

Tweede Kamer, Ziekenhuiszorg

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 oktober 2026 overleg gevoerd met mevrouw Hermans, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 december 2023 inzake reactie op verzoek van het lid Agema gedaan tijdens de stemming van 26 oktober 2023, over het nieuwsbericht inzake concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen (31765, nr. 837);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2023 inzake eindbrief moleculaire diagnostiek (31765, nr. 838);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 21 februari 2024 inzake vervolg proces concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen (31765, nr. 841);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 7 maart 2024 inzake reactie op het rapport "Maatschappelijke acceptatie vrouwspecifieke aandoeningen" van de NVOG (31765, nr. 843);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 14 maart 2024 inzake rapporten over transformatie passende zorg medisch-specialistische bedrijven (31765, nr. 844);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 5 april 2024 inzake rapport Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg-somatisch (31016, nr. 371);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 4 juni 2024 inzake toegankelijkheid medisch-specialistische zorg (29248, nr. 341);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 18 juni 2024 inzake informatie over kwaliteit van medisch-specialistische zorg voor de patiënt (31765, nr. 858);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 19 juni 2024 inzake vervolg toekomstige organisatie interventies bij aangeboren hartafwijkingen (31765, nr. 859);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 september 2024 inzake antwoorden op vragen commissie over de rapporten over transformatie passende zorg medisch-specialistische bedrijven (Kamerstuk 31765-844) (31765, nr. 869);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 april 2025 inzake voortgang samenwerking in netwerken door spreiding en concentratie (31765, nr. 911);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2025 inzake evaluatie TOVER (33278, nr. 13);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2025 inzake Kamerbrief Meer weten, beter kiezen: op weg naar meer openbare begrijpelijke keuze-informatie voor patiënten in de medisch-specialistische zorg (31476, nr. 42);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 oktober 2025 inzake beleidsreactie op evaluatieproject TOVER (TOpzorg VERzilveren) (33278, nr. 14);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 januari 2026 inzake voortgangsrapportage programma Uitkomstgerichte Zorg 2025 (31476, nr. 43);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 februari 2026 inzake advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over prestatiedifferentiatie in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg (29689, nr. 1326);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 maart 2026 inzake de Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven: deel 2 (31765, nr. 972);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2026 inzake beleidsreactie op de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (35471, nr. 44);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2026 inzake reactie op verzoek commissie over zorgvershraling in Lelystad en de situatie rondom ziekenhuis St Jansdal (31765, nr. 988);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2026 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van Stichting Zorg Alliantie (Zuid-)Limburg om aandacht herinrichting zorgaanbod Zuyderland (31765, nr. 987).

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Mohandis

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Esmeijer

Voorzitter: Mohandis
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Claassen, Coenradie, Van Houwelingen, Keijzer, Maeijer, Mohandis, Poortman, Vervuurt, Vliegthart, Wendel en Wiersma,

en mevrouw Hermans, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.03 uur.

De **voorzitter**:

Ik heet u van harte welkom. Ik open de vergadering. U zit bij het commissiedebat met als hoofdonderwerp ziekenhuiszorg. Ik verwelkom alle Kamerleden, iedereen die hier aanwezig is en iedereen die dit debat op afstand volgt. Ik heet ook de minister van harte welkom. We hebben een eindtijd. Ik heb vanochtend in de procedurevergadering aangegeven dat we als commissie voortaan wat ruimer plannen. Dat betekent niet dat we tot 18.00 uur hoeven te debatteren. Kwaliteit is altijd beter dan kwantiteit, dus de oproep vanuit deze kant is om daar ook gewoon netjes mee om te gaan. We willen

voorkomen dat we zaaltjes uit moeten en zo, dus vandaar de ruimere planning.

Ik begreep dat de heer Van Houwelingen heeft gemaild dat hij iets later is. Ik weet niet hoe laat, maar als hij tijdens de eerste termijn komt, kan hij natuurlijk zijn inbreng doen en zo niet, dan kan dat niet. Zo werkt het. Dat wachten we gewoon af. De aanwezigen van de zijde van de Kamer zijn de heer Vervuurt van de D66-fractie, mevrouw Coenradie van JA21, de heer Claassen van de Groep Markuszower, de heer Poortman van de CDA-fractie, mevrouw Wendel van de VVD-fractie, mevrouw Vliegenthart van PRO en mevrouw Maeijer namens de PVV. We hebben vijf minuten spreektijd. De heer Vervuurt, aan u het woord.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Een ziekenhuis draait voor mensen, door mensen, van het zorgpersoneel tot het personeel in de schoonmaak en in het ziekenhuisrestaurant. Maar naast mensen zijn er ook allerlei randvoorwaarden nodig om het ziekenhuis goed te laten functioneren. ICT-systemen zijn bijvoorbeeld cruciaal. De recente cyberhack van ChipSoft liet zien wat er gebeurt als die systemen wegvallen. Medische persoonsgegevens liggen mogelijk op straat, patiëntendossiers zijn niet beschikbaar voor patiënten of voor zorgpersoneel, er kunnen geen afspraken gepland worden en de doorstroming loopt vast. De veiligheid van digitale systemen in de zorg kan letterlijk van levensbelang zijn.

Voorzitter. Dat geldt ook voor andere vormen van weerbaarheid. Onderzoek van onder andere de NRC toonde aan dat 45 van de 79 spoedposten in Nederland blank kunnen komen te staan bij ernstige piekbuien. Daarna kwam Pointer met het bericht dat veel zorgaanbieders kwetsbaar zijn, omdat de locaties waar ze zitten veel risico lopen op bosbranden. Daarom de volgende vraag aan de minister. Hoe zorgen we dat de ziekenhuiszorg weerbaar is bij een crisis, een militair conflict, een hack, een brand of een piekbui? Ziekenhuizen hebben plannen om de eerste fase van een crisis door te komen, maar wat gebeurt er als de crisis langer duurt dan één dag of enkele dagen? We weten dat de minister mede op aandringen van mijn fractie werkt aan de brede weerbaarheid van de zorg. Onder andere ziekenhuizen kijken nadrukkelijk naar het ministerie voor regie, maar welke rol ziet de minister voor zichzelf weggelegd specifiek in het aanpakken van deze kwetsbaarheden?

Voorzitter. Dan innovatie in de ziekenhuiszorg. Ik was laatst op bezoek in het Zuyderlandziekenhuis, dat de ambitie heeft om de innovatiehotspot van Nederland te worden. En ze zijn aardig op weg. Op dit moment worden in het Zuyderland 17.000 patiënten geholpen door een team van slechts 15 e-nurses, verpleegkundigen die op afstand patiënten ondersteunen na een TIA of bij COPD. Door slimme wearables en pleisters, of gewoon ouderwetse bloeddrukmeters en vragenlijsten als patiënten minder digitaal vaardig zijn, kan een veelvoud aan patiënten beter geholpen worden. Patiënten hoeven niet naar het ziekenhuis en hoeven niet een halfuur te wachten in de wachtruimte; patiënten registreren zelf hun gezondheidswaardes en geven die door. Zo hebben ze meer controle over hun eigen gezondheid en als er vragen of zorgen zijn die aandacht behoeven, belt de e-nurse terug. Dat is nou innovatie. Dat is de zorg van de toekomst.

Samen met de provincie, de gemeente, het MUMC+ ...

De **voorzitter**:

U heeft een interruptie van meneer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Is de heer Vervuurt ermee bekend dat een meerderheid van de Kamer — wij waren er niet voor — vorige week een motie heeft gesteund over de zogenaamde gluurbril, een wearable die ook in de zorg wordt gebruikt vanwege de digitale toegankelijkheid en om op afstand mensen te kunnen helpen? Die is dus binnenkort verboden, mede door steun van D66. Wat vindt meneer Vervuurt daarvan?

De **voorzitter**:

Voordat de heer Vervuurt antwoordt, wil ik even ter bevestiging zeggen: we hebben ieder vier interrupties in de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De heer **Vervuurt** (D66):

U ziet mij een beetje zoeken, omdat ik even de sprong mis van een medische wearable naar een gluurbril. Ik zou eigenlijk willen vragen aan de heer Claassen of hij die vraag wat meer kan verduidelijken.

De **voorzitter**:

Ik tel 'm niet mee. Even kort dan, want dit is ook aan de orde geweest in een andere commissie. Dat weet ik wel.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

De gluurbril is een wearable en meneer Vervuurt heeft het over een wearable. Een gluurbril, zoals die gekscherend werd genoemd, is een bril die gebruikt kan worden om op afstand contact te hebben met een patiënt of gebruikt kan worden voor andere technologieën, zodat de patiënt dingen makkelijker kan of de hulpvrager dingen makkelijker kan. Daar werd hij al voor gebruikt. Maar ja, dat is binnenkort verboden, mede mogelijk gemaakt door D66.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik reageer even op de medische kant van het verhaal. Ik denk dat we het er allemaal over eens kunnen worden dat een gluurbril geen medische wearable is en dat die dus ook niet valt onder wat ik hier heb benoemd.

Ik ga nu graag verder.

De **voorzitter**:

Gaat u verder. O, nee. De heer Poortman had ook een interruptie.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik was even benieuwd. De heer Vervuurt voert een hartstochtelijk pleidooi — misschien verbouw ik zijn woorden dan een beetje — voor de digitalisering. Waar ik zelf wat mee worstel, is wat ik dan maar de digitale verleiding noem. Digitalisering lijkt me nodig, zeker met het personeelstekort, maar de verleiding die ik zie is dat er dan aan de voorkant gedigitaliseerd wordt, waar juist dat menselijke contact ook van enorm belang is, terwijl digitalisatie volgens mij winst kan opleveren aan de achterkant van zaken. Bij allerlei processen waar mensen nodig zijn, hebben we toch de verleiding om juist dat menselijk contact te digitaliseren. Ik zou die beweging andersom willen maken.

Allereerst, deelt de heer Vervuurt de zorg dat er ook iets verloren gaat als we te veel inzetten op digitalisering? Hoe reflecteert hij daarop?

De heer **Vervuurt** (D66):

Goede vraag van de heer Poortman. Een paar dingen. In de basis ben ik het ermee eens, maar dat zit 'm denk ik met name in het vraagstuk dat we hebben dat digitalisering er niet toe moet leiden dat mensen een barrière ervaren om naar de dokter te gaan, om naar de zorgaanbieder te gaan. Menselijk contact is daar natuurlijk onderdeel van. Tegelijkertijd denk ik niet dat dat een kwestie is van of aan de voorkant of aan de achterkant. Het is veel meer en-en denk ik. Uiteindelijk moet je gewoon goede afwegingen maken waarin dat geborgd wordt. Dat vond ik zo mooi aan het Zuyderland, want daar doen ze dat. Er zijn mensen die worden gevolgd voor bijvoorbeeld COPD of na een TIA en die moeten hun bloeddruk meten. Ze kunnen mensen dan een pleister meegeven die dat dan registreert, maar dat is soms misschien ook ingewikkeld of het werkt niet altijd. Dan kunnen mensen een oude bloeddrukmeter meekrijgen waarmee ze dat zelf kunnen doen, maar ze kunnen ook aangeven bij de verpleegkundige die ze monitort: ik vind het ingewikkeld, ik vind het moeilijk, ik snap het niet, dus kun je me daarbij helpen? Op die manier hou je dan, ook al is het enigszins gedigitaliseerd, wel dat menselijke contact. Ik denk wel dat dit innovaties zijn — je moet natuurlijk altijd kritisch kijken naar de balans — die onderdeel zijn van het model waar we in de toekomst naartoe moeten.

Ik ga verder. Samen met de provincie en de gemeente, het universitair medisch centrum in de buurt, het Maastricht UMC+, de zorgverzekeraar, Philips en andere partijen werkt het Zuyderland in een verbond met als doel zorg en samenleving te verbinden. Nederland is heel goed in innoveren, maar we moeten beter worden in het slaan van de brug tussen innovatie en zorg. Hoe gaat de minister hiermee aan de slag? Welke aanknopingspunten ziet ze hiertoe naar aanleiding van bijvoorbeeld het project TOVER en welke aanbevelingen uit de evaluatie neemt ze daarin over?

Voorzitter. Het kabinet heeft de ambitie uitgesproken om in lijn met het rapport-Wennink in te zetten op biomedisch en medisch onderzoek als een van de pilaren van onze toekomstige economie, maar de rode biotechnologie gaat bij uitstek ook over zorg. Daarom moeten we het er ook of misschien zelfs wel juist in de commissie VWS over hebben. Ik vraag hoe de minister van VWS is aangeschakeld bij het ontwikkelen van de agenda voor rode biotechnologie. Wanneer krijgen wij daar als commissie meer van te zien en wat zijn de speerpunten, ook in relatie tot ziekenhuizen, waar deze minister vanuit VWS-perspectief op inzet?

Tot slot, voorzitter. Er is een brief binnengekomen van de Nederlandse Coelaikie Vereniging en het MDL Fonds over dat patiënten met coeliakie, glutenintolerantie, bij een bezoek aan het ziekenhuis vaak niet glutenvrij kunnen eten. Patiënten moeten in sommige gevallen letterlijk hun eigen glutenvrije eten meenemen. Het voorbeeld dat mij daarbij bijzonder raakte, was een patiënt die toen ze wakker werd na een operatie niet meer dan een blaadje sla kon krijgen. In Nederland. In 2026. Dat is schandalig. Het ziekenhuis moet een veilige plek zijn voor iedereen. Ik wil de minister dus graag via deze weg vragen om zich in te zetten om dit probleem op te lossen. Misschien kan ze dat verder toelichten in een kabinetsreactie.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

U bent aan het einde gekomen van uw inbreng. Er is een interruptie van mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik hoor de heer Vervuurt een warm pleidooi houden voor innovatie en digitalisering. Er was gisteren een berichtje van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen waarin stond dat ze zoeken naar versnelling van en structurele financiering voor de digitale transformatie. Zoals de heer Vervuurt weet, is er in het AZWA geld beschikbaar voor digitalisering, de doorbraakmiddelen. Er was meer, maar een deel daarvan, het stukje structurele financiering, haalt het kabinet nu weg. Ik vraag me af hoe die maatregel van het kabinet zich verhoudt tot het pleidooi dat de heer Vervuurt net hield.

De heer **Vervuurt** (D66):

De vraag of innovatie terechtkomt aan het ziekenhuisbed is primair een dialoog tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Het ministerie stelt, onder andere via het IZA en het AZWA, incidentele middelen beschikbaar om die beweging een duwtje in de rug te geven. Dat zijn bijvoorbeeld de doorbraakmiddelen, waarnaar u verwees. We hebben eerder in het commissiedebat Digitale ontwikkelingen in de zorg gezien dat het voor de Kamer een beetje ingewikkeld is om de vinger hierachter te krijgen, in de zin van: hoe gaan we dit zo goed mogelijk versnellen en hoe kunnen we hier zo goed mogelijk op doorzetten? Die vraag deel ik met u. Ik ben benieuwd hoe we dat als Kamer beter kunnen doen.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dit was niet echt een antwoord op mijn vraag. U beantwoordt mijn vraag met een verwijzing naar de doorbraakmiddelen, maar mijn vraag zag juist op het stukje structurele financiering dat ook in het AZWA zat en dat het kabinet nu weghaalt.

De heer **Vervuurt** (D66):

Een van de dingen die ik in mijn verhaal aanhaalde, was de evaluatie van het project TOVER. Dat ziet onder andere toe op de vraag: hoe kunnen ziekenhuizen innovaties structureel laten landen in hun huis? Een van de dingen die daarin wordt opgemerkt, is onder andere: waar zit de structurele bekostiging om dat te doen? Die vraag heb ik aan de minister gesteld. Ik deel de zorgen tot op zekere hoogte. Hoe regelen we een systeem waarin dat goed werkt?

De **voorzitter**:

Dan gaan we door naar de volgende spreker aan de zijde van de Kamer. Mevrouw Coenradie namens JA21, uw tijd gaat in.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Voorzitter. Iedereen is voor passende zorg: minder onnodige behandelingen, meer zorg thuis, digitaal waar dat kan en vooral de ruimte en tijd om tegen een patiënt te zeggen: misschien is niet behandelen hier wel de beste keuze.

Dit gaat echter wringen als je een systeem hebt dat daar niet op is ingericht. Neem het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. Daar hebben ze de ic-expertise juist naar de gewone verpleegafdelingen gebracht. Intensivisten gingen al eerder meekijken, de

verpleegkundigen worden beter toegerust en patiënten die vroeger op de ic terechtkwamen, kunnen nu soms gewoon op de afdeling blijven. Het aantal ic-dagen ging fors omlaag. Dat is goed voor de patiënt en voor het personeel. Dat is juist dé innovatie waar we in deze Kamer altijd om vragen. Alleen, minder ic-opnames betekenen in het huidige systeem ook minder inkomsten. Bij het Zuyderland zien we iets vergelijkbaars. Daar worden duizenden patiënten thuis begeleid en gemonitord. Maar ook daar is het leveren van zorg thuis financieel onaantrekkelijk voor ziekenhuizen.

Ik lees in de brief van de minister dat voorlopers beloond moeten worden en dat achterblijvers moeten meedoen. Dat klinkt natuurlijk mooi, maar even heel concreet: waaruit blijkt dat dan? We zien in de praktijk dat een ziekenhuis eerst alle lof krijgt voor een innovatieve aanpak, maar dat het vervolgens zelf mag gaan uitzoeken hoe die structureel betaald moet worden. Het ziekenhuis kijkt naar de verzekeraar, de verzekeraar wijst naar het huidige systeem en VWS zegt vervolgens dat zij niet over de contractering gaat en zeker ook niet in die positie wil treden. Tja, zo houden we elkaar natuurlijk eindeloos bezig. Mijn vraag is: wanneer gaat de minister de bekostiging binnen het stelsel nu echt laten aansluiten bij de beweging richting passende zorg, die we allemaal zo graag willen?

Voorzitter. Ik kom op concentratie en spreiding. JA21 heeft vaker gezegd dat concentratie natuurlijk verstandig is als dat aantoonbaar nodig is voor de kwaliteit van hoogcomplexere zorg, maar ons bekruipt het gevoel dat concentratie een doel op zich begint te worden. De minister schrijft in haar brieven dat landelijke normen voor spreiding niet mogelijk zijn gebleken, terwijl concentratie via volumennormen als we spreken voortdendert. Kan de minister bevestigen dat de spreiding gewoon achterblijft? Hoe borgt de minister volgens haar die balans?

De minister schrijft ook dat de lessen uit tranche één worden meegenomen in tranche twee. Voordat we vrolijk doorgaan naar tranche twee wil ik eerst weten wat tranche één daadwerkelijk heeft opgeleverd. Heeft de concentratie van zorg geleid tot aantoonbare kwaliteitsverbeteringen? Welke negatieve effecten zijn tegelijkertijd zichtbaar geworden, bijvoorbeeld voor toegankelijkheid, continuïteit en samenhang van zorg? Daarom vraag ik de minister: is de eerste tranche inmiddels geëvalueerd? Als die evaluatie er is, kan de minister die dan zo spoedig mogelijk de Kamer toesturen? Zo nee, wanneer gaat de minister deze evaluatie dan uitvoeren en wanneer kan de Kamer deze in haar postvakje verwachten?

Voorzitter. Dit speelt al veel langer. In 2019 nam de Kamer de motie-Van den Berg over het verplaatsen van niet-complexe zorg uit umc's naar algemene ziekenhuizen aan. Daar kwam een NZa-monitor voor, maar na de metingen rond 2020 werd het stil. Waar blijft de actuele monitor? Kan de minister deze als de wiedeweerga de Kamer toesturen? Hoeveel reguliere zorg is sindsdien daadwerkelijk gespreid? Het mag echt niet zo zijn dat we met harde normen zorg uit regionale ziekenhuizen halen en vervolgens maar hopen dat er dan vanzelf iets voor terugkomt. Dat gaat gewoon mis. Mijn vraag aan de minister: hoe voorkomt zij dat regionale ziekenhuizen hierdoor verder aan cruciale expertise en capaciteit gaan verliezen?

Voorzitter. Tot slot de planbare zorg. Ook daar zit een vreemde vermenging in het systeem. Een zelfstandige kliniek kan zich volledig richten op bijvoorbeeld orthopedie of oogheelkunde. Een algemeen ziekenhuis moet daarnaast ook acute zorg, zorg voor

complexe patiënten, een ic en allerlei andere voorzieningen overeind houden. Ziekenhuizen geven aan dat daardoor kruissubsidiëring ontstaat. Op de ene behandeling wordt winstmarge gemaakt om elders een noodzakelijke functie te kunnen betalen. Probeer dit systeem nou eens uit te leggen aan een leek. Is dat nou een logisch systeem?

Wat JA21 betreft, moeten we veel beter inzichtelijk maken wat die verschillende functies werkelijk kosten. Betaal noodzakelijke beschikbaarheid eerlijk, houd rekening met complexe patiënten, en zorg daarna voor een zo gelijk mogelijk speelveld voor planbare zorg. Dan kunnen ziekenhuizen en zelfstandige klinieken elkaar eerlijk beconcurreren op waar het uiteindelijk om draait: kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid voor de patiënt. Kan de minister toezeggen dat zij dit expliciet meeneemt bij de verdere hervorming van de ziekenhuisbekostiging?

Het gelijke speelveld gaat ook over personeel. Zelfstandige klinieken kunnen personeel aantrekken met vooral dagdiensten, terwijl ziekenhuizen juist mensen nodig hebben om noodzakelijke zorg 24/7 overeind te houden. Hoe voorkomt de minister dat personeel hierdoor wegtrekt uit juist díé functies die permanent beschikbaar moeten zijn?

Voorzitter, tot slot. Zolang een ziekenhuis financieel beter af is met een extra behandeling dan met het voorkomen daarvan, hoeven we ons niet te verbazen dat passende zorg zo moeizaam van de grond komt. Zolang concentratie een verplichting is en spreiding een gesprek, hoeven we ons ook niet af te vragen waarom die balans eigenlijk helemaal geen balans is. Genoeg werk aan de winkel voor deze minister dus.

Tot zover.

De voorzitter:

Dank u zeer. De volgende spreker is de heer Claassen van Groep Markuszower.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ja, en de volgende bijdrage is mede mogelijk gemaakt door mijn beleidsmedewerker Keano, mijzelf en Claude. De vriendelijke groeten aan de Groene Amsterdammer, alvast.

Voorzitter. Een brandweerkazerne betaal je niet per brand; je betaalt de kazerne omdat ze er klaarstaan. Toch betalen we de spoedeisende hulp alsof elke patiënt een factuur is en elke rustige nacht een verliespost. Vanaf 2027 krijgt elke SEH een budget van 4,6 miljoen euro. Dat klinkt goed, totdat je de kleine letters leest. Het ziekenhuis betaalt het zelf, via lagere tarieven. Linkerbroekzak, rechterbroekzak. De SEH-artsen zeggen: er wordt alleen binnen het ziekenhuis met geld geschoven. De verschuiving náár streekziekenhuizen, waar mijn aangenomen motie eerder om vroeg, is uitgesteld vanwege risico voor de budgettaire neutrale invoering. Ik vertaal dat als: het streekziekenhuis moet wachten totdat de rekensommetjes kloppen.

De NZa gaat onderzoeken of acute zorgfuncties die niet de volledige functie van een klassieke SEH vervullen, een eigen budget kunnen krijgen. Zo wordt een instrument dat SEH's moest redden de bekostigingsroute voor de hap-plus. Dat is een brandweerkazerne met een emmer. In 2016 waren 89 SEH's dag en nacht open, nu zijn dat er 76 en dat worden er alleen maar minder. Het kabinet schrijft dat het niet kan

garanderen dat iedere bestaande SEH in de huidige vorm blijft bestaan. Kijk bijvoorbeeld naar het ziekenhuis in Heerlen: het gekozen scenario heette "maximaal beschikbaar". Voor Parkstad betekent "maximaal beschikbaar" dat complexe spoedzorg, ic en acute verloskunde vanaf 2030 — dat wordt waarschijnlijk 2031 — 20 kilometer verderop is. Het kabinet vindt dat het proces ordentelijk is doorlopen. Voor de vrouw die om 03.00 uur 's nachts weeën krijgt, is "ordentelijk" niet het eerste woord.

De Engelse schrijver Chesterton zei het al: haal geen hek weg voordat je weet waarom het er staat. Haal geen hek weg voordat je weet waarom het er staat. Dat zeg ik nu twee keer, zie ik. Ik vraag de minister dan ook ... Ja, nogmaals, ik zeg: mede mogelijk gemaakt door mijzelf, Keano die daar op de tribune zit, en Claude, met de groeten aan de Groene Amsterdammer. Waar was ik gebleven?

Ja, ik vraag de minister om drie toezeggingen. Eén. Geld voor afgeschaalde spoedposten komt er alleen bij en vervangt nooit een volwaardige SEH. Twee. Het SEH-budget weegt vanaf 2028 mee hoe ver, hoe oud en hoe kwetsbaar een regio is. Drie. Geen SEH wordt afgeschaald voordat het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorgketen er ligt: uiterlijk 11 december.

Voorzitter. Waar we wel meer productie willen, krijgen we minder. In 2025 lag de helft van de gemeten poliwachttijden boven de Treeknorm. We meten met een norm uit begin jaren 2000, de meetlat uit het Nokiatijdperk. Kent u het nog? En zelfs die halen we niet. Tegelijkertijd valt 69% van het ziekenhuisgeld onder een omzetplafond. Raakt een ziekenhuis in november dat plafond, dan wacht de patiënt niet meer op een chirurg maar op 1 januari. Ik vraag de minister dat aandeel in deze kabinetsperiode te halveren en wie te lang wacht buiten het plafond te houden.

Dan kom ik bij uitkomstgerichte zorg. Sinds 2018 zien we 33 uitkomstensets, 3 in invoering en bewust geen cijfermatige voortgang. Het enige streefgetal in de laatste voortgangsbrief is de hoop op 500 deelnemers aan een congres en 73% van de ziekenhuizen weet niet welke bedragen hun eigen vakgroepen ontvangen. Wie niet meet, bestuurt blind. Laat het ziekenhuis verdienen aan de hartpatiënt die thuis stabiel blijft en niet aan zijn opname.

Het LUMC verpleegde zondag een ebolapatiënt. Petje af, maar een isolatiekamer is maar een reddingsboot. Die koop je niet pas als het schip zinkt. In mei vroeg ik om formeel aangewezen behandelcentra. Het antwoord was: het wordt verder uitgewerkt. Er werd geen datum gegeven. De financiële gevolgen van de beslisnota: geen. Ik vraag de minister die centra voor 1 januari 2027 aan te wijzen met vast geld. Betaal de zorg voor wat ze moet kunnen en niet alleen voor wat ze vandaag declareert.

Ik heb nog een kleine toegift. Mag dat nog, voorzitter? Hoeveel tijd heb ik nog?

Tot slot. Dit kabinet moderniseert de brandweer door kazernes af te schalen en de buurt een emmer te geven. Wij kiezen anders: betaal per behandeling waar we meer zorg willen. Betaal voor paraatheid voor wat altijd klaar moet staan. Beloon het ziekenhuis dat de hartpatiënt thuis stabiel houdt. Een staat zonder middelen tot verandering mist de middelen tot behoud. Verander dus de bekostiging en behoud de zorg in de regio. Wie in Heerlen woont, of op een soortgelijke plek in Nederland, betaalt net zo goed premie als wie in de vrijstaat Amsterdam woont. Haal het hek dus niet weg, koop de reddingsboot

voor de storm en betaal de brandweerkazerne juist in de nacht dat het niet brandt.

Dat was hem.

De voorzitter:

U zat nog binnen de tijd, want u had vijf minuten. De volgende spreker van de zijde van de Kamer is de heer Poortman namens het CDA.

De heer Poortman (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Het zou interessant zijn om mensen te vragen waar ze het eerst aan denken als ze aan "zorg" denken. Ik kan me voorstellen dat het ervan afhangt aan wie je dat vraagt en in welke levensfase iemand zich bevindt, maar ik acht de kans ook groot dat het antwoord voor veel mensen, en ook voor onszelf "het ziekenhuis" is.

Het ziekenhuis is het symbool van ons medisch kunnen en ook een symbool van hoop voor mensen die met ziekte kampen. Maar het is ook een instituut dat onder druk staat door personeelstekort en werkdruk, door soms lange wachttijden, door om verschillende redenen afnemende toegankelijkheid, maar ook door financiële kwetsbaarheid en beleidsonzekerheid. Kortom, het ziekenhuis vraagt onze aandacht en verdient onze zorg.

In haar brief van 2 oktober geeft de minister aan dat de opgave van concentratie en spreiding niet alleen betrekking heeft op afzonderlijke behandelingen, maar ook moet worden gezien in de bredere context van de inrichting van het regionale zorglandschap. Dat is iets wat het CDA onderschrijft, maar in dat licht wil ik de minister vragen hoe het bijvoorbeeld staat met de plannen voor goede geboortezorg in Heerlen. Daar wordt het ziekenhuis opnieuw ingedeeld, maar het belang van geboortezorg is er immens. Dat is iets waar het CDA met onder meer de SP zich hard voor heeft gemaakt in het verleden. Juist op een plek met veel kwetsbare gezinnen is het van groot belang dat kinderen een goede start krijgen. Ik ben ook benieuwd naar de visie ...

De voorzitter:

Laten we er niet doorheen praten. De heer Poortman, het is geen interruptie. Gaat u gewoon door met uw betoog. De heer Markuszower mag alleen wat zeggen als hij interrumpeert.

De heer Poortman (CDA):

Dat vind ik ook.

De voorzitter:

Zeï ik Markuszower? Ik moet meneer Claassen zeggen van Groep Markuszower, uiteraard.

De heer Poortman (CDA):

Stond de tijd wel stil? Oké. In het verlengde daarvan ben ik ook benieuwd naar de visie van de minister op de plek van zelfstandige behandelcentra in het regionale zorglandschap. Mijn vraag is op welke wijze deze behandelcentra worden meegenomen in de gesprekken en afspraken over de inrichting van het regionale zorglandschap. Ik vraag dit onder meer omdat in het coalitieakkoord is afgesproken dat er een gelijk spelveld tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra wordt gecreëerd. Ik hoor

dan ook graag hoe er concreet opvolging aan deze afspraak wordt gegeven en of de minister bijvoorbeeld ook een rol ziet voor de zelfstandige behandelcentra in reguliere weekend- en nachtdiensten.

Een andere pijler voor het verbeteren van de zorg is wat het CDA betreft betere kwaliteitsregistratie, met daarbij nadrukkelijk de kanttekening dat we niet méér, maar gerichter moeten en willen gaan registreren. Deelt de minister dat de uitkomsten van registraties moeten bijdragen aan betere patiëntenuitkomsten, beter toezicht, verbetering van de beroepspraktijk en doelmatige zorginkoop? Zo ja, dan ben ik benieuwd wat de voornemens van de minister zijn op dit punt. Dat vraag ik ook in het licht van de afspraak uit het coalitieakkoord om strengere eisen te stellen aan de kwaliteit en totstandkoming van de beroepsrichtlijnen.

Tot slot de mensen die de zorg in ziekenhuizen mogelijk maken. In het coalitieakkoord is de afspraak gemaakt dat er in zorgopleidingen meer aandacht komt voor werken buiten het ziekenhuis. Zorg is meer dan het ziekenhuis. Denk aan de eerstelijnszorg, de wijkverpleging, de ouderenzorg en het sociaal domein. Ook het overstappen tussen zorgdomeinen moet makkelijker worden. Mijn vraag is welke concrete stappen er zijn gezet in het curriculum, de stage- en opleidingsplekken en de bekostiging, welke belemmeringen, zoals verschillen in cao's en erkenning van ervaring, er worden weggenomen en wanneer de Kamer informatie over de voortgang daarop kan verwachten.

Tot slot. Dit is de tweede keer "tot slot", maar dit is echt tot slot; wees gerust. Het ziekenhuis staat symbool — daar begon ik al mee — voor waartoe de zorg in staat is: hoogkwalitatieve zorg, mensen helpen beter te worden en mensen opnieuw toekomst geven. Maar zorg begint niet in het ziekenhuis; dat staat ook in het coalitieakkoord. Zorg is ook meer dan een ziekenhuis; ik zei dat net al. Zorg is iets van mensen onderling en geven we allereerst samen vorm. Misschien heeft iedereen toch wel een beetje een emmertje in de hand. Gezond leven is daarom iets anders dan in de nabijheid van een ziekenhuis leven. Gezond leven gaat over een gezonde omgeving, aandacht voor elkaar, gezond eten, bewegen, groen om je heen. In al ons spreken over de zorg zullen we dat voor ogen moeten houden. Dat is echter niet in tegenspraak met het koesteren van onze goede ziekenhuiszorg. Het CDA is trots op onze zorg, op onze ziekenhuizen en op al die mensen die dag en nacht klaarstaan om hun medemens van de best mogelijke zorg te voorzien.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Eerst is er een interruptie van mevrouw Keijzer en dan van mevrouw Vliegenthart.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Ik hoorde een warm pleidooi voor onze ziekenhuiszorg, maar ook een pleidooi voor zelfstandige behandelcentra; althans, zo heb ik het beluisterd. Ziet de CDA-fractie dat dat uiteindelijk de betaalbaarheid van ziekenzorg uitholt? Ik snap trouwens zeer dat je daarheen wil, want in de gewone ziekenhuizen heb je wachtlijsten.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik zie het niet als een pleidooi voor behandelcentra. Ik zie het meer als een gegeven dat ze onderdeel uitmaken van het zorglandschap. Ik denk dat we moeten voorkomen dat het een krenten-uit-de-pap-constructie wordt, waarbij de ziekenhuizen alleen met de complexe zorg en dure infrastructuur zitten, en de behandelcentra de krenten uit de pap vissen en zich onttrekken aan wat zorg ook is, namelijk weekenddiensten, nachtdiensten en crisisdiensten, en daar totaal geen onderdeel van uitmaken. Ik houd dus geen pleidooi voor meer zorg naar behandelcentra. Nu ze er zijn, zou ik ze echter ook willen betrekken in de inrichting van het regionale zorglandschap. We kunnen ze even niet ontkennen op dit punt, volgens mij.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Ze halen de krenten al uit de pap. Dat is op dit moment al gaande. Hoe ziet de fractie van het CDA daar een oplossing voor? Is een regionale lumpsumbekostiging van ziekenhuiszorg een oplossing? Als dat het niet is, wat dan wel?

De heer **Poortman** (CDA):

Zo concreet zijn mijn gedachten op dat punt niet. Mijn vraag is nu hoe we ze kunnen betrekken bij alle zorg die geleverd moet worden, ook bij zorg die nu onder druk staat, bijvoorbeeld weekenddiensten en nachtdiensten. Eigenlijk is het een open vraag: kunnen we regionale zorgcentra daarbij betrekken of richten ze zich alleen op de planbare zorg? Dat laatste zou volgens mij een tekortkoming zijn.

De **voorzitter**:

Mevrouw Keijzer, u was later, maar we hebben vier interrupties.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Ja, vier interrupties. Dan is dit mijn derde. Dank u wel, voorzitter.

Toch zul je hier een oplossing voor moeten hebben, want ze halen de krenten al uit de pap. In het huidige zorgstelsel kun je ze niet dwingen om die solidariteit op te richten. Hoe gaat de CDA-fractie dit dan doen? Alleen maar constateren dat het een probleem is, zonder een begin van een oplossing daarvoor te geven, vind ik het CDA onwaardig. Ik verwacht van het CDA dat het dan ook nadenkt over hoe je dat gaat doen. In het huidige stelsel los je dit namelijk niet op. Met lief vragen doe je dat ook niet. Welke instrumenten ziet het CDA dan om dit een halt toe te roepen en ervoor te zorgen dat het anders gaat? Als daar geen oplossingen voor bedacht zijn, blijven het alleen maar mooie woorden en gaan we verder met elkaar de afgrond in.

De heer **Poortman** (CDA):

Dat zijn grote woorden. Daarbij heb ik ook vertrouwen in het lief vragen aan deze minister. Ik wil niet zonder meer zeggen dat dat geen waarde zou hebben in dit verband. Ik moet eerlijk zeggen dat mijn gedachten op dit punt niet zo concreet zijn als mevrouw Keijzer misschien zou willen. Ik heb natuurlijk wel nagedacht over het begin van een oplossing. Daar komt mijn vraag uit voort over hoe we ze op een andere manier bij de zorg kunnen betrekken. Dat is dus niet helemaal vrijblijvend.

Mevrouw **Vliegenthart** (PRO):

Ik ben blij om te horen dat het CDA de geboortezorg in Heerlen nog steeds heel erg belangrijk vindt. Ik wil ook heel graag weten hoe het CDA de ideale situatie ziet rondom de geboortezorg in Heerlen? Waar wil het CDA heen?

De heer **Poortman** (CDA):

In de motie van de heer Krul ... Die van de heer Claassen heb ik niet helemaal scherp, dus hij moet me maar aanvullen als ik daarvan elementen over het hoofd zie. Er wordt bijvoorbeeld de mogelijkheid van een geboortehotel verkend. Dat lijkt me een richting. Er blijft iets van een polikliniek bestaan, maar daar is blijkbaar geen ruimte voor geboortezorg. Van mij zou het ook daarbinnen kunnen passen, maar ik vind dat dat aan het ziekenhuis is. Dat daarbuiten ook wordt gekeken hoe we het kunnen inrichten, bijvoorbeeld via een kraamhotel, zou voor mij een richting zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Vliegenthart. Dan komen we bij de heer Van Houwelingen met een interruptie richting het CDA.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

We hebben heel veel gedebatteerd over het Zuyderland ziekenhuis en de geboortezorg. Keer op keer krijgen we dan van de minister te horen: ik ga er niet over en de Kamer dus ook niet, het ligt bij het bestuur van het ziekenhuis. Dit soort discussies zijn mooi, we laten zien dat we van goede wil zijn, maar moeten we niet eerst zorgen dat er een stelsel komt waarin in laatste instantie in ieder geval de regering en de Kamer er nog over kunnen gaan? Daar moeten we natuurlijk terughoudend mee omgaan. Maar dat is mijn vraag. Want op dit moment heeft het voor mij geen zin om deze debatten te voeren, want wij gaan er niet over. Dat krijgen we keer op keer te horen.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik zou in dit debat niet het stelsel ter discussie willen stellen. Ik begrijp de vraag van de heer Van Houwelingen wel. De vraag is misschien: als het niet binnen het ziekenhuis of de polikliniek kan, zijn er dan andere oplossingen die we met elkaar kunnen verkennen om de geboortezorg daar toch op peil te houden en toegankelijk te houden? Dat zou natuurlijk ook buiten de polikliniek kunnen. Daar zouden middelen voor beschikbaar kunnen worden gesteld. Dat ligt niet alleen bij het ziekenhuis.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ook minister Agema is er ontzettend mee bezig geweest. Ik vermoed, en dat mag ik hopen, dat alle opties op tafel zijn gekomen. Wat we steeds te horen hebben gekregen is: sorry, het kan niet, personeelstekorten, het ziekenhuis geeft aan het niet te kunnen en niet te willen, en "ik ga er verder niet over". Dat is toch wat we keer op keer te horen hebben gekregen. Dan is er een onderliggend probleem dat we zouden moeten aanpakken. Ik snap dat het niet makkelijk is, maar dan moeten we ervoor zorgen dat in laatste instantie de Kamer en de regering hier nog wel iets over kunnen zeggen en van kunnen vinden. Denk aan een soort doorzettingsmacht. Nu heeft het geen zin om erover te debatteren.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik zou daar niet voor zijn, zeg ik hardop denkend. Ik vind dat ziekenhuizen het waarschijnlijk vaak heel goed zelf kunnen. Wij lossen hier met een ander besluit ook niet het personeelstekort op. Er blijven altijd problemen die onoverkomelijk zijn en waar vooral in de regio zelf en met het ziekenhuis oplossingen voor moeten worden gezocht. Ik zou hier dus niet een soort doorzettingsmacht willen inregelen op dat punt.

De **voorzitter**:

U was aan het einde gekomen van uw inbreng, waarvoor dank. Dan gaan we naar de volgende spreker. Dat is mevrouw Wendel namens de VVD.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Dank, voorzitter. Hoe oud je ook bent, hoe gezond je ook bent en waar je ook woont: als je ziek bent, wil je dat er zorg beschikbaar is voor jezelf of voor je dierbaren. De VVD vindt dan ook dat je erop moet kunnen vertrouwen dat de zorg die je krijgt van voldoende kwaliteit is. Dat is nu het geval. Nederland heeft zorg van fantastische kwaliteit. Ik vind dat wij als Kamerleden met elkaar aan de lat staan om te zorgen dat het in de toekomst zo blijft. Dat kan zeker, maar we staan voor grote uitdagingen, zoals het personeelstekort. Dan moeten we wel vooruitkijken en keuzes maken. Het is daarom ook goed dat er via het IZA en AZWA samen met het veld wordt toegewerkt naar een toekomstbestendig zorgsysteem. Zo zorgen we ervoor dat ook onze kinderen en kleinkinderen goede zorg kunnen krijgen wanneer ze die nodig hebben.

De VVD vindt dat eenvoudige ziekenhuisingrepen zo veel mogelijk dicht bij huis moeten plaatsvinden. Als behandeling in een regionaal ziekenhuis kan, heeft dat uiteraard onze voorkeur, maar we moeten wel realistisch zijn. Door het personeelstekort dat steeds groter zal worden, zal het in de toekomst niet altijd mogelijk zijn. Daarom is het goed dat we de complexe zorg gaan concentreren, zodat artsen zich meer kunnen specialiseren en de kwaliteit van zorg constant beter wordt. De VVD ziet dat IZA-regio's actief aan de slag zijn en stappen zetten. Maar uiteindelijk komen we op een punt dat partijen over hun eigen schaduw heen moeten stappen, dat partijen het belang van hun eigen organisatie opzij moeten zetten voor het collectief. Ik wil de minister vragen hoe zij deze partijen ondersteunt. Hoe zorgt de minister ervoor dat partijen deze stap daadwerkelijk kunnen zetten en dat ze tegelijkertijd hun bedrijfsvoering overeind kunnen houden? Deelt de minister de zienswijze van de VVD dat de Wet op bijzondere medische verrichtingen moet worden aangescherpt om meer handvatten te krijgen om concentratie en spreiding af te dwingen en, zo ja, hoe ziet zij dit voor zich?

Daarnaast wil ik de minister vragen wat de stand van zaken is van shared care. Shared care houdt in dat de behandeling van de patiënt plaatsvindt door een samenwerking tussen een gespecialiseerd hoofdcentrum en een ziekenhuis of zorginstelling dicht bij huis. Door shared care kunnen patiënten de beste zorg krijgen in een specialistisch ziekenhuis en kunnen ze tegelijkertijd de overige zorg op een plek dicht bij huis krijgen. Denk bijvoorbeeld aan controle en nazorg dicht bij huis na een complexe operatie. Ik wil de minister vragen of shared care nu overal in Nederland de norm is en, zo niet, wat ze gaat doen om ervoor te zorgen dat dit wel zo gaat zijn. Wat is haar tijdpad?

Voorzitter. Mijn tweede punt is wachtlijstbemiddeling. De VVD pleit al jaren voor proactieve wachtlijstbemiddeling. Mijn voorganger, Judith Tielen, heeft hier bij maar liefst drie ministers om gevraagd. We zijn dan ook heel blij dat deze minister nu geregeld heeft dat de wachtlijstbemiddeling eindelijk is gestart. Ik wil de minister vragen of de zorgverzekeraars voldoende informatie hebben om goed te kunnen bemiddelen. Zijn alle ziekenhuizen nu transparant over hun wachtlijsten en, zo niet, wat gaat de minister dan doen om ervoor te zorgen dat ze die transparantie wel gaan bieden?

Hetzelfde geldt voor de kwaliteit. We praten al lang over het feit dat ziekenhuizen transparant moeten zijn over de kwaliteit. Patiënten hebben simpelweg recht op feiten

en cijfers over de kwaliteit, zodat ze een weloverwogen keuze kunnen maken in waar ze hun behandeling willen ondergaan. Dit is een cruciaal onderdeel van ons zorgsysteem, dat mijns inziens tot op heden nog niet is waargemaakt. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat ziekenhuizen ook transparant gaan zijn over de kwaliteit?

Voorzitter. Ik kom op mijn laatste punt: agressie in de zorg. Agressie is een van de veel voorkomende redenen waarom zorgpersoneel stopt in de zorg. Zorgverleners zorgen iedere dag met hart en ziel voor mensen die zorg nodig hebben en krijgen als dank te vaak te maken met agressie. Bijna alle ziekenhuizen trainen hun personeel in het omgaan met agressie. Ziekenhuizen nemen ook andere maatregelen, bijvoorbeeld extra beveiliging, geen achternaam meer op de naamplaatjes van zorgverleners en voorlichtingscampagnes. Sommige ziekenhuizen hebben zelfs zorgbegeleiders die kunnen ingrijpen bij grensoverschrijdend gedrag. Sommige ziekenhuizen hanteren inmiddels een zwarte lijst. Als iemand na een stopgesprek of een waarschuwing nog een keer agressief is, kan hij een ziekenhuisverbod krijgen. Alleen, ziekenhuizen mogen de namen van deze agressievelingen onderling niet delen. Zo krijgen zorgverleners in een ander ziekenhuis weer met dezelfde agressieveling te maken. De VVD wil een algemene zwarte lijst voor bezoekers van zorginstellingen. Zorginstellingen moeten deze namen met elkaar kunnen delen wanneer zij dit willen. Kan de minister toezeggen dat zij dit gaat regelen?

Dank u wel.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Mevrouw Wendel sprak over de concentratie en spreiding van hoogcomplexen laagvolumezorg en laagcomplexen hoogvolumezorg. Volgens mij had mevrouw Coenradie het daar ook kort over in haar bijdrage. Dat lijkt een beetje lastig te worden. Ziekenhuizen die bepaalde zorg krijgen, moeten andere zorg overhevelen naar een ander ziekenhuis. Specialisten zijn niet geneigd om dat te doen omdat dat ervoor zorgt dat ze ook bepaalde inkomsten kwijtraken. Volgens mij leidt de tweede tranche en alles wat daarna komt een fiasco te worden. Wat moet de minister volgens mevrouw Wendel doen richting de ziekenhuizen en maatschappen die weigeren om een deel van de zorg af te staan aan een ander regionaal ziekenhuis?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Meneer Claassen en ik spraken elkaar vanmorgen ook in een procedurevergadering. Toen hield hij een vurig pleidooi: we moeten vaker praten over waar we naartoe moeten in plaats van steeds op de vierkante millimeter kijken wat er niet goed gaat en hoe we dat moeten aanpakken. Ik heb meneer Claassen beloofd dat het mijn insteek is om in ieder zorgdebat te kijken welke stappen we moeten zetten om ervoor te zorgen dat we de kwaliteit van ons zorgsysteem, die nu fantastisch is, ook in 2040 of 2060 behouden, ondanks de uitdagingen. Dat is ook de reden waarom ik vandaag een pleidooi over concentratie en spreiding heb gehouden, omdat ik geloof dat dat noodzakelijk is om ervoor te zorgen dat we de kwaliteit in de toekomst zo goed houden. De uitdagingen waar we nu mee kampen, onderken ik volledig. Dat is ook de reden waarom ik de minister daar vragen over stel. We moeten kijken hoe we daar doorheen kunnen en hoe we ervoor kunnen zorgen dat de organisaties samen naar het collectief gaan kijken, zodat de zorg ook van goede kwaliteit is voor onze kinderen en kleinkinderen in 2040 en 2060.

De **voorzitter**:

U heeft er nog twee. Die ene heb ik niet meegeteld.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Dat is aardig, voorzitter. Het is zeker waar dat we ook naar voren moeten kijken. Het was een besloten vergadering, maar daar wil ik best over uit de school klappen. Ik zei dat het en-en is. We moeten kijken naar het nu, maar we moeten ook veel meer naar de voorkant kijken. Maar goed, dat even terzijde.

Het punt dat ik wilde maken, is dat we te maken hebben met maatschappen die die concentratiespreiding, terecht of onterecht, helemaal niet willen. Ik kom weer bij het punt van de collega van Forum. Als we zeggen "wat moet de minister doen?", dan horen we: daar gaan de ziekenhuizen zelf over. Hoe komen we uit die impasse? Ik deel het beeld deels met mevrouw Wendel. Het zijn mooie verhalen, maar het moet wel gebeuren. Dit lijkt echt een heel groot probleem te worden.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Dit is natuurlijk exact waar ik de minister op bevraagd heb. Ik heb de minister gevraagd hoe we ervoor zorgen dat die organisaties, met al hun goede wil ... Ik geloof er echt in dat de ziekenhuizen en zorginstellingen met elkaar willen toewerken naar een toekomstbestendig zorglandschap en dat zij zeker bereid zijn om over hun eigen schaduw heen te stappen wanneer dat nodig is. Dat is precies de reden waarom ik de minister heb gevraagd: wat gaan we doen om ervoor te zorgen dat ze dat kunnen doen? Ik denk dat daar de crux zit. Het idee is er en we zetten goede stappen, maar we moeten er wel voor zorgen dat we deze helling over komen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik bedenk me zojuist: misschien kan ik het in dit debat vragen. Mevrouw Wendel weet al wat ik wil gaan vragen. Ik heb de VVD al een paar keer geprobeerd te vragen waarom ze tegen onze motie heeft gestemd over privaat gefinancierde zorg. Denk aan preventieve zorg, bijvoorbeeld een bodyscan. Dat kan vaak niet in Nederland. Daar moet je voor naar het buitenland. Dat vindt vaak in klinieken plaats. We hebben het nu over de zorg en over zorgklinieken, dus misschien kan ik die vraag in dit debat stellen. Zo nee, in welk debat zou dat dan wel kunnen?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik kan de heer Van Houwelingen niet verwijten dat hij niet standvastig is. We hebben nu een debat met de minister die erover gaat en dit onderwerp raakt eraan, dus ik denk dat dit het moment is waarop ik uw vraag ga beantwoorden, zeg ik via de voorzitter tegen meneer Van Houwelingen. De reden waarom wij daar geen voorstander van zijn, is omdat het ontzettend veel extra zorgkosten oplevert. Soms wordt er iets aangetroffen, maar je weet niet zeker of dat echt iets is en of het klopt. Toch gaat zo iemand dan het zorgsysteem in en dat levert heel veel onnodige zorgkosten op.

De **voorzitter**:

Dit is tevens uw laatste vraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ja, mijn laatste vraag. Dat vind ik toch een beetje vreemd, want dit gaat over preventieve zorg. De gedachte bij preventieve zorg is altijd dat die meer kosten

voorkomt. Als je er snel bij bent, bijvoorbeeld bij een kankerdiagnose, voorkom je juist heel veel kosten. In sommige landen liggen de leeftijdsgrenzen voor het bevolkingsonderzoek daarom ook veel lager. Ik begrijp dit antwoord niet. Misschien kan mevrouw Wendel het wat verder toelichten, want dit bespaart juist kosten. Dat is een van de redenen waarom wij ervoor zijn.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Meneer Van Houwelingen refereert aan het bevolkingsonderzoek. Ik denk dat het heel erg goed is dat dat plaatsvindt. Dat is heel erg belangrijk. Ik zou daar overigens graag nog wat langer over willen uitweiden, maar ik zal de verleiding weerstaan. Van dat onderzoek is bewezen dat het een goede meerwaarde heeft en dat het inderdaad kan zorgen voor vroegere diagnostiek. Op die manier kunnen we mensen vroegtijdig behandelen. Maar hetgeen waar de heer Van Houwelingen voor pleit, is echt een ander soort onderzoek. Dat levert heel veel extra zorgkosten op. Dat is de reden waarom wij daar kritischer naar kijken.

De **voorzitter**:

Heel goed. Ik check nog even bij mevrouw Wendel of we aan het einde zijn gekomen van haar inbreng. Ja? Dank daarvoor. De volgende spreker is mevrouw Vliegenthart namens de fractie van PRO.

Mevrouw **Vliegenthart** (PRO):

Voorzitter. In juni kwam in het nieuws dat een baby uit Haarlem op de vluchtstrook werd geboren omdat het ziekenhuis te laat kwam. De vrouw wilde in het ziekenhuis bevallen, maar toen de bevalling begon, bleek er geen plek beschikbaar. Na anderhalf uur rondbellen, was er uiteindelijk plek in Den Haag, ruim een uur verderop. Gelukkig werd er een gezonde baby geboren, maar dat mag niet verhullen dat we te maken hebben met een systeem dat piept en kraakt. Dit verhaal is immers geen uitzondering.

Al jaren is er een groot probleem met de capaciteit van met name specialistische verpleegkundigen op verloskamers, waardoor ziekenhuizen bevallingen moeten weigeren. In sommige regio's worden verloskundigen zelfs meer dan de helft van de tijd geweigerd. Ik citeer de verloskundige uit deze casus: "Het is schrijnend dat zwangeren soms geen plek hebben om te bevallen in hun eigen regio. Een bevalling vraagt om rust, veiligheid en vertrouwen. Als je een vrouw tijdens haar bevalling moet vertellen dat ze niet terecht kan in het ziekenhuis en je vervolgens meer dan een uur moet reizen, levert dat situaties op die we niet moeten willen." Ook vanuit de Kamer wordt hier al jaren aandacht voor gevraagd. Er kwamen allerlei oplossingen voorbij, maar de problemen zijn niet afgenomen. Integendeel.

In de recente brief van deze minister over de stand van zaken in de geboortezorg werd er met geen woord gerept over deze capaciteitsproblemen. Dit baart mij zorgen. Ik vraag mij af of de minister nog steeds de prioriteit legt bij het oplossen van dit probleem. De beroepsvereniging voor verloskundigen pleit ervoor dat goed in kaart wordt gebracht waardoor die verminderde toegankelijkheid precies ontstaat, zodat het probleem bij de oorzaak aangepakt kan worden. Is de minister bereid om dit in kaart te brengen?

Natuurlijk ben ik heel blij dat de minister investeert in verloskundige samenwerkingsverbanden, maar het blijft onduidelijk wat er op dit moment concreet wordt gedaan om de zogenaamde bevalstops in ziekenhuizen te verminderen. Wat doet

de minister precies om te investeren in het opleiden en behouden van zorgprofessionals in de geboortezorg, zoals de vereniging van gynaecologen bepleitte? Welke concrete doelen stelt de minister om te meten of die inzet daadwerkelijk effectief is?

Voorzitter. Dit brengt mij bij het Zuyderlandziekenhuis in Heerlen, waar de sluiting van de acute verloskunde per 2030 definitief lijkt te zijn. In dezelfde maand dat dit nieuws naar buiten kwam, bleek opnieuw uit schrikbarend onderzoek dat baby's in Heerlen-Noord een veel hoger risico hebben op sterfte, vroeggeboorte en complicaties. En afstand tot een ziekenhuis betekent niet voor iedereen hetzelfde. Voor iemand met een auto, geld voor brandstof, een partner die kan rijden en een sociaal netwerk is een ziekenhuis 20 minuten of 30 minuten verderop iets heel anders dan voor een zwangere vrouw die geen auto heeft en geen geld voor vervoer, die geen oppas kan regelen of die afhankelijk is van het openbaar vervoer. Verloskundigen uit Heerlen hebben al gewaarschuwd. Zij zien dat vrouwen soms zorg mijden vanwege geldgebrek of omdat een sociaal netwerk ontbreekt.

De NZa waarschuwt zelfs dat de toegankelijkheid van de geboortezorg onder druk staat en noemt specifiek het belang van het voorkomen van zorgmijding. Mij vraag is dan ook of de minister alsnog bereid is om in kaart te brengen wat de mogelijke maatschappelijke gevolgen zijn en wat ervoor nodig is om iedere zwangere vrouw uit de regio Heerlen, ongeacht haar inkomen, vervoersmogelijkheden of sociale situatie, de juiste geboortezorg te garanderen. Ik heb het nu specifiek over Heerlen, maar dit probleem speelt op allerlei plekken.

Voorzitter. Het is ontzettend belangrijk om in te zetten op het behoud van zorgprofessionals. Dat brengt mij op vrouwengezondheid en de impact hiervan op de werkvloer. Maar liefst 80% van de vrouwelijke werknemers ervaart soms of regelmatig hormoongerelateerde gezondheidsklachten. Dat heeft grote invloed op verzuim, juist ook bij de vele vrouwelijke zorgmedewerkers die er zijn. Gynaecologische spreekuren voor zorgmedewerkers in ziekenhuizen verdienen daarom veel meer aandacht. Wie met hevige menstruatiepijn of overgangsklachten een dienst probeert door te komen, heeft passende zorg nodig, ook de vrouwen die die zorg elke dag aan anderen geven. Daarom diende ik voor de zomer een motie in waarin werd verzocht om een plan van aanpak te maken zodat landelijke succesvolle initiatieven zoals de spreekuren bij Amsterdam UMC landelijk uitgerold kunnen worden en toegankelijk gemaakt kunnen worden voor ziekenhuismedewerkers. Deze motie is aangenomen. Voor PRO is dat een heel belangrijke stap: klachten serieus nemen, uitval voorkomen en vrouwen voor de zorg behouden.

Het succes van deze poli blijkt nu ook uit de harde cijfers. Als alle werkende vrouwen in Nederland eerder passende zorg zouden krijgen, kan dat meer dan 3 miljard en ruim 190.000 fte aan arbeidscapaciteit opleveren. De minister nam dit rapport vorige week in ontvangst. Daarom de volgende vragen. Hoe staat het met de uitvoering van onze aangenomen motie? Welke ziekenhuizen en zorgverleners zijn inmiddels betrokken? Welke organisatorische en financiële belemmeringen moeten er worden weggenomen? Wat is er nodig om deze ondersteuning structureel beschikbaar te maken ook financieel? Is de minister bereid om daarin te investeren?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank. Laatste interruptie, mevrouw Keijzer.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Interessante inbreng. In deze inbreng zit eigenlijk het spiegelbeeld van de inbreng van het CDA, namelijk: hoe voorkom je dat de concentratie en de centralisatie, en de zeggenschap van zorgverzekeraars en ziekenhuisbesturen uiteindelijk de zorg ontmantelen? Wat zijn de oplossingen van de fractie van PRO daarvoor? Denkt PRO bijvoorbeeld ook na over de regionale lumpsumfinanciering of over andere ingrepen in het huidige stelsel? Dat is namelijk wel noodzakelijk willen we hier wat aan doen. Ik ben zeer geïnteresseerd.

Mevrouw **Vliegenthart** (PRO):

Zeker. Ik ben het helemaal eens met mevrouw Keijzer. Mijn collega de heer Bushoff, die normaal deze portefeuille doet, heeft hier een hele hoop voorstellen voor gedaan. Wij hebben ook moties ondersteund om te kijken naar de financiering van de acute zorg juist in de regio. Wij hebben daar veel voorstellen voor gedaan. Ik had het in mijn inbreng over dat spreekuur en hoe we ervoor zorgen dat we zorgprofessionals behouden, in de regio's maar ook breder in al die ziekenhuizen. Als we ze behouden, houden we weliswaar enorme uitdagingen — laat dat duidelijk zijn; dat ziet de fractie van PRO ook — maar levert dat wel 190.000 fte aan arbeidscapaciteit op. Die kunnen we ook in de regio's inzetten, zodat we hopelijk dit nog verder voorkomen, los van alle andere punten die mevrouw Keijzer benoemt.

De **voorzitter**:

Er wordt ook nog weleens gesproken over populatiebesteding. Ik vind het een goede discussie, maar dat terzijde. Ik kijk even naar de volgende spreker. Dat is mevrouw Maeijer namens de PVV.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Voorzitter, dank. Wie ziek is, moet erop kunnen vertrouwen dat de nodige zorg toegankelijk is. Het moet daarbij niet uitmaken of je in Groningen woont of in Zuid-Holland. Toegankelijke zorg betekent ook zorg in de nabijheid. De regionale ziekenhuizen zijn daarom van levensbelang. Voor het kabinet lijkt passende zorg het toverwoord. Die moet de norm worden, niet alleen als het gaat over welke zorg een patiënt krijgt, maar ook over waar die zorg wordt geleverd en of die tijdig beschikbaar is. Maar wie bepaalt nou wanneer die zorg passend is en waar die passend geleverd kan worden? De minister wil meer overheidsregie op de verdeling van zorg. Concentratie lijkt een doel op zich te worden. Wat is haar boodschap aan al die mensen voor wie de toegankelijkheid van zorg hierdoor in het geding komt?

Terecht vraagt SeniorenNetwerk Nederland specifiek aandacht voor de gevolgen voor ouderen met een kwetsbare gezondheid die afhankelijk zijn van mantelzorg, of van doelgroepenvervoer. Nu ervaren veel patiënten, bijvoorbeeld dialysepatiënten, al het ongemak van lange reistijden naar hun behandeling. Gisteravond laat ontvingen wij opnieuw een brief van de Ziekenhuisalliantie over het Zuyderlandziekenhuis in Heerlen. Zij vragen wederom aandacht voor de maatschappelijke gevolgen en de invloed op de gezondheid van de verplaatsing van zorg. Graag een reactie hierop.

Voorzitter. Het Spaarne Gasthuis maakte bekend de acute en klinische 24 uurszorg in

Haarlem Zuid te willen concentreren. Volgens dit voorgenomen besluit verdwijnen de SEH, de intensive care en de verpleegafdelingen uit Hoofddorp. Wat betekent dit voor reistijden, omliggende ziekenhuizen en ambulancecapaciteit en wat betekent dit voor de inwoners?

Voorzitter. Voor spreiding en concentratie verwijst de minister naar overleg in de regio, maar wie heeft binnen het ROAZ, het Regionaal Overleg Acute Zorg, nou eigenlijk het laatste woord? Hoe voorkomt de minister dat vooral de umc's en zorgverzekeraars bepalen welke zorg er straks blijft? Hoe worden kleinere ziekenhuizen, professionals, patiënten en gemeenten betrokken? Kan een regio zelf besluiten om een SEH 's nachts te sluiten? Wordt er eerst gekeken hoe een ziekenhuis aan de kwaliteitseisen kan voldoen voordat sluiting als oplossing wordt gezien?

Voorzitter. De minister spreekt niet over een groeipad, maar over een ontwikkelroute voor de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH's. Is het haar doel om niet meer alle SEH's te laten meeprofiteren?

Voorzitter. Voor iemand die met pijn op een wachtlijst staat, telt hoe snel diegene wordt geholpen. Wachttijden hebben een enorme impact. In het AZWA zijn afspraken gemaakt over proactieve zorgbemiddeling. Dit geldt nu alleen nog voor het eerste consult bij de medisch specialist. Hoe gaat de minister het terugdringen van de wachtlijsten nog steviger oppakken? Zet zij daarbij ook in op meer transparantie en het eenduidig weergeven ervan, zodat patiënten niet meer in het duister tasten?

Ook op het gebied van kwaliteit is meer transparantie nodig. Volgens mij sprak mijn collega daar ook al over. Volgens Zorgverzekeraars Nederland is voor maar circa 12% van de ziektelast keuze-informatie voor patiënten beschikbaar, terwijl de afspraak 50% is. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de informatie op korte termijn wél beschikbaar komt voor patiënten?

Voorzitter. Begin dit jaar verscheen het bericht in de media dat er steeds vaker vervuilde en verwaarloosde ouderen worden opgenomen in ziekenhuizen. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie gaf toen aan dit beeld terug te zien in het hele land. Uit hun telling onder alle ziekenhuizen in Nederland met een afdeling voor ouderen blijkt dat een op de vier patiënten op zo'n afdeling daar medisch gezien niet thuishoort. In januari liep dit aantal zelfs op naar een op de drie. Niet alleen is dit natuurlijk heel schrijnend, maar ook de doorstroom stokt, omdat ze vaak niet terug kunnen naar huis, maar er elders ook geen plek is. Hoe gaat de minister dit oplossen?

Voorzitter. Tot slot palliatieve zorg. Ook in het ziekenhuis moet tijdig worden besproken wat een patiënt nog wil en wat een behandeling kan opleveren en van iemand vraagt. Hoe zorgt de minister dat zorgverleners hiervoor voldoende tijd en deskundigheid hebben en ook de juiste vervolgstappen kunnen zetten, met aandacht voor kwaliteit van leven en begeleiding van de naasten?

Dank u wel.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik heb een vraag, die bij me opkwam toen mevrouw Maeijer zei dat concentratie van zorg een doel op zich lijkt. Misschien trek ik het wat uit z'n verband, maar daar kan zij

dan op reageren. Ik zie echter ook een beweging — de minister schrijft dat ook in haar brief — dat complexe zorg wordt geconcentreerd waar dat voor de kwaliteit nodig is. Dat is soms vanwege personeelstekort of beschikbaarheid van apparatuur of voorzieningen nodig. Maar er is toch ook een beweging "om zorg te spreiden en die dichtbij te organiseren waar dat kan en om het zorgaanbod in de regio te laten aansluiten op de huidige en toekomstige zorgvraag". Daarmee citeer ik uit de brief. Volgens mij wordt die beweging ook serieus ingezet. Ik ben benieuwd hoe mevrouw Maeijer daarop reflecteert en welke beweging zij anders als alternatief voor zich ziet.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Volgens mij heb ik mijn reflectie net al in mijn spreektekst proberen te geven. Als ik de brief lees, en ook de eerdere artikelen die verschenen voor de zomer, bekruipt mij in ieder geval het vermoeden dat de minister toch wel afstapt van het kleinere ziekenhuis of het streekziekenhuis als uitgangspunt van ons ziekenhuislandschap. Daarom sprak ik hier de stelling uit — daarbij citeerde u mij op zich correct — dat concentratie daarmee ook wel een doel op zich lijkt te worden.

De heer **Poortman** (CDA):

Maar concentratie van een specifieke vorm van zorg, die nodig kan zijn om kwaliteit te waarborgen, is natuurlijk wat anders dan het spreiden van zorg als zodanig. Er zijn meer vormen van zorg, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, die wel degelijk regionaal en kleinschalig zijn. Volgens mij blijft de focus ook zo. Ik weet niet of het dan helemaal recht doet om te zeggen dat ziekenhuiszorg als zodanig onderwerp is van concentratie, even los van de positie van de streekziekenhuizen.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dat is dan de opvatting van de heer Poortman. Ik sprak mijn tekst uit zoals ik die zojuist heb uitgesproken, namelijk dat concentratie een doel op zich lijkt te worden. Als de minister dat anders ziet, hoor ik dat natuurlijk graag.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik ben, net als mevrouw Maeijer, natuurlijk heel erg nieuwsgierig naar het antwoord van de minister op die vraag. Ik denk persoonlijk dat concentratie geen doel op zich is, maar dat we wel voor uitdagingen staan waarvoor concentratie een oplossing kan zijn. Hoe ziet mevrouw Maeijer dat?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

We staan zeker voor uitdagingen, maar mijn zorg zit er echt in dat die concentratie nu een doel op zich lijkt te worden en dat daarmee de positie van de kleinere ziekenhuizen/streekziekenhuizen echt een volledig ondergesneeuwd belang krijgt.

De heer **Vervuurt** (D66):

Duidelijk. Tegelijkertijd hebben we natuurlijk het Zuyderlandziekenhuis. Dat is al meerdere keren in het debat genoemd. Daar wordt heel acuut gesproken over de uitdaging waar het ziekenhuis voor staat, bijvoorbeeld ten aanzien van personeel. Zij gaan dan concentreren, met natuurlijk allerlei maatschappelijke gevolgen van dien. Maar het probleem is het personeelstekort. Ik kan me voorstellen dat het overal openhouden van allerlei streekziekenhuizen een uitdaging is in het leveren van kwalitatief goede zorg. Deelt mevrouw Maeijer die uitdaging? Heeft ze dan ook een idee hoe je dit anders kan oplossen dan door het ziekenhuislandschap opnieuw te organiseren?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik denk dat er, zoals de heer Vervuurt weet, heel veel uitdagingen zijn in de zorg, waaronder het personeelstekort. Maar volgens mij heeft ook hij gisteren wederom een brief ontvangen van de Zuyderlandalliantie, die opnieuw haar enorme zorgen uitspreekt over de maatschappelijke gevolgen die dit besluit voor de inwoners van deze regio heeft. Mijn fractie heeft het al vaker gedaan, maar ik spreek hier opnieuw mijn zorg uit over dit besluit en over wat dit specifiek voor hen betekent. Ik herhaal mezelf dan een beetje, maar als ik de brief en de eerdere artikelen zo lees, denk ik echt dat we een beetje aan het afstappen zijn van het kleinere dan wel het streekziekenhuis als uitgangspunt in onze ziekenhuiszorg en — misschien vindt u dat geen prettig frame — dat daarmee die concentratie echt een doel op zich lijkt te worden. Ik zie ook dat er uitdagingen zijn, maar volgens mij is dit niet de oplossing.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we door naar de volgende spreker. Dat is mevrouw Keijzer namens de Groep Keijzer.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Dank, voorzitter. Vijf minuten of vier? Vijf, hoor ik. Riant.

Voorzitter. Enige tijd geleden presenteerde het kabinet-Jetten het coalitieakkoord Aan de slag. We kennen het inmiddels allemaal. Zo las ik ook dat het kabinet aan de slag gaat met een meer sturende rol voor de overheid op het zorglandschap van de toekomst, met regie op spreiding en concentratie. Ik heb er net al naar gevraagd. Hoewel het in eerste instantie misschien lekker klinkt, bekwam mij toch al snel het gevoel dat dit een haakje voor de minister is om het fuseren en het concentreren in ons ziekenhuislandschap voort te zetten en verder door te voeren.

Juist over die fusies heb ik grote zorgen. De afgelopen 50 jaar hebben er veel fusies plaatsgevonden tussen ziekenhuizen. Dit heeft ervoor gezorgd dat het aantal ziekenhuisorganisaties sterk is afgenomen. Gelukkig gaan de laatste decennia minder ziekenhuizen over tot fusie. De Autoriteit Consument & Markt is ook kritischer, omdat de prijzen na een fusie lijken te stijgen terwijl de kwaliteit van zorg niet aantoonbaar beter wordt.

Maar hoe komt een ziekenhuis eigenlijk terecht in zo'n fusie? Ons zorgstelsel zou namelijk moeten draaien om samenwerking en gezonde concurrentie. Ik denk dat het terug te brengen is naar de volgende oorzaak. Om te beginnen hebben we vaak te maken met een groeiende overhead. Uit een onderzoek van Berenschot in '23 blijkt dat overhead goed is voor zo'n 18% van de totale kosten. Wat zijn de huidige cijfers, vraag ik aan de minister. Hoeveel management- en overheadpersoneel is er op dit moment in percentages? Dit gaat natuurlijk niet over hoeveel tijd een verpleegkundige bezig is met registreren, want ik weet dat dat nog erger is.

Daarnaast vraag ik mij af wat de minister vindt van het huidige dbc-systeem. Zou zij voorstander zijn van het overstappen op een regionale lumpsumfinanciering — ik heb daar net al een aantal collega's iets over gevraagd — waardoor er wellicht minder administratie nodig is en samenwerking wordt gestimuleerd in plaats van concurrentie?

Verder heb ik ook mijn zorgen geuit over het feit dat ziekenhuisbestuurders zelden uit eigen gelederen komen. Zorgvisie meldde vorig jaar dat in totaal nog geen 4% van de bestuurders in de Nederlandse ziekenhuizen uit de eigen gelederen afkomstig is, met als gevolg dat bestuurders op een plek komen die wel een bestuurdersstoel is, maar niet een medische. Daardoor ontstaan vaak lange inwerktijden en on vervulde wensen van de medische staf, die wel gewoon zorg verleent. Wat zijn de huidige cijfers? Hoeveel ziekenhuisbestuurders komen op dit moment uit de eigen gelederen?

De voorzitter:

U heeft een interruptie, mevrouw Keijzer, van mevrouw Wiersma.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Mevrouw Keijzer had het zojuist in een aantal interrupties over regionale lumpsumbekostiging. Op zich is die een heel sympathiek idee. Ik zou mevrouw Keijzer wel willen vragen wat voor ideeën zij hierbij heeft, omdat ik bij invoering hiervan ook een risico zie voor de minder dichtbevolkte gebieden. Hoe kunnen we voorkomen dat juist dit nadelig uitpakt voor de gebieden waarin de zorg per inwoner iets meer kost om de voorzieningen overeind te houden, zoals in Friesland, Groningen en Drenthe?

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Dat is een terechte vraag. Vaak zijn we in Nederland geneigd om een systeem in te richten gedacht vanuit de Randstad, omdat de meeste mensen die op ministeries werken in de Randstad wonen. Dat is een slecht idee, precies om de reden die mevrouw Wiersma aangeeft. In andere delen van Nederland wonen immers minder mensen en rijden er minder treinen en bussen. Je moet dan ook goed nadenken hoe je in de parameters van zo'n systeem daar ook aandacht aan besteedt.

De voorzitter:

Gaat u door.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Ik ga door. Ik zet weer even de timer aan.

Dan de gemeenschap rond een ziekenhuis. Uit een analyse uit 2019 komt naar voren dat gemeenschappen in Engeland veel doen om hun ziekenhuizen te ondersteunen. Zo kwam naar voren dat vrijwilligers bijdragen aan ziekenhuisgebruik en dat patiënten- en mantelzorgervaring het moreel van het personeel hooghouden. Ook het gemeenschapsleven wordt zo hooggehouden. Hier liggen wat mij betreft nog veel kansen voor Nederland. In hoeverre worden gemeenschappen betrokken bij ziekenhuizen? Doen we dat in Nederland ook? Waar kan dat nog beter?

Voorzitter, ik sluit af. We moeten toe naar een ziekenhuissysteem waarin saamhorigheid, ziekenhuizen en overheid hand in hand gaan, waarin niet door de overheid wordt toegewerkt naar centralisatie maar naar samenwerken, waarin ziekenhuisbestuurders van de vloer komen, waarin de overheid wordt teruggedrongen en waarin ziekenhuizen een plek zijn waarin de gemeenschap tot haar recht komt. Bij de invoering van dit systeem heeft marktwerking goed werk gedaan, waardoor er gewerkt is aan het goedkoper maken van de prijs van een behandeling op zichzelf, waardoor kwaliteit ook echt iets werd waarop je kon concurreren. Maar naar mijn mening zijn de voordelen daarvan inmiddels bereikt en zijn we inmiddels in een situatie terechtgekomen

waarin marktwerking grote nadelen tot gevolg heeft. Het systeem zoals het nu is vormgegeven betekent dat ook in elk gesprek dat je daarover voert met politiek verantwoordelijken het antwoord is: ja, maar daar gaan wij niet over. Dat terwijl de zorg die mensen krijgen wanneer ze ziek worden, de zorg die mensen nodig hebben, bij uitstek een politiek onderwerp is. Het wordt de hoogste tijd dat wij ons daar weer mee kunnen gaan bemoeien.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is een interruptie van mevrouw Wendel van de VVD.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Mevrouw Keijzer bevraagt de minister op het aantal zorgbestuurders die van de vloer komen. Daarbij kijk ik even naar de minister, want ik hoop eerlijk gezegd dat ze dat antwoord helemaal niet heeft. Ik hoop dat de ambtelijke organisatie van VWS zich bezighoudt met het beter maken van de zorg in plaats van met het besturen van die zorginstellingen. Mijn vraag aan mevrouw Keijzer is wat ze hier precies mee wil bereiken. Het signaal dat ze afgeeft, begrijp ik natuurlijk. Het is belangrijk dat bestuurders begrijpen wat zich afspeelt op de vloer. Ziet mevrouw Keijzer dan een situatie voor zich waarin de minister gaat sturen op wat voor zorgbestuurders in die instellingen zitten? Of is mevrouw Keijzer het met mij eens dat zorginstellingen toch zelf wel gaan over wie hun bestuurders zijn?

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

In de vraag van mevrouw Wendel springt zij een keer of drie van het ene paard op het andere paard. Zijn zorgbestuurders van de vloer belangrijk voor goede zorg? Ja, zegt zij aan de ene kant. Aan de andere kant vindt ze dat de politiek zich daar niet mee moet bemoeien. Vervolgens zegt ze dat ze hoopt dat ambtenaren niet bezig zijn met waar bestuurders in ziekenhuizen vandaan komen, maar bezig zijn met goede zorg. Dat is gek. Want als je in de ene zin zegt dat het goed is dat bestuurders weten wat er op de vloer speelt en dat ze daar verbinding mee hebben, zeg je eigenlijk automatisch dat ambtenaren op het ministerie zich daar ook mee bezig zouden moeten gaan houden. Ik ben dus zeer geïnteresseerd in dit cijfer.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

De VVD is niet van mening dat alles wat in de zorg geregeld wordt, door het ministerie gedaan moet worden. Ik ben niet van mening dat het ministerie van VWS zou moeten gaan over de vacatures bij zorginstellingen. Ik ben van mening dat we er vertrouwen in moeten hebben dat die zorginstellingen juist weten wat goed is voor de zorg. Wat ik mevrouw Keijzer hier hoor zeggen, is eigenlijk dat de minister straks misschien in de sollicitatiecommissie moet gaan zitten om zorgbestuurders aan te stellen. Dat lijkt mij toch niet de bedoeling.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Nee, dat laatste is niet de bedoeling. Dus geen zorgen, zeg ik via de voorzitter richting de minister. Maar we hebben wel een probleem in dit land. We hebben allerlei sectoren zo ongelofelijk op afstand gezet. De burger betaalt er wel voor, maar heeft geen zeggenschap meer over hoe dat geld besteed wordt. Ja, ik weet het: er zijn cliëntenraden, er zijn doelgroepencontacten en weet ik wat er allemaal is. Maar de

politiek kan niet meer daadwerkelijk sturen op het systeem, terwijl zorg fundamenteel is wanneer je ziek wordt.

We moeten echt weer toe naar een situatie waarin we er wel weer over gaan. Nu gaat het over efficiëntie, parameters en weet ik het allemaal, terwijl je zo langzamerhand toch met elkaar moet vaststellen dat de piek van kwaliteit en kostenbesparing bereikt is en we inmiddels in een zorglandschap terecht aan het komen zijn waarin het verder op afstand komt, onpersoonlijker wordt en meer gaat over de vraag of je goed scoort in een tabel dan om de vraag of je een beetje op tijd terecht kan in een ziekenhuis als je ziek bent of zorg nodig hebt. En daar zou het over moeten gaan.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik vind het wel echt belangrijk om dan even op te komen voor zorgbestuurders, want wat mevrouw Keijzer van het systeem vindt, is wat mij betreft een andere discussie. Wat ik zie bij ieder werkbezoek dat ik week in, week uit doe, is zorgbestuurders die met alles wat ze in zich hebben proberen om zo goed mogelijk zorg te regelen voor mensen die dat zo hard nodig hebben. Dat hier wegzetten alsof ze ... Nou ja, goed, ik kan me daar niet in vinden. Het voelt voor mij persoonlijk als een motie van wantrouwen richting zorgbestuurders. Ik heb er echt vertrouwen in dat die zich dag in, dag uit hard inzetten om, ondanks de grote uitdagingen waar wij voor staan, zorg te leveren voor patiënten.

De **voorzitter**:

Daar zat geen vraag in, maar mevrouw Keijzer mag reageren, natuurlijk.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Het is zo makkelijk om nu te zeggen: de VVD komt blijkbaar op voor de zorgbestuurders; ik kom op voor goede, bereikbare en betaalbare zorg. Maar dat zou al te simpel zijn. Dit is geen motie van wantrouwen. Dit is wel een van de factoren die een rol spelen in de zorg. Ik stel gewoon de vraag hoeveel mensen die een ziekenhuis besturen afkomstig zijn van de werkvloer.

De **voorzitter**:

Punt gemaakt. De laatste interruptie van de heer Poortman.

De heer **Poortman** (CDA):

Het is mijn laatste, interruptie, toch? Mevrouw Keijzer heeft mij drie van haar interrupties gegund en dan vind ik het mooi om mijn laatste interruptie aan mevrouw Keijzer te besteden. Ik heb een verduidelijkende vraag. U had het over de regionale lumpsumbekostiging. U bracht dat in de interrupties richting mij in verband met de zelfstandige behandelcentra. Mijn vraag zou zijn: wat betekent zo'n regionale lumpsumbekostiging voor de verhouding tussen ziekenhuizen en regionale behandelcentra volgens u?

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

De interruptie aan het CDA was naar aanleiding van de inbreng waarin het ging over die zelfstandige behandelcentra en dat dat een goede zaak zou zijn. Dat is het inmiddels, want in heel veel ziekenhuizen kom je op een hele lange wachtlijst terecht. De enige kans om een beetje vlot geholpen te worden, is in die zelfstandige behandelcentra, terwijl we allemaal weten dat daar de krenten uit de pap gehaald worden. Dat heeft gewoon te maken met de manier waarop het systeem nu in elkaar zit. Die marktwerking

maakt het aantrekkelijk om zo'n behandelcentrum te beginnen. Mensen willen daar graag werken, want dan hebben ze geen weekend- en avonddiensten. Als je naar een andere bekostiging toe gaat, kun je bekijken hoe je daarin combinaties kunt maken. Dat is waar we volgens mij naartoe moeten. In dit soort debatten wordt heel vaak gezegd: het personeel is niet meer aanwezig. Maar dat heeft volgens mij ook te maken met ons fiscale stelsel, waarin het op een gegeven moment niet meer loont om meer dan drie dagen te gaan werken. Dat is een discussie in een andere commissie. Daar moeten we het trouwens ook met elkaar over hebben, want dit land is gewoon volledig vastgelopen. Het moet en kan anders.

De voorzitter:

Oké. Dan zijn we echt aan het einde gekomen van de inbreng van het lid Keijzer. We gaan door naar de volgende inbreng. Die is van de heer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank u, voorzitter. Vijf onderwerpen in vijf minuten. Ook wij maken ons trouwens heel veel zorgen over die concentratie in de zorg. We zijn ook tegen die schaalvergroting. Dat heb ik al vaak opgemerkt.

Ik wil toch even terugkomen op de kinderhartchirurgiecentra. Daar hebben we natuurlijk heel veel debatten met elkaar over gevoerd. Veelzeggend is trouwens, denk ik, dat het bij de rechtbank gesneuveld is. We hebben toen in dat debat al opgemerkt richting minister Kuipers: het klopt niet wat u zegt, want als je kijkt naar die onderliggende artikelen, dan is het helemaal niet zo dat er per se veel meer volume moet worden gedraaid. Dat heeft de auteur van het artikel in die rechtbank ook nog een keer gezegd. Dus toen zei de rechter "dit is echt te zot voor woorden" en is dat niet doorgegaan. Dat is best wel een blamage.

Wat ik hierover wil vragen, is het volgende. Ik begrijp dat er dit najaar een evaluatie komt. Er is nu een samenwerkingsverband opgericht. Wordt dat nog naar de Kamer gestuurd? Kan de minister daar misschien alvast wat over zeggen? Is dit nu definitief van de baan? Het is net The Terminator: zoiets stopt niet. Ik ben bang dat de discussie op een gegeven moment weer aangezwengeld wordt en ze weer gaan beginnen over het samenvoegen van de kinderhartchirurgiecentra. Dus is het nu definitief van de baan?

Over het tweede onderwerp is ook al wat gezegd door anderen: de zelfstandige behandelcentra. Ik begrijp dat die minder wachtlijsten hebben en dat die capaciteit over hebben. Daar wordt blijkbaar niet altijd naar doorverwezen door zorgverzekeraars en ziekenhuizen, terwijl die wel de capaciteit hebben en er bij de ziekenhuizen vaak lange wachtlijsten zijn. Is de minister daarmee bekend? Klopt dat? Dan nog twee specifieke vragen. Een van die vragen is net al gesteld, dus die herhaal ik niet. Hoe zorgt de minister voor goed en actueel inzicht in de wachttijden en vervolgens in de beschikbare capaciteit bij zelfstandige klinieken? De tweede vraag: hoe wordt geborgd dat klinieken bij beschikbare capaciteit tijdig worden gecontacteerd en ingezet bij de zorginkoop? Het is natuurlijk heel zonde om die capaciteit niet te gebruiken. Dat blijkt nu het geval te zijn.

Dan het derde onderwerp. Dat is iets waar ik me al heel lang over verbaas. Misschien kan dat nu wat duidelijker worden. Dat is de ic-capaciteit. Er zijn ongeveer 800 of 900

bedden. In de coronatijd hebben we daar natuurlijk heel veel over gesproken. Dat is volgens mij zelfs wat lager dan het voor de coronatijd was. De Kamer heeft al meermaals moties aangenomen om dat op te hogen, in ieder geval naar 1.150, en dat lukt maar niet. Dan wordt er natuurlijk steeds gezegd: daar hebben we het personeel niet voor. We hebben natuurlijk allemaal in de coronatijd gezien: als het echt moet, is er altijd wat op te vinden. Dan kun je de roosters veranderen, de reguliere zorg afbouwen en mensen die met pensioen zijn gegaan vragen om weer te gaan werken.

Wat ik maar niet begrijp — misschien kan de minister er kort iets over zeggen — is: waarom worden de bedden niet in ieder geval alvast geregeld? Dan hebben we ergens een gebouw staan met een paar honderd bedden zodat we, als er weer wat gebeurt, niet weer zo snel bang worden gemaakt met code zwart. Dat is nog steeds niet gebeurd. We hebben nu dus minder capaciteit op de ic dan voor corona. We zijn heel kritisch op pandemische paraatheid, maar dat is het enige waarvan ik zou zeggen "het zou goed zijn als dat gebeurt", en dat gebeurt maar niet. Dat is dan dus mijn vraag.

Het vierde onderwerp is het Zuyderlandziekenhuis. Daar heb ik net in een interruptiedebat ook al wat over gezegd. Klopt het dat wij er uiteindelijk niet over gaan als Kamer? Dat hebben we al heel vaak gehoord. Dan is mijn vervolgvraag aan de minister: hoe kijkt zij daar zelf tegen aan? Ik zit wel enigszins in dubio, want wij vinden altijd dat je zo veel mogelijk moet decentraliseren. Maar oké, zorg wordt betaald met belastinggeld. Het gaat om meer dan 100 miljard. Dus je zou ook kunnen zeggen wat mevrouw Keijzer net eigenlijk ook zei: als wij als Kamer per se willen dat bijvoorbeeld de geboortezorg ergens behouden wordt, zou dat ook moeten kunnen. Maar we gaan er nu volgens mij helemaal niet over en de minister ook niet. Klopt dat? Wat vindt de minister daarvan? De minister kan misschien zeggen: heel goed dat dat zo is. Maar dan kunnen we ook die debatten daarover schrappen, want dat heeft dan helemaal geen zin. Want we gaan er blijkbaar niet meer over.

Tot slot, voorzitter. Het volgende moet me ook even van het hart. Er is veel te doen geweest om abortus, die nu in ziekenhuizen gaat plaatsvinden bij 23 en 24 weken. Wij vinden dat natuurlijk afgrijselijk. Ik heb daar twee vragen over, ook naar aanleiding van het antwoord dat is gestuurd naar de heer Van Dijk van de SGP. Dat kan blijkbaar niet in de abortusklinieken. Dan antwoordt de minister het volgende: "In de regel kan een instrumentele behandeling om medisch-inhoudelijke redenen niet meer worden uitgevoerd als een vrouw langer dan 22 weken zwanger is." Dat gebeurt dus in abortusklinieken. Dat is dan de reden om naar een ziekenhuis te gaan. Mijn vraag is dus: waarom kan een instrumentele abortus bij 23 of 24 weken niet meer? Dat is een medisch-inhoudelijke vraag.

Tot slot. Het gaat dus nu naar ziekenhuizen toe. We weten, bijvoorbeeld uit een NRC-artikel, dat zelfs medewerkers van abortusklinieken er soms moeite mee hebben als er een late abortus plaatsvindt. Zelfs voor medewerkers die er dus voor kiezen om in een abortuskliniek te werken, is dat heel zwaar. Dan gaan we deze abortussen, die nog later plaatsvinden, dus in ziekenhuizen laten plaatsvinden. De minister schrijft dat niemand ertoe wordt verplicht, maar wordt er wel nagedacht over wat dat betekent voor het verplegend personeel? De heer Van Dijk zei heel mooi: in de ene kamer wordt een kind gered, want dat is al levensvatbaar, en in een andere kamer wordt een bevalling opgewekt en laten ze het kind doodgaan. Wat betekent dat voor het personeel? Ik kan me voorstellen dat mensen helemaal niet meer in zo'n ziekenhuis willen werken. Ik kan

me heel goed voorstellen dat ze daar niet voor de zorg in zijn gegaan. We hebben al tekorten in de zorg, dus wordt daar überhaupt over nagedacht?

Dank u, voorzitter. Ik moet misschien iets eerder weg in verband met een andere verplichting. Mijn excuses daarvoor. Ik heb u dat laten weten. Maar ik ga de antwoorden zeker beluisteren.

De voorzitter:

Zeker, u had het al doorgegeven. Tot slot mevrouw Wiersma namens de BBB.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dank, voorzitter. Een ziekenhuis heb je meestal niet nodig op een goede dag. Dat heb je nodig als je ziek bent, als je bang bent, als je kind van een klimrek gevallen is en zijn arm breekt, maar ook als je hoogzwanger bent en de weeën om de paar minuten komen, als je partner midden in de nacht ernstig ziek wordt en je niet meer weet wat er aan de hand is. Dan maakt afstand wel degelijk heel veel uit. Het is gemakkelijk om aan een vergadertafel te besluiten dat zorg best wel wat verder weg kan. Maar probeer die afstand eens af te leggen als je iedere vier minuten een wee hebt, als je een doodziek kind op je achterbank met je meebrengt of als je kind een gebroken arm heeft, je geen auto hebt en je anderhalf uur met de bus of met de trein onderweg bent. Voor veel mensen in de regio is dat geen theoretisch verhaal, want dat is hun bizarre werkelijkheid.

BBB maakt zich grote zorgen over de ziekenhuiszorg in de regio en op het platteland. Tussen 2012 en 2020 verdwenen al negentien spoedeisendehulpdiensten. Tussen 2020 en 2025 verdwenen er weer vier. Nu zijn mensen die afhankelijk zijn van dialyse bijvoorbeeld ook bang dat bepaalde dialyselocaties die van levensbelang zijn voor vele mensen uit de regio, verdwijnen uit het ziekenhuis. Ik noem specifiek de toekomstige zorgcampus in Lelystad. Dialyse is geen gewone poliklinische afspraak. Veel patiënten moeten drie tot vijf keer per week naar zo'n locatie toe. Daarom is ook bereikbaarheid echt van groot belang. Kan de minister aangeven wat ervoor nodig is om ervoor te zorgen dat dialyse op deze manier in de regio beschikbaar blijft, ook in Lelystad? Ik wil de minister vragen welke verantwoordelijkheid zij daarbij ziet voor zichzelf.

Ondertussen worden volwaardige hulpdiensten daarnaast nog verder afgeschaald. Die krijgen dan een mooie naam: een spoedpost, een spoedplein, een acutezorgafdeling of huisartsenpost plus. De vorige minister erkende in het debat over bijvoorbeeld Zuyderland dat voor deze alternatieve vormen niet hetzelfde kwaliteitskader geldt als voor een spoedeisende hulp en dat ze allemaal weer anders zijn ingericht. Dus mijn vraag aan de minister is welke zorg, diagnostiek en behandelingen iemand daar moet kunnen krijgen. Welke artsen zijn er dan aanwezig? Wanneer vindt de minister het eerlijk dat zo'n voorziening geen volwaardige vervanging meer is voor een spoedeisendehulpdienst en dus eigenlijk ook niet meer zo gezien of genoemd kan worden? Het RIVM voert een uitvoerbaarheidstoets uit rond de 45-minutennorm. Hoe worden deze alternatieve hulpdiensten daarin meegenomen? Wie bepaalt welke diagnoses en behandelingen tijdskritisch zijn? Doet het RIVM dat zelf of worden acutezorgprofessionals daarbij betrokken?

Voorzitter. Bereikbaarheid is meer dan de vraag hoe snel een ambulance ergens kan komen. In delen van Friesland rijdt er 's nachts nauwelijks openbaar vervoer. Ik spreek

uit ervaring. Op sommige plekken zijn zelfs taxi's niet beschikbaar. Wat betekent zorg dichtbij dan voor iemand zonder auto? Toevallig heeft de staatssecretaris ienW zich er vandaag ook over uitgesproken dat die afhankelijkheid echt toeneemt. Hoe staat het daarom met de bereikbaarheidsprofielen? Welke plaats krijgt het ziekenhuis daarin? Worden die profielen dan leidend bij de ROAZ-beelden en in de ROAZ-plannen? Wordt daarbij afzonderlijk gekeken naar bereikbaarheid overdag, maar ook in de nacht, per auto, ov en, waar relevant, taxi? Om een beeld te schetsen: ik heb weleens geprobeerd om een taxi te bellen in Dokkum om 00.00 uur 's nachts. Ook dat is dus niet overal mogelijk.

Voorzitter. Dan de spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg. BBB is niet tegen het concentreren van zeer complexe zorg, maar de afspraak was: complexe zorg concentreren en veelvoorkomende zorg spreiden, zodat passende zorg dichtbij beschikbaar blijft. Over concentratie horen we heel veel, maar waar blijft de spreiding? Ik wil van de minister graag geen procesantwoord, maar voorbeelden. Welke ziekenhuiszorg is door deze operatie inmiddels daadwerkelijk van grote ziekenhuizen teruggebracht naar regionale ziekenhuizen? Wie bewaakt dat deze twee bewegingen in evenwicht zijn met elkaar? Want grote ziekenhuizen, die complexe zorg erbij krijgen, en verzekeraars, hebben hun eigen belangen. Er is al veel gezegd over de financieringssystematiek. Wie zitten er aan tafel met de expliciete opdracht om te bespreken wat in deze regio dichtbij moet blijven voor de mensen die daar wonen? Hoort een volwaardige spoedeisende hulp daar dan niet bij?

Tot slot, voorzitter. Vorig jaar nam deze Kamer met 128 stemmen de motie-Van der Plas aan over de brede uitwerking van een regionaal zorgbudget. Waar is die brede uitwerking? Wat is er sindsdien concreet gebeurd? Want uiteindelijk gaat dit debat voor ons niet over modellen, regio-indelingen of mooie nieuwe namen voor zorgvoorzieningen. Het gaat over dat ene moment waarop iemand doodsbang is en zorg nodig heeft. Dan moet het niet uitmaken waar je woont.

Dus tot slot: wat verstaat de minister onder een volwaardig regionaal ziekenhuis? Welke zorg is zo essentieel dat iedere Nederlander erop moet kunnen rekenen dat die zorg bereikbaar blijft? Want de zorg die je op je slechtste moment het hardst nodig hebt, mag nooit zo ver weg worden georganiseerd dat je er feitelijk niet meer bij kunt.

Dank.

De voorzitter:

Ik dank u zeer. Dan zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors tot 15.00 uur. Dan gaan we verder met de beantwoording van de minister.

De vergadering wordt van 14.25 uur tot 15.00 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Ik verzoek alle leden om aandacht. We gaan beginnen met de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik geef de minister het woord. Zij gaat ons vast meenemen in de blokindeling.

Minister Hermans:

Voorzitter. Dat zal ik zeker doen. Ik begin met alle vragen die gesteld zijn over het zorglandschap. Daar vallen ook de concentratie en spreiding onder. Dan ga ik verder met de vragen over passende zorg, in het bijzonder de bekostiging. Daar zal ik ook de innovatievragen die gesteld zijn in meenemen. Dan kom ik bij alle vragen over acute zorg. Daar valt ook de geboortezorg onder. Dan beantwoord ik de vragen over de transparantie van informatie, dus wachtlijsten en kwaliteit. Tot slot heb ik een blokje met overige en belangrijke onderwerpen, zeg ik er direct bij.

Voorzitter. Ik begin zoals gezegd met het zorglandschap en alle vragen die zijn gesteld over concentratie en spreiding. Ik denk dat ieder Kamerlid hier in zijn of haar eigen woorden heeft geformuleerd hoe belangrijk het is dat, als je zorg nodig hebt, die zorg in de buurt toegankelijk en beschikbaar is, en ook van goede kwaliteit. De heer Poortman zei heel mooi: "Met die focus op gezondheid hoop je ook zo weinig mogelijk in het ziekenhuis terecht te komen, maar als je die zorg nodig hebt, moet die er natuurlijk wel zijn. Ook in dat ziekenhuis is zorg meer dan alleen alles wat je medisch organiseert. Het gaat ook om hoe je samenwerkt en hoe je de omgeving van een patiënt gebruikt." Ik denk dat dat allemaal mooie en terechte woorden zijn. Mevrouw Wiersma omschreef aan de hand van een paar treffende situaties het gevoel van angst of de ernstige zorgen als je snel zorg nodig hebt. Dan wil je ook snel en in de buurt de zorg kunnen krijgen die je nodig hebt. Precies daar raakt het aan het hele vraagstuk van concentratie en spreiding, want als je dan bij dat ziekenhuis aankomt waar je op aangewezen bent, wil je wel kunnen rekenen op de beste zorg, op kwalitatief hoogwaardige zorg. Dat is de reden waarom er in het zorgakkoord, het IZA, afspraken zijn gemaakt over het concentreren en spreiden van zorg.

Die concentratie van zorg is echt gericht op het overeind houden van de kwaliteit van zorg. Die spreiding is heel belangrijk om de toegankelijkheid van zorg te organiseren in de regio, dicht bij huis. In die combinatie zie ik ook echt de waarde van die concentratie en spreiding als middel, zeg ik daar direct bij — het is dus geen doel op zichzelf — voor die kwaliteit en die toegankelijkheid. Ik zie dat ook als middel om die passende zorg beschikbaar te hebben en te houden. Het is een vorm van netwerkzorg. Dat is ook genoemd, ik dacht door mevrouw Wendel, die ook de shared care noemde. Het hoort eigenlijk allemaal bij elkaar. Het zijn afspraken die zorgaanbieders en zorgverleners met elkaar maken over hoe je de zorg organiseert op een manier waarop je patiënten het allerbest kunt helpen. Voor reguliere zorg die vaak voorkomt en ook voor de benodigde voor- en nazorg, moet je goed terechtkunnen in je eigen ziekenhuis. Bij de echt hoogcomplexere laagvolumezorg krijg je de kwalitatief best mogelijke zorg in een ziekenhuis dat vaak ook specifieke behandelingen uitvoert. Daarom die concentratie. Het is dus en-en. Het is niet of spreiden of concentreren. Ik geloof dat mevrouw Coenradie vroeg: gaat die agenda voor spreiding nu wel echt door, ondanks dat we daar nog niet zo ver mee zijn? Ik zal daar zo nader op ingaan. Maar ja, dat gaat door, want het is voor mij niet of-of. Het is en-en als het gaat om die kwaliteit en toegankelijkheid.

Voorzitter. Dan kom ik ook meteen bij die vraag van mevrouw Coenradie. Het klopt dat in het IZA, in het zorgakkoord, de afspraak is gemaakt om meer in te gaan zetten op die concentratie en spreiding. Daar zijn rondetafels voor ingericht. De conclusie was daar dat het niet lukte om landelijke afspraken te maken over hoe je die spreiding organiseert. Want die spreiding ziet natuurlijk echt op wat je in de regio moet doen om de zorg dichtbij, om de patiënt heen, goed te organiseren. Dat laat zich niet in een landelijke norm vertalen. Voor concentratie is dat wat anders. Vandaar dat het daar wel gelukt is

om die afspraak te maken over de achttien hoogcomplexere aandoeningen, die vooral zien op oncologische en vaatchirurgische aandoeningen. Daar zijn afspraken over gemaakt.

Zorgaanbieders hebben vervolgens afgesproken hoe dat wordt verdeeld. Dat moet uiterlijk per 1 januari 2027 zijn plek krijgen in de contracten en de contracteringsafspraken. Daarom is de eerste tranche ook nog niet geëvalueerd, zeg ik tegen mevrouw Coenradie, omdat dit nog loopt en zijn plek moet krijgen. We gaan nu wel verder met de tweede tranche. Als mevrouw Coenradie mij dat toestaat, maak ik nog even één zin af, want daarin ga ik nog iets zeggen over de monitor van de NZa. We gaan nu beginnen aan de tweede tranche, waarin de spreiding een plek moet krijgen. Daarbij gaan we de NZa vragen om te monitoren. Zij zal dan ook echt gaan monitoren hoe dat profiel van de ziekenhuizen in die regio's eruit ziet, opdat we een goed beeld krijgen van hoe dat niet alleen geconcentreerd, maar ook gespreid is in de verschillende regio's in Nederland.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Daar even gelijk op inhakend: wij horen her en der uit het werkveld dat die evaluatie er wel zou zijn. Ik wil toch nog eventjes nogmaals vragen wat hierin kloppend is. Als die evaluatie er dan dus nog niet is — nogmaals, wij hebben echt bronnen die iets anders bevestigen — zou ik graag willen weten wanneer die gaat plaatsvinden en wanneer we kunnen verwachten dat die naar de Kamer komt. Dat laatste was ook inherent aan mijn vraag.

De **voorzitter**:

We hanteren trouwens vier interrupties aan de zijde van de Kamer. Gaat u door, minister.

Minister **Hermans**:

Er is een procesevaluatie gedaan: hoe is dat aan die tafel gegaan, hoe hebben we hierin samengewerkt en hoe zijn de afspraken tot stand gekomen? Ik begreep de vraag van mevrouw Coenradie zo dat zij sprak over een evaluatie op de inhoudelijke resultaten. Vandaar dat ik zei dat die er niet is, want het krijgt nu pas zijn beslag in de contracteringsafspraken. Ik denk dat wij een paar lessen die wij geleerd hebben van de eerste ronde en hoe dat gelopen is aan die tafel, zeker kunnen delen. Als wij daar allemaal ons voordeel mee kunnen doen, is dat natuurlijk mooi meegenomen.

Voorzitter. Ik zei al wat over de monitor die de NZa gaat doen. De geschiedenis schetste mevrouw Coenradie ook. Zij verwees daarbij zelfs nog naar een motie van mevrouw Van den Berg. De laatste monitor van de NZa is uit 2022 en is gemaakt op basis van de gegevens van 2019, of benut de gegevens van de monitor van 2019. Er is uiteindelijk voor gekozen om de derde meting niet te doen, over de cijfers van 2020, omdat toen de covidpandemie gaande was. Die zou een vertekend beeld geven van de reguliere patiëntenstromen. Daarom is daarvan afgezien. In het IZA is wel afgesproken dat er een nieuwe monitor komt van de voortgang van de beweging naar het toekomstbestendige medisch zorglandschap. Die komt in de plaats van de eerdere monitor.

Over de tweede tranche zei ik al dat we daar nader naar willen gaan kijken: hoe loopt dat, hoe pakt dat uit? Ik zal bij de NZa aangeven dat het van belang is om in die volgende monitor, wanneer ook de scope van tranche twee bekend is, aandacht te

besteden aan de portfolio's van de ziekenhuizen. Dan kunnen we ons namelijk op de inhoud een beeld gaan vormen.

De **voorzitter**:

Coenradie in tweede instantie.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Mij is het nog niet helemaal helder. Als we het hebben over de procesevaluatie, begrijp ik wat de minister hierover aangeeft. Als het gaat over de inhoudelijke evaluatie van tranche één, ben ik benieuwd wanneer we als Kamer daar iets over kunnen verwachten.

Minister **Hermans**:

Ik begrijp die vraag op zich heel goed, maar wat betreft hoe we het georganiseerd hebben en de taken en verantwoordelijkheden belegd hebben, merk ik op dat het zorgveld zelf gaat over die normen en ook zelf afspraken heeft gemaakt over die normen. Dat heeft het gedaan op basis van wat we met elkaar gezegd hebben: dit is belangrijk in het zorgakkoord. Er is in die zin dus geen inhoudelijke evaluatie daarvan voorzien, anders dan dat het veld continu leert en evalueert en kan bijstellen. We houden natuurlijk wel de voortgang van de afspraken uit de zorgakkoorden in de gaten. Naar aanleiding daarvan zullen we u natuurlijk ook inzicht blijven geven in hoe dat loopt.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Wiersma mij nog hoe het nu met de spreiding gaat. Ik heb daarvan net aangegeven dat die in die zin wat achterloopt op de concentratie omdat aan de landelijke tafel gezegd is: we kunnen die eigenlijk niet in een landelijke norm vatten. Die moet dus echt aan die regiotafels of in die regio's een plek krijgen. Het is niet zo dat er op dit moment grote hoeveelheden ziekenhuiszorg zijn teruggebracht van grote ziekenhuizen naar regionale ziekenhuizen door die beweging van concentratie en spreiding. De volumenormen zien op de hoogcomplexere zorg en niet op planbare ziekenhuiszorg in het algemeen.

Voorzitter. Mevrouw Wiersma vroeg ...

De **voorzitter**:

Ik zie dat er interrupties zijn, maar ik wacht altijd even tot het einde van het blokje.

Minister **Hermans**:

Ik heb hier nog best een aantal vragen liggen.

De **voorzitter**:

Ik heb even een klein ordevoorstel. Als u denkt dat er nog vragen moeten worden beantwoord in het blok, wacht dan gewoon even tot het einde van het blok. Mevrouw Wiersma komt straks als eerste aan de beurt.

Minister **Hermans**:

Voorzitter. Mevrouw Wiersma vroeg mij ook wat ik versta onder een volwaardig regionaal ziekenhuis. Het is misschien goed om met het volgende te beginnen. Die vraag lijkt bijna te impliceren dat er ook niet-volwaardige ziekenhuizen bestaan. Voor mij en voor het kabinet is elk ziekenhuis waardevol. Ik denk dat we zien dat we alle zorgcapaciteit nodig hebben. Dat betekent alleen niet dat je in elk ziekenhuis hetzelfde aanbod hebt. Integendeel, zou ik willen zeggen. We verwachten immers van

ziekenhuizen dat ze samenwerken in netwerken en hun zorgaanbod onderling en op de zorgvraag in de regio afstemmen. Daarmee kom ik weer op mijn punt waarom in de regio de afspraken over de spreiding gemaakt moeten worden.

Voorzitter. Dit waren trouwens de vragen over concentratie en spreiding. Ik ga nu naar het zorglandschap in het algemeen. De vraag van mevrouw Maeijer gaat over het Spaarne Ziekenhuis.

De voorzitter:

Dan ga ik eerst even naar mevrouw Wiersma. Wilt u nu de interruptie plegen?

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ja.

De voorzitter:

Dan gaan we dat eerst doen.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ik heb natuurlijk heel veel vragen gesteld, dus ik snap dat de minister kiest welke vragen ze beantwoordt. De spreiding en de concentratie lopen niet parallel aan elkaar. Wie bewaakt dan dat die twee met elkaar in balans blijven? Dat lijkt mij bij uitstek iets wat we hier met elkaar moeten bewaken en wat de minister moet bewaken. Wie bewaakt dat? Daarnaast vroeg ik naar een concreet voorbeeld waarin er wel spreiding heeft plaatsgevonden. Of kunnen we vaststellen dat er uitsluitend concentratie plaatsvindt en er tot op heden nog geen spreiding heeft plaatsgevonden?

Minister Hermans:

Ik beantwoord alle aan mij gestelde vragen, maar ik bundel soms wel vragen, omdat een heel aantal Kamerleden, terecht overigens, hetzelfde type vragen heeft gesteld over de concentratie en spreiding. De onderliggende vraag die eigenlijk ieder van u heeft gesteld, is: die concentratie loopt, want we zien heel gericht de achttien behandelingen die geconcentreerd worden en waar aanbieders afspraken over hebben gemaakt, maar hoe staat het eigenlijk met de spreiding? Die vraag is heel terecht, want de spreiding is voor de toegankelijkheid van zorg voor ongelooflijk groot belang. Daar moet echt een been bijgetrokken worden, als ik het zo mag formuleren.

In de tweede tranche gaat dat gebeuren. Daar moeten we ook goed zicht op houden. Daarom ga ik de NZa vragen om die monitor te doen en daarin ook naar het profiel van de ziekenhuizen in de regio te kijken. Uw vraag over hoe dat gaat met de spreiding en of er al ziekenhuiszorg is teruggebracht naar regionale ziekenhuizen heb ik zojuist beantwoord door te zeggen dat dit nog niet aan de orde is. Er zijn geen grote hoeveelheden ziekenhuiszorg teruggebracht van grote ziekenhuizen naar regionale ziekenhuizen door de beweging van concentratie en spreiding. Dat is wat ik volgens mij zojuist ook gezegd heb.

De voorzitter:

Dan gaan we naar de volgende interruptie. De heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Het is niet zozeer een interruptie. Ik heb een vraag gesteld over de kinderhartchirurgie.

Volgens mij hoort die in dit blok.

Minister **Hermans**:
Die komt nog.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Die komt nog. Oké, ja.

Minister **Hermans**:
Zeker. Dit hele mapje gaat over het zorglandschap. Daar valt wat mij betreft ook de kinderhartchirurgie onder. Daar ga ik zo op in.

Ik was bij het Spaarne Ziekenhuis, waar mevrouw Maeijer mij een vraag over stelde.

De **voorzitter**:
Dan gaan we daar nu mee verder.

Minister **Hermans**:
Voorzitter. Ik heb net als mevrouw Maeijer kennisgenomen van dat voorgenomen besluit. Zoals ik het heb begrepen van de raad van bestuur, blijven de reistijden en de bereikbaarheid bij zowel Haarlem Zuid als Hoofddorp ruim binnen de geldende normen. Mevrouw Maeijer vroeg mij ook hoe dat gesprek met inwoners nu verder verloopt. De raad van bestuur heeft aan ons laten weten in de volgende fase verder met gemeenteraden en inwoners in gesprek te gaan over de gevolgen van de voorgenomen keuzes, waaronder ook de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg in de regio en de bereikbaarheid. In november worden de raadsleden ook betrokken en opnieuw uitgenodigd voor een bijeenkomst. Natuurlijk volgt nog de formele adviesrol van de cliëntenraad.

Voorzitter. Dan had mevrouw Wendel een vraag. Zorgorganisaties moeten het belang van hun organisatie opzijzetten voor het collectief. Zij vroeg hoe ik ervoor zorg dat partijen die stap ook daadwerkelijk zetten en of de Wet op bijzondere medische verrichtingen daar ook een rol in kan spelen, bijvoorbeeld om concentratie en spreiding af te dwingen of een zetje in de goede richting te geven. Die beweging naar passende zorg en die afspraken in de regio zijn er dus ook echt op gericht dat dat aanbod, en daarbij dus ook het huidige en het toekomstige portfolio van aanbieders, op elkaar wordt afgestemd.

Je ziet dus dat die beweging op een aantal plekken in gang is gezet en dat er afspraken worden gemaakt, maar het gaat niet vanzelf en het komt niet overal van de grond. Dat is eigenlijk om de reden die mevrouw Wendel schetst. Je ziet gewoon soms dat de optelsom van individuele belangen of organisatiebelangen niet gelijk is aan het maatschappelijk belang van die regio. Daarom willen we ook echt meer gaan sturen op dat proces. Ik wil ook echt heel duidelijk maken wie waarvoor verantwoordelijk is, wat je van welke partij kan verwachten en hoe we ervoor zorgen dat die noodzakelijke veranderingen plaatsvinden. Dat is een van de kernlijnen, zou je kunnen zeggen, uit de wetgevingsagenda Passende zorg moet de norm worden, die op basis van het coalitieakkoord nu wordt uitgewerkt. We werken nu heel hard aan een hoofdlijnenbrief om aan de Kamer te sturen, om de Kamer een beeld te schetsen over hoe dat uitgangspunt van passende zorg als norm straks in wet- en regelgeving uit gaat zien.

We zullen dan ook hierop ingaan.

Dan specifiek de Wet op bijzondere medische verrichtingen. Dat zou een van de handelingsopties, een van de wetten waarin je iets organiseert, kunnen zijn. Ik zal in die hoofdlijnenbrief daar eerst de richtingen van schetsen. Ondertussen zijn we natuurlijk aan het werken aan die wetgeving, die volgend jaar ook in consultatie gaat. Daar wordt dit specifieke punt dus ook in betrokken.

Voorzitter.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Wendel een interruptie.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Een hele korte vraag: wanneer kunnen wij die hoofdlijnenbrief verwachten? U had deze vraag van mij kunnen verwachten.

De **voorzitter**:

Ik tel dit niet als interruptie. Als u een brief aankondigt, minister, noemt u dan ook even de termijn erbij. Dan komt het goed.

Minister **Hermans**:

Dat weet ik. Ik zat even een ogenblik te twijfelen, maar mijn streven is om deze brief voor de begrotingsbehandeling nog te sturen. Ik denk dat het gewoon nuttig is om die daarbij te kunnen betrekken.

De **voorzitter**:

Dat is best snel.

Minister **Hermans**:

Ja, voorzitter. We proberen door te werken.

De **voorzitter**:

We constateren het gewoon. Oké, we zien de brief tegemoet. Dank u wel.

Minister **Hermans**:

Ik twijfelde oprecht even, want als ik het nu toezeg, zit ik eraan vast. Maar we gaan het gewoon doen, want ik denk dat het ook voor de kwaliteit van het debat volgende week goed is.

Voorzitter, dan ...

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Hermans**:

Ja? Oké. De heer Poortman stelde mij een vraag over het maken van afspraken in de regio voor het regionale zorglandschap. Hij vroeg op welke wijze ook de zelfstandige behandelcentra daarin worden meegenomen en hoe ik überhaupt kijk naar de rol van die zelfstandige behandelcentra in dat zorglandschap en in de regio. Voor mij is de kern

dat het zorgaanbod dat we organiseren of het bestaande zorgaanbod in de regio samenhangend is en ook aansluit op de behoefte in die regio. Ik denk dat zowel de algemene ziekenhuizen als de zelfstandige behandelcentra nodig zijn om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Ze zijn onderdeel van ons aanbod, zoals de heer Poortman dat ook verwoordde in reactie op een interruptie van mevrouw Keijzer.

In het AZWA, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, dat ook ondertekend is door de zelfstandige klinieken, is afgesproken het regionaal aanbod in de regioplannen te verbinden aan de zorgvraag. Het is aan de zbc's zelf om hun vertegenwoordiging aan die tafel goed te organiseren, maar ook zij hebben zich verbonden aan die afspraak.

De heer **Poortman** (CDA):

Dank voor uw antwoord. Ik heb nog een vraag, maar misschien komt dat nog. Daar word ik nu heel voorzichtig in, want er komt nog van alles. Mijn vraag richt zich op hoe zij erbij betrokken worden, bijvoorbeeld als het gaat om nacht- en weekenddiensten, zodat zij ook aan bindende afspraken worden gehouden, in plaats van dat het echt alleen een krenten-uit-de-papconstructie is.

Minister **Hermans**:

In de brief die ik zojuist aan de Kamer heb toegezegd, zullen we ook daar iets over zeggen. Als je een regionaal zorglandschap goed wilt laten functioneren, is het onderdeel van het eerlijke speelveld dat iedereen een bijdrage levert. Dat betekent ook dat de avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten goed georganiseerd moeten zijn. Als je zegt dat passende zorg de norm is, horen daar een passend zorglandschap in de regio en een passende bijdrage van iedereen die daarin actief is, bij. Daarover zal ik in de brief iets schetsen, maar daarover zullen we ook in wetgeving verantwoordelijkheden gaan opnemen.

Voorzitter. Aan de ene kant is ...

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Dit is dus de interessante vraag. Zou de minister iets kunnen vertellen over hoe dat er dan uit ziet? Welke verantwoordelijkheden krijg je dan? Want de zelfstandige behandelcentra zijn autonome bedrijven, met een eigen personeelsbeleid, die gewoon gefinancierd worden. Hoe ga je die verplichten om personeel nachtdiensten te laten draaien in een ziekenhuis dichtbij? Hoe ga je die verplichten om financieel bij te dragen aan de onplanbare zorg in de ziekenhuizen? Dat zijn twee van de punten waarop er dan beweging moet komen, terwijl dat diep ingrijpt in het eigendom van de zelfstandige bedrijven die de behandelcentra zijn.

Minister **Hermans**:

Dit is precies zo'n punt waarop we zullen terugkomen in de brief die ik net heb toegezegd. Daarin zullen we de eerste contouren schetsen van hoe die uitwerking eruit kan komen te zien. En ja, je loopt ontegenzeggelijk tegen een aantal ingewikkelde vraagstukken aan. Dat is voor mij geen reden om daar niet op in te gaan, want we zien ook dat we nu tegen grenzen en beperkingen aan lopen. In het hele vraagstuk van passende zorg gaat het over het zorglandschap en over de rol en verantwoordelijkheid daarin van de zelfstandige behandelcentra, die overigens ook contracten met zorgverzekeraars hebben, waar dus ook publiek geld naartoe gaat. Daar zijn dus

afspraken mee te maken.

Ik wilde iets zeggen, voorzitter, maar ik ben het vergeten. Het schiet me zo weer te binnen.

In de brief die ik net heb toegezegd, die nog voor de begrotingsbehandeling komt, zullen we daar wat eerste richtingen en gedachten voor schetsen.

O, de financiering. Daar was nog een vraag over.

De voorzitter:

Ik zeg wel even het volgende. We hebben dit vanochtend in de procedurevergadering besproken. Als er nog brieven moeten worden betrokken bij de begrotingsbehandeling, hadden die er al moeten liggen, want de begrotingsbehandeling is volgende week.

Minister Hermans:

Oké.

De voorzitter:

Nou, het mag wel, maar ook voor de commissie zeg ik dan nog even dit. Als zo'n brief deze week nog komt, kan ik me voorstellen dat die er nog tijdig bij kan worden betrokken, maar als de brief pas volgende week komt, terwijl de begrotingsbehandeling ook volgende week is, is het de vraag of we die brief er voldoende bij kunnen betrekken. Het kan natuurlijk altijd nog bij een commissiedebat worden betrokken, dus de mogelijkheid is niet weg. Ik constateer het alleen maar. Informatie is altijd welkom, maar als de verwachting is dat we de brief bij de begrotingsbehandeling kunnen betrekken, moet die er wel een beetje tijdig zijn. Dat is het enige wat ik wil meegeven.

Mevrouw Keijzer (Lid Keijzer):

De minister was nog bezig met het antwoord op mijn eerste interruptie, over de financiering.

De voorzitter:

Ja, daar was ze nog mee bezig. Gaat u even door.

Minister Hermans:

Ik zat na te denken of ik hier nog op moest reageren. Waarvan akte, zal ik maar zeggen. Ik begrijp dat informatie er het liefst tijdig moet zijn, maar soms kan het ook fijn zijn dat iets, als het af is, toch nog gedeeld wordt. Dat was wat er even door mijn hoofd schoot. Ik vermoed ook zomaar dat we er nog met grote regelmaat, en echt niet alleen volgende week, met elkaar het debat over zullen voeren.

Ik kom zo nog apart op de vragen over passende bekostiging en de regiobudgetten die mevrouw Keijzer mij gesteld heeft, maar ik kan ze er nu ook gelijk even bij toeveren, als ze daar prijs op stelt. Dan ga ik gelijk naar beide vragen die mevrouw Keijzer mij daarover stelde. Dat doe ik dan even in een context, als zij dat goedvindt.

Het begon met het huidige dbc-systeem. In de brief die ik volgende week zal sturen, schets ik een aantal lijnen waarop je stappen moet zetten om de passende zorg tot norm te maken, evenals een paar randvoorwaarden, waarvan het belangrijk is dat we die

goed georganiseerd hebben. Een daarvan is de passende bekostiging. Ik vind dat bekostiging de beweging naar passende zorg niet in de weg mag zitten. Er zijn meer vragen over gesteld; daar ga ik straks verder op in. We hebben een systeem nodig dat flexibeler is en minder in de details treedt.

Op dit moment doet de NZa hier zorgvuldig onderzoek naar. Ik was er een paar weken geleden op bezoek en heb toen een inkijkje gekregen. Ze duiken hier echt heel gedetailleerd en zorgvuldig in. Dat doen ze samen met veldpartijen, als onderdeel van de werkagenda passende bekostiging voor de medisch-specialistische zorg. Dit onderzoek moet voor de kerst nog leiden tot een beeld van waar de belangrijkste knelpunten zitten en wat de handelingsperspectieven zijn. Op basis daarvan kunnen we volgend jaar gaan werken aan oplossingsrichtingen. Als je dat helemaal doorrekent, zal dat niet eerder dan in 2029 geïmplementeerd kunnen worden, maar mijn werkwijze is om, als we zien dat iets een route zou kunnen zijn, dat te gaan uitproberen in de praktijk of in een bepaalde regio. Dat heb ik vorige week ook in de brief over de ggz geschetst. Dan kunnen we dat ook nog betrekken bij wet- en regelgeving die we moeten aanpassen. Dat doen we dus om de bekostiging passend mee te laten lopen met de passende zorg en ervoor te zorgen dat die bewegingen elkaar niet in de weg zitten.

Mevrouw Keijzer vroeg specifiek naar een regionale lumpsum. Dat is op dit moment niet het uitgangspunt of de gedachtevorming, maar ik stimuleer wel de regionale samenwerking via de regionale plannen en de ROAZ-plannen. Maar ik realiseer me dat de vraag van mevrouw Keijzer was of je met zo'n lumpsum kunt gaan werken.

Er was ook nog een vraag over het regionaal zorgbudget. Zal ik daar dan aansluitend op ingaan?

De voorzitter:

Maar eerst de antwoorden op de vragen van mevrouw Keijzer hierover. Er is ook nog een interruptie van de heer Claassen, maar ik kijk even of dit onderonsje nu klaar is.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Ik heb een vervolgvraag, als dat mag. Dat mag, zie ik.

Ik hoor dus dat er een brief komt over hoe je ingrijpt in de bedrijfsvoering van zelfstandige behandelcentra en dat er een onderzoek gedaan wordt door de ACM naar de dbc-systematiek. Nou is mijn ervaring dat dit heel vaak weer uitkomt op meer samenwerking en meer praten, terwijl er feitelijk niks verandert. Mag ik ervan uitgaan dat in die brief ook heel precies wordt opgeschreven hoe je uiteindelijk een juridische stok achter de deur krijgt om ervoor te zorgen dat de krenten uit de pap niet langer richting de behandelcentra gaan, maar de bredere zorg ten goede komen? En kan ik van de minister de toezegging krijgen dat het onderzoek dat de ACM nu doet, ook ziet op een andere financieringssystematiek dan de zoveelste verdieping in een vastgelopen dbc-systematiek stoppen?

Minister Hermans:

Nee, mevrouw Keijzer trekt nu twee conclusies die ik niet zo gezegd heb. Daar wil ik dus echt even een weerwoord op geven. Ten eerste. Ik ben niet bezig met ingrijpen in de bedrijfsvoering van zbc's. Ik maak wetgeving die ervoor moet zorgen dat wij een zorglandschap, een zorgsysteem, hebben dat ook in de toekomst toegankelijk,

betaalbaar en van kwaliteit is. Met de zorgakkoorden hebben we een beweging in gang gezet naar passende zorg, die echt ziet op de vraag hoe je op een goede en passende manier het zorgaanbod in de regio regelt, afgestemd op de zorgvraag aldaar. We zien dat daarover in een heel aantal regio's afspraken van de grond komen en gemaakt worden, en in een aantal regio's ook niet, onder andere vanwege de reden die ik mevrouw Wendel noemde: op een hoger abstractieniveau delen we allemaal de beweging, maar als je keuzes moet maken gaan er ook individuele organisatorische belangen gelden. Dat begrijp ik heel goed, maar daar willen we doorheen. Vandaar dat we in wet- en regelgeving een aantal zaken gaan vastleggen, zodat de vrijblijvendheid ervan afgaat. Dat betekent dat we onder andere bij het maken van de regioafspraken willen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert, ook aan bijvoorbeeld avond-, nacht- en weekenddiensten. Dat geldt voor alle partijen die een rol willen spelen in het regionale zorglandschap.

Als mevrouw Keijzer met "de krenten uit de pap" duidt op ongecontracteerde zorg en hoe het daar werkt met de vergoeding, kan ik tegen haar zeggen dat we daar ook iets aan gaan doen, want het landschap moet eerlijk ingericht zijn en er moeten eerlijke afspraken in gelden. Ik vind dat je op basis van contracten afspraken moet maken, want dan kun je echt sturen op de kwaliteit.

Dan het onderzoek. Het onderzoek wordt door de NZa gedaan. Het betreft een werkagenda passende bekostiging medisch-specialistische zorg. Het doel daarvan is dat we zorgen dat de bekostiging in de zorg de beweging naar passende zorg niet in de weg zit. Dat is het doel van die werkagenda en dat is ook het doel van de verdiepingsslag die nu wordt gemaakt. De knelpunten moeten voor de kerst verkend zijn, inclusief de richtingen voor handelingsperspectieven en oplossingen waaraan je zou kunnen denken.

De voorzitter:

Zeker. Ja, een vervolgvraag nog.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Ja, ik weet het, voorzitter. Vier interrupties toch, neem ik aan? Ja.

Daarom is het goed om door te vragen. De minister blijkt helemaal niet van plan te zijn om in te grijpen in de bedrijfsvoering. Toegankelijke, bereikbare en kwalitatief goede zorg, die de minister zegt na te streven, betekent in de praktijk dus minder bereikbare zorg en minder toegankelijke zorg, want je moet veel verder reizen en er zijn veel minder locaties beschikbaar, en door al die fusies en concentraties stijgt de kwaliteit ook niet.

Wordt het niet eens tijd om met elkaar vast te stellen dat een systeem dat een aantal jaren heel goed gewerkt heeft, inmiddels over de top heen is en dat we het echt anders moeten gaan organiseren? Of blijft de minister gewoon op deze weg voortgaan? Ik ben heel benieuwd naar die brief, hoor, maar dan weet ik al wat daarin zal staan, namelijk: we gaan voort op dezelfde weg, met pappen en nathouden en verdere concentratie. Dat ga je dan namelijk uiteindelijk krijgen. De NZa — dat was een terechte correctie; het is niet de ACM, maar de NZa — heeft daar inmiddels van gezegd dat er zo langzamerhand geen plussen meer te behalen zijn met verdere fusies en concentratie.

Minister Hermans:

Ik denk dat wij een stelsel of systeem hebben dat zich in de afgelopen twintig jaar heeft ontwikkeld tot het systeem zoals dat nu staat. Het heeft heel veel goeds in zich en is in de kern solidair. Daar mogen we trots op zijn. Ik was afgelopen donderdag in Ierland, waar ik met een heel aantal collega's heb gesproken. Niet in alle landen in Europa is het zo georganiseerd. Ze kijken echt met jaloezie ... Nou, misschien is "jaloezie" een groot woord. Ze kijken echt met bewondering naar wat wij hier hebben.

Tegelijkertijd zie ik ook dat ons stelsel tegen een aantal grenzen aanloopt, door verschillende omstandigheden: vergrijzing, de toenemende zorgvraag en het personeelstekort, of misschien moet ik "de schaarste aan personeel" zeggen. Dat is er nu al en dat zal in de toekomst alleen maar groter worden. Om aan de zorgvraag te kunnen voldoen en de solidariteit, kwaliteit en toegankelijkheid overeind te houden zullen we een aantal maatregelen moeten nemen. Daar hoort wat meer sturing bij dan we in de afgelopen jaren hadden. Op de regionale samenwerking, die nu op basis van vrijblijvendheid tot stand komt, en dus niet overal even goed, zal meer sturing komen, of er zal in elk geval een stok achter de deur komen in de vorm van wet- en regelgeving. Hoe dat er op hoofdlijnen uit ziet, ga ik in de brief schrijven. Dat zal nog niet tot achter de komma dichtgeregeld zijn, want het is een hoofdlijnenbrief, maar ik vind het belangrijk om die met de Kamer te delen, om over de hoofdlijnen met elkaar het debat te kunnen voeren, zodat wij die input kunnen gebruiken bij de verdere uitwerking van de wet- en regelgeving.

De **voorzitter**:

Dank u zeer.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Het duurde even, maar ik wilde nog terugkomen op de zbc's. Ik deel de zorgen en het is niet de eerste keer dat ik dat onderstreep. Als iemand bij een zbc is geweest, zien we dat er soms complicaties optreden bij mensen die daar een behandeling hebben ondergaan. Vaak moeten zij dan worden opgevangen door de regionale zorg. Is de minister bereid daarnaar te kijken? Kunnen de kosten, waar het reguliere ziekenhuis dan voor opdraait, niet toch belegd worden bij die zelfstandige behandelcentra? Nu drukt het namelijk op het budget van de reguliere ziekenhuizen en soms zijn het best hoge kosten.

Minister **Hermans**:

Ik denk dat het belangrijk is dat je, als je regionaal gaat samenwerken, van elkaar op aan kunt en dat er een level playing field is waarin iedereen zijn of haar rol kan vervullen. Naar het vraagstuk van de bekostiging en het level playing field kan de NZa kijken. Ze kan daar ook op ingrijpen, als dat nodig is, maar dat is misschien gelijk een hele zware insteek. Volgens mij begint het hiermee.

Mevrouw Keijzer deed daar net een beetje ... Ik wilde "minachtend" zeggen, maar dat is niet zo; nee, nee, dat is niet zo. Ik bedoel "afwachtend". Ze zei: dat zal wel weer leiden tot het stimuleren van meer samenwerking. Waar dat langs de lijn van vrijwilligheid tot oplossingen leidt, is dat heel mooi, maar we zien dat niet op alle plekken gebeuren. Vandaar dat we een stok achter de deur gaan organiseren en tegelijkertijd werk gaan maken van passende bekostiging, omdat de bekostiging de beweging naar passende zorg niet in de weg mag staan.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Dan maak ik me wel zorgen. Het is net ook al gezegd, maar zo'n zbc is een particuliere organisatie. Eens kijken hoe u dat dan voor elkaar krijgt. Het probleem is, als het een gedeelde verantwoordelijkheid wordt, dat de zbc's die zorg bij complicaties vaak niet kunnen leveren. Een patiënt die bij een zbc terechtkomt, heeft een ASA 1-classificatie, zullen we maar zeggen. Dat zijn dus patiënten zonder comorbiditeit, zonder grote problemen. Op het moment dat er een complicatie is, wordt het algauw ASA 2 of ASA 3 en die gaan zij gewoon niet behandelen. Al die zorg, van dat soort patiënten, zal dus echt op het conto van de reguliere ziekenhuizen komen. Daar gaat een zbc geen enkele rol van betekenis in spelen.

Minister **Hermans**:

Ik denk dat het hier echt gaat om de combinatie van enerzijds de beweging naar de regionale zorglandschappen en de wet- en regelgeving die erbij hoort, om een stok achter de deur te hebben en te kunnen ingrijpen als het nodig is, en anderzijds de contractering, zoals ik net zei, dus dat we de ongecontracteerde zorg niet meer vergoeden. Dat leidt ertoe dat je contractueel afspraken gaat maken. In contracten en afspraken kun je op het gebied van kwaliteit en beschikbaarheid dingen met elkaar overeenkomen en kun je daarop sturen. Dat is de manier waarop we in het regionale zorglandschap willen zorgen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

Minister **Hermans**:

Voorzitter. Dan in het verlengde hiervan een vraag van mevrouw Coenradie over hoe we voorkomen dat personeel wegtrekt uit functies die kwetsbaar zijn. Je kunt wel afspraken gemaakt hebben met de aanbieders, maar dan heb je wel de mensen nodig die die zorg kunnen leveren. Heel formeel: in eerste instantie is het natuurlijk aan de werkgever om professionals in functies die mogelijk komen te vervallen, een passende plek aan te bieden om ze te behouden. Er zijn natuurlijk heel veel plekken waar verpleegkundigen of artsen aan de slag kunnen, zeker als je er met enige creativiteit naar kijkt. Professionals kunnen zelf gebruikmaken van het nieuwe loopbaanplatform Zowi, dat dit najaar officieel wordt gelanceerd. Hiermee krijgen ze inzicht in welke loopbaanstappen in zorg en welzijn mogelijk zijn, gelet op hun persoonlijke situatie, ervaring en achtergrond. Ook wordt er gericht advies gegeven over welke concrete vervolgstappen er te zetten zijn. Zo hopen we een bijdrage te leveren aan het voorkomen dat personeel de sector verlaat.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Dan ben ik in mijn bijdrage misschien niet helemaal duidelijk geweest. Het zit 'm erin dat we nu signalen horen van de reguliere ziekenhuizen, die zeggen: wij zien het personeel dat wij hebben, nu weglopen naar de zelfstandige klinieken, waar zij geen avond-, nacht- of spoeddiensten hebben. Maar ja, de zorgvraag blijft wel hetzelfde. Wij voorzien nu al problemen, maar ook als we het hebben over bijvoorbeeld neurologen voorzien wij problemen. Het piept en kraakt nu al. Ik ben benieuwd wat de minister hierover kan zeggen. Wordt dat ook meegenomen in de brief over passende zorg? Want dat knelt in ieder geval wel bij de ziekenhuizen waarvan ik mensen spreek.

Minister **Hermans**:

Excuus. Ik begrijp de vraag van mevrouw Coenradie nu goed. Die zorg snap ik en die

zie ik ook. Dat is bijvoorbeeld ook in de ggz aan de orde. Dat neem ik overigens niemand kwalijk, maar het is wel een effect van hoe het nu georganiseerd is. Een onderdeel van de afspraken in regioverband zijn afspraken over avond-, nacht- en weekenddiensten. We moeten het met elkaar doen en organiseren in de regio. We zullen daar in de brief op ingaan, maar ik wil de verwachtingen wel managen: dit is niet een brief waarin alles tot achter de komma is uitgewerkt en opgelost. We zullen nog vraagstukken met elkaar bediscussiëren. Dat doen we ook met alle partijen in de zorg. Dat zal ongetwijfeld reacties oproepen, maar ik denk dat dat goed is om uiteindelijk de keuze te kunnen maken: zo richten we het in en zo gaan we het aanpakken. Maar mevrouw Coenradie heeft gelijk: dit vraagstuk speelt ook en daar horen die afspraken bij.

Voorzitter. Mevrouw Wiersma vroeg naar de betekenis van zorg dichtbij en naar de stand van zaken van de bereikbaarheidsprofielen. Over het opstellen van die profielen door de regio's is een afspraak tussen het Rijk en de regio's voorzien in de komende overleggen hierover begin november. Dat volgt allemaal na de publicatie van het kabinetsstandpunt, dat nog door het vorige kabinet is gepubliceerd: Bereikbaarheid op peil. Daarin is het begrip "bereikbaarheidsspeil" geïntroduceerd. Dat peil is overigens gemaakt door IenW en biedt onder andere inzicht in de bereikbaarheid van voorzieningen, zoals ziekenhuizen en huisartsen. In de ROAZ-regio's worden nu afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van de acute zorg per ambulance. In de praktijk wordt de bereikbaarheid per auto en per openbaar vervoer betrokken bij de profielkeuzes door ziekenhuizen over welke zorg waar wordt geleverd. De bereikbaarheidsprofielen kunnen daar een instrument bij zijn.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer had nog een vraag over de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. Wie bepaalt wat passend is? Ze zei: concentratie lijkt een doel op zich te worden. Ik heb aangegeven dat dat voor mij geen doel op zich is. De kwaliteit is het doel. Mevrouw Maeijer vroeg heel specifiek naar een reactie op de brief van de alliantie Zuyderland van gisteravond. Wij hebben die brief niet gezien. Ik wil daar graag op reageren, maar ik ken die brief niet. Nu ik dit gezegd heb, komt die ongetwijfeld in verschillende inboxen binnen. Ik wil daar graag volgende week, bij de begrotingsbehandeling, in mijn eerste termijn een reactie op geven, maar voor nu moet ik het antwoord daarop even schuldig blijven.

Voorzitter. Mevrouw Wiersma vroeg naar de beschikbaarheid van dialysezorg in de regio. Het is aan de zorgverzekeraars om voldoende dialysezorg in te kopen in alle regio's. Voor mensen die die zorg nodig hebben, is ook een vergoeding van de reiskosten beschikbaar, als dat nodig is. Maar dat is echt een inkooptaak van de zorgverzekeraars.

Voorzitter. Mevrouw Keijzer vroeg of ik mij zorgen maken over fusies in de ziekenhuiszorg en naar wat die fusies betekenen voor de overhead en het management. Wij vinden het belangrijk dat die fusies goed getoetst worden. De regels voor fusies en overnames in de zorg worden dan ook aangescherpt, ook voor ziekenhuizen. Er is onlangs een voorstel naar de Kamer gestuurd, de Aanscherping zorgspecifieke fusietoets. De NZa publiceert elk jaar cijfers over fusies en overnames in haar informatiekaart Concentraties in de zorg. Daarbij is specifiek gekeken naar de medisch-specialistische zorg. In 2025 vond 5% van de concentraties in die sector plaats. Er is geen optimale schaalgrootte voor ziekenhuizen. Het is in het belang van alle

ziekenhuizen om de organisatie zo in te richten dat ze optimaal zorg kunnen verlenen. Daarbij wordt natuurlijk ook rekening gehouden met hoeveel management en overhead er nodig is. Ik heb geen actuele cijfers van de overhead en het management in de ziekenhuiszorg.

Misschien mag ik aansluitend daarop de vraag van mevrouw Keijzer over de bestuurders beantwoorden. Ze vroeg hoeveel er op dit moment uit de eigen gelederen komen. Wij beschikken niet over cijfers met betrekking tot de achtergrond van ziekenhuisbestuurders. Ik kan alleen spreken op basis van mijn ervaring met de bezoeken die ik in de afgelopen periode aan ziekenhuizen heb afgelegd. Ik ben zeer betrokken bestuurders tegengekomen, waarvan een groot deel een verleden heeft of zelf nog actief is in de zorg. In de raden van bestuur is ook iemand betrokken namens de medisch-specialisten, maar dat weet mevrouw Keijzer heel goed. Naar aanleiding van een initiatiefwet van de Tweede Kamer is ook de zeggenschap van verpleegkundigen geregeld. De betrokkenheid van de werkvloer, van het primaire proces, is er dus niet alleen op papier. Die heb ik zelf ervaren tijdens mijn bezoeken in de praktijk.

Voorzitter. Ik kom bij mijn laatste vraag over het zorglandschap.

De **voorzitter**:

We doen de interrupties aan het einde van het blokje.

Minister **Hermans**:

De heer Van Houwelingen had een vraag over de kinderhartchirurgie. Ga ik nog een evaluatie sturen? Er is een bestuurlijk akkoord gesloten door de umc's. Dat akkoord wordt op dit moment uitgevoerd en afgerond, want het huidige akkoord loopt aan het einde van dit jaar af. Ik kan tegen de heer Van Houwelingen zeggen dat er echt stappen voorwaarts zijn gezet. Er wordt veel intensiever samengewerkt. Er zijn kwaliteitseisen gesteld en er worden kwaliteitsdata geregistreerd in de Nederlandse Hart Registratie. De betrokken partijen hebben mij ook laten weten dat er op dit moment geen draagvlak is om te komen tot nieuwe veldnormen. Dat was ook een van de onderdelen van het bestuurlijk akkoord.

We hebben onlangs met de partijen aan tafel gezeten. Het huidige akkoord loopt eind 2026 af. Om de toekomstbestendigheid van deze zorg te borgen, hebben we afgesproken dat we een nieuw akkoord afsluiten, met een paar aanvullende waarborgen, waaronder een onafhankelijk voorzitterschap. Naast de umc's zullen ook de patiëntenorganisaties, de wetenschappelijke verenigingen, de zorgverzekeraars en V&VN een rol krijgen. Tot slot zeg ik tegen de heer Van Houwelingen dat het nieuwe akkoord een duidelijk einddoel krijgt, namelijk het verder doorontwikkelen van de reeds ingezette route dat ingewikkelde ingrepen nog maar op één of twee locaties uitgevoerd worden. Dat is echt belangrijk voor een duurzame oplossing voor de zorg aan patiënten met aangeboren hartafwijkingen. Als het akkoord definitief gesloten is, dan zal ik de Kamer daar uiteraard over informeren.

De **voorzitter**:

Yes? We zijn aan het einde gekomen van dit blok.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ik heb toch nog een vraag de dialysezorg. Ik snap heel goed dat de minister niet over de inkoop gaat, maar ze is wel verantwoordelijk voor de kaders van de zorgplicht en voor het feit dat de zorgplicht nageleefd moet worden. Welke mogelijkheden ziet zij voor zichzelf wanneer de bereikbaarheid onder druk komt te staan of wanneer de zorgplicht niet volledig wordt ingevuld? Ik snap dat dit een concrete casus is, maar men maakt zich er zorgen over dat de dialyse in Lelystad, met alle ontwikkelingen daar, onder druk komt te staan. Ik vroeg expliciet wat haar verantwoordelijkheid is in het geheel om te voorkomen dat dat verval.

Minister Hermans:

We hebben in de Zorgverzekeringswet afgesproken dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Daar verwees mevrouw Wiersma terecht naar. Het is aan de NZa om toe te zien op het nakomen van die zorgplicht. Als dat niet gebeurt, dan kan de NZa ingrijpen. Zorgpartijen, cliënten en patiënten kunnen ook aan de bel trekken als zij ervaren dat de zorgplicht niet wordt nageleefd. Dat zijn de stappen die gezet kunnen worden.

Mevrouw Wiersma vroeg specifiek naar de rol of de verantwoordelijkheid die ik heb. Ik voel een verantwoordelijkheid vanuit mijn rol als verantwoordelijke voor het stelsel. Ik moet ervoor zorgen dat het stelsel blijft functioneren, dat de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid overeind blijven. Naar de toekomst toe moeten we ook iets met de zorgplicht. Een onderdeel van het hele wetgevingstraject rond passende zorg is dat we de zorgplicht toekomstbestendig willen maken. Die ziet nu heel erg op de zorgvraag van vandaag en morgen, maar dat willen we verbreden naar de toekomstige vraag. De verantwoordelijkheid die ik zie, is om de zorgplicht meer te laten aansluiten bij de beweging waar we in zitten. Maar als mensen in het hier en nu ervaren dat de zorgplicht niet wordt nageleefd, dan kunnen ze daar een signaal over afgeven en dan is het aan de NZa om daarop toe te zien.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Ik had nog een paar vragen gesteld over het overleg in de regio. Ik hoorde de minister er kort iets over zeggen, maar ze refereerde niet aan mijn vragen, dus ik weet niet of de beantwoording daarvan nog komt of dat ik de vragen misschien opnieuw moet stellen.

Minister Hermans:

Misschien kan mevrouw Maeijer ze kort herhalen?

Mevrouw Maeijer (PVV):

Zeker. Ik had een vraag in het kader van de spreiding en de concentratie. De minister verwees naar het overleg in de regio. In het ROAZ, het Regionaal Overleg Acute Zorgketen hebben de zorgverzekeraars en de umc's een dikke vinger in de pap, maar wie heeft nou het laatste woord in de regio? Hoe voorkomt de minister dat het vooral de grote ziekenhuizen en de zorgverzekeraars zijn die uiteindelijk bepalen welke zorg er verdwijnt?

Minister Hermans:

Die vraag had ik ondergebracht bij het onderwerp "acute zorg", maar ik zal 'm nu beantwoorden. Dat is geen enkel probleem. Binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen heeft niemand het voor het zeggen. Het klopt dat het wordt voorgezeten door het umc in de betreffende regio, maar afspraken worden gemaakt op basis van consensus. Naast de umc's en de ziekenhuizen zitten ook huisartsen en verloskundigen

aan tafel, die dus allemaal een stem hebben in het nemen van besluiten aan die tafel.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

In het verlengde daarvan ligt de vraag — volgens mij is dat ook een van de vragen die ik in eerste termijn had gesteld — hoe de ziekenhuizen, de patiënten, de zorgverleners en de gemeenten hierbij worden betrokken. Wanneer kunnen zij hun zorgen uiten als zij het niet eens zijn met een besluit?

Minister **Hermans**:

Dan wil ik toch even ... Ik kan ook nu naar het blokje acute zorg gaan. Mevrouw Maeijer heeft volgens mij ook een vraag gesteld in het verlengde hiervan: hoe ziet het overleg met de regio eruit als er dingen veranderen in de acute zorg? Ik kan dus ook nu naar dat blokje gaan, als dat de voorkeur heeft. Dan doe ik dat. Het maakt volgens mij niet zo heel veel uit, dus dan gaan we dat gewoon doen.

Ik ga nu dus naar de acute zorg, waar ook de geboortezorg bij zit, zeg ik tegen mevrouw Vliegenthart, die daar een aantal vragen over stelde. De heer Claassen had drie punten. O, hij is net weg, maar ik ga de vragen toch beantwoorden. Zijn eerste vraag was: kan de minister toezeggen dat geld voor afgeschaalde spoedposten er alleen bij komt en nooit een volledige SEH vervangt? Nee, dat kan ik niet. De kern van wat we aan het doen zijn, ook in het acuteczorglandschap, is het organiseren van passende zorg. Dat betreft niet alleen SEH's of vooral poliklinische spoedzorg. De budgetbekostiging waar we mee bezig zijn, focust zich nu alleen op de SEH's. Alle medisch-specialistische zorg wordt gefinancierd uit het medisch-specialistisch zorgkader.

De NZa is bezig om te onderzoeken wat de volgende stap is in de budgetbekostiging voor de SEH's, die we kunnen zetten per 1 januari 2029. Daarbij heb ik gevraagd om te onderzoeken welke mogelijkheden de NZa ziet om de vorm van poliklinische spoedzorg ook onderdeel te maken van de budgetbekostiging. Ik hoop dit najaar een advies van de NZa te krijgen over die vervolgstap. Dan kan ik die met de Kamer delen. De inzet is dat de doorontwikkeling van de budgetbekostiging budgetneutraal is. Aan het einde van het jaar hoop ik dit dus allemaal met de Kamer te kunnen delen.

De heer Claassen vroeg mij ook: klopt het dat het SEH-budget vanaf 2028 meeweegt voor hoever, hoe oud en hoe kwetsbaar een regio is? Ik vind het belangrijk dat bij een passend zorglandschap wordt gewogen wat in de betreffende regio het meest passend is en dat je hier in de ROAZ-plannen ook naar kijkt en aandacht aan besteedt. Bij de doorontwikkeling van de budgetbekostiging moet daar ook rekening mee worden gehouden. Er moet dus gekeken worden naar regionale verschillen tussen SEH's in Nederland. Ik heb net geschetst hoe het vervolgproces eruitziet.

De heer Claassen vroeg mij ook nog: wordt er geen zorg afgeschaald voordat er een nieuw kwaliteitskader is? Er is op 21 september overeenstemming bereikt over de inhoud van het vernieuwde Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0 aan de Landelijke Spoedzorgtafel. Dat kader wordt nu aangeboden aan het Zorginstituut voor opname in het Register voor kwaliteitsstandaarden. Belangrijk om te zeggen is nog dat het kwaliteitskader niet bepaalt waar in een bepaalde regio welke zorg wordt aangeboden en ook niet welke SEH openblijft of wordt afgeschaald. Het beschrijft aan welke kwaliteitseisen verschillende vormen van spoedzorg moeten voldoen.

Mevrouw Maeijer had een vraag over de ontwikkelroute. Zij vroeg of het mijn doel is om niet alle SEH's mee te laten profiteren, als ik de vraag goed begrepen heb. Het primaire doel van de budgetbekostiging waarvoor we in 2027 de eerste stap zetten, is het ondersteunen van passende acute zorg in de regio, nu en in de toekomst. De budgetbekostiging moet de keuzes die daarvoor gemaakt moeten worden, ondersteunen. De eerste stap zetten we dus in 2027. Als je als SEH voldoet aan de belangrijkste minimale kwaliteitseisen uit dat kwaliteitskader, kom je in aanmerking voor een budget. De stap van budgetbekostiging in 2027 is niet het einddoel, maar de eerste stap. Aan het einde van het jaar kom ik met het vervolgproces.

Mevrouw Maeijer vroeg mij ook naar berichten in de media waarin wordt beschreven dat steeds meer vervuilde ouderen worden opgenomen in de ziekenhuizen. Ze zei dat de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie dit beeld herkent en dat een op de drie ouderen medisch gezien niet thuishoort op de SEH. Ze vroeg hoe we dat gaan oplossen. Ik heb die berichten ook gezien. Het is altijd verdrietig om dat soort berichten te lezen. Het vraagt een bredere aanpak: voor, tijdens en na hulp of zorg op de spoedeisendehulpafdeling. Je wilt voorkomen dat mensen daar onnodig terechtkomen en je wilt dat ze, als ze daar komen, zo snel mogelijk naar de juiste vervolgzorg kunnen. Daar zetten we dus ook op in.

Met de inzet op zorgcoördinatie werken partijen er hard aan om patiënten eerder naar de best passende plek te kunnen begeleiden en de beschikbare capaciteit daarvoor, ook in de acute zorg, beter te benutten. In elke regio wordt op dit moment gewerkt aan de uitwerking van een plan voor die zorgcoördinatie. Daarnaast staat geriatrie bij de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen als ontwikkelwens op de agenda van de Landelijke Spoedzorgtafel. Dit onderwerp heeft men daar dus ook echt in het vizier.

Voorzitter. Mevrouw Wiersma vroeg mij: wie bepaalt welke diagnoses en behandelingen tijdkritisch zijn? Doet het RIVM dat, of worden acutezorgprofessionals daarbij betrokken? Ik denk dat het belangrijk is om te benadrukken dat het RIVM geen normen opstelt. De kwaliteitsnormen worden opgesteld door de betrokken beroepsgroepen en veldpartijen. Dat gebeurt dus in het overleg aan die landelijke tafel en wordt vastgelegd in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Daarin is een beperkt aantal kritische normen opgenomen, bijvoorbeeld voor tijdige behandeling bij acute beroertezorg, ernstig trauma en een ernstig hartinfarct, of voor het aantal minuten waarbinnen een mobiel medisch team moet uitrukken. Het RIVM brengt via een jaarlijkse inventarisatie in beeld — het stelt dus geen normen op, maar het brengt in beeld — in hoeverre ziekenhuizen aangeven aan de SEH-normen uit het kwaliteitskader te voldoen. Dan moet u ook denken aan de aanwezigheid van een SEH-arts en SEH-verpleegkundigen.

Mevrouw Wiersma vroeg mij ook nog naar de uitvoerbaarheidstoets van het RIVM. Daarbij gaat het om de toets van de 45 minutennorm en de vraag of alternatieve hulpverlening daarin worden meegenomen. Het RIVM brengt in beeld welke SEH's en afdelingen acute verloskunde gevoelig zijn voor de 45 minutennorm en het voert een bereikbaarheidsanalyse uit als een ziekenhuis overweegt een SEH-afdeling of een afdeling acute verloskunde te sluiten of een SEH-afdeling om te vormen tot een afdeling voor poliklinische spoedzorg. In die analyse worden dan alle SEH's meegenomen en niet het aanbod van de poliklinische spoedzorg.

Ik moet even zorgen dat ik niet iets wat ik nog moet beantwoorden, wegleg.

Voorzitter. Dan de vraag ... Ik kijk even of ik deze niet al beantwoord heb; dat denk ik eigenlijk wel. Dat ging over de poliklinische spoedzorg. Dat was een vraag van mevrouw Wiersma, maar volgens mij heb ik die nu beantwoord. Als dat niet zo is, meldt mevrouw Wiersma zich vast zo bij mij.

Dan is er gevraagd wie er aan tafel zitten als het gaat over de vraag welke zorg in de regio dichtbij moet blijven en of een volwaardige SEH daar niet bij hoort. Die vraag stelde mevrouw Wiersma mij, maar dat is volgens mij ook de vraag waar mevrouw Maeijer net op doelde. In het ROAZ moeten daarover afspraken worden gemaakt. Daar zitten dus vertegenwoordigers in van de ziekenhuizen, maar ook van de ambulancediensten, evenals huisartsen en verloskundigen, maar ook de verzekeraars, want zij moeten natuurlijk voldoende zorg inkopen om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Het kabinet verwacht dat met de afspraken die door de partijen worden gemaakt in de ROAZ-regio's en in die plannen, goede acute zorg voor iedereen toegankelijk is. Daarbij wordt er naar de SEH's, maar ook naar de poliklinische spoedzorg gekeken.

Nog even in reactie op een vraag van mevrouw Maeijer: het ziekenhuis beslist dus wel zelf over het eigen aanbod. Per 1 januari krijgt de burgemeester het recht op een zwaarwegend advies bij veranderingen in het aanbod van de acute zorg. Dat is conform het amendement dat de Kamer daar eerder over heeft aangenomen.

Voorzitter. Dan kom ik bij vragen over de geboortezorg en de verloskunde. Ik begin met de algemene vraag van mevrouw Vliegenthart of ik nog steeds prioriteit leg bij de acute verloskunde. Ik kan beamen dat ik — dat geldt voor het hele kabinet — de toegankelijkheid van acute verloskunde van groot belang vind. In het tweeminutendebat in het kader van het NZa-advies over de budgetbekostiging voor de acute verloskunde heb ik aangegeven dat zorgprofessionals, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten samenwerken aan de toegankelijkheid van de acute verloskunde. Dat gebeurt aan een tafel. We hebben echt heel veel tafels in de zorg en ik ben inmiddels ook bij veel van die tafels aangesloten. Dit gebeurt aan de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg. Daar ben ik ook langs geweest. We hebben middelen en onderzoekscapaciteit bij het RIVM beschikbaar voor deze tafel, zodat hier echt gericht naar gekeken kan worden. De toegankelijkheid van de integrale geboortezorg is een van de drie prioriteiten van de tafel voor 2026 en 2027.

Dan vroeg mevrouw Vliegenthart mij of ik bereid ben om in kaart te brengen waar de toegankelijkheidsproblemen nu precies zitten. Die vraag ligt ook op tafel bij die landelijke tafel. Ze hebben mij toegezegd dat ze voor het einde van het jaar komen met een inzicht in de knelpunten in de acute verloskunde. Er wordt al heel veel tijd en energie in gestoken om dat in kaart te brengen, dus ik vind het zonde om dat ook zelf te gaan doen. Ik kijk wel echt uit naar dat overzicht, omdat ik hoop dat het ons handvatten geeft om met elkaar te kijken wat we kunnen doen.

Mevrouw Vliegenthart vroeg mij nog wat ik doe om te investeren in het opleiden en behouden van professionals in de geboortezorg. Mevrouw Vliegenthart weet dat nog veel beter dan ik, maar die zorg wordt geleverd door verschillende zorgverleners, binnen en buiten het ziekenhuis. We zien — dat zag ik zelf onlangs ook, toen ik op bezoek was

bij een verloskundig samenwerkingsverband — dat tekorten bij een van de beroepsgroepen eigenlijk direct doorwerken in de hele geboortezorgketen. Daarom proberen we de capaciteitsproblemen in de geboortezorg integraal te bekijken, zodat we de zorg in die hele keten overeind kunnen houden en die zorg kunnen blijven leveren als die nodig is. Ik zei net al dat de knelpunten van de toegankelijkheid nu in kaart worden gebracht. Als daar ook op dit vlak punten uit komen, dan deel ik die uiteraard en dan gaan we kijken wat we daar aanvullend nog aan kunnen doen.

Mevrouw **Vliegenthart** (PRO):

De beantwoording is in ieder geval fijn, maar het is mij nog niet helemaal duidelijk. Is het doel van al deze inzet en interventies, die landelijke overlegtafel en al de dingen die de minister doet, nu om de bestaande capaciteitsproblemen en de achterliggende oorzaken echt bij de basis aan te pakken en te voorkomen? Of is het doel van deze overlegtafels om de situatie die er is eigenlijk enigszins te accepteren en te kijken hoe we daar het beste mee om kunnen gaan? Ik hoor bijvoorbeeld dingen over de 45 minuten norm waarmee we iets moeten, of we hebben het over de landelijke dashboards, waarin inzichtelijk is hoe de capaciteit op verloskamers op een bepaald moment is. Wat zijn bijvoorbeeld de exacte doelen die er achter die tafel zitten? Waar willen we naartoe werken? Ik merk dat ik het lastig vind om daar grip op te krijgen.

Minister **Hermans**:

Volgens mij was ik nog niet over dashboards begonnen, maar ook die hebben we op verschillende plekken in de zorg. Daar heeft mevrouw Vliegenthart zeker gelijk in. Het doel is dat wij de geboortezorg overeind houden, dat die kan blijven functioneren. Ik zei niet voor niks dat de geboortezorg natuurlijk op verschillende plekken plaatsvindt, dus je wilt die hele keten overeind houden. Er spelen verschillende knelpunten, die wij gezien hebben in manifesten, in brieven die gestuurd worden en in gesprekken die ik gevoerd heb. Sommige dingen liggen op de cao-tafel. Dat is soms frustrerend, maar dat is wel het eerlijke antwoord. Die tafel brengt nu zelf een aantal knelpunten in kaart, maar ondertussen zitten we niet met de armen over elkaar te wachten. We zijn bijvoorbeeld bezig te kijken welke verbeteringen je in de opleidingsstructuur kan aanbrengen om voor meer instroom te zorgen.

Het is dus niet zo — dat is misschien de onderliggende vraag van mevrouw Vliegenthart — dat we ons neerleggen bij het feit dat er een capaciteitstekort is en dat we het met deze capaciteit gaan organiseren. Nee, we kijken ook echt hoe we die instroom kunnen verbeteren. Tegelijkertijd moeten we ook niet naïef zijn. Er is een tekort en dat zal in de komende jaren ook niet zomaar weg zijn, volgens de prognoses. We moeten dus ook dingen doen om de capaciteit die we hebben, zo goed mogelijk in te zetten, administratietijd te verminderen of met technologische oplossingen werk uit handen te nemen van verpleegkundigen. Dan heb ik deze vraag volgens mij beantwoord.

De heer Poortman en mevrouw Vliegenthart vroegen mij nog naar de plannen voor de geboortezorg in Heerlen. Goede en veilige geboortezorg na 2030 is een van de onderwerpen waarvoor Zuyderland, samen met de regionale partners uit de geboortezorg, maar ook met de zorgverzekeraars en de ervaringsdeskundigen, nu een plan uitwerkt in een werkgroep. De verwachting is nu dat dat plan in december van dit jaar opgeleverd wordt. Ik zal de Kamer uiteraard informeren als dat plan er is en als we een uitwerking hebben die ook echt zicht geeft op wat er nu gaat gebeuren.

Volgens mij heb ik dan de vragen van mevrouw Vliegenthart beantwoord, althans op dit punt.

De **voorzitter**:

Ja. Gaat u door. Prima.

Minister **Hermans**:

Ik heb ook die van mevrouw Maeijer beantwoord, want dat was de reden dat ik naar het onderwerp acute zorg overstapte. Als dat niet zo is, dan hoor ik het graag.

Dan ga ik nu naar de passende bekostiging, waarover ik al wel een aantal dingen heb gezegd bij de werkagenda passende bekostiging en de knelpunten en oplossingsrichtingen die we aan het einde van het jaar van de NZa krijgen. In 2027 gaan we daar natuurlijk uitvoering aan geven en in 2028 beginnen we ook al met het toetsen in de praktijk. Misschien mag ik daar nog één ding bij aanvullen? Ik begrijp namelijk heel goed dat de passende bekostiging vaak ter sprake komt en op tafel wordt gelegd met de opmerking dat die de beweging naar passende zorg niet in de weg moet zitten, dat het de koplopers niet moet afschrikken en dat het het duurzaam bestendigen van wat we aan het doen zijn, niet in de weg moet staan.

Daarom kijken we naar passende bekostiging, maar ik wil echt benadrukken dat er binnen de huidige regels en de huidige contractering ook afspraken gemaakt kunnen worden die passen bij de beweging naar passende zorg die we nu aan het maken zijn. Ik was vorige week in het UMCG. Ik heb daar een multidisciplinair overleg meegemaakt, dat echt in alles aansluit op wat wij graag voor elkaar willen krijgen. Er zitten daar verschillende disciplines om tafel die samen tot een advies komen. Ze bespreken dat advies met de patiënt en stemmen dat ook echt af op wat voor hem of haar belangrijk is. Bij bepaalde aandoeningen kiezen patiënten er in een groot aantal gevallen niet meer voor om een operatie te ondergaan omdat dat een grote inbreuk maakt op de kwaliteit van leven. Dat heeft natuurlijk ook direct effect op de financiering. Daarover is het UMCG nu constructief in overleg met de verzekeraars. Dat is een voorbeeld binnen de huidige mogelijkheden.

Voorzitter. Mevrouw Coenradie zei dat algemene ziekenhuizen ook andere functies beschikbaar moeten houden, zoals de acute zorg, de complexe zorg en de ic-capaciteit en dat daardoor kruissubsidiëring kan ontstaan, terwijl zelfstandige klinieken zich op planbare behandelingen kunnen richten. Dat ligt een beetje in het verlengde van een aantal vragen die net aan mij zijn gesteld. Zij vroeg of ik hier oog voor wil hebben bij de doorontwikkeling van en het nadenken over de bekostiging. Ik herken die signalen over kruissubsidiëring. Ik zie het belang van een eerlijk speelveld en dat is er ook. Binnen datgene wat er nu al kan in de contracten ligt echt een rol voor de verzekeraars om stappen te zetten naar steeds beter passende afspraken. Voor de bekostiging zetten we stappen langs de lijnen die ik net schetste: de agenda met de NZa en de budgetbekostiging voor de SEH's, die hier natuurlijk ook al iets aan moet doen.

Dan nog het regionaal zorgbudget. Ik ben even kwijt of ik daar al iets over heb gezegd. Ik heb wel al iets gezegd over de lumpsum. Volgens mij heb ik deze vraag al beantwoord.

Voorzitter. Ik heb tot slot in dit blokje nog twee vragen van de heer Vervuurt over

innovatie. Hij schrikt ervan. Hij vroeg hoe ik ga zorgen voor een betere brug tussen innovatie en zorg. Ik ben het helemaal eens met de heer Vervuurt dat innovatie pas waarde heeft als die de patiënt bereikt en de patiënt er ook echt iets van merkt. Daarom is het versterken van het landschap voor klinisch onderzoek ook een speerput in de Uitvoeringsagenda Biotechnologie.

De heer Vervuurt wees op het project TOVER en vroeg of we daaruit lessen hebben geleerd waarmee we nu ons voordeel kunnen doen. Ik denk dat TOVER laat zien dat topspecialistische zorg met onderzoek en onderwijs ook buiten de umc's meerwaarde heeft, maar dat de borging kwetsbaar is zolang het leunt op tijdelijke financiering. We laten de aanbevelingen uit de TOVER-evaluatie meelopen in de uitwerking van de AZWA-afspraken die gaan over de samenwerking rond onderzoek tussen umc's, topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. Dat moet landen in ziekenhuizen via de regionale netwerken en de regionale bekostiging en contractering met de zorgverzekeraars, en niet via een aparte geldstroom. Aanvullend, om het nog even compleet te maken: er is ook nog een ZonMw-programma, MedZO, dat openstaat voor tijdelijke onderzoekssubsidies voor ziekenhuizen buiten de umc's.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik heb die brief hier liggen, dus ik zat er even doorheen te bladeren. Een van de dingen die ik van ziekenhuizen hoor, is dat zij ... Iedereen is decentraal heel erg bezig met het innoveren van de zorg. Dat lukt op heel veel plekken heel goed. Dat zien we ook terug in het AZWA. We hebben het er vaker over gehad dat het opschalen en het breder uitrollen hiervan de uitdaging is. Heel veel ziekenhuizen zeggen: het zou heel mooi zijn als we een concept dat in ziekenhuis A heel goed heeft gewerkt naar ziekenhuis B kunnen halen, als dat betekent dat we de medewerker die dat project in ziekenhuis A heeft geleid ook tijdelijk kunnen aanstellen in ziekenhuis B. Maar men ziet vaak bekostigingsproblemen, omdat je tienduizenden euro's nodig hebt om dat rond te kunnen krijgen. Die structurele bekostiging is er niet. Dat is terug te zien in aanbevelingen 3 en 4 uit het TOVER-evaluatierapport. Kan de minister erkennen dat dat een barrière is en kan zij dat meenemen in de nieuwe AZWA-gesprekken? Ze mag er ook in de tweede termijn op terugkomen.

Minister **Hermans**:

Ik zit even te denken. Zoals ik zojuist zei, betrekken we het bij de uitwerking van die AZWA-afpraak. In mijn beleving doen we dat dus, maar als de heer Vervuurt een concretere gedachte of suggestie heeft, dan ben ik natuurlijk bereid om daarover na te denken. Ik denk dat hij heel erg gelijk heeft als hij zegt dat we voor de volgende stap staan, waarbij we ervoor zorgen dat innovaties de zorg ook echt bereiken en dat we ze snel kunnen opschalen als ze goed werken. Ik wil kijken naar alles wat werkt en daarbij kan helpen. Ik weet niet of ik elk knelpunt zomaar kan oplossen. Als hij een concrete suggestie heeft, dan hoor ik die heel graag en sta ik er natuurlijk voor open om die na te gaan.

De heer **Vervuurt** (D66):

Een vervolgvraag, voorzitter. Een van de dingen die ik heel interessant vond in mijn gesprekken met deze ziekenhuizen is dat ze tegen mij zeiden dat ze heel graag een subsidieaanvraag zouden willen kunnen doen bij NWO of ZonMw om dit soort transformaties rond te krijgen. Maar dat mogen ze dus niet omdat hun centrale doel niet het doen van onderzoek is. Daardoor worden zij uitgesloten van het aanvragen van

dergelijke subsidies. Maar er gebeurt wel onderzoek en het zou hen heel erg kunnen helpen om wel zo'n aanvraag in te kunnen dienen om de zorg echt te innoveren in zo'n ziekenhuis. Ik snap dat daar allerlei haken en ogen aan zitten, maar ik vraag de minister of dat iets is wat zij overweegt. Wil zij bekijken of dat kan?

Minister Hermans:

Ik zat intussen even na te denken. In die afspraken hebben de ziekenhuizen, dus de UMC's, de topklinische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen, zich met elkaar gecommitteerd aan de afspraak om dit samen te doen en samen op te pakken. Als je die afspraak maakt, vind ik dat je je daar ook aan moet houden. Ik ga dat nu dus niet overnemen of oplossen, want dat doet geen recht aan de gemaakte afspraak. We monitoren natuurlijk wel op gezette tijden de voortgang en we voeren gesprekken aan de IZA- en AZWA-tafel over hoe het loopt met de uitvoering van de afspraken. Wat ik kan doen, is het daar op tafel leggen, maar dat is iets anders dan dat ik nu ga oplossen wat er niet gebeurt. Ik reken wel op het afgeleverde commitment van alle partijen om hier echt op samen te werken en hier samen uit te komen.

De voorzitter:

Gaat u door met uw inbreng.

Minister Hermans:

Dan ga ik door naar vragen die gesteld zijn over transparantie, wachtlijsten en kwaliteit. Ik geloof dat we in het IZA/AZWA-debat of in het debat over de Zorgverzekeringswet uitgebreid gehad hebben over de transparantie en over het feit dat er stappen gezet moeten worden. Er wordt al heel lang door iedereen gezegd dat het belangrijk is, maar onderaan de streep gebeurt er te weinig. Ik vind dat die transparantie echt de motor is onder de afspraken die we gemaakt hebben; dat heb ik in dat debat ook gezegd. Je wilt namelijk kunnen zien wat de kwaliteit is en wat de wachtlijsten zijn. Als je daar inzicht in hebt, kun je keuzes maken en geeft dat zorgverzekeraars instrumenten in handen om afspraken te kunnen maken en de NZa kan toezien op de zorgplicht.

Mevrouw Wendel en mevrouw Maeijer vroegen of zorgverzekeraars voldoende informatie hebben om goed te kunnen bemiddelen en die proactieve zorgbemiddeling goed uit te kunnen voeren, en of ziekenhuizen transparant zijn over hun wachtlijsten. Ziekenhuizen leveren de wachttijdinformatie aan bij de NZa. We hebben in het AZWA afspraken gemaakt over het aanleveren van adequate wachtlijstinformatie en actuele en accurate wachttijdinformatie. Het is aan zorgaanbieders om dat te doen. Zorgaanbieders hebben de wachtlijsten inmiddels opgeschoond en zijn ook verantwoordelijk voor het schoonhouden van de wachtlijsten na die datum. Die proactieve zorgbemiddeling is sinds april van start, zoals mevrouw Wendel zei. Ik hoop begin 2027 zicht te krijgen op hoe dat daadwerkelijk uitpakt en hoe goed het lukt om patiënten op een goede manier te bemiddelen, want aan het einde van het jaar worden de eerste stappen van de proactieve zorgbemiddeling geëvalueerd. Daarna kan ik dus wat meer zeggen over het effect. Dan kan ik ook zien of er meer nodig is om dit van de grond te krijgen. Mevrouw Wendel vroeg dat namelijk. Het kan dus zijn dat dat dan gaat om meer, betere of accuratere informatie.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Ik heb een korte vervolgvraag. Gaat de minister dan mogelijk ook nu of later inzetten op het wat meer eenduidig weergeven van die informatie? Het wordt namelijk wel

ingewikkeld als de informatie er wel is, maar overal anders wordt weergegeven.

Minister **Hermans**:

Ik kan mij voorstellen dat dat een van de punten is die eruit komt. Ik denk dat het ook in termen van regeldruk heel erg kan helpen als informatie gestandaardiseerd en vergelijkbaar wordt aangeleverd.

De zorgbemiddeling is nu alleen voor het eerste policonsult en in dat verband vroeg mevrouw Maeijer of ik de wachtlijsten steviger ga aanpakken. Dat wil ik dus echt betrekken bij het eerste beeld van de zorgbemiddeling in het afgelopen halfjaar. Dan wil ik kijken wat we nog meer kunnen doen om dat aan te scherpen.

De heer Claassen zei dat de poliwachttijden boven de treeknorm zijn en dat dit een meetlat is uit het Nokiatijdperk. Hij vroeg of ik me dat realiseerde en of ik de Nokia nog kende. Ja, die ken ik nog. Volgens mij was mijn eerste telefoon een Nokia, maar dat is voor een ander moment. Ook de treeknormen ken ik. Ik weet ook dat die niet in alle gevallen gehaald worden. Er zijn verschillende afspraken gemaakt in de akkoorden met als doel om die wachtlijsten voor de toegang tot zorg voor iedereen binnen de geschikte normen te brengen. Onderdeel van de afspraken is ook het actualiseren van de treeknormen. Die afspraak wordt op dit moment uitgevoerd. Ik verwacht dat we de nieuwe normen in het tweede kwartaal van volgend jaar hebben en dat we ze dan vervolgens kunnen implementeren.

Dan de kwaliteitsregistraties, waar de heer Poortman en mevrouw Wendel naar vroegen. Ik begin met de vraag van de heer Poortman of ik deel dat de uitkomsten van die registratie moeten leiden tot betere patiëntuitkomsten, toezicht en inkoop. Hij vroeg mij ook wat mijn voornemens zijn op dat punt, ook in het licht van de afspraak in de kwaliteitsberoepsrichtlijnen. Met de Wet kwaliteitsregistratie zorg die in werking is, is geregeld dat zorgaanbieders verplicht zijn om de relevante data aan te leveren aan de kwaliteitsregistraties in het register voor die registraties. Daardoor komt er dus meer informatie beschikbaar voor patiënten, toezicht en inkoop. Hoe dat gaat en loopt wordt jaarlijks gemonitord. Daarnaast zijn zorgaanbieders en zorgverleners wettelijk verplicht te handelen overeenkomstig de inzichten die zijn verkregen uit die kwaliteitsregistraties. Al die inzichten nemen we natuurlijk ook mee bij het opstellen en actualiseren van richtlijnen. Waar dat nu niet of onvoldoende gebeurt, gaan we ook kijken — dan kom ik weer op die brief over de hoofdlijnen passende zorg — waar we in de wet in randvoorwaardelijke sfeer afspraken kunnen maken. Het vaststellen van richtlijnen blijft echt iets van de beroepsgroep, maar we kijken ook echt naar hoe we afspraken kunnen maken in de randvoorwaardelijke sfeer conform het regeerakkoord.

De heer **Poortman** (CDA):

Dan een vervolgvraag. De minister zegt "waar dat onvoldoende gebeurt" en dat triggert mij wel. Is daar nu al zicht op of is dat onderwerp van onderzoek?

Minister **Hermans**:

Ik zat even na te denken. Ik probeerde mijn eigen antwoord terug te luisteren. Ja, ik denk dat dat een element is van het zien waar de implementatie van passende zorg achterblijft. Dan zien we dat het vernieuwen of aanpassen van richtlijnen soms ongelofelijk lang kan duren. Waar we zien dat dat gebeurt en waar het onvoldoende snel gaat — daar kwam die opmerking dus vandaan — zoeken we naar manieren waar we

dat kunnen versnellen om passende zorg zo snel mogelijk in de spreekkamer te krijgen en niet-passende zorg eruit. Nogmaals, inhoudelijk gaat de minister van VWS niet op die stoel zitten, maar in termen van randvoorwaarden kun je daar natuurlijk wel afspraken over maken.

Dan de vraag van mevrouw Wendel hoe ik ervoor ga zorgen dat ziekenhuizen ook transparant gaan zijn over kwaliteit. Ik heb al gezegd dat transparantie over kwaliteit beter moet. Daar wordt langs verschillende lijnen aan gewerkt. In reactie op de heer Poortman noemde ik al de kwaliteitsregistraties. Op de langere termijn willen we ook dat de doelen van de kwaliteitsregistraties verbreed worden met keuze-informatie. Daarmee wordt het verzamelen voor en het transparant maken van die keuze-informatie uit de kwaliteitsregistraties ook structureel verankerd. Dat loopt dus ook mee in dat traject dat we lopen.

Ik zei volgens mij in het vorige debat dat we het Zorginstituut gevraagd hebben wat zij nodig hebben om strakker te kunnen sturen op de openbaarmaking van kwaliteitsinformatie in alle sectoren, want ook daar moet de vrijblijvendheid ervan af. Als blijkt dat het Zorginstituut bevoegdheden mist, dan gaan we kijken naar wat we moeten aanpassen in de Wkkgz om die bevoegdheden aan te scherpen. Dit loopt allemaal mee in die brief over passende zorg als norm. Ook hier geldt dat we aan wetgeving werken en dat dat een stok achter de deur is, maar ik blijf ook nadruk leggen op het nu al transparant maken van die informatie. Daar roep ik ook echt iedereen toe op, want er is gewoon heel veel informatie beschikbaar. Laat die informatie dan ook zien. Het is namelijk ongelofelijk belangrijk voor de kwaliteit van zorg.

Ik denk dat ik daarmee ook de vraag van mevrouw Maeijer over het belang van beschikbaarheid beantwoord heb. Dat willen we dus ook echt op korte termijn.

Voorzitter. Dan kom ik bij het mapje overige belangrijke onderwerpen, te beginnen bij de weerbaarheid van de zorg. De vraag van de heer Vervuurt was wat we doen om de ziekenhuiszorg weerbaar te maken. Ongeacht de omstandigheden moeten patiënten erop kunnen rekenen dat noodzakelijke zorg er is. Zoals de heer Vervuurt al verwoordde, kan bij een ramp of crisis de impact op de zorg groot zijn. Het is dus belangrijk dat in de voorbereiding door zorgaanbieders rekening wordt gehouden met alle mogelijke scenario's, ook als een crisis langer duurt. Dat geldt dus niet alleen voor individuele ziekenhuizen, maar juist ook in de samenwerking in de gehele keten binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen en binnen de veiligheidsregio.

De ziekenhuizen, de ROAZ'en en de veiligheidsregio's hebben via verschillende wetten en richtlijnen verplichtingen om zich op verschillende manieren voor te bereiden op onverwachte situaties, zoals extreem weer; daar verwees de heer Vervuurt ook naar. Zij moeten bijvoorbeeld een zorgcontinuïteitsplan opstellen. Daarin staan noodmaatregelen. Ook moet er een ziekenhuisrampenopvangplan zijn, waarin alle processen beschreven staan die tijdens een noodsituatie gevolgd moeten worden en die moeten ook regelmatig worden geoefend. Meer in brede zin zijn wij bezig met een plan voor weerbare zorg. Dat ziet op wat we zelf kunnen doen, als weerbare samenleving en om zelfredzaam te zijn, zeker de eerste uren van een crisis.

Ik ben samen met de minister van Defensie aan het bekijken wat er in de zorg moet gebeuren als er ook opvang van gewonde militairen nodig is en wat we in de reguliere

zorg kunnen doen om snel op te kunnen schalen; dat is de opschaalbare noodzorg. Ik denk dat ik daarmee de vragen van de heer Vervuurt beantwoord heb, maar als dit nog vragen oproept dan wacht ik even.

De heer **Vervuurt** (D66):

De minister geeft aan wat ziekenhuizen daarin zelf doen en moeten doen. Volgens mij doen ze dat ook vrij aardig. Maar het is natuurlijk breder dan dat. Als er een crisis is, wordt de keten als geheel geraakt en dat raakt dan de afzonderlijke schakels, maar ook de overgangen tussen de schakels. Ik denk dat de vraag vooral is hoe we ervoor zorgen dat we daar in bredere zin op voorbereid zijn. Dat geldt niet alleen voor de keten, maar ook voor de crisisaanpak in algemene zin. We zien vaak dat crises niet alleen komen. Crises komen vaak met meerdere tegelijk, zou ik bijna zeggen. Dat is die all-hazards approach, waar ook het veld, verzameld in de Coalitie Weerbare Zorg, mee aan de slag is. Hoe verhoudt het ministerie, deze minister en haar positie, zich tot niet alleen die all-hazards approach, maar ook tot die Coalitie Weerbare Zorg, en is zij bereid om samen te werken met het veld en te zorgen voor een weerbare zorg?

Minister **Hermans**:

Specifiek op die all-hazards approach wil ik in de tweede termijn even terugkomen, want daar wil ik even precies over zijn. We werken natuurlijk samen met iedereen die nadenkt over en bezig is met die weerbare zorg, maar ook in het kabinet is er een bredere samenwerking wat dit betreft. Ik zal dat even bij elkaar pakken en daar in tweede termijn op terugkomen.

Mevrouw **Keijzer** (Lid Keijzer):

Even een punt van orde: all-hazardzorg?

De heer **Vervuurt** (D66):

Mag ik, voorzitter? Ik heb het ook niet verzonnen, mevrouw Keijzer, maar in goed Nederlands gaat het erom dat we oog houden voor alle dreigingen die op ons af kunnen komen en dat we ons niet alleen focussen op één perspectief. Het komt uit het crisismanagementhandboek of iets dergelijks.

De **voorzitter**:

Oké, waarvan akte.

Minister **Hermans**:

Daarom zei ik net: we bereiden meerdere scenario's voor omdat er verschillende typen crises op ons af kunnen komen.

De **voorzitter**:

Gaat uw door.

Minister **Hermans**:

Ik zie mevrouw Keijzer verwonderd kijken, maar dit is wat het is.

De **voorzitter**:

We hebben nog een tweede termijn.

Minister **Hermans**:

De heer Poortman sprak over het coalitieakkoord dat belooft dat opleidingen meer aandacht krijgen voor werken buiten het ziekenhuis en dat overstappen tussen zorgdomeinen makkelijker wordt. Hij vroeg hoe ik hier invulling aan ga geven. In het Zorgakkoord zijn middelen beschikbaar gekomen voor het versterken van opleiden buiten het ziekenhuis. Die reeks loopt op tot 185 miljoen euro vanaf 2029 tot 2035. Vanaf 2026 tot en met in elk geval halverwege 2028 kunnen aanbieders buiten het ziekenhuis een bijdrage ontvangen voor nieuwe instroom en doorstroom in de opleidingen buiten het ziekenhuis en voor strategische bij- en nascholing op de thema's uit het AZWA. Dat kan met de subsidie strategisch opleiden zorg en welzijn. We zijn in gesprek over de vraag hoe die middelen het best besteed kunnen worden vanaf halverwege 2028.

Dan is er het project Meer extramurale artsen. Daaruit blijkt dat er in de inhoud van de opleiding geneeskunde meer aandacht voor de extramurale artsenberoepen moet komen. Daar wordt door de veldpartijen nu hard aan gewerkt. Ik kan nog een aantal dingen zeggen over verantwoordelijkheden die niet bij ons liggen, maar bijvoorbeeld bij OCW of in de cao's, maar dit is wat we vanuit het AZWA doen wat betreft opleiden buiten het ziekenhuis.

Dan de heer Vervuurt nog over de beschikbaarheid van glutenvrij eten in ziekenhuizen. Het is de verantwoordelijkheid van ziekenhuizen om gezonde en goede voeding te leveren in de ziekenhuizen. Als glutenvrije voeding medisch noodzakelijk is voor een patiënt en een patiënt voor de maaltijdvoorziening afhankelijk is van het ziekenhuis, dan is het aanbieden daarvan onderdeel van de goede kwaliteit van zorg die een ziekenhuis wordt geacht te bieden. De IGJ ziet toe op de kwaliteit van die zorg.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank voor die beantwoording, maar ons bereiken dus sterke signalen dat dat op dit moment niet gebeurt. Dat baart mij wel ernstig zorgen, ook in mijn eigen hoedanigheid als patiënt. Ik zou het dus wel mooi vinden als de minister in een toekomstig gesprek met de IGJ terug zou willen komen op de vraag hoe zij ervoor kunnen zorgen dat die patiënten wél veilige voeding krijgen.

Minister **Hermans**:

Ik begrijp die zorg. Ik kan het onder de aandacht brengen bij de Alliantie Voeding in de Zorg en bekijken wat zij daarmee kunnen doen en wat er vandaaruit gebeurt.

Voorzitter. Dan een vraag van mevrouw Wendel: is het mogelijk om een algemene zwarte lijst te maken van bezoekers van ziekenhuizen die agressief zijn tegenover personeel. Ik begrijp heel goed waar de vraag vandaan komt. Ik deel de frustratie of de boosheid. Ik weet niet zo goed welke emotie ik hieraan moet koppelen. Agressie tegen zorgmedewerkers, in welke vorm dan ook, is echt volstrekt onacceptabel. We moeten doen wat we moeten doen om dat te voorkomen en om zorgverleners daartegen te beschermen. Ik kan echter niet zo'n zwarte lijst maken. Daarin speelt privacy een belangrijke rol. Ons rechtssysteem is namelijk zo ingericht dat ik een belangenafweging moet maken als ik persoonsgegevens zou gaan delen, dus als die op één lijst terechtkomen. Er moet dan sprake zijn van een gerechtvaardigd belang. Het delen van de gegevens van iemand die door een zorginstelling op een zwarte lijst is gezet, moet noodzakelijk zijn om bijvoorbeeld ernstige schade of criminaliteit te voorkomen. Dat moet dan weer zwaarder wegen dan de privacy van de betrokkene. Die

belangenafweging moet je per geval maken. Dat gaat dus niet samen met een algemene zwarte lijst.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik vind dat opmerkelijk. De VVD maakt in ieder geval de volgende belangenafweging bij bezoekers zijn die keer op keer agressief zijn, die ervoor zorgen dat zorgverleners gewoon echt niet veilig zijn. En laat het duidelijk zijn dat iemand niet zomaar op een zwarte lijst wordt geplaatst. Wij vinden dat de veiligheid van zorgmedewerkers in die belangenafweging zwaarder weegt dan het belang van een bezoeker die keer op keer agressief is. Is de minister dat met mij eens?

Minister **Hermans**:

Ik begon niet voor niks met het punt dat ik geweld of agressie tegen zorgverleners onacceptabel vind. Ik merk ook dat ik bij het geven van dit antwoord ongemak voel. Als je mensen in beeld hebt die structureel bepaald gedrag vertonen, dan zou je elkaar in de zorg namelijk voor hen willen waarschuwen. Tegelijkertijd is dit ook waar ik tegenaan loop als u mij vraagt een algemene zwarte lijst te maken. Ik wil toezeggen dat ik met collega's in het kabinet aan wier verantwoordelijkheid dit raakt, nog eens bespreek of er, gezien dit vraagstuk van agressie in de zorg en dat we alles willen doen om herhaling te voorkomen, ergens nog een route of een haakje is om hier iets aan te doen. Ik wil het überhaupt voorkomen, maar herhaling al helemaal. Even los van het specifieke voorstel dat mevrouw Wendel doet, wil ik dus in algemene zin bespreken of daar nog iets voor te bedenken is.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Bij IenW bijvoorbeeld, bij vliegtuigmaatschappijen, is er ook een zwarte lijst voor agressieve reizigers. Kan de minister daar best practices ophalen? Als het daar kan, kan ik me zo voorstellen dat het ook moet kunnen om onze zorgmedewerkers te beschermen. Als we zien dat zo veel zorgmedewerkers vanwege agressie afhaken wat betreft werken in de zorg, dan moeten we volgens mij echt een stap verder zetten en zorginstellingen in ieder geval de mogelijkheid geven om zo'n zwarte lijst op te stellen.

Minister **Hermans**:

Zonder vooruit te lopen op het exacte middel: de toezegging die ik net deed, blijft staan en ik zal zeker bij de collega van IenW vragen hoe dat met de vliegtuigmaatschappijen geregeld is.

Voorzitter. Dan palliatieve zorg. Mevrouw Maeijer vroeg hoe we ervoor zorgen dat zorgverleners tijd hebben voor het goede en het juiste gesprek. De minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport heeft in juni een brief aan de Kamer gestuurd over de landelijke visie op palliatieve zorg en ondersteuning, met de titel Samen leven tot het laatst. Het uitgangspunt daarbij is dat palliatieve zorg echt onderdeel uitmaakt van de goede zorg en ondersteuning. Daarbinnen moeten zorgverleners voldoende ruimte krijgen voor het goede gesprek. De NZa heeft in 2024 een verkenning gedaan naar de bekostiging van proactieve zorgplanning. Aan de hand daarvan zijn er wijzigingen in de bekostiging in gang gezet, waaronder per 2027 een nieuwe prestatie in de huisartsenzorg voor dit type gesprekken.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank voor het antwoord, maar mijn vraag zag specifiek op de ziekenhuiszorg. Deze

gesprekken worden natuurlijk ook in het ziekenhuis gevoerd. Ik vroeg me eigenlijk af of de minister mogelijk signalen ontvangt dat daar geen passende tijd, ruimte, bekostiging of wat dan ook is.

Minister Hermans:

Naar mijn weten hebben we die signalen niet. Ik wil het natuurlijk altijd nog even navragen. Als ik daar zo meteen in tweede termijn al op terug kan komen, doe ik dat. Anders zal ik dat volgende week betrekken bij de begrotingsbehandeling.

Ik heb nu twee dingen aan mevrouw Maeijer toegezegd. Dat zijn de brief over Zuyderland en het punt omtrent palliatieve zorg in ziekenhuizen.

Voorzitter. Dan een vraag van mevrouw Vliegenthart over de gynaecologische poli's, zoals de VSA-poli. De vraag is welke stappen ik heb gezet qua investeringen naar aanleiding van de motie van mevrouw Vliegenthart. Ik begrijp het ongeduld van mevrouw Vliegenthart, maar de motie vroeg mij de Kamer voor de zomer van 2027 te informeren. Aan die toezegging ga ik voldoen, maar op alle vragen die mevrouw Vliegenthart mij net stelde, heb ik nu nog geen antwoord. Ik kan alleen zeggen dat ik inderdaad vorige week dat rapport, of die analyse, in ontvangst heb genomen. Ik had, vond ik zelf, een mooi gesprek met de initiatiefnemers. We hebben ook gekeken wat er nodig is om dit niet alleen in het AMC en een twee-, drietal ziekenhuizen dat nu interesse toont, verder te krijgen, maar breder. We zien echt de meerwaarde ervan. Ik vind het echt heel goed dat dat in ziekenhuizen, die natuurlijk ook werkgever zijn, wordt opgepakt. Ik vind het een ongelooflijk mooi initiatief. De motie van mevrouw Vliegenthart heb ik nog steeds scherp voor de bril.

Mevrouw Vliegenthart (PRO):

Ik ben natuurlijk heel blij om te horen dat de minister nog met die motie bezig is. Ik heb inderdaad gezegd dat ik dat graag voor volgende zomer hoor. Het raakt eigenlijk aan een heel fundamenteel onderwerp waar we het hier met elkaar over hebben, namelijk: hoe gaan we om met de schaarste in de zorg en hoe zorgen we dat zorgmedewerkers in de zorg kunnen blijven? Daar zijn vrouwengezondheid en de problematiek daarmee een heel groot onderdeel van. Daarom heb ik dit toch weer erbij gepakt. Dat rapport laat namelijk weer zien dat hier een gigantische kans ligt: 190.000 fte aan arbeidscapaciteit zou het kunnen opleveren als elke werkende vrouw in Nederland eerder passende zorg krijgt.

Ik probeer dus toch nog te zoeken naar iets meer reactie van de minister ten aanzien van hoe zij hiernaar kijkt. Zou ze bereid zijn om hier verder in te investeren? Het laat namelijk ook zien dat we dit kunnen uitrollen en veel beter beschikbaar kunnen maken als er financiering komt voor bijvoorbeeld de coördinatie achter die spreker. Het levert zo veel op, dus ik zoek nog even naar de volgende stap van de minister.

Minister Hermans:

Ik vind dit echt een mooi initiatief. Nogmaals, het was mooi om vorige week het gesprek daarover te voeren, de aanleiding te horen en te horen hoe dat nu uitpakt in de praktijk. Het rapport laat inderdaad zien wat het oplevert. Het levert. Het laat dus zien dat het organisaties, of dat nou ziekenhuizen zijn of bedrijven, echt iets kan opleveren. Als werkgever heb je hier dus ook een belang. Natuurlijk kijk ik altijd hoe ik goede ideeën een duwtje kan geven. Dat kan soms zijn door erover te praten. Dat kan soms zijn door

iets in regels te doen. Iedereen wil altijd geld; die vraag is er ook. Ik vind echter echt dat niet alles oplosbaar is of door de overheid opgelost kan worden. Ook als werkgever zie je wat je hieraan kan hebben. Ik hoop dus echt dat er met dit mooie verhaal, met dit mooie voorbeeld, dat ik echt bereid ben in het zonnetje te blijven zetten, ook een verantwoordelijkheid wordt gezien door werkgevers om hier werk van te maken.

Mevrouw **Vliegenthart** (PRO):

Ik ben het er uiteraard helemaal mee eens met dat ook werkgevers hier een verantwoordelijkheid in hebben, maar er stonden hier vorige week bij een petitie ook werkgevers die zeiden: wij willen onze verantwoordelijkheid nemen; we willen het gezamenlijk met de overheid doen. Dit is namelijk iets wat de werkgevers iets oplevert, maar het is ook iets wat iets oplevert voor het fundamentele gesprek dat we hier met elkaar hebben, namelijk: hoe zorgen we dat de capaciteit die we hebben, die prangend is de komende jaren, zo effectief mogelijk inzetten, en dat we daarnaast ook nog iets doen voor de gezondheid van die werknemers? Er zijn voorbeelden, zoals Kansrijke Start, met publiek-private samenwerking, dus waarbij het niet alleen maar de werkgevers zijn en ook niet alleen maar de overheid, maar gezamenlijk wordt gedaan. Hoe kijkt de minister daarnaar? Er wordt nu namelijk vooral gewezen naar de werkgevers.

Minister **Hermans**:

Nou, nee, ik voer dat gesprek niet voor niets. We hebben natuurlijk gekeken waar we elkaar kunnen versterken. Het is dus niet zo van: ik hoor het aan en succes ermee. Alleen heb ik in reactie op de vraag van mevrouw Vliegenthart over investeren door de overheid gezegd: als bedrijven zelf zien wat dit soort initiatieven hun kan opleveren, vind ik dat daar ook een verantwoordelijkheid, een taak of een rol voor werkgevers zelf weggelegd is. Tegelijkertijd zijn we niet voor niets bezig met het onderwerp vrouwengezondheid. Zo'n poli laat ook zien dat je heel veel gedoe en klachten kan voorkomen als je op tijd aandacht hebt voor vrouwspecifieke aandoeningen en die op tijd herkent, erkent en onderkent. Dat is in het algemeen natuurlijk belangrijk voor onze zorg. We kijken dus op heel veel manieren hoe we de agenda van vrouwengezondheid kunnen stimuleren.

Dan even specifiek over deze vrouwenpoli's en hoe we die nou verder kunnen krijgen. Binnen ZonMw volgen binnenkort nog subsidierondes, waarvan door de vrouwenpoli's mogelijk gebruikgemaakt kan worden, mits natuurlijk wordt voldaan aan de voorwaarden van die rondes. Mogelijk is dat ook een instrument om dit soort poli's verder te helpen.

Voorzitter. Tot slot een vraag van de heer Van Houwelingen over de late abortussen. Ik ben uiteraard bereid om die vraag te beantwoorden, al voelt het een beetje gek om zo'n onderwerp zo aan het einde te behandelen van een debat over alles wat we net besproken hebben. De vraag was waarom zo'n late zwangerschapsafbreking niet in een abortuskliniek kan plaatsvinden, en of we nadenken over de impact op het medische personeel in ziekenhuizen dat hiermee te maken krijgt. Ik ben mij ongelofelijk bewust van de impact, de ingrijpendheid van een late abortus. Daar denk ik dus niet lichtzinnig over, en zorgverleners die ermee te maken hebben zeker ook niet, of dat nou zorgverleners in abortusklinieken zijn of zorgverleners in ziekenhuizen.

Dan de reden waarom er nu een verkenning plaatsvindt om ziekenhuizen hier een rol in te laten spelen. Ik moet eigenlijk zeggen: om méér ziekenhuizen hier een rol in te laten

spelen. Het gebeurt nu namelijk al. Het is nieuw. Alleen heeft de IGJ geconstateerd dat er iets moet gebeuren aan de toegankelijkheid van die zorg. Abortusklinieken beschikken niet over de klinische voorzieningen die nodig zijn om goede en veilige zorg te bieden bij een zwangerschapsafbreking van 22 tot 24 weken, vandaar dat vanaf die zwangerschapsduur de ziekenhuiszorg nodig is. Om die reden verwijzen abortusklinieken vrouwen voor dergelijke late afbrekingen naar ziekenhuizen.

Nogmaals, ik ben me ervan bewust, het kabinet is zich ervan bewust, dat dit zeker bij zo'n vergevorderde zwangerschapstermijn een gevoelig vraagstuk is. Ik vind het daarom ook belangrijk dat het debat zorgvuldig en met respect voor de verschillende zienswijzen op dit onderwerp wordt gevoerd. Dat geldt dus ook voor het gesprek met medewerkers in de ziekenhuizen. Zoals de heer Van Houwelingen zelf terecht opmerkte, is er altijd ruimte voor medewerkers, dus verpleegkundigen en artsen, om niet mee te werken aan de abortuszorg. Dat herhaal ik hier ook graag. Die vrijheid hadden ze en die hebben ze nog steeds.

Voorzitter. Tot zover.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik zie dat er nog vragen zijn. Ik kijk ook naar de hoeveelheid interrupties die nog mogelijk is. Meneer Vervuurt.

De heer Vervuurt (D66):

Ik had ook nog wat vragen gesteld over rode biotechnologie. Misschien heeft de minister die allemaal geschaard onder het blokje innovatie — rode biotechnologie in een blauw mapje — maar ...

De voorzitter:

Oké, we doen een veegronde. Dat scheelt ook weer in de tweede termijn. Alleen als het kan, hoor.

Minister Hermans:

Zeker. Ik had die vraag in mijn hand ... Ja, rode biotechnologie. Wanneer krijgt u daar meer over te horen? Die rode biotechnologie heeft mijn aandacht. Ik ben ook lid van de Taskforce Toekomstige Welvaart en Vestigingsklimaat. In die taskforce werken we aan vier strategische domeinen, en Life sciences en biotechnologie is een van die domeinen. De rode medische biotechnologie is daar weer onderdeel van. Eind deze maand, dus eind oktober, vindt er een bredere bijeenkomst plaats in het kader van die taskforce. Daarin zullen we samen met het veld de acties op het gebied van biotechnologie concreter uitwerken. Als die plannen dan voldoende concreet zijn, zal ik de Kamer daarover informeren. Ik zal even nagaan wat daar naar verwachting een redelijke termijn voor is. Daar kom ik dan zo op terug.

De voorzitter:

Oké. Anderen nog? Anders gaan we naar de tweede termijn. Mevrouw Keijzer?

Mevrouw Keijzer (Lid Keijzer):

Ik heb een vraag over die late abortussen. Ik hoor de minister zeggen dat die in meerdere ziekenhuizen plaatsvinden, terwijl ik altijd had begrepen dat er nu een pilot

komt in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Ik zou graag willen weten welke ziekenhuizen dat dan zijn. Daarnaast gaat dit over late abortussen op zogenaamde sociale indicatie. Wordt er dan met vrouwen besproken waarom ze het op een zo late termijn doen? Er worden namelijk gewoon kleine mensjes geboren. Dat is wel iets wat ik me altijd heb afgevraagd bij deze discussie.

Minister Hermans:

Er vindt een verkenning plaats naar aanleiding van een signaal van de IGJ, al van een paar jaar geleden. De IGJ constateerde dat er iets moest gebeuren aan de toegankelijkheid van de abortuszorg in het geval van late zwangerschapsafbrekingen. Er is dus aan ziekenhuizen gevraagd: wie kan een rol spelen in deze zorgverlening, zodat we een antwoord kunnen formuleren op dat vraagstuk, dus dat punt dat de IGJ signaleerde? Welke ziekenhuizen precies meedoen, is niet bekend. Dat heb ik ook in de schriftelijke beantwoording geschreven. Er is één ziekenhuis in de media gekomen, maar ik heb geen lijst van ziekenhuizen die daaraan meedoen. Het is dus niet iets nieuws. Het is ook niet het oprekken van de abortuswetgeving. Het vindt gewoon plaats binnen het wettelijke kader.

Het begrip "sociale indicatie" valt vaak in relatie tot deze verkenning. In de abortusklinieken, in de ziekenhuizen en bij de huisartsen wordt niet bijgehouden wat de reden is voor een vrouw om tot een abortus te besluiten. De wet ziet er wel op toe dat vrouwen die afweging, die keuze, zorgvuldig maken. Daar hebben wij allerlei procedures en zorgvuldigheidseisen voor ingericht, zoals keuzehulp- en ondersteuningsprogramma's voor vrouwen die daar behoefte aan hebben. Dat is er en dat blijft er ook. Ik denk dat het ook belangrijk is als onderdeel van onze abortuszorg in Nederland.

De voorzitter:

Dan wil ik het hierbij laten en naar de tweede termijn van de zijde van de Kamer gaan. Gelet op de klok vraag ik de leden om het kort en bondig te houden als er een tweeminutendebat wordt aangevraagd.

De heer Vervuurt (D66):

Ja, voorzitter. Om te beginnen wil ik dat graag doen. Dus bij dezen.

Dit debat legt bloot welke zorgen deze commissie heeft ten aanzien van de toekomst van de ziekenhuiszorg. We staan voor grote uitdagingen. Voor D66 staat één ding centraal, namelijk dat het belangrijk is dat iedereen goede zorg krijgt en, als het effe kan, natuurlijk zo dicht mogelijk bij huis. Maar alles verandert met de tijd, ook de ziekenhuiszorg. Dat raakt aan de centrale vraag hoe we nou de dilemma's en de belangen wegen waarover we hier vanmiddag hebben gesproken. Het is niet de eerste keer dat die hier besproken worden en het zal ook niet de laatste keer zijn. Ik denk dat de minister in haar beantwoording de dilemma's goed heeft weergegeven, dus dank daarvoor.

Voorzitter. Dan de weerbaarheid van onze ziekenhuiszorg. Het zorgveld heeft zich samengebundeld en het wil heel graag stappen zetten. Ik was op zoek naar een goede metafoor, maar ik ben daar niet zo goed in. Ik ben uitgekomen op: het voetbalteam is op zoek naar een aanvoerder. De vraag is dan of de minister bereid is om die handschoen op te pakken.

Innovatie in de zorg gaat niet alleen over ons medisch-wetenschappelijke onderzoek, maar ook over hoe we dat in Nederland omzetten naar nieuwe medicijnen of technologie, en vooral ook over hoe nieuwe innovaties de patiënt bereiken. Die schakels kun je wat mij betreft niet los van elkaar zien. Die moet je als keten benaderen. Daar zijn we in de interruptiedebatjes goed op ingegaan en ik denk dat het goed is dat we daar de aandacht op gericht blijven houden.

Om af te sluiten zeg ik dat het heel mooi is dat de samenwerking met de Alliantie Voeding in de Zorg wordt gezocht. Die zitten op dit moment vooral nog op gezonde voeding: meer sla, minder mayonaise, zal ik maar zeggen. Het is dus mooi als dat aangevuld kan worden met inclusieve voeding voor mensen voor wie dat echt medisch noodzakelijk is. Ik dank de minister daarvoor.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Poortman.

De heer Poortman (CDA):

Dank, voorzitter, en dank aan de minister voor haar antwoorden. Ik heb verder geen vragen, maar ik benadruk nog dat het CDA graag met deze minister werkt aan een goede toegankelijkheid en een hogere kwaliteit van de zorg. Laten we speciaal aandacht houden voor regionale spreiding, maar ook oog hebben voor zorg dicht bij mensen. Ik zie uit naar de brief die nog volgt, want daarin zullen nog de antwoorden op een paar van mijn vragen verstopt zitten. Dat klinkt negatiever dan ik het bedoel, maar die antwoorden worden daarin nog geopenbaard en daar zie ik naar uit.

Dank.

De voorzitter:

Wendel.

Mevrouw Wendel (VVD):

Voorzitter. Ik begin waar mijn collega Poortman eindigde. De VVD wil echt toe naar passende zorg. Ik denk dat we nu met elkaar aan de lat staan om daarnaartoe te werken. Ik ben dus blij dat de minister heeft toegezegd om die brief nog voor het begrotingsdebat naar de Kamer te sturen.

Mijn tweede punt is de zwarte lijst voor agressieve bezoekers van zorginstellingen. Ik had eerlijk gezegd gehoopt dat we vanaf vandaag direct aan de slag zouden kunnen gaan en aan die zwarte lijst zouden kunnen gaan bouwen, maar goed, ik begrijp ook dat de minister even in overleg moet met haar collega's. Ik wil wel zeggen dat ik niet loslaat na vandaag. Ik ga de minister er dus aan houden. Dit wordt vervolgd! Ik zeg dit met een vriendelijke glimlach, zodat het niet agressief overkomt op de minister.

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Vliegthart.

Mevrouw Vliegthart (PRO):

Dank, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording. Laat ik positief beginnen. Ik ben blij te horen dat de minister de toegang tot acute geboortezorg als prioriteit heeft en behoudt. Ik kijk dus ook uit naar de brieven, zeker als het gaat over de analyse van de overlegtafel integrale geboortezorg van de precieze oorzaken achter de problematiek en de vraag hoe we die problematiek ook bij de oorzaak kunnen aanpakken. Daar zit tegelijkertijd ook een klein stukje zorg bij mij. In de woorden van mevrouw Keijzer, die nu net weg is: hoe zorgen we dat het niet bij praten en overleggen blijft maar ook leidt tot actie en effectieve actie? Ik roep de minister dus op om dat ook in de brief op te nemen, dus zowel de analyse als de vraag hoe we hierin effectieve stappen kunnen zetten en welke doelen hierachter liggen. Daar kijk ik dus naar uit.

Dank.

De voorzitter:

Dank u zeer. Mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Voorzitter, dank. Dank ook aan de minister voor de beantwoording. De zorgen over de ziekenhuizen in de regio zijn voor mijn fractie na dit debat nog niet voorbij. Bij mij blijft toch het gevoel hangen dat de regioziekenhuizen, dus de steekziekenhuizen, behoorlijk ondersneeuwen in het geheel. Daarbij blijven ook de zorgen bestaan over de toegankelijkheid. Ik refereerde in mijn eerste termijn aan de aandacht die Senioren Netwerk Nederland specifiek vroeg voor de gevolgen voor ouderen met een kwetsbare gezondheid of met multimorbiditeit, die misschien vaak een ziekenhuis moeten bezoeken en afhankelijk zijn van mantelzorg, of van doelgroepenvervoer. Diezelfde zorgen gaan ook op voor de dialysepatiënten, die mevrouw Wiersma terecht noemde, die meerdere keren per week een ziekenhuis moeten bezoeken. Ik zou de minister dus toch willen vragen om daar nog eens op in te gaan.

Voorzitter. Ik had nog een aantal vragen over het ROAZ. De minister geeft aan dat besluiten daar worden genomen in consensus en dat in het ROAZ de zorgprofessionals, de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen zitten. Even voor mijn beeld: zijn dat dan zowel de grote als de kleinere ziekenhuizen? Hoe moet ik dat precies zien? Wie controleert nu eigenlijk of voldaan is aan die kwaliteitseisen waaraan moet worden voldaan voor de budgetbesteding?

Tot slot wil ik de minister bedanken voor haar twee toezeggingen. De minister zal terugkomen op de brief van de Ziekenhuisalliantie en op mijn vraag over palliatieve zorg in ziekenhuizen. Misschien helpt het als ik die vraag iets concreter maak. Mijn vraag zag namelijk op het specifieke punt van de afspraak die in het AZWA is gemaakt over de proactieve zorgplanning. Er is in 2025 volgens mij een betaaltitel ingevoerd voor proactieve zorgplanning in de ziekenhuizen. Daarbij is ook de afspraak gemaakt dat daar meer bekendheid aan zou worden gegeven. Ik vroeg me eigenlijk af hoe het daarmee staat. In hoeverre wordt hier nu gebruik van gemaakt en zit er nog een knelpunt om op te lossen?

De voorzitter:

Heel even. Mevrouw Maeijer haalt twee toezeggingen aan die wij niet hebben genoteerd, omdat er geen brief aan is gekoppeld maar meer een inspanning vanuit de minister. Zo heb ik het tenminste geïnterpreteerd.

Minister **Hermans**:

Zeker. Ik heb beloofd dat ik in mijn eerste termijn van de begroting zal doen alsof deze vragen door mevrouw Maeijer in haar eerste termijn van de begroting zijn gesteld, en dan mondeling op de beide punten zal ingaan.

De **voorzitter**:

Helder. Dan weet ik dat weer even. Mevrouw Wiersma, uw tweede termijn.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Voorzitter, dank. Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik kan me eigenlijk aansluiten bij de woorden van collega Maeijer over de zorgen, ook ten aanzien van concentratie en spreiding, want het idee dat het achterloopt ... Die spreiding loopt dus niet. Het is mij nog onvoldoende duidelijk wie er echt goed op gaat toezien dat die twee in de toekomst wel met elkaar in balans komen. Ook over de bereikbaarheid in de regio van een aantal cruciale functies, wat een "volwaardig regionaal ziekenhuis" is en wat de minimale ondergrens is, heb ik nog niet echt een eenduidig antwoord gehoord. Zoals de minister weet, is dat voor ons een heel belangrijk punt. Dit ga ik allemaal meenemen naar onder andere de begroting en een tweeminutendebat dat eraan komt.

Nogmaals dank voor dit debat.

De **voorzitter**:

Enkele ogenblikken schorsing. Dank u wel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. De tweede termijn van de zijde van het kabinet, de minister. De laatste punten en dan gaan we tot een afronding komen.

Minister **Hermans**:

Dank u wel, voorzitter. Ik had de heer Vervuurt nog een antwoord beloofd over de all-hazards approach. Het is jammer dat mevrouw Keijzer weg is, maar ik hoop dat ze dit deel van het debat in slow motion terugkijkt. De vraag van de heer Vervuurt was hoe ik mij niet alleen tot die all-hazards approach verhoud maar ook tot de Coalitie Weerbare Zorg en of ik bereid ben om samen te werken met het veld.

Ik heb al gezegd dat we ons inzetten voor het vergroten van de weerbaarheid. Die inzet is erop gericht dat zorg onder alle omstandigheden voor zo veel mogelijk mensen zo lang mogelijk toegankelijk blijft, dus onder alle omstandigheden. Dat dwingt ons dus ook om over al die scenario's na te denken. Wat de Coalitie Weerbare Zorg betreft: partijen zetten zich gezamenlijk in voor de maatschappelijke weerbaarheidsopgave. Het inhoudelijke gesprek loopt via het BO IZA-AZWA. Daarbij zijn ook partijen uit die coalitie aangesloten.

Dan nog een vraag van de heer Vervuurt. We zien beweging, want er gebeurt een heleboel. Ik ben op zoek naar een metafoor, want hij vroeg mij of ik de aanvoerder van het team wil zijn. Dan zou ik echt alle spelers en iedereen die bij het team betrokken is tekortdoen, want de hele beweging naar passende zorg is echt een teamprestatie. Ik

heb daar ook een rol en een verantwoordelijkheid in. Die zal ik absoluut nemen. Dat zit namelijk in de wetgeving die we moeten gaan maken. Soms zit het ook in het bij elkaar aan tafel zetten van partijen, soms ook even — als ik het plat mag zeggen — met de koppen tegen elkaar, want in die fase van de beweging zitten we nu: er komen een paar lastige keuzes en ingewikkelde momenten aan. Dan kan er weleens de neiging zijn om nog even te wachten of nog even een onderzoek of een analyse te doen, maar ik denk echt dat we nu stappen vooruit moeten zetten voor die kwaliteit en die toegankelijkheid. Daar wil ik mijn verantwoordelijkheid en rol absoluut in nemen.

Voorzitter. De vriendelijke doch dringende, maar niet agressieve oproep van mevrouw Wendel heb ik goed gehoord. Ik realiseer me ook dat haar tanden bij dit onderwerp niet zomaar uit mijn kuiten zijn. Ik ga dus aan de slag.

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Vliegenthart over de geboortezorg. Ik ben het helemaal met u eens: dit is ook zo'n voorbeeld waarbij het belangrijk is om de problemen goed in beeld te hebben, zodat je niet aan symptoombestrijding doet maar het probleem echt bij de kern kan aanpakken en dan ook kan overgaan tot actie. Dat betekent soms ook dat we met elkaar moeten accepteren dat we dit nu gewoon gaan doen. Er zit misschien iets van onzekerheid of iets wat we nog niet helemaal zeker weten, maar laten we het proberen. Als het anders uitpakt dan we dachten, stellen we het bij, maar dan gaan we in elk geval aan de slag. Dat is mijn insteek.

Dan de vraag van mevrouw Maeijer over de regionale zorg, de zorg dichtbij en de zorgen daarover die niet of nog niet zijn weggenomen. Ik denk dat wij hier nog met grote regelmaat het debat over zullen voeren. We vinden elkaar in het belang van die zorg dichtbij en het op een goede manier organiseren van die spreiding. Ik zal vanuit mijn verantwoordelijkheid natuurlijk ook echt toezien op de voortgang van die zorgakkoorden en die in de gaten houden.

Er was een heel specifieke vraag over de ROAZ-regio's. Daar zitten de grote en de kleine ziekenhuizen in. De controle op het voldoen aan de kwaliteitseisen in het kader van de budgetbekostiging ligt bij de IGJ.

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Wiersma over de concentratie en de spreiding: hoe zorgen we nou dat die in balans zijn? De balans is hier: wat is goed voor de patiënt in termen van kwaliteit en toegankelijkheid? Dat is hoe ik kijk naar dat vraagstuk: waar organiseer je nou welke zorg op de allerbeste manier? De complexe zorg, complexe handelingen, concentreren we op een bepaalde plek ten behoeve van de kwaliteit. Basiszorg — dat kan ook de nazorg van complexe zorg zijn — wil je dichtbij, in de omgeving van de patiënten, organiseren. Dat is wat we aan het doen zijn. Dat allemaal, zeker ook die concentratie, vraagt echt samenwerking tussen zorgaanbieders. Het brengt de zorg dus ook dichterbij. Op die manier zit daar natuurlijk ook een balans.

Dan de vraag wat de ondergrens is van een volwaardig ziekenhuis. Dat zit voor mij niet in termen van wat je aanbiedt, maar in termen van welke kwaliteit je aanbiedt. De ondergrens is dus dat je de minimale kwaliteit die we met elkaar hebben afgesproken moet leveren. Dat is voor mij belangrijk. Vanuit mijn verantwoordelijkheid om te zorgen voor die kwaliteit en die toegankelijkheid zie ik daarop toe.

Voorzitter. Ik kreeg net nog alvast de vraag van mevrouw Maeijer over palliatieve zorg.

Dat scheelt volgende week één vraag. Die vraag ging over de palliatieve zorg in ziekenhuizen, proactieve zorgbemiddeling en ook hoe we zorgen voor meer bekendheid. Wij krijgen juist positieve signalen vanuit de ziekenhuizen over het gebruik van de betaaltitel proactieve zorgplanning en ook over het gesprek over proactieve zorgplanning in de ziekenhuizen. Het signaal dat dit er niet zou zijn of onvoldoende bekend zou zijn, herkennen wij dus niet. Mocht mevrouw Maeijer daar toch nog dingen over hebben, laat dat dan alstublieft weten, want dan kom ik daar volgende week alsnog op terug.

Voorzitter. Nog even een check omdat ik zojuist wat blokjes heb omgewisseld. Ik check of ik de vraag van mevrouw Wiersma over het regionaal zorgbudget heb beantwoord. Die vraag was hoe het staat met de uitvoering van een motie van vorig jaar van mevrouw Van der Plas. Ik weet niet zeker of ik daarop ben ingegaan.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ik heb dat antwoord in ieder geval gemist. Ik weet niet of dat wel of niet voorbij is gekomen, want ik heb zojuist ook een mailtje beantwoord.

Minister **Hermans**:

Dan beantwoord ik die vraag nog even.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dat zou ik heel erg op prijs stellen.

Minister **Hermans**:

Dan zijn we volledig. In de voortgangsrapportage van IZA-AZWA van april dit jaar is op de motie gereageerd. Daarbij hebben wij onder andere aangegeven dat de motie destijds met instemming van de indiener, van mevrouw Van der Plas, geïnterpreteerd is als steun voor de ingezette lijn.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Heel kort. Betekent dit dat daar geen onderzoek naar gedaan wordt? De haken en ogen die wij zien, heb ik zojuist ook in een interruptie op mevrouw Keijzer aangegeven. Wordt daar nog wel onderzoek naar gedaan?

De **voorzitter**:

Oké. Of er nog onderzoek naar wordt gedaan.

Minister **Hermans**:

Misschien mag ik verwijzen naar de brief die ik nog ga sturen, omdat ik daarin ook op de randvoorwaarden van passende bekostiging inga.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan laten we het hierbij. We zijn aan het einde gekomen van dit commissiedebat.

Ik heb zeven toezeggingen genoteerd, waarvan er veel terugkomen in de brief die wij zeer binnenkort ontvangen. Allereerst constateer ik dat er een tweeminutendebat is aangevraagd door de heer Vervuurt. Dat verzoek geleiden we door voor plenaire

agendering. Volgende week is al de behandeling van de VWS-begroting. Het debat gaat dus ongetwijfeld door, ook in bredere zin.

- Naar aanleiding van de eerste tranche ontvangt de Kamer nog de procesevaluatie.

Minister **Hermans**:

De lessen uit die procesevaluatie.

De **voorzitter**:

Heeft u enig idee wanneer de Kamer die zal ontvangen, plusminus?

Minister **Hermans**:

Ja, einde van het jaar.

De **voorzitter**:

Einde van het jaar. Dan hebben we dat in ieder geval toegevoegd.

- De brief waar u veel naar verwees: de Kamer ontvangt nog de hoofdlijnenbrief inzake passende zorg, met allemaal elementen die zijn toegevoegd. Die hebben we niet allemaal genoteerd, maar die brief komt snel.
- De Kamer ontvangt te zijner tijd het bestuurlijk akkoord inzake kinderhartchirurgie wanneer dat definitief is.
- Eind dit jaar ontvangt de Kamer het NZa-onderzoek naar de budgetbekostiging van SEH, van spoedeisende hulp, en het vervolgproces.

Minister **Hermans**:

Nee, we hebben aan de NZa nu een advies gevraagd: wat is nou de volgende stap in de budgetbekostiging SEH? Wanneer krijgen wij dat advies? Dat advies krijgen wij Q3 volgend jaar. Als we dat hebben, delen we dat uiteraard.

De **voorzitter**:

Check, Q3 volgend jaar. Dat hebben we dan gelijk aangepast.

- De Kamer wordt medio december geïnformeerd over het plan inzake geboortezorg in Heerlen, dat dan is afgerond.

Minister **Hermans**:

Ja, als dat is afgerond, dan komt dat naar de Kamer.

De **voorzitter**:

Ja.

- De Kamer wordt naar aanleiding van de discussie tussen Wendel en de minister nader bericht over de mogelijkheden/onmogelijkheden inzake uitwisseling van de zwarte lijst tegen agressie in de zorg.

Op dit punt, mevrouw Vliegenthart?

Mevrouw **Vliegenthart** (PRO):

We hebben het ook over een brief gehad over de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg en de uitkomsten daarvan. Dat is volgens mij een andere brief dan die over Heerlen. Volgens mij komt er op dat punt een plan van aanpak en zijn dit dus twee aparte onderwerpen, als ik het goed heb begrepen.

Minister **Hermans**:

Ja. De landelijke geboortetafel maakt nu een analyse van de knelpunten. De verwachting is dat die analyse eind van het jaar klaar is, maar zodra ik die heb, delen we die natuurlijk.

De **voorzitter**:

Dat wordt toegevoegd. Tot slot.

- De Kamer wordt te zijner tijd geïnformeerd over de resultaten van de taskforce medische biotechnologie.

Minister **Hermans**:

Ik zei in reactie op de vraag van de heer Vervuurt dat we eind oktober een sessie hebben waarin we die acties concreter gaan formuleren. Dat is dan nog niet direct klaar om het in een brief te gieten. Daar zullen we dan ook nog even voor nodig hebben, maar we streven naar ...

De **voorzitter**:

"Te zijner tijd" heb ik nu gezegd.

Minister **Hermans**:

Als "te zijner tijd" voldoende is ... Maar anders zou ik zeggen: begin volgend jaar.

De **voorzitter**:

Ik weet dat u met "te zijner tijd" altijd "heel snel" bedoelt. Begin volgend jaar is goed.

Daarmee hebben we de toezeggingen gehad. Ik dank alle aanwezigen. We zijn 35 minuten voor tijd. Het had ook sneller gekund, maar dit is een belangrijk onderwerp.

Minister **Hermans**:

Kijkt u nou naar mij?

De **voorzitter**:

Neeneenee, ik kijk naar ons allemaal. Het is een belangrijk onderwerp. Het is dus goed dat we daar de tijd voor nemen. Ik dank u zeer. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 17.25 uur.

