innovatie, over de rol van het Zorginstituut, over het tripartiete overleg. U zult van mij geen oneliners horen dat 50% niet bewezen effectief is en dus wel geschrapt kan worden. Dat is veel te ongenueanceerd. Als dat is wat mevrouw Agema wil horen, dan vindt zij mij aan haar zijde. Dat doen we in verschillende stappen. Tegen mevrouw

Bergkamp: als je kijkt naar het meer wendbaar maken van het proces van versnelling van de richtlijnen, dan is dat hierin een belangrijke stap. Hoe gaan we om met de kritiek van de Algemene Rekenkamer? Dat zijn bouwstenen van dit verhaal. Maar op voorhand dingen wegzetten of uitsluiten ga ik zeker niet doen, zeg ik tegen mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De verkiezingen komen eraan, dus de minister zal nog wel een poosje, niet heel erg lang, op deze plek zitten; misschien komt ze wel terug. Maar dit moet naar een hoger plan gebracht worden. Het moet niet boven de markt blijven hangen. Er moet duidelijkheid komen over welke behandelingen noodzakelijk van tevoren niet bewezen effectief zijn en welke behandelingen innovatief zijn, en daarmee op langere termijn voor een hogere levensverwachting en lagere kosten kunnen zorgen. Dan slaan we twee vliegen in een klap. Laat dit niet boven de markt hangen, ga hiermee van A naar B, geef duidelijkheid. Zeg gewoon: van 50% van de medisch-specialistische zorg is van tevoren misschien niet aan te geven of de behandeling bewezen effectief is. Maar daarna blijkt dat voor 90% wel het geval te zijn. Geef duidelijkheid. Laat dit soort dingen niet boven de markt hangen. Het is heel erg vervelend voor specialisten om hier constant mee geconfronteerd te worden.

Minister **Van Ark**:

Dat ben ik eens met mevrouw Agema. We hebben voor een heel groot deel van de behandelingen gewoon nog onvoldoende informatie of ze wel of geen nut hebben. Dat is geen kwalificatie of ze effectief zijn of niet, je weet het gewoon niet. Dat stukje moet je onderzoeken. Als je het al zou weten, dan is het ook nog eens zo -- mevrouw Agema heeft daar zelf bij de begrotingsbehandeling in de plenaire zaal treffende voorbeelden van gegeven -- dat het soms voor een deel van de mensen anders ligt dan overall. Het is niet zwart-wit, een behandeling kan werken voor een deel van de patiënten. Ik ben het met haar eens, het mag wel een beetje ambitieuzer. Overigens vind ik dat niet alleen en vindt zij dat niet alleen, ook de ziekenhuizen zeggen dat, net als de patiënten, de professionals en de verzekeraars. We hebben daar ook wel afspraken over gemaakt. Ik zeg mevrouw Agema toe dat ik mijn best zal doen om dit niet boven de markt te laten hangen. Als het niet bewezen effectief is, kan het er niet zomaar uit. Ik ben het met haar eens dat we moeten toewerken naar een systeem waarin we veel meer dan nu weten wat wel en wat niet werkt. Moet je bepaalde dingen stoppen of moet je juist door innovatie dingen toevoegen?

Voorzitter. De heer Renkema vroeg naar het rapport van de Algemene Rekenkamer, die een stevige conclusie trok ten aanzien van zinnige zorg. Ik trek zeker lessen uit het rapport van de Algemene Rekenkamer, zeg ik tegen hem. Ik heb de Kamer ook een brief gestuurd waarin ik heb aangegeven dat de focus in de komende tijd moet liggen op implementatie. We hebben de afgelopen jaren wel veel gedaan en de implementatie voorbereid, maar een en ander moet wel beter van de grond komen. Dat is ook de conclusie van de Algemene Rekenkamer en die deel ik met de Algemene Rekenkamer.

Ik ben het niet eens met de Rekenkamer dat we dit als overheid kunnen regelen. Ik denk echt dat dit een zaak is van alle partijen, van medisch specialisten en zorgverzekeraars tot en met het ministerie. Ik heb me ook voorgenomen om de komende tijd in gesprek te gaan met al die partijen en volgende stappen met hen voor te bereiden. Ik zal hun ook vragen naar voorstellen om te komen tot implementatie. Het advies van de Rekenkamer, maar ook het advies van het Zorginstituut en de NZa over dit onderwerp vormen daarbij een belangrijk gespreksthema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

De minister zegt: het zijn stevige conclusies van de Algemene Rekenkamer. Ik vond ze eerlijk gezegd vernietigend. Er staat dat er een programma Zinnige Zorg is gestart waaraan vervolgens vijf jaar is gewerkt en dat eigenlijk niet kan worden geconstateerd dat het effect heeft gehad. Er is wel geld in gestopt. Het is een overheidstaak om dat te doen, maar het heeft niet bijgedragen aan het beheersen van de zorguitgaven, terwijl dat de achtergrond van het programma was. De Rekenkamer adviseert "stop hiermee of richt het fundamenteel anders in", maar het antwoord in de brief, het antwoord dat de minister nu ook geeft, is: we gaan met iedereen in gesprek. Het gaat dan niet zozeer over de innovaties waar mevrouw Agema het over had, maar over mensen met knieklachten. Moet je dan echt een operatie doen, of kun je ook fysiotherapie of andere dingen doen? Er zitten prikkels in ons stelsel die ervoor zorgen dat er handelingen worden gedaan die niet altijd nodig zijn. We hebben het hier heel vaak over gehad. Met de oplopende zorgkosten moeten we kijken of er zaken in het basispakket zitten die niet gepast gebruik zijn. Ik vind het teleurstellend dat na zo'n heel helder rapport van de Rekenkamer wordt gezegd: we gaan door met wat we deden. Als je doet wat je deed, dan krijg je wat je kreeg en hebben we over een paar jaar weer een rapport waarin staat: het lukt niet om het terug te dringen.

Minister **Van Ark**:

Maar daarom zeg ik ook ... Ik heb aangegeven dat wij dit als overheid niet alleen doen. We doen het samen met heel veel anderen. Daarom wil ik dat rapport wel met hen bespreken. Ik stel me zo voor dat ik daar niet jaren de tijd voor ga nemen, want dan komen we in een situatie terecht die de heer Renkema schetst. Ik stel me voor dat ik die gesprekken in de eerste maanden van 2021 voer en dan specifiek over de implementatie, want daarover ging de kritiek, die ik me ook heb aangetrokken. Je moet op een gegeven moment wel tot uitvoering overgaan. Ik zie daar nog wel licht in. Ik wil dus de gesprekken voeren en ook de voorbereiding klaarzetten voor een volgend kabinet. Want je moet wel stappen gaan zetten, dat ben ik met de heer Renkema eens. Naast het rapport van de Algemene Rekenkamer hebben we nog het rapport van de NZa en het Zorginstituut gehad. Dat wil ik daar ook graag bij betrekken.

De **voorzitter**:

Laatste vraag van de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Even over het Zorginstituut. Ik deel wat geschetst wordt door de Algemene Rekenkamer. De reactie van het Zorginstituut op het rapport vind ik in dezelfde lijn liggen. Er wordt een beetje het beeld geschetst van een instituut dat meer wettelijke bevoegdheden en mogelijkheden heeft maar die eigenlijk schuwt ten opzichte van de sector. Wat gaat de minister daaraan doen? Als er overheidsbemoeienis met de sector is, gaat dat via een instituut als het Zorginstituut en als we dan moeten concluderen dat ze eigenlijk aarzelen om in te grijpen, dan vind ik dat ernstig.

Minister **Van Ark**:

Ik vind het lastig om daar nu zo op te reageren. Ik hecht aan het advies van het Zorginstituut. Ik heb ook al uitspraken gedaan over het Zorginstituut in de brieven zoals gevraagd door de Kamer, dus ik wilde eigenlijk daarnaar verwijzen. Misschien is het goed om aan te geven dat er ook een evaluatie loopt -- maar ik moet even opzoeken wanneer die is -- van het Zorginstituut, waarbij natuurlijk alles gevraagd kan worden. Maar daar wilde ik het toe beperken.

Voorzitter. Ik heb nog één vraag open in dit blokje. Die is van mevrouw Bergkamp en gaat over de actualisatie van de richtlijnen; we hadden het er net al even over in het interruptiedebatje met mevrouw Agema. Mevrouw Bergkamp pleit ervoor om dat sneller te doen dan nu; van elke vijf tot acht jaar naar elke twee jaar. De Federatie Medisch Specialisten is bezig om het proces te versnellen. Daarbij denken ze ook aan het aanpassen van de richtlijn op een modulaire wijze, zodat je op het moment dat de stand van de wetenschap daartoe noopt, ook de praktijk kan aanpassen. FMS, ZonMw en het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik houden samen bij welke onderzoeken voor welke beroepsgroepen lopen. Dat betekent dat je de resultaten snel in een richtlijn of een kwaliteitsstandaard kan opnemen. Dat wordt vanuit het ministerie financieel ondersteund via de kwaliteitsgelden.

Voorzitter. Ik heb een aantal vragen gekregen over zorgverzekeringen, het pakket en het eigen risico. Aan de vraag van de heer Van Gerven zouden we, denk ik, ook een hele dag een debat kunnen wijden, want die vroeg mij of ik bereid ben om het eigen risico af te schaffen. Ik heb gemerkt dat er onder de Kamerleden, met verwijzing naar verkiezingsprogramma's, ook wat debatten over waren. Maar ik verwijs naar de afspraken in het regeerakkoord door aan te geven dat ik dat niet van plan ben. Ook dit vraagstuk heeft te maken met het bredere vraagstuk rondom de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Ik wijs ook op het feit dat het afschaffen van het eigen risico -- ik weet dat de heer Van Gerven dat eerder heeft gezegd; wij hebben daar andere denkbeelden bij vanuit mijn politieke partij -- in de afspraken die we nu hebben en kijkend naar hoe de begroting werkt, betekent dat je nominale premie met ongeveer €300 stijgt. Ook de zorgkosten gaan met 2 miljard euro stijgen, net als werkgeverslasten. Het is zelfs mogelijk dat mensen met lage inkomens en een goede gezondheid financieel veel slechter af zijn. Dat alles maakt dat ik vasthoud aan de afspraken die wij in het regeerakkoord hebben gemaakt, maar ik realiseer me heel goed dat er andere gedachten over zijn vanuit verschillende politieke partijen. Het moment dat daarover een oordeel geveld kan worden, ligt natuurlijk in de nabije toekomst.

Voorzitter. Dan een onderwerp dat de heer Renkema aansneet en waar ik ook zeker een gevoel bij had, gezien mijn voorgaande portefeuille bij Sociale Zaken. Dat ging over de aanvullende verzekering en de schulden. Hij sprak over signalen dat mensen door schuldhulpverleners gedwongen worden om hun aanvullende zorgverzekering op te zeggen; ik heb daar eerder ook een keer schriftelijke vragen over gehad van mevrouw Dik-Faber. Ik heb geen signalen dat er sprake is van dwang, maar ik weet wel dat de aanvullende zorgverzekering door de zorgverzekeraar wordt stopgezet als er een betalingsachterstand is op de zorgpremie. Het is wettelijk gezien niet mogelijk om zorgverzekeraars te verplichten om die aanvullende zorgverzekering te herstellen. Het kan ook zijn dat mensen hiertoe worden geadviseerd op basis van hun individuele omstandigheden.

Ik ben wel met de heer Renkema op zoek naar oplossingen, want ik herken de achterliggende problematiek die hij schetste. Er zijn oplossingen die bijdragen aan het snel herstellen van de aanvullende verzekering. Denk bijvoorbeeld aan de uitstroomregeling bijstandsgerechtigden en de uitstroomregeling voor onder bewind gestelde wanbetalers. Op basis van deze regelingen kunnen verzekerden een betalingsregeling treffen met de zorgverzekeraar en direct deelnemen aan de gemeentepolis. De aanvullende verzekering is daar een onderdeel van. Ook de schulphulpverlening kan mensen helpen om een aanvullende verzekering te herstellen, bijvoorbeeld met een saneringskrediet als de gemeente de schulden overneemt. Maar het kan ook zo zijn dat gemeenten, in afwachting van een meer structurele oplossing zoals ik die net noemde, de bijzondere bijstand gebruiken om mensen bij te staan. Er zijn ook lokale innovaties die snel hulp kunnen bieden.

Nogmaals, ik ken de heer Renkema op dit thema en ik weet ook dat het breder leeft in de commissie. Ik zou samen met de collega van Sociale Zaken willen kijken wat hier verder aan gedaan kan worden, want wij hebben als kabinet niet voor niets een brede schuldenaanpak, waarin we ook aandacht hebben voor de samenhang tussen schulden en gezondheid. Dit zeg ik ook in de richting van mevrouw Dik-Faber, die daar ook vragen over had gesteld.

De voorzitter:

Ik zie u, meneer Renkema, maar u bent door uw interrupties heen. We hebben zo meteen ...

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Maar een verhelderende vraag?

De voorzitter:

Nou, vooruit, omdat u zo heel erg aandringt en het kort zal houden.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Heel kort: waar bestaat dat overleg uit en hoe horen we daar iets over?

De voorzitter:

Die vraag ging inderdaad meer over het proces.

Minister Van Ark:

Ik zal in de tweede termijn aangeven op welke termijn we denken dat dat kan.

De heer Renkema vroeg naar het aantal mensen dat gebruikmaakt van een gemeentepolis. Uit het onderzoek van ZORGWEB blijkt dat in 2020 685.000 mensen een gemeentepolis hebben afgesloten. 95% van de gemeenten bood de gemeentepolis aan in 2020. Daarmee is hij dus breed beschikbaar voor mensen met een minimuminkomen.

Mevrouw Sazias vroeg naar de stapeling van zorgkosten waar veel mensen met een chronische ziekte mee te maken hebben. Zeker als je in meerdere stelsels zorg hebt, is dat inderdaad een vrij complex geheel. Het is wel zo dat een stapeling, als die zich voordoet, sterk afhankelijk is van de individuele situatie van een cliënt. Ook mijn collega, de minister van VWS, heeft daar in de afgelopen algemene overleggen het een en ander over aangegeven. Er loopt ook een breder traject over de ouderenzorg richting 2040. Daarin worden ook opties meegenomen met betrekking tot die eigen betaling. Daarin gaat het ook over de onderlinge samenhang van de eigen bijdrage tussen de stelsels. Ik heb recent met de minister van VWS ook nog een brief aan de Kamer gestuurd in reactie op de motie-Ploumen/Van der Staaij over de stapeling van zorgkosten. Met betrekking tot de stapeling van de kosten voor een hulpmiddel is het aanbestedingstraject voor het onderzoek nu in volle gang. Ik denk dat dat snel kan starten en dat de Kamer voor het zomerreces de resultaten van het onderzoek ontvangt.

Voorzitter. Ik heb nog een aantal vragen van de heer Van Gerven over het zorgstelsel in algemene zin. Met betrekking tot zijn vraag of ik bereid ben om het stelsel om te vormen naar een "niet-concurrerend stelsel waar de patiënt en de professional centraal staan", zoals de heer Van Gerven zei, wil ik verwijzen naar mijn inleiding, waarin ik heb gesproken over de publieke waarden die wat mij betreft randvoorwaardelijk en leidend zijn voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Met betrekking tot zijn vraag over het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan verwijs ik naar de brief van 24 december, waarin ik samen met de minister van Onderwijs een reactie heb gegeven. Laat het helder zijn dat we wat mij betreft de voorkeursadviezen opvolgen van het Capaciteitsorgaan, maar dat lukt niet altijd. Daar zijn verschillende redenen voor. Die kunnen liggen in de opleidingscapaciteit, het gebrek aan kandidaten of een beschikbaar budget. Aan al deze punten wordt gewerkt. Ik verwijs naar de brief.

Mevrouw Dik-Faber vraagt nog naar de Transparantiekalender en naar de inzet van de IGJ. Veldpartijen stellen samen de Transparantiekalender op, waarbij ze indicatoren maken om patiënten te ondersteunen bij de keuze voor de behandeling en de behandelaar. De start was wellicht wat moeizaam, maar er zijn inmiddels echt grote stappen gezet en er zijn ruim 25%

minder indicatoren sinds 2018. Ik ben nog een beetje op zoek naar wat mevrouw Dik-Faber bedoelde met de inzet van de IGJ, omdat die natuurlijk met name over de veiligheid van de zorg gaat. Maar de veldpartijen zijn volgens mij samen goed onderweg.

Ik kom bij de laatste vraag bij dit blokje. Mevrouw Dik-Faber vroeg nog naar de data die netjes opgeleverd worden. Ze vroeg: "Creëren we nu niet een cultuur van wantrouwen? Alles komt onder een vergrootglas te liggen." Het is goed om aan te geven dat de afspraken over die Transparantiekalender echt ingegeven zijn door het streven om patiënten inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg en niet door wantrouwen. Dit is ook echt iets waar partijen samen afspraken over maken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik zal nooit de uitspraak van een arts vergeten die zei: vroeger gaven we elkaar voordat de operatie begon een hand, en tegenwoordig zetten we allebei een handtekening. Dat is wel exemplarisch voor de ontwikkeling die in de zorg heeft plaatsgevonden. Ik ben afgelopen week in gesprek geweest, en ik hoorde vanuit een van de medische centra dat voor een beperkt deel van hun zorg nog altijd 3.200 indicatoren gelden, omdat er allerlei toezichthoudende instanties zijn die hun eigen vinkjes willen hebben. De keurmerken van de patiëntenorganisaties vervielen, wat wellicht niet iets was wat je op voorhand zou toejuichen, maar het heeft ontzettend veel administratie gescheeld. Wat er gaande is, is dat er nog steeds heel veel lucht zit in al die indicatoren. Maar elke toezichthoudende instantie houdt weer vast aan het eigen riedeltje. Iemand moet dat doorbreken. Als het niet de inspectie is, wie dan? Ik denk echt dat hier nog grote stappen gezet kunnen worden. Dit is een aanmoediging aan de minister om te kijken of er vanuit het veld of vanuit de overheid nog een stimulans kan worden gegeven.

Minister **Van Ark**:

Mevrouw Dik-Faber kan het altijd heel beeldend zeggen: vroeger gaven we elkaar voor de operatie een hand, nu zetten we een handtekening. Ik snap wat zij aangeeft, maar mag ik daar in tweede termijn op terugkomen?

Ik heb nog een aantal overige vragen. De heer Renkema stelde een vraag over de integrale bekostiging in de geboortezorg. Ik heb de NZa gevraagd om snel met een reactie te komen op de brief van de KNOV en daarbij ook in te gaan op de bezwaren die de KNOV schetst. Ik heb de NZa ook gevraagd om met de partijen in de betreffende regio in gesprek te gaan. Ik vind het van belang dat de feiten daar goed in kaart worden gebracht. Ik zal met de aanwijzing wachten totdat ik heb teruggekoppeld wat er uit die gesprekken komt. Ik meen dat ik daarmee ook wel voldoe aan het verzoek van de KNOV.

De **voorzitter**:

De heer Van Gerven heeft een vraag op dit punt over de procedure. Ook hij is daarmee door zijn interrupties heen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Zou de minister een reactie aan de Kamer kunnen geven op de brief van de KNOV, voordat we daarover het AO Zwangerschap en geboorte hebben?

Minister **Van Ark**:

Dan ben ik even afhankelijk van wanneer ik de brief van de NZa krijg, maar onder dat voorbehoud kan dat.

Dan een belangrijke vraag van mevrouw Sazias over het onder één systeem brengen van de medisch-generalistische zorg (MGZ). De schotten moeten worden verschoven. Zij gaf ook aan dat het gaat om patiënten met een WLz-indicatie, deels in de Zvw, deels in de WLz. Ik heb op 13 januari een reactie naar de Kamer gestuurd op het onderzoek van de NZa. Daar zit een aantal acties in voor het restant van deze regeerperiode, om het zo maar even te zeggen. De komende tijd gebruik ik om de besluitvorming over de positionering voor een volgend kabinet voor te bereiden, maar ook om actief met de mensen in het veld de goede voorbeelden van de MGZ te delen. Er is een convenant gesloten over de MGZ in de gehandicaptenzorg. Dat moet worden uitgevoerd. Er zijn samenwerkingsafspraken tussen beroepsgroepen, brancheverenigingen en stelselpartijen over de MGZ in de ouderenzorg, en die faciliteren we. Ik wil wel aangeven dat een keuze voor een heldere positionering van deze zorg moet plaatsvinden via een wetswijziging, waarmee het aan een volgend kabinet is.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik heb helaas de brief van gisteren, 13 januari, nog niet kunnen lezen. Maar misschien kan de minister alvast een tipje van de sluier oplichten als het gaat om haar advies aan een volgend kabinet?

Minister **Van Ark**:

De punten die ik in de brief heb geschreven, is waar we op inzetten. Ik denk toch echt dat dat eerst gedaan moet worden. Er zit nog een aantal vervolgstappen in, maar het is natuurlijk best een heel grote en veelomvattende discussie, dus ik kan daar helaas geen voorschot op nemen.

De **voorzitter**:

Zo jammer, zegt mevrouw Sazias, voor de mensen die thuis dit debat volgen. De minister.

Minister **Van Ark**:

Mevrouw Bergkamp vroeg naar oplossingen voor situaties waarin mensen nu een chiropractor of een osteopaat nodig hebben. Ik zie het onderliggende dilemma, dat gisteren ook aan bod kwam in het coronadebat. We hebben, om het risico op besmetting zo laag mogelijk te houden, contactberoepen tijdens de lockdown verboden, met uitzondering van de medische beroepen, zodat de noodzakelijke zorg door kan gaan. Die hebben we gedefinieerd aan de hand van de basisverzekering, de Wet langdurige zorg en de Wmo. Dat is een heel heldere lijn. Tegelijkertijd realiseer ik me heel goed dat, als je die afbakening kiest, je ook een groep uitsluit die wel degelijk ook zorgverlenend is. Maar een individuele afweging, hoe moeilijk ik het ook vind om dit te zeggen, is echt onwenselijk en onuitvoerbaar. Wat ik kan zeggen tegen mensen die op dit moment die zorg echt nodig hebben, is: neem alstublieft contact op met de huisarts, om te kijken of er een medisch alternatief is. Want helaas staan de epidemiologische omstandigheden een wijziging wat het kabinet betreft op dit moment echt niet toe.

Mevrouw Bergkamp vroeg naar de campagne voor inzage in gegevens, waarbij ze refereerde aan de motie-Raemakers daarover. We zijn bezig de mogelijkheid en wenselijkheid hiervan te onderzoeken, waarbij een aandachtspunt wel is de extra administratieve druk voor huisartsen bij het uitvragen en registreren van toestemming. Ik heb eerder toegezegd uw Kamer dit kwartaal de stand van zaken toe te sturen op het gebied van de gegevensuitwisseling bij spoed. Daar zal ik de verdere uitwerking van de motie-Raemakers bij betrekken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Even nog op het vorige punt van de chiropractor en de osteopaten. Ik snap het dilemma, en ik ben ook wel blij te merken dat de minister dat dilemma ook voelt. De minister geeft aan -- en dat zou ook mijn idee zijn -- dat iemand wel naar de huisarts kan gaan. Maar stel je voor dat die huisarts bijvoorbeeld bij een huilbaby -- osteopathie kan daarin een belangrijke rol spelen, zoals we weten -- doorverwijst, omdat in dit geval een probleem speelt. Is de minister bereid om daar in ieder geval over na te denken? Ik doel op de situatie waarin er een verwijzing van de huisarts kan komen, als die echt inschat dat er meer nodig is dan hij of een reguliere therapeut zou kunnen. Ik zie dat de ambtelijke ondersteuning nee schudt, maar ik hoop wel op wat meer souplesse van de minister in dezen.

Minister **Van Ark**:

Ik kan me de vraag van mevrouw Bergkamp zo goed voorstellen, zeker ook met de illustratie die zij geeft van iemand met een huilbaby. Alleen het vreselijk moeilijke van de aanpak van deze crisis is nou juist dat je lijnen moet trekken op onderwerpen die je eigenlijk niet met een schaarje kunt knippen. Maar we moeten, vanwege de epidemiologische situatie. Je kunt gewoon geen uitzonderingen maken, want er zijn honderden andere situaties die mogelijk voor een uitzondering in aanmerking komen. Dan doorkruis je eigenlijk wat nodig is, namelijk het beperken van de contacten. De scheidslijn die we hebben gekozen, is de zorg op basis van de Zorgverzekeringswet, de Wlz en de Wmo, en de BIG-registraties. Helaas, ik houd daaraan vast. Laat ik hopen dat we hier zo snel mogelijk met elkaar uitkomen. Maar wellicht is er een alternatief mogelijk. Als mensen eigenlijk zorg uit de aanvullende verzekering gebruiken, is er

een alternatief mogelijk, op voorspraak van een huisarts, in de basisverzekering. Die suggestie zou ik nog kunnen doen.

Voorzitter. Ik kom bij de vraag van de heer Veldman over de elektronische gegevensuitwisseling. Het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg is echt een topprioriteit als het gaat om het informatiebeleid in de zorg. Het wetsvoorstel ligt nu voor advies bij de Raad van State. Het zou inderdaad fantastisch zijn als we dat voor het verkiezingsreces aan de Tweede Kamer kunnen aanbieden. Ik hoop dat dat lukt. Dat zeg ik ook in de richting van mevrouw Bergkamp, die ook een vraag stelde over gegevensuitwisseling, waarbij zij specifiek vroeg naar gegevensuitwisseling bij spoed, en of we alvast kunnen kijken welke wetten daar eventueel bij betrokken zijn. Om het mogelijk te maken dat patiënten in de acute zorg ter plaatse in plaats van vooraf toestemming kunnen geven, heb je een aanpassing nodig van de WGBO en de Wet aanvullende bepalingen. Dat wil ik nader onderzoeken. Daarom breng ik nu in kaart hoe een eventuele wetwijziging eruit zou moeten zien en welke impact die heeft. Ik stuur uw Kamer dit kwartaal de stand van zaken op het gebied van gegevensuitwisseling bij spoed. Overigens blijft voor nu de zogenoemde corona opt-in bestaan, zodat het ook mogelijk is om ter plekke toestemming te geven.

Voorzitter. Dan twee laatste vragen, over organisaties. De privatisering van Intravacc werd genoemd door de heer Van Gerven. Laat ik het gelijk helder zeggen. Ik heb ook geprobeerd dat heel klip-en-klaar in de Kamerbrief te zetten die ik daarover heb gestuurd. Er is geen sprake van een besluit tot het verkopen van het vaccininstituut Intravacc. We hebben Intravacc voor twee jaar ondergebracht in een beleidsdeelneming van VWS. Over de toekomstige positionering wordt op een later moment besloten. Er is wel degelijk een intentie om Intravacc op afstand te plaatsen, maar dan gaat het om de borging van publieke belangen. Eind 2021 kan daar een nadere afweging over worden gemaakt. Nadrukkelijk wordt er niet gestuurd op een privatisering. In de brief heb ik ook aangegeven dat het op afstand plaatsen met behoud van de borging van publieke belangen nu gebeurt en dat er niet wordt voorgesorteerd op een andere vorm. Dat kan een afweging zijn, maar daar wordt niet op voorgesorteerd.

Mevrouw Dik-Faber vroeg naar Shine. In haar richting zou ik willen zeggen dat ik heel graag het maximale wil doen wat mogelijk is. Ik heb zelf ook een aantal keren met Shine gesproken en ik zal dat op korte termijn ook weer doen. Ik weet dat een gelijk speelveld voor hen essentieel is. Wij verkennen op dit moment met elkaar wat we verstaan onder dat gelijke speelveld. We hebben Shine ook aangeboden om dat op te schrijven in een brief, zodat zij dat aan hun Amerikaanse bestuur kunnen aangeven. Shine stelt dat een gelijk speelveld inhoudt dat als zij zich bewezen hebben op de markt voor Molybdeen 99, de Staat zich dan terugtrekt uit de Pallasreactor. Dat loopt vooruit op de besluitvorming van het kabinet over de toekomst van Pallas, maar ik overweeg wel serieus om een lening te geven aan Shine om duidelijk te maken dat we Shine echt veelbelovend vinden, dat ik er heel enthousiast over ben en dat we ook bereid zijn concrete stappen te zetten om hen naar Groningen te halen. Daarbij trekken we ook heel nauw op met de Noord-Nederlandse ontwikkelingsmaatschappij, die ook een lening verstrekt. Wat mij betreft zou het fantastisch zijn als we deze ontwikkeling in Nederland zouden kunnen krijgen. Daarom spreek ik ook op korte termijn weer met hen, ook om op dit voor hen zeer belangrijke onderwerp van een gelijk speelveld hopelijk te kunnen aantonen dat dat wat betreft de Nederlandse regering ook zeker het geval is.

Voorzitter, volgens mij ben ik aan het eind van de beantwoording. Anders verneem ik het graag.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik zag mevrouw Van den Berg nog.

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

Volgens mij mag ik nog één vraag stellen. Dat is naar aanleiding van de laatste opmerking van de minister. Zonet om 14.00 uur hebben we het schriftelijk overleg over Pallas ingediend. Ik begrijp nu van de minister dat in feite een Amerikaanse bedrijf zegt dat de Nederlandse overheid zich helemaal uit Pallas moet terugtrekken, want anders gaan zij hier niet komen, of dat ze dezelfde hoeveelheid geld willen hebben als lening van de Nederlandse overheid. Dat vind ik toch wel een beetje een aparte situatie worden, als ik dat zo mag zeggen.

Minister Van Ark:

Shine is een zeer veelbelovend initiatief, maar als je kijkt naar de markt voor medische isotopen is het ook niet zo dat je alles op één plek kunt maken. Niet alles wat Shine kan maken, kan door Pallas worden gemaakt en andersom. Ik zou het dus echt fantastisch vinden als we beide initiatieven, die elkaar volgens mij ook enorm kunnen versterken, zouden kunnen verwelkomen. Maar op voorhand afscheid nemen van Pallas terwijl je nog niet weet wat er kan, hoewel het een zeer veelbelovende technologie is, vind ik voor het ... Mijn enige belang als minister voor Medische Zorg, zou ik willen zeggen, is het voortbestaan en de leveringszekerheid van die medische isotopen. We hebben één keer eerder gezien wat er gebeurde toen die leveringszekerheid werd doorbroken. Dat was echt een heel groot probleem. Ik noem dat ook in de gesprekken met Shine. Ik geef u nu een doorkijkje om aan te geven dat die gesprekken echt serieus zijn. Elke vraag die gesteld wordt, vind ik legitiem. Ik probeer daar heel serieus antwoord op te geven en probeer ook eventuele misverstanden weg te nemen, maar ik probeer ook aan u aan te geven dat ik dit onderwerp zeer serieus neem en dat ik me er ook persoonlijk voor inzet. Het zou me een lief ding waard zijn -- volgens mij zou dat ook een toegevoegde waarde zijn voor de organisaties onderling -- om beide initiatieven een plek te geven of te laten houden in Nederland.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik stel voor om nu door te gaan naar de tweede termijn, waarin wij ook moties gaan indienen. Ik zie de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Kijkend naar de klok en kijkend naar de beschikbare tijd en het feit dat we ook meteen moties moeten indienen, zou ik nu toch heel graag een korte schorsing willen.

De voorzitter:

Ik vind het ook niet erg, hoor. Ik had een iets langere schorsing willen voorstellen na het indienen van de moties, maar als u zegt dat u die tijd nu graag wilt, vind ik dat ook prima. Wat zullen we afspreken? Een kwartiertje schorsing, hebben we daar genoeg aan? Meneer Renkema? Ja. Iedereen is akkoord. Ik schors de vergadering tot 14.45 uur, waarna we aanvangen met de tweede termijn.

De vergadering wordt van 14.28 uur tot 14.47 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is het notaoverleg van de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over diverse onderwerpen. We zijn toegekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Dat betekent dat ik het woord weer aan de woordvoerders geef. Omdat het een notaoverleg is, bent u ook in de gelegenheid om moties in te dienen. Ik zal de moties fotograferen als hulp voor de griffier en ze alvast doorgeleiden richting de ambtelijke ondersteuning, omdat de moties pas aan het einde vermenigvuldigd worden. Dat is even een verklaring van waar ik mee bezig ben.

Dan mag ik als eerste het woord geven aan de heer Van Gerven. Misschien kunt u aan de voorkant even aangeven hoeveel moties u heeft. Dat is ook weer makkelijk voor de administratie. Meneer Van Gerven namens de SP, gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een achttal moties, dus ik ga maar snel van start.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het eigen risico in zijn kern onrechtvaardig is en een boete is op ziek zijn;

spreekt uit dat het eigen risico moet worden afgeschaft,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 303 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat concurrentie in de zorg niet wenselijk is;

verzoekt de regering een plan te presenteren voor aanpassing van het huidige zorgstelsel waarin niet langer sprake is van concurrentie tussen meerdere zorgverzekeraars of zorg- of ziekenfondsen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 304 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de huidige coronacrisis het reeds nijpende tekort aan zorgverleners nog verder versterkt;

overwegende dat het Capaciteitsorgaan nadrukkelijk voorstellen doet om in te zetten op het opleiden van extra medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners;

constaterende dat het kabinet niet bereid is voldoende opleidingsplaatsen voor deze beroepen te creëren;

verzoekt de regering de voorkeur van het Capaciteitsorgaan op te volgen en meer opleidingsplekken voor nieuwe zorgverleners te financieren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 305 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat vaccinontwikkeling een zaak van nationaal belang is en cruciaal voor een goede voorbereiding op een pandemie;

overwegende dat er plannen bestaan om Intravacc te privatiseren;

constaterende dat dit in strijd is met de aangenomen Kamermotie op stuk nr. 255 (25295) van de leden Marijnissen en Pieter Heerma, waarin de regering wordt opgedragen met voorstellen te komen ter versterking van de productie van vaccins in eigen land;

verzoekt de regering om niet over te gaan tot privatisering van Intravacc,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 306 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het verdwijnen van een ziekenhuis een grote impact heeft op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg in de betreffende regio;

overwegende dat de Kamer, zolang aan de 45 minutennorm wordt voldaan, op dit moment geen invloed heeft op het besluit om een ziekenhuis te sluiten;

overwegende dat dit een onwenselijke situatie is;

verzoekt de regering om de Kamer instemmingsrecht te geven bij een voorgenomen sluiting van een ziekenhuis,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 307 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de toekomstvisie over acute zorg van het ministerie van VWS voor veel beroering zorgt in het St. Jans Gasthuis in Weert en binnen de regio met 100.000 inwoners die van hun ziekenhuis gebruikmaken;

constaterende dat inmiddels ruim 13.000 handtekeningen zijn opgehaald voor het behoud van de spoedzorg en de basisziekenhuiszorg in de regio Weert;

constaterende dat de huisartsenpost Weert is geïntegreerd in de spoedeisende eerstehulpdienst van het St. Jans Gasthuis;

spreekt uit dat de spoedzorg -- de spoedeisende eerste hulp en de acute geboortezorg -- 24/7 in het St. Jans Gasthuis dient te worden gewaarborgd voor de toekomst;

verzoekt de minister dit met de zorgverzekeraars af te spreken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 308 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat ziekenhuizen vanwege de coronapandemie hun ic-capaciteit en aantal klinische bedden hebben uitgebreid op verzoek van het kabinet en met de belofte dat zij voor deze extra kosten zullen worden gecompenseerd;

constaterende dat een aantal ziekenhuizen een rechtszaak zijn begonnen omdat zij onvoldoende worden gecompenseerd voor de extra ziekenhuiscapaciteit en dit leidt tot miljoenenverliezen;

spreekt uit dat de minister haar belofte gestand moet doen en de ziekenhuizen volledig dienen te worden gecompenseerd voor de afgesproken uitbreiding van de ic-capaciteit en het aantal klinische bedden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 309 (31016).

De heer **Van Gerven** (SP):

En de laatste, voorzitter.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de houtskoolschets een bedreiging vormt voor het behoud van spoedeisende eerstehulpdiensten en acute zorg 24/7 in streekziekenhuizen;

verzoekt de minister de houtskoolschets in te trekken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van Gerven en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 310 (31016).

De heer **Van Gerven** (SP):

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank voor uw inbreng. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Eerst dank aan de minister voor de antwoorden en ook voor de toezegging dat er een aparte brief komt om te onderzoeken hoe de medezeggenschap bij wijziging in de zorg verder kan worden ontwikkeld en dat ook de monitor wordt meegenomen die door de minister over de umc's en basiszorg is gemaakt.

Voorzitter. Ik heb twee moties. De eerste betreft de zorg in de regio en hoe daarnaar gekeken wordt. Het Zorginstituut heeft op basis van een motie van mij, een eerder voorstel over kwaliteitskaders, al meer eisen gesteld om ook de gevolgen voor zorg in de regio inzichtelijk te maken. Wij denken dat veel instituten dat nog niet voldoende op het netvlies hebben, vandaar de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat zorg in de regio beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar moet zijn maar ook de komende decennia moet blijven;

overwegende dat zorg leveren in de regio en in krimpregio's ook wat vraagt van zorgaanbieders en zij zich hierop moeten voorbereiden;

overwegende dat organisaties zoals zorgverzekeraars, Zorginstituut, ACM, de Zorgautoriteit en de inspectie op dit moment nog onvoldoende rekening houden met regionale zorg, zorg in krimpregio's;

verzoekt de minister in overleg te gaan met bovengenoemde organisaties om termen als "regionale zorg" en "zorg in krimpregio's" meer in organisaties in te bedden en de Tweede Kamer voor 1 juli 2021 te informeren hoe dit concreet vorm kan worden gegeven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 311 (31016).

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

Voorzitter. Op 13 juni 2018, voor mij een legendarische datum, zei de toenmalige minister Bruins dat bij acute zorg bewoners inderdaad moeten worden betrokken voordat het besluit wordt genomen en dat hij daar ook al op ging handhaven. Vandaar de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat bij structurele wijzigingen in het aanbod van zorg betrokken regionale en gemeentelijke besturen en zorgaanbieders in de keten tijdig geconsulteerd moeten worden;

overwegende dat de minister heeft aangegeven dat bij wijzigingen in de (acute) zorg wettelijk verplicht wordt tot overleg en dialoog met betrokkenen en dat hierop direct gehandhaafd zal worden;

constaterende dat voor de nieuwbouw van het Bravis ziekenhuis de gemeenten Bergen op Zoom en Roosendaal en Bravis niet tot een gezamenlijke visie zijn gekomen met betrekking tot de locatie van het ziekenhuis;

constaterende dat pas nadat het besluit al was genomen om de nieuwe vestiging in Roosendaal-Oost te plaatsen, informatiesessies met bewoners zijn georganiseerd;

verzoekt de regering te handhaven op de wettelijke verplichting tot overleg en dialoog bij wijziging in het aanbod van zorg door het Bravis ziekenhuis, en op te leggen dat zij het proces voor de nieuwbouwplannen met betrokkenen opnieuw moeten doorlopen en de betrokkenen moeten consulteren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 312 (31016).

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

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bergkamp van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Vier moties, ik begin met de eerste.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de regering conform de motie Bergkamp c.s. (35570-XVI, nr. 138) onderzoek doet naar een meer congruente en effectieve regio-indeling voor samenwerkingsafspraken in de zorg;

overwegende dat de regiobeelden, waar veldpartijen hard aan werken, als goede basis voor die afspraken zouden kunnen dienen;

overwegende dat uit het rapport "Stand van het land regiobeelden" echter ook naar voren komt dat er zeer uiteenlopende regiobeelden bestaan en geografische overlap niet kan worden uitgesloten, doordat minimeisen randvoorwaarden missen;

verzoekt de regering in 2021 met alle betrokken veldpartijen tot overeenstemming te komen over heldere minimeisen aan ieder regiobeeld en de ondersteuning die zij daarvoor vanuit de overheid nodig hebben,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bergkamp, Dik-Faber en Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 313 (31016).

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat we de komende jaren sterker op effectieve zorg moeten inzetten om de zorgkwaliteit voor patiënten te verhogen en de groei van de zorguitgaven te beperken;

overwegende dat voor effectieve zorg van groot belang is dat medische richtlijnen actueler worden en explicieter worden over zorg die niet langer of maar zelden effectief is, zodat verzekeraars beter zorg kunnen inkopen en ongewenste praktijkvariatie kan worden teruggedrongen;

verzoekt de regering met de medische beroepsgroepen een geschikt model uit te werken waarin richtlijnen doorlopend worden geactualiseerd, en ten minste eens in de twee jaar en ook explicieter te benoemen welke zorg niet of maar zelden effectief is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bergkamp en Veldman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 314 (31016).

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat veel mensen met ingrijpende fysieke klachten tijdens de lockdown niet terechtkunnen bij hun chiropractor of osteopaat, omdat zij niet kwalificeren als medisch contactberoep;

overwegende dat ze daardoor worden beperkt in hun functioneren;

verzoekt de regering op korte termijn in samenspraak met huisartsen en fysiotherapeuten tot een oplossing te komen voor deze mensen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bergkamp en Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 315 (31016).

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De laatste motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het van groot belang is dat we voorkomen dat ziekenhuizen in de toekomst nog ongecontroleerd failliet kunnen gaan, omdat dit onverantwoorde risico's voor de patiëntveiligheid met zich meebrengt;

overwegende dat bij het faillissement van het Slotervaartziekenhuis de informatievoorziening van de bestuurders aan de toezichthouders duidelijk te laat en te beperkt was;

overwegende dat de minister werkt aan verbetering van het Early Warning System (EWS), dat de informatievoorziening van de toezichthouders regelt;

constaterende dat daarin echter harde eisen over de informatieplicht van ziekenhuisbestuurders aan toezichthouders en ministerie ontbreken;

verzoekt de regering in regelgeving helder vast te leggen bij welke financiële drempelwaarden ziekenhuisbestuurders welke stukken verplicht moeten aanleveren, en hen bij de naleving daarvan te helpen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bergkamp en Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 316 (31016).

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de minister natuurlijk voor de uitgebreide beantwoording.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Renkema van GroenLinks.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank allereerst aan de minister voor het beantwoorden van de vragen, en ook dank aan haar staf. Ik denk dat we hier vanmiddag breed hebben geconstateerd dat zo'n ongecontroleerd faillissement dat we hebben gezien, nooit meer mag gebeuren. Ik denk dat tegelijkertijd dat het niet de laatste keer is dat daarover in deze commissie zal worden gesproken.

Mijn zorgen over de beschikbaarheidsbijdrage zijn wat weggenomen door de minister. Ik ben blij dat zij de integrale bekostiging van de geboortezorg nog even on hold zet. Dank ook voor de toezegging dat de minister gaat onderzoeken hoe vormen van consultatie, inspraak of medezeggenschap bij zowel de acute zorg als de reguliere zorg een plek zouden kunnen krijgen. Op dat punt komt er een motie van mevrouw Dik-Faber die ik heb meeondertekend.

Ik heb zelf drie moties. De eerste gaat over een bewindvoerder.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de motie-Ellemeet c.s. (31016, nr. 128), die vraagt om onderzoek naar de mogelijkheden van het aanstellen van een bewindvoerder bij wanbestuur, met algemene stemmen is aangenomen;

overwegende dat de mogelijkheden van het aanstellen van een stille bewindvoerder bij de afhandeling van een faillissement wel worden verkend, maar het ook wenselijk is een bewindvoerder aan te kunnen stellen voordat een faillissement onafwendbaar is geworden;

verzoekt de regering te onderzoeken welke mogelijkheden er binnen het huidige stelsel zijn om een bewindvoerder aan te stellen als er signalen zijn van wanbestuur,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Renkema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 317 (31016).

De heer **Renkema** (GroenLinks):

De tweede motie luidt als volgt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat mensen met schulden bij een zorgverzekeraar hun toegang tot de aanvullende verzekering verliezen en vaak pas weer toegang krijgen als alle schulden zijn afbetaald;

van mening dat ook mensen die in de schulden zitten, toegang tot bijvoorbeeld de fysiotherapeut en de tandarts moeten hebben;

verzoekt de regering te onderzoeken hoe wet- en regelgeving aangepast kan worden zodat mensen in de schuldhelpverlening niet direct hun aanvullende verzekering verliezen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Renkema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 318 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Algemene Rekenkamer een kritisch rapport heeft geschreven over het programma Zinnige Zorg;

constaterende dat de ARK hierin kritische vragen stelt over de inzet van de bevoegdheden door het Zorginstituut;

verzoekt de regering om bij de evaluatie van het Zorginstituut expliciet in te gaan op deze conclusies van de Algemene Rekenkamer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Renkema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 319 (31016).

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan kom ik bij mevrouw Sazias van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik bedank de minister voor de beantwoording. Ik ben ook heel benieuwd naar haar advies in de richting van het komende kabinet, maar dat zullen we binnenkort wel te zien krijgen. Ik ben blij dat zij de pilot Zorgpad Observatie wil gaan uitbreiden, maar voor de zekerheid wil ik toch de volgende motie indienen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat door de inzet van de pilot Zorgpad Observatie 75% van de kwetsbare ouderen direct op de plek komt waar ze het beste geholpen kunnen worden;

overwegende dat dit ook leidt tot een vermindering van de toestroom van kwetsbare ouderen naar onder andere de spoedeisende hulp (SEH) en opname in het ziekenhuis;

verzoekt de regering te bezien hoe deze pilot landelijk kan worden uitgerold,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Sazias. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 320 (31016).

Daarmee was u aan het einde van uw inbreng. Hartelijk dank. De heer Veldman heeft geen inbreng in tweede termijn. Dan kom ik bij mevrouw Agema van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb zeven moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het aantal 75-plussers de komende twintig jaar verdubbelt en hun zorgvraag ook;

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat er niet nog meer spoedeisendehulpverleningsposten sluiten en dat de gesloten spoedeisendehulpverleningsposten worden heropend,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Agema en Wilders. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 321 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat patiënten voor niet-levensbedreigende zorg gewoon hun huisarts of huisartsenpost blijven bellen, in plaats van dat er regionale meldkamers worden ingericht,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 322 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat er niet wordt overgegaan tot een opsplitsing van hoogcomplex en levensbedreigende zorg op spoedeisendehulpverleners en niet-levensbedreigende acute zorg op spoedposten, omdat in de praktijk dit onderscheid op voorhand middels triage zeer vaak niet te maken is voordat de patiënt is gezien en onderzocht of diagnostisch onderzoek is gedaan,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 323 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de spoedposten op te waarderen tot volwaardige spoedeisendehulpverlening die de klok rond geopend zijn,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 324 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het in de praktijk vaak niet mogelijk is om van tevoren vast te stellen of een behandeling effectief is; kankerpatiënten moeten bijvoorbeeld soms meerdere chemokuren uitproberen om te bepalen welke het beste de kankercellen bij deze specifieke patiënt vernietigt;

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat er duidelijkheid komt over welke behandelingen waarbij de effectiviteit niet op voorhand vast te stellen is, zinnig zijn en derhalve geen belemmeringen opgelegd krijgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 325 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat streekziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen niet langer elkaars concurrenten zijn,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 326 (31016).

Mevrouw **Agema** (PVV):

De laatste motie gaat over de ziekenhuisfaillissementen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid concludeert dat de veiligheid van patiënten bij een ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement momenteel niet geborgd is en dat de zorgplicht in het huidige systeem onvoldoende functioneert;

constaterende dat de commissie-Van Manen concludeert dat de zorgtoezichthouders en het ministerie van VWS te laat in de gaten hadden dat het misging;

constaterende dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd concludeert dat een ongecontroleerd faillissement door het ontbreken van randvoorwaarden voor goede en veilige zorg nooit meer mag voorkomen;

constaterende dat de regering verbeterpunten heeft geformuleerd zoals het verbeteren van het earlywarningsysteem, het scherper in de gaten houden van de financiële positie van zorgaanbieders door de NZa en het eerder informeren van het ministerie door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bij dreigende discontinuïteit van zorgaanbieders;

verzoekt de regering te laten onderzoeken of deze verbeterpunten de conclusies uit de rapporten voldoende ondervangen en een ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement voldoende kunnen voorkomen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 327 (31016).

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat was het!

De **voorzitter**:

Daarmee was u aan het einde van uw inbreng. Dank u wel. Dan tot slot mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van alle vragen. Het is heel wat met zoveel agendapunten. Mijn inbreng ging vooral over zorg in de regio. Ik ben dan ook heel blij dat de regio's allemaal aan de slag zijn gegaan met het opstellen van de regiobeelden. Ik denk dat er echt nog wel wat winst te boeken is als het gaat om de kwaliteit daarvan. Ik heb een motie van mevrouw Bergkamp daarover meegetekend.

Ik wil de minister ook bedanken voor haar antwoord over Pallas en Shine. Het is goed om te horen dat de gesprekken constructief verlopen. Het zou echt mooi zijn als het lukt om Shine naar Nederland te krijgen. Dat is belangrijk voor innovaties in de zorg, maar niet in de laatste plaats ook voor de werkgelegenheid in Groningen, waar Shine mogelijk voornemens is zich te vestigen.

Voorzitter. Ik had inderdaad schriftelijke vragen gesteld over schuldhulpverlening en de aanvullende verzekering. De heer Renkema heeft daar ook al het een en ander over gezegd en daar een motie over ingediend. Ik teken die motie heel graag mee. Ik hoop dat de minister die motie van een positief oordeel kan voorzien en dat zij ook bereid is om wet- en regelgeving te onderzoeken, zodat mensen niet direct hun aanvullende verzekeringen verliezen als ze in de schuldhulpverlening komen.

Ik heb nog één vraag en één motie. Eerst de transparantiekalender. Het was voor mij echt zoeken wie hier nu op aanspreekbaar is. Het is iets van veldpartijen, maar ze zitten toch allemaal naar elkaar te kijken. Ze vinden allemaal dat er meer indicatoren geschrapt kunnen worden, maar het gebeurt niet. De minister zou hier in tweede termijn nog op terugkomen. Wat kan er vanuit de rijksoverheid nog gebeuren om dit proces van het schrappen van overbodige en dubbele indicatoren een push te geven?

Dan de motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in de houtskoolschets is opgenomen dat burgers en openbaar bestuur geconsulteerd worden bij ingrijpende wijzigingen in het acutezorglandschap;

spreekt uit dat het wenselijk is dat burgers en openbaar bestuur een stem krijgen bij beslissingen over ingrijpende veranderingen in de breedte van het zorglandschap;

verzoekt de regering in kaart te brengen wat er mogelijk is om burgers een stem te geven in besluitvorming over wijzigingen in het regionale zorglandschap en daarbij ook de mogelijkheid van een regionale zorgraad van burgers/patiënten/cliënten te betrekken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Dik-Faber, Renkema en Veldman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 328 (31016).

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel.

De voorzitter:

U was daarmee ook aan het einde van uw inbreng. Hartelijk dank. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Dan kijk ik even in de richting van de minister. Hoeveel tijd denkt zij ongeveer nodig te hebben? Twintig minuten? Dan schors ik de vergadering tot 15.30 uur, met uw goedvinden.

De vergadering wordt van 15.09 uur tot 15.35 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik hervat de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We zijn toegekomen aan de beantwoording en het oordeel over de moties van de minister. Ik geef

haar het woord voor het antwoord op een aantal vragen en daarna het oordeel over de moties. Het is een heel pakket geworden.

Minister Van Ark:

Dank u wel, voorzitter. Als ik het goed heb geteld, heb ik nog een drietal vragen te beantwoorden. Allereerst een vraag van mevrouw Dik-Faber over de Transparantiekalender. Wie is aanspreekbaar en wat kan de overheid doen? Het is aan het veld om de indicatoren te ontwikkelen. Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Er is dus een gedeelde verantwoordelijkheid, maar ik begrijp de vraag van mevrouw Dik-Faber goed. We kunnen vanuit het ministerie nog wel het nodige doen door er vanuit het programma (Ont)Regel de Zorg nog eens goed naar te kijken. Die toezegging wil ik graag doen.

Ik ben de heer Renkema nog een termijn verschuldigd waarbinnen ik de Tweede Kamer bericht over de brede schuldenaanpak en de toegang tot de zorg voor de aanvullende verzekering. Ik zal de Kamer voor het verkiezingsreces informeren, vooral kijkend naar oplossingen gericht op de betalingsachterstanden bij de zorgverzekeraar en het herstel. Ik geef daarbij aan dat ik een meer fundamentele discussie over zorg in de aanvullende zorgverzekering aan een volgend kabinet laat. Zorgkeuzes in Kaart heeft bijvoorbeeld het een en ander in beeld gebracht over de mondzorg.

Er was nog een vraag uit de eerste termijn -- ik weet niet meer van wie -- naar de termijn waarbinnen we met de ziekenhuizen in gesprek gaan over extra ic-bedden. We hebben met de ziekenhuizen afgesproken dat we ernaar streven om binnen twee weken een conclusie aan het gesprek te verbinden. Ik wil graag nog eens herhaald hebben dat de kosten voor de ic-opschaling sowieso vergoed worden.

Dat brengt mij bij de appreciatie van de moties, allereerst die op stuk nr. 303. Dat is een spreekuitmotie. Daarom zal ik mij onthouden van een appreciatie.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 303 is aan de Kamer.

Minister Van Ark:

De motie op stuk nr. 304 ontraad ik. Die is gericht op een stelselwijziging en dat ligt buiten het mandaat van dit kabinet.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 304 is ontraden.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 305 gaat over het opvolgen van de voorkeur van het Capaciteitsorgaan. We hebben daarover van gedachten gewisseld in het debat. We volgen het zo veel mogelijk, maar er kunnen goede redenen voor zijn voor dat het niet gebeurt, bijvoorbeeld te weinig opleidingscapaciteit of te weinig geschikte kandidaten. We bezien wat nodig is. Ik ontraad de motie.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 305 is ontraden.

De heer **Van Gerven** (SP):

Kan de minister toelichten waarom zij zo veel adviezen van het Capaciteitsorgaan naast zich neerlegt? Ik noem één van de vele voorbeelden: de artsen die willen worden opgeleid tot arts voor verstandelijk gehandicapten. Dat is een groot probleem; er zijn veel zorgen. De opleidingscapaciteit is maar de helft van wat het orgaan voorstelt. We kunnen het over de specialisten en de huisartsen hebben. Dat is allemaal ver onder de maat. Geld kan niet het probleem zijn, want dat krijgen we gratis, begrijp ik. Soms geven ze zelfs geld toe als de overheid erom vraagt. Hoe kan het nou toch dat er op zo veel terreinen niet gedaan wordt wat het Capaciteitsorgaan voorstelt? We weten dat we al die mensen keihard nodig hebben, ook gezien de covidlessen.

De **voorzitter**:

Voordat ik het woord aan de minister geef, zeg ik dat ik de gelegenheid wil geven om een korte vraag te stellen naar aanleiding van een motie, maar dat moet echt kort.

Minister **Van Ark**:

Kortheidshalve wil ik verwijzen naar de brief die ik heb gestuurd. Daarin geef ik aan dat er soms weliswaar legitieme redenen zijn, maar dat dat ons niet ontslaat van de verplichting om hier actie op te ondernemen. Ik herken de voorbeelden die de heer Van Gerven noemt, maar ik ga de brief niet voorlezen.

De **voorzitter**:

Dan de motie op stuk nr. 306.

Minister **Van Ark**:

Dan de motie op stuk nr. 306. Dat is niet aan de orde. Ik heb de Kamerwens die verwoord is in deze motie, nadrukkelijk meegewogen bij het maken van een beleidsdeelneming van Intravacc. Het is met publieke randvoorwaarden op afstand gezet. Elke verwijzing naar een mogelijk toekomstscenario heb ik nadrukkelijk opengelaten. Er is geen sprake van een voornemen tot privatisering. Er is simpelweg nog geen beeld van de toekomst hiervan. Het is niet aan de orde. Ik ontraad de motie.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 306: ontraden.

Minister **Van Ark**:

Dan de motie op stuk nr. 307.

De **voorzitter**:

Er is een vraag van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Zou de minister de motie willen overnemen?

Minister **Van Ark**:

Ik heb in de brief aangegeven dat eind 2021 door een volgend kabinet een nadere afweging wordt gemaakt. Er wordt niet voorgesorteerd op een privatisering. Het wordt ook niet uitgesloten, maar er zijn vele varianten. Voor mij weegt in ieder geval heel zwaar, ook bij het besluit om er een beleidsdeelneming van te maken -- ik voel hetzelfde als de Kamer -- dat er publieke borging is, maar ik kan geen voorschot nemen op wat een volgend kabinet gaat doen.

De **voorzitter**:

Helder. Ik merk op dat een motie in een notaoverleg niet overgenomen kan worden.

Minister **Van Ark**:

Dan had ik het ook procedureel kunnen beantwoorden, voorzitter.

De **voorzitter**:

We gaan naar de motie op stuk nr. 307.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 307 ontraad ik. Ik ben het eens met de heer Van Gerven dat er zorgvuldigheid moet worden betracht en dat het nu in het proces is ingebed, maar er is niet een absoluut instemmingsrecht. Die ontraad ik dus.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 307: ontraden.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 308 ontraad ik ook. We willen -- dat heb ik vandaag ook aangegeven -- geen ongecontroleerde faillissementen, maar ik kan niet het voortbestaan van individuele organisaties garanderen. Ik heb geen enkele intentie om het scenario dat in deze motie vervat is uit te voeren, maar de principiële uitspraak is dat ik geen garanties kan geven.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 308: ontraden.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 309 is een spreekt-uitmotie.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 309: aan de Kamer.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 310 verzoekt om de houtskoolschets in te trekken. Die motie ontraad ik. Ik heb wel aangegeven dat we in goed overleg zijn met de betrokkenen -- er zijn veel mensen die heel betrokken zijn bij de organisaties -- over hoe we verder gaan en ik informeer de Kamer daarover zodra dat kan.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 310: ontraden.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 311: oordeel Kamer. Het belang van de zorg in de regio zie ik ook en het is goed om dat nogmaals onder de aandacht te brengen.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 311: oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 312 ontraad ik. Ik heb al aangegeven dat het me lastig lijkt om opnieuw een procedure te starten met betrokkenen, omdat het definitieve besluit genomen is. Ik heb wel toegezegd nog navraag te doen bij Bravis naar hoe het is gegaan. Die toezegging doe ik dus gestand, ook al ontraad ik deze motie.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 312: ontraden.

Minister **Van Ark**:

Bij de motie op stuk nr. 313 van mevrouw Bergkamp, mevrouw Dik-Faber en mevrouw Van den Berg heb ik een vraag. De motie spreekt over het stellen van eisen. Dat gaat me te ver, maar als ik voorwaarden zou kunnen formuleren met partijen samen, als dat de formulering zou zijn -- ik hoop daarmee ook recht te doen aan de geest van de discussie die we hebben gehad -- zou ik haar oordeel Kamer geven, maar dat is uiteraard aan de indieners.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Daar kunnen de indieners zich in vinden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Met die uitleg krijgt de motie op stuk nr. 313 oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

Zeker. Dank u, voorzitter.

De **voorzitter**:

Voordat we verdergaan, zie ik de heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Zou ik dan het verzoek mogen doen aan de indieners om het dictum op die manier te wijzigen, zodat we heel helder hebben wat het is? Want het zal niet voor het eerst zijn dat x tijd later een motie uit de kast getrokken wordt, waarin dan ineens weer "minimumeisen" staat. Mijn reden om niet mede-indiener van deze motie te zijn, was juist dat "minimumeisen", omdat ik vind dat er geen eisen gesteld moeten worden. Het in samenspraak komen tot een set aan voorwaarden, prima. Ik vind dat dus toch wel redelijk cruciaal, dus als dat dictum gewijzigd zou kunnen worden ...

De **voorzitter**:

Dan kijk ik nog een keer richting mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik wil wel even aangeven dat dit niet een heel grote verandering van de motie is. Ik hoor de heer Veldman nu ineens zeggen dat dat een reden was. Laat ik die nuance nu wel in dit debat aangeven: of je nu "eisen" zegt of "voorwaarden", het gaat erom dat je veel meer congruentie krijgt en dezelfde uitgangspunten, dezelfde voorwaarden, eisen, vereisten en noem het allemaal maar op. Dat even ter geruststelling van de mede-indieners. Ik kijk even links en rechts. Maar als de heer Veldman eraan hecht dat, ook voor zijn geheugen, "minimumeisen" wordt vervangen door "voorwaarden", vind ik het geen probleem om dat ene woordje te vervangen. Dat ga ik dus doen, voorzitter.

Minister **Van Ark**:

Ik ben dol op tekstexegese. Dan voeg ik toe dat voor mij het oordeel wel op "oordeel Kamer" komt door te formuleren dat we dit met partijen samen doen. Want je kan niet vanuit de overheid eenzijdig voorwaarden opleggen. Dat wil ik met partijen samen doen. Daar hangt mijn oordeel van af.

De **voorzitter**:

Dan lijkt het me goed om de indieners te verzoeken om het dictum aan te passen. Dan kunnen mensen daar een oordeel over geven, want anders gaan we daar toch een discussie over krijgen. Ik kijk in de richting van mevrouw Bergkamp. Gaat uw gang.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Er staat "met alle betrokken veldpartijen te komen", dus volgens mij kan ik de minister geruststellen. Zij hoeft het niet top-down op te leggen, maar moet met alle betrokken veldpartijen tot overeenstemming komen. Dat is de missie van de minister wat ons betreft, maar ik vind het prima om het woordje "minimumeisen" te vervangen door "voorwaarden".

De **voorzitter**:

Dan gaan we nog één keer naar de minister. Ik neem aan dat u het dictum veranderd wil hebben op deze manier.

Minister **Van Ark**:

Dan krijgt de motie oordeel Kamer.

De **voorzitter**:

Met de aanpassing zoals zojuist gedeeld in het debat, krijgt de motie op stuk nr. 313 oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 314 moet ik toch ontraden. Ik ben het geheel en al met mevrouw Bergkamp eens. De richtlijnen en standaarden moeten gewoon up-to-date zijn, maar het is wel de verantwoordelijkheid van de professionele beroepsgroepen. Het dictum zegt heel formeel "met de medische beroepsgroepen". Dat is iets waar we misschien nog uit zouden kunnen komen, maar ik worstel ook met die "twee jaar", want er zijn echt duizenden richtlijnen. Soms zal het zelfs sneller moeten dan twee jaar en soms is er geen aanleiding voor veranderingen. Er zijn zaken die we al doen, we ondersteunen dit financieel via de kwaliteitsgelden, en via het werk van de FMS, ZonMw en het programma wordt dit bijgehouden. Al met al vind ik dit een dictum dat ik niet van "oordeel Kamer" kan voorzien, dus deze motie ontraad ik.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 314: ontraden.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Volgens mij steunt de minister het doel van de motie. Dit is een vraagstuk dat er heel lang ligt en waar eerlijk gezegd weinig beweging op is. Ik vind het prima om de zin "en ten minste eens in de twee jaar" te schrappen en om dat open te laten. Het gaat de indieners erom dat de richtlijnen regelmatig geüpdatet en geactualiseerd worden. Dat is het doel. Wij vragen de minister om in gesprek te gaan met de beroepsgroepen om dit te regelen. Als ik de motie zo mag aanpassen -- ik zeg ook tegen de heer Veldman dat ik de motie zo ga aanpassen -- dan hoop ik dat minister dit juist als een steun ziet.

Minister **Van Ark**:

Ja, zeker. Ik kan en wil in gesprek gaan. Dit helpt inderdaad. Maar ik heb wel helder aangetekend dat het inderdaad een verantwoordelijkheid is van de beroepsgroepen zelf om dit te doen.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 314 krijgt met de gesuggereerde wijziging door de indiener, die overigens nog doorgevoerd zal worden, oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

Dan de motie op stuk nr. 315 van mevrouw Bergkamp en mevrouw Van den Berg. Als ik de motie zo mag lezen dat ik deze groep patiënten onder de aandacht breng van de landelijke beroepsorganisaties van huisartsen en fysiotherapeuten, dan kan ik het oordeel aan de Kamer laten. Ik zeg er overigens wel bij dat patiënten nu natuurlijk terechtkunnen bij de fysiotherapeut, maar misschien is dat nog niet overal even bekend. Onder die conditie kan ik de motie oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 315 krijgt met die uitleg en toelichting oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

Dan de motie op stuk nr. 316. Deze motie gaat over financiële drempelwaarden. Ik zou willen vragen of deze motie aangehouden kan worden. Ik ben het mevrouw Bergkamp en mevrouw Van den Berg eens dat zowel de zorgverzekeraars als de NZa en de IGJ in het vroegsignaleringssysteem nog steeds mede afhankelijk zijn van de tijdige informatieverstrekking door de zorgaanbieders. Op dit moment onderzoek ik of een wettelijke meldplicht bij de IGJ

en/of de NZa tot de mogelijkheden behoort. Ik zou dit willen betrekken bij het onderzoek naar de meldplicht, waarbij ik wel aangeef dat ik met betrekking tot financiële drempels niet alleen de vraag "hoe", maar ook de vraag "of" op tafel wil leggen. Daarom zou ik u willen vragen of u deze motie kunt aanhouden totdat ik het onderzoek naar uw Kamer stuur.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Kan de minister iets aangeven over het tijdpad?

Minister **Van Ark**:

Dit is geen kortdurend traject. Dit is dan wel een kwestie van voor het eind van het jaar.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik denk samen met de mede-indiener even na over wat we dan doen.

De **voorzitter**:

Ik zou wel even een oordeel van de minister over de motie op stuk nr. 316 willen hebben voor het geval de motie niet wordt aangehouden.

Minister **Van Ark**:

Dan ontraad ik de motie.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 316 wordt ontraden, maar bij de indieners ligt het verzoek om haar aan te houden.

Minister **Van Ark**:

Dan heb ik de motie op stuk nr. 317 van de heer Renkema over de bewindvoerder. Ik zou daarop het volgende willen aangeven: als we één ding kunnen leren uit de rapporten van Van Manen en van de OVV, dan is het wel dat partijen in gezamenlijkheid de beste oplossing moeten zoeken voor de patiënt. We hebben nu met de AWtza de positie van de interne toezichthouder versterkt. Daarmee kunnen we ook tegenwicht creëren voor de bestuurders. De IGJ heeft in het uiterste geval, als de rest van het instrumentarium geen effect heeft gehad, de bevoegdheid om een aanwijzing te geven om een bestuurder toe te voegen. Dat betekent dat ik de route om een

stille bewindvoerder aan te stellen niet meer voor me zie. Daarom zou ik deze motie willen ontraden.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 317: ontraden.

Minister **Van Ark**:

De motie op stuk nr. 318 vraagt te onderzoeken hoe wet- en regelgeving aangepast kan worden. Die motie ga ik graag bespreken met mijn collega van Sociale Zaken. Deze motie wil ik oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 318: oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

Bij de motie op stuk nr. 319 moet ik in de richting van de heer Renkema zeggen dat ik even een ommissie uit de eerste termijn goed wil maken, namelijk dat de evaluatie over het Zorginstituut nog zou komen. Die is al naar de Kamer gestuurd en staat zelfs op de agenda van het AO van volgende week. Excuus, zeg ik in de richting van de heer Renkema. Er is wel degelijk sprake van dat er gekeken is naar de evaluatie van het Zorginstituut. Daarom kan ik deze motie toch met een gerust hart oordeel Kamer geven.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 319: oordeel Kamer.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik was niet op de hoogte van het feit dat dit al op de agenda van een AO staat. Het heeft weinig zin om over deze motie te gaan stemmen, dus ik wil deze motie intrekken.

Minister **Van Ark**:

Als ik die had over kunnen nemen, had ik het gedaan, meneer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Maar dat mag niet!

De **voorzitter**:

Aangezien de motie-Renkema (31016, nr. 319) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Minister **Van Ark**:

Excuus, zeg ik nog een keer in de richting van de heer Renkema.

De motie op stuk nr. 320 van mevrouw Sazias geef ik oordeel Kamer.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 320: oordeel Kamer.

Minister **Van Ark**:

Het is belangrijk om goede pilots op te schalen.

De motie op stuk nr. 321 van mevrouw Agema is een onderdeel van de uitwerking van de houtskoolschets. Die ontraad ik, want ik wil daar niet op vooruitlopen.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 321: ontraden.

Minister **Van Ark**:

Voor de motie op stuk nr. 322 geldt hetzelfde.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 322: ontraden

Minister **Van Ark**:

Dit is dus geen inhoudelijk oordeel. Het heeft te maken met de tijdigheid. Voor de motie op stuk nr. 323 geldt hetzelfde. Ook dat is iets waarop ik terug wil komen bij de uitwerking van de houtskoolschets.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 323: ontraden. Mevrouw Agema, gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind deze appreciaties toch heel vreemd. Kijk, we bespreken de houtskoolschets hier toch ook om die een stukje verder te helpen, dus om kaders en dingen aan te geven die we als Kamer in een volgend traject, het komende traject van die houtskoolschets, wel of niet terug zouden willen zien. Dan zet de minister mij op zo'n afstand door meteen alles te ontraden. Ik heb nu geen schijn van kans meer bij coalitiepartijen die dat ontraden van de minister gewoon overnemen. Waarom bespreken we die houtskoolschets hier als we die niet kunnen laten evolueren? Snapst de minister wat ik bedoel? Kijk, u zegt dat de houtskoolschets slechts een schets is die niets te maken heeft met het echte schilderij. Maar alles moet wel blijven zoals het was. We kunnen toch tot inzichten komen en verderop komen? Dan vind ik de motivering "dit is de houtskoolschets, dus daarom ontraden" echt heel vreemd.

Minister Van Ark:

Ik heb geprobeerd aan te geven dat we het proces van de houtskoolschets, gebaseerd op veel gesprekken met mensen uit het veld, in consultatie hebben gegeven. Die consultatie heeft veel reacties opgeleverd. Die reacties worden nu geanalyseerd. Daar ga ik de Kamer van in kennis stellen en dan volgt er besluitvorming over de houtskoolschets. Het is dus niet zo dat er nu al een document voorligt van hoe het gaat worden. Ik vind het zelf te vroeg om nu al te zeggen: dit wordt het wel of dit wordt het niet. Ik heb geprobeerd te betogen dat er heel veel zorgen zijn over het sluiten van spoedeisende hulpen of het splitsen van typen zorg en dat men doet alsof dat een doel op zich zou zijn, maar dat dit niet aan de orde is. Voor mij spreekt dat uit de moties. Ik ben zeer gevoelig voor de zorgen die mevrouw Agema en anderen op tafel hebben gelegd. Die betrek ik dus ook erbij, want dit is voor mij wel een kans om het gevoel van de Kamer heel goed te horen. Maar ik vind het ontijdig om nu al een afslag te nemen in hoe ik het proces heb ingesteld en wat ik aan de Kamer heb voorgesteld. Dat zou ik de Kamer dus niet willen adviseren.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik wil niet ... We moeten natuurlijk ook een keertje een einde maken aan dit debat. Ik denk dat ik voldoende betoogd heb hoe ongelofelijk onverstandig het is om op voorhand triage te doen over mensen die je niet hebt gezien, die je niet hebt kunnen onderzoeken en waar je geen

diagnostisch onderzoek bij hebt kunnen doen. Ik heb daar levendige voorbeelden van gegeven, niet alleen vandaag, maar ook eerder. Het lijkt mij bijzonder onverstandig om dit in de lucht te houden, maar kennelijk zijn dit soort debatten toch goeddeels zinloos als we niet verder komen op deze manier.

Minister Van Ark:

Ik zou toch ... Kijk, de zorgen die mevrouw Agema heeft geuit en ook nog heeft geïllustreerd op een manier die me echt raakte, zijn zeer legitiem. Ik vind toch dat we nu alle opties open moeten houden, omdat we het veld hebben gevraagd om te reageren. Anders hadden we het veld niet hoeven vragen om te reageren. Dan hadden we hier in de politiek uitspraken kunnen doen. Dat is dus de reden van mijn appreciatie. En mevrouw Agema heeft natuurlijk het volste recht om wel een Kameruitspraak te vragen.

Voor de motie op stuk nr. 324 geldt hetzelfde.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 324: ontraden.

Minister Van Ark:

Dan de motie op stuk nr. 325. Ik heb een debat gehad met mevrouw Agema over de effectiviteit en wat het met mensen doet als je zegt: zorg is niet effectief. Ik ben het met haar eens dat we hier een stap in moeten zetten. De motie past ook in de gesprekken die ik voer met het Zorginstituut en de NZa. Als ik de motie zo zou mogen uitleggen dat ik het vraagstuk dat mevrouw Agema vandaag in het debat besprak, kan betrekken bij mijn gesprekken met het veld, met het Zorginstituut en de NZa -- ik heb daar in december in de Kamerbrief ook het een en ander over gezegd -- dan geef ik deze motie oordeel Kamer.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 325: oordeel Kamer.

Minister Van Ark:

Dan de motie op stuk nr. 326. Ik zou hierop willen reageren door te zeggen dat het allerbelangrijkste is dat je de patiëntenzorg te allen tijde kan borgen. Dat is ook een verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht. Deze motie ontraad ik dus.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 326: ontraden.

Minister Van Ark:

Dan de motie op stuk nr. 327. Ik ben het eens met mevrouw Agema. Je moet op een gegeven moment ook gewoon nog een keer kijken of het gelukt is. Hebben de verbeterpunten ook echt tot verbeteringen geleid? Ik denk dat je daar op een gegeven moment ook een keer een punt achter moet zetten en dat je door moet gaan, want er kunnen zich ook weer nieuwe problemen voordoen. Maar ik ben het met haar eens dat je het belang van de effectiviteit moet onderzoeken. Op dit moment monitoren de NZa en de IGJ dit eigenlijk continu. Zij hebben daar ook contact over met het ministerie. Ik zou dus zeggen: een extern onderzoek vind ik wat groot. Maar ik zou hier wel een onderzoek naar kunnen laten doen. Want ik ben gevoelig voor wat mevrouw Agema zegt en ik vind het ook van belang voor het vertrouwen van mensen in de lessen die we met elkaar moeten leren. Ik zal de Kamer daar aan het eind van dit jaar een bericht over sturen, zodat we met elkaar kunnen bekijken of het ook gewerkt heeft. Als ik dat zo mag opvatten, geef ik die motie oordeel Kamer.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 327: oordeel Kamer.

Minister Van Ark:

De motie op stuk nr. 328 van mevrouw Dik-Faber, de heer Renkema en de heer Veldman geef ik oordeel Kamer.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 328: oordeel Kamer.

Minister Van Ark:

Voorzitter, bij de motie van mevrouw Bergkamp en mevrouw Van de Berg op stuk nr. 316 gaf ik als termijn: eind van het jaar. Maar dat kan ook kort na het zomerreces. Als ik naar de handschriften kijk, heb ik hier allemaal mensen die graag dokter hadden willen worden. Ik kan niet alles even goed lezen. Het kan dus rond het zomerreces. Misschien helpt dat nog bij de afweging.

De voorzitter:

Dat was een toelichting bij de motie op stuk nr. 316. Ik weet niet of dat nu al een reactie vraagt; althans ... "Reactie vraagt" is een rare zin. De indieners van de motie overleggen nog even met elkaar. We zullen dus wel zien of deze motie ook de stemmingslijst staat.

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Aan de leden en de mensen thuis zou ik willen meegeven dat de stemmingen over de vandaag ingediende moties dinsdag aanstaande zullen zijn, dus dinsdag 19 januari.

Dan rest mij om te zeggen dat ik helaas geen toezeggingen kan oplezen. Het is gewoon te veel om dat in een notaoverleg accuraat bij te houden. Daarvoor verwijzen wij u dus graag naar het verslag.

Ik wil graag de minister voor Medische Zorg hartelijk dankzeggen voor haar aanwezigheid vandaag en voor de beantwoording van de vele vragen en de beoordeling van de moties. Ik zeg ook dank aan de ambtelijke ondersteuning, zowel hier als elders in dit huis of zelfs misschien op het ministerie of thuis. Hartelijk dank aan de Kamerleden. Hartelijk dank aan de mensen die dit debat gevolgd hebben.

Een aantal van u zie ik zo dadelijk bij de procedurevergadering. Die vindt plaats op digitale wijze, maar we hebben een enkel verzoek gehad om hier in de zaal te kunnen inbellen. De mensen die thuis zijn, kunnen gewoon inbellen. Om het aantal bewegingen te minimaliseren, hebben we die gelegenheid geopend. De mensen die zich voor de procedurevergadering hebben aangemeld, zie ik dus om 17.15 uur.

De overige mensen wens ik wel thuis en een fijne avond.

Sluiting 16.02 uur.