

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De Voorzitter van de Tweede Kamer

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

4481108-1101180-CZ

Bijlage(n)

1

Uw kenmerk

29 247, nr. 490

Datum 1 september 2026

Betreft uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres met
vermelding van de datum en het
kenmerk van deze brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij biedt het kabinet de reactie aan op de vragen die gesteld zijn in het Verslag van het schriftelijk overleg inzake de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

29 247

Acute zorg

Nr.

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief d.d. 1 juni 2026 inzake Uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbesteding spoedeisende hulp (Kamerstuk 29 247, nr. 490).

De vragen en opmerkingen zijn op 6 juli 2026 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie****II. Reactie van de minister****I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de SEH per 1 januari 2027. Deze leden onderschrijven het uitgangspunt dat acute zorg voor iedereen in Nederland tijdig, toegankelijk en van goede kwaliteit beschikbaar moet zijn. Zij hebben over de brief nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in de Stand van de zorg 2025 vooral wijst op een toenemende vraag naar spoedzorg en een schaarste aan zorgmedewerkers als knelpunt voor de acute zorg. Zij vragen de minister nader te onderbouwen op welke wijze budgetbekostiging van de SEH bijdraagt aan het oplossen van dit personeelstekort. Hoeveel extra zorgpersoneel levert de invoering van budgetbekostiging naar verwachting op, dan wel hoeveel zorgpersoneel blijft hierdoor behouden, en op basis van welke aannames of onderzoeken is deze inschatting gemaakt?

Deze leden lezen dat de argumentatie voor budgetbekostiging vooral is gestoeld op het wegnemen van een productieprikkel en het bevorderen van samenwerking in de keten. Zij vragen de minister toe te lichten of er onderzoeksgegevens zijn die erop wijzen dat de huidige productieprikkel daadwerkelijk leidt tot overbodige of ondoelmatige zorg op de SEH, en zo ja, welke omvang dit probleem heeft. Ook vragen zij of de minister heeft overwogen of de knelpunten in de spoedzorgketen, zoals doorstroom en personele beschikbaarheid, ook op andere wijze dan via een aanpassing van de bekostigingssystematiek aangepakt hadden kunnen worden, en waarom uiteindelijk voor deze route is gekozen.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat de SEH nooit op zichzelf staat, maar onderdeel is van het ziekenhuis en van de bredere spoedzorgketen waarin huisartsenspoedpost, ambulancezorg, acute ggz, acute wijkverpleging, diagnostiek en vervolgzorg nauw met elkaar zijn verweven. Zij vragen de minister hoe de invoering van budgetbekostiging voor de SEH zich verhoudt tot deze ketenbrede samenhang, en of er een risico bestaat dat een gewijzigde prikkel op één onderdeel van de keten leidt tot ongewenste verschuivingen van capaciteitsdruk of personeel ten opzichte van andere schakels in de keten die niet op dezelfde wijze worden bekostigd.

Op welke manier draagt budgetbekostiging bij aan betere samenwerking in de bredere spoedzorgketen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij danken de minister voor de brief. Deze leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de druk op de spoedzorg toeneemt, maar dat er aan de andere kant sprake is van een schaarste aan zorgmedewerkers. Kan de minister aangeven hoeveel patiënten nu naar de spoedzorg komen, omdat zij geen reguliere zorg kunnen krijgen? Kan de minister aangeven wat wij aan de voorkant kunnen doen om te zorgen dat patiënten niet onnodig om de spoedeisende hulp terecht komen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat het kabinet verkent welke randvoorwaarden nodig zijn om te bevorderen dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen bij transformaties en niet gaan meeliften of niet deelnemen. De budgetbekostiging gaat in per 2027. Kan de minister aangeven welke randvoorwaarden worden verkend? Welke opties worden uitgewerkt? Wanneer verwacht de minister dat zij de Kamer hierover kan informeren? Genoemde leden lezen namelijk dat het kabinet de randvoorwaarden onderzoekt, maar zij constateren tevens dat deze opdracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt gegeven. Zij komen in Q3 2027 met een uitslag, later dus dan de budgetbekostiging is ingegaan.

De leden van de VVD-fractie lezen in bijlage 1 dat er geen eenmalige of structurele kosten zijn voor zorgverleners bij invoering van de budgetbekostiging SEH. Om vervolgens een opsomming te krijgen van de kosten die zorgverleners wel daadwerkelijk maken. Kan de minister toelichten hoe zij tot de conclusie komt dat er geen eenmalige of structurele kosten zijn voor zorgverleners? Hiernaast lezen de leden van de VVD-fractie niet duidelijk terug wat nu de daadwerkelijke kostenbesparing of kostenverhoging voor zorgverleners is? Kan de minister toelichten wat het daadwerkelijke verwachte nettoresultaat zal zijn?

Tot slot zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd naar de regeldruk. Kan de minister ook toelichten wat de verwachte extra regeldruk en kosten zullen zijn voor de gemeentes? Dat is momenteel niet meegenomen, maar de leden verwachten dat gemeenten een belangrijke rol zullen vervullen bij het mogelijk maken van passende SEH zorg in de regio. Is de minister dit met deze leden eens?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

Is het nog steeds het doel om regionale ziekenhuizen in de reguliere acute zorg financieel te compenseren voor hun beschikbaarheidsfunctie en voor lagere productieaantallen, conform de opdrachtbrief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? Deelt de minister de opvatting dat een dergelijke bekostiging kan voorkomen dat regionale ziekenhuizen worden gedwongen hun productie op te voeren om financieel gezond te blijven? Is de minister daarnaast nog steeds van mening dat de invoering van budgetbekostiging budgetneutraal dient plaats te vinden? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot de benodigde investeringen in de beschikbaarheid van acute zorg?

Welke gevolgen verwacht de minister dat concentratie en spreiding van de acute zorg hebben voor de uitstroom en het behoud van artsen en verpleegkundigen op de spoedeisende hulp (SEH)? Is onderzocht in hoeverre het beperken van SEH-functies leidt tot een hogere werkdruk bij omliggende huisartsenposten, ambulancediensten en andere zorgverleners, of kan bijdragen aan het ontstaan van zogenoemde zorgwoestijnen? Zo ja, wat zijn de uitkomsten? Zo nee, is de minister bereid dit alsnog te onderzoeken of hierover informatie op te vragen bij de relevante beroepsverenigingen en zorgpartijen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH). Deze leden hebben hierover enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie vinden dat acute zorg voor iedere Nederlander tijdig, dichtbij en goed bereikbaar moet zijn. Juist wanneer iedere minuut telt, moet een patiënt kunnen rekenen op een spoedeisende hulp in de buurt. Deze leden zijn daarom kritisch op beleid waarbij onder termen als passende acute zorg, regionale keuzes, differentiatie en passend zorglandschap alsnog wordt toegewerkt naar concentratie, afschaling of verschraling van acute zorg in de regio.

De minister schrijft dat de acute zorg onder druk staat door een toenemende vraag naar spoedzorg en schaarste aan zorgmedewerkers. De leden van de PVV-fractie erkennen deze druk, maar vragen de minister nadrukkelijk te bevestigen dat dit niet mag leiden tot minder bereikbare acute zorg voor patiënten. Kan de minister garanderen dat de ontwikkelroute passende acute zorg niet leidt tot sluiting, afschaling of verschraling van spoedeisende hulpen? Kan de minister daarnaast bevestigen dat de 45-minutennorm niet wordt uitgehold, opgerekt of anders geïnterpreteerd door regionale afspraken?

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over inwoners buiten de Randstad en in regio's waar de reisafstanden naar acute zorg nu al groot zijn. Een SEH is voor deze leden geen gewone voorziening die op basis van bestuurlijke modellen kan worden herverdeeld, maar een noodzakelijke basisvoorziening. Hoe voorkomt de minister dat inwoners in dunner bevolkte gebieden straks verder moeten reizen voor spoedzorg? Kan de minister inzichtelijk maken welke SEH's op dit moment kwetsbaar zijn qua financiën, personeel en bereikbaarheid? En kan de minister toezeggen dat regionale ziekenhuizen hun herkenbare en toegankelijke functie voor inwoners in de regio behouden?

De leden van de PVV-fractie lezen dat per 1 januari 2027 de eerste stap wordt gezet om alle SEH's te bekostigen met een budget van ongeveer €4,6 miljoen per SEH. Deze leden

begrijpen het uitgangspunt dat een SEH beschikbaar moet zijn, ook als het op een bepaald moment rustig is. Tegelijkertijd roept het vaste bedrag vragen op. Waarop is het bedrag van €4,6 miljoen precies gebaseerd? Welke kosten worden hiermee volledig gedekt en welke kosten niet? Is dit bedrag voldoende voor personele voorwacht, achterwacht, materiële middelen, overhead en kapitaallasten?

De minister erkent dat deze eerste stap nog beperkt is en nog niet volledig rekening houdt met verschillen tussen SEH's. Juist dat baart de leden van de PVV-fractie zorgen. Een streekziekenhuis heeft een andere functie dan een UMC, maar kan voor de bereikbaarheid van acute zorg in een regio minstens zo belangrijk zijn. Hoe voorkomt de minister dat kleine en regionale ziekenhuizen financieel tekortkomen omdat het budget onvoldoende aansluit bij hun specifieke situatie? Wat gebeurt er als een ziekenhuis kan aantonen dat het vaste budget onvoldoende is om de SEH open te houden? Wordt het budget jaarlijks geïndexeerd voor loonstijgingen, inflatie en stijgende personeelskosten?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm komt te vervallen, omdat deze SEH's straks een vast budget krijgen. Deze leden willen dat de minister glashelder maakt dat geen enkele SEH die van belang is voor de bereikbaarheid erop achteruitgaat. Kan de minister per ziekenhuislocatie aangeven welke SEH's nu onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen? Kan de minister garanderen dat het vervallen van deze bijdrage niet leidt tot financiële problemen bij SEH's die juist belangrijk zijn voor regionale bereikbaarheid? Wat betekent de toezegging dat het vaste budget minimaal gelijk is aan de beschikbaarheidsbijdrage concreet per SEH?

De leden van de PVV-fractie hebben ook zorgen over de rol van zorgverzekeraars. Voor het aanvragen van een budget moeten ziekenhuis en zorgverzekeraars afspraken maken over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de SEH. Voor de PVV-fractie staat voorop dat acute zorg geen gewone markt is. Niet de onderhandelingstafel van zorgverzekeraars, maar de bereikbaarheid voor patiënten moet leidend zijn.

Deze leden vragen de minister daarom wie uiteindelijk bepaalt of een SEH open moet blijven: de minister, de NZa, de zorgverzekeraar of het ziekenhuis. Hoe voorkomt de minister dat zorgverzekeraars via het inkoopkader of via budgetafspraken sturen op minder SEH's of minder volwaardige acute functies? Kan de minister toezeggen dat het belang van patiënten, bereikbaarheid en regionale beschikbaarheid altijd zwaarder weegt dan het financiële belang van zorgverzekeraars?

De leden van de PVV-fractie constateren dat de Kamer in 2024 en 2025 meerdere moties heeft aangenomen over het behoud en de bereikbaarheid van acute zorg, waaronder over Heerlen, essentiële ziekenhuisonderdelen, Zuyderland, het MMT in Oost-Nederland, communicatie in de acute keten, personeel en budgetbekostiging. Voor zover uit de voorliggende stukken blijkt, wordt hieraan nog onvoldoende concreet uitvoering gegeven. Deze leden vragen de minister per motie aan te geven welke stappen zijn gezet, welke resultaten zijn bereikt, wat nog openstaat en waarom de Kamer hierover niet volledig is geïnformeerd. Het gaat in ieder geval om Kamerstuk 29 247, nrs. 438, 441, 446, 447, 450 en 451, en Kamerstuk 31 765, nrs. 925, 926 en 927.

De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat acute zorg niet overleefd blijft met alleen bestuurlijke plannen en nieuwe bekostiging. Er zijn voldoende SEH-artsen, gespecialiseerd verpleegkundigen, physician assistants, nurse practitioners en andere

zorgprofessionals nodig. Welke concrete afspraken maakt de minister met OCW, CZO-opleidingen, ziekenhuizen en regionale partners om versneld en flexibeler op te leiden? Hoe wordt de Basis Acute Zorg hierbij betrokken? En hoe wordt in regio's waar acute zorg onder druk staat, zoals rond Zuyderland, gewerkt aan behoud en uitbreiding van personeel?

Ook vragen deze leden aandacht voor de communicatie in de acute keten en de dekking van mobiele medische teams. Juist in acute situaties moet communicatie tussen meldkamers, ambulances, zorgcoördinatiecentra en hulpverleners foutloos verlopen. Kan de minister garanderen dat hulpverleners in alle regio's, ook bij verschillende systemen zoals C2000 en push-to-talk, altijd met elkaar kunnen communiceren? Welke knelpunten bestaan er nog en wanneer zijn deze opgelost? Hoe staat het daarnaast met de MMT-dekking, in het bijzonder in Oost-Nederland, en welke stappen zijn nog nodig om witte vlekken weg te nemen?

De leden van de PVV-fractie zijn daarnaast kritisch op de extra regeldruk. Uit het Sira-rapport blijkt dat de invoering van budgetbekostiging nieuwe administratieve handelingen oplevert, waaronder het schonen van tarieven, afspraken met zorgverzekeraars, aanvraagformulieren, opbrengstverrekening en nieuwe informatiestromen. Ook blijkt dat latere regeldruk nog niet volledig is meegenomen, omdat de budgetbekostiging later verder wordt doorontwikkeld.

Deze leden vragen hoe dit zich verhoudt tot de belofte om de administratiedruk in de zorg te verminderen. Waarom kiest de minister voor een systeem dat opnieuw leidt tot extra formulieren, berekeningen, overleggen en controles? Hoe voorkomt de minister dat zorgprofessionals indirect alsnog extra administratieve lasten krijgen? Is het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) om advies gevraagd en zo nee, waarom niet? Kan de minister toezeggen dat de invoering niet doorgaat als blijkt dat de uitvoerbaarheid voor ziekenhuizen, zeker kleinere en regionale ziekenhuizen, onvoldoende is geborgd?

De leden van de PVV-fractie lezen bovendien dat het eigen risico van verzekerden naar verwachting vaker in één keer fors kan worden aangesproken en dat zorgverzekeraars hierover vragen van verzekerden verwachten. Deze leden vinden dat zorgelijk. Acute zorg mag nooit gemeden worden uit angst voor kosten of onduidelijke rekeningen. Kan de minister uitleggen waarom het eigen risico vaker in één keer fors aangesproken kan worden? Om hoeveel patiënten gaat dit naar verwachting? Hoe wordt voorkomen dat mensen uit angst voor kosten of onduidelijkheid acute zorg gaan mijden? En kan de minister toezeggen dat patiënten hierover vooraf duidelijk en in gewone taal worden geïnformeerd?

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie aandacht voor de planning. De eerste stap in de budgetbekostiging wordt al per 1 januari 2027 ingevoerd, terwijl belangrijke onderdelen nog verder moeten worden uitgewerkt. Waarom wordt al gestart terwijl de vervolgstappen nog niet volledig duidelijk zijn? Welke risico's ziet de minister bij invoering per 1 januari 2027? Kan de minister toezeggen dat de Kamer voor invoering een volledig overzicht ontvangt van de gevolgen per regio en per SEH?

De leden van de PVV-fractie sluiten af met het uitgangspunt dat acute zorg dichtbij en bereikbaar moet blijven. Voor deze leden is leidend: geen verschraling van acute zorg, geen langere reistijden voor patiënten, geen sluiting van onmisbare SEH's en geen extra bureaucratie voor zorgverleners die nu al onder hoge druk staan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH). Deze leden onderschrijven dat acute zorg voor iedere inwoner tijdig, bereikbaar, toegankelijk en kwalitatief goed beschikbaar moet blijven. Tegen die achtergrond willen zij de minister nog enkele vragen voorleggen over de budgettaire randvoorwaarden, de publieke regie op spreiding, de financiële positie van ziekenhuizen en de uitvoering van de aangenomen motie-Coenradie over spreiding, concentratie en schaalvergroting.

Naar aanleiding van het onderdeel: budgettaire randvoorwaarden en passende zorg. De leden van de JA21-fractie vragen de minister, tegen de achtergrond van de in het coalitieakkoord opgenomen besparing via passende zorg en aanpassing van wet- en regelgeving, exact uiteen te zetten welke bedragen per jaar zijn ingeboekt voor passende zorg via wet- en regelgeving. Kan de minister daarbij aangeven via welke maatregelen deze besparing moet worden gerealiseerd en welk deel daarvan direct of indirect moet neerslaan in de medisch-specialistische zorg en de acute zorg?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze wordt geborgd dat de ontwikkelroute passende acute zorg, de doorontwikkeling van budgetbekostiging, de regionale plannen en eventuele differentiatie of concentratie van acute zorgvoorzieningen worden gestuurd door kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit, personele haalbaarheid en medisch-inhoudelijke afwegingen, en niet door een vooraf ingeboekte budgettaire taakstelling.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat het begrip passende zorg in de acute zorg in de praktijk wordt gebruikt als instrument voor volumekrimp of verschraling van voorzieningen, voordat objectief is vastgesteld wat de gevolgen zijn voor patiënten, personeel, regionale bereikbaarheid en de gehele spoedzorgketen.

Naar aanleiding van het onderdeel: stand van zaken invoering budgetbekostiging SEH. De leden van de JA21-fractie constateren dat de minister schrijft dat per 1 januari 2027 een eerste stap wordt gezet waarbij alle SEH's worden bekostigd met een budget met een beperkte afbakening van ongeveer €4,6 miljoen per SEH. Kan de minister nader onderbouwen op basis van welke kostencomponenten, aannames en regionale variaties dit bedrag tot stand is gekomen?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister in hoeverre het genoemde bedrag de werkelijke vaste beschikbaarheidskosten van kleine en regionale ziekenhuizen dekt, inclusief voorwacht, achterwacht, diagnostiek, ondersteunende functies, kapitaallasten en samenhang met de intensive care (IC), operatiekamer (OK) en acute opnamecapaciteit.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom, ondanks signalen van onder meer zorgverzekeraars dat budgetbekostiging pas goed kan worden vormgegeven met een helder inhoudelijk kader, wordt gekozen voor invoering van het tijdelijke tussenmodel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) per 1 januari 2027.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom wordt gekozen voor deze vorm van budgetbekostiging van de SEH, terwijl er volgens betrokken partijen ook eenvoudigere vormen denkbaar zijn. Kan de minister aangeven welke alternatieven zijn onderzocht en waarom deze zijn afgefallen?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te reflecteren op signalen dat het tussenmodel nadelig kan uitpakken voor patiënten en ziekenhuizen, doordat patiënten geconfronteerd kunnen worden met dubbele kosten voor het eigen risico en extra kosten door toenemende complexiteit, terwijl ziekenhuizen te maken krijgen met extra administratieve lasten doordat de medisch-specialistische bekostiging moet worden opgeknipt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat het tussenmodel leidt tot hogere complexiteit zonder extra middelen, extra zekerheid voor kwetsbare ziekenhuizen of een oplossing voor personeelstekorten.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welk noodrem- of correctiemechanisme beschikbaar is wanneer in 2027 blijkt dat het budget voor een individuele SEH of voor een specifieke regio ontoereikend is om de beschikbaarheid verantwoord te borgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of daarbij rekening wordt gehouden met SEH's die voor regionale bereikbaarheid essentieel zijn, maar door schaal, demografie of afstand relatief hoge vaste kosten hebben.

De leden van de JA21-fractie constateren dat uit het onderzoek naar de regeldruk van de invoering van budgetbekostiging blijkt dat de structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen weliswaar beperkt worden geraamd, maar dat bepaalde toekomstige werkzaamheden, waaronder correcties op de schoning in latere jaren, nog niet konden worden gekwantificeerd. Hoe gaat de minister voorkomen dat de invoering van budgetbekostiging leidt tot een nieuwe structurele verantwoordings- en onderhandelingslast voor ziekenhuizen?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de Kamer in 2027 separaat wordt geïnformeerd over de feitelijke regeldruk na de eerste contracterings- en budgetcyclus.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister specifiek toe te lichten waarom is gekozen voor een bekostigingsvorm die de medisch-specialistische bekostiging moet opknippen en daarmee nieuwe administratieve complexiteit creëert, in plaats van voor een eenvoudiger beschikbaarheidsbekostiging of een andere minder belastende vorm.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te bevestigen dat de invoering van budgetbekostiging niet leidt tot extra registratielasten voor zorgprofessionals op de SEH. Welke waarborgen worden ingebouwd om te voorkomen dat aanvullende informatiebehoeften van de NZa, zorgverzekeraars of het ministerie uiteindelijk toch op de werkvloer terechtkomen?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister, indien het doel is om verblijf op de SEH te verminderen, of het beperken van de instroom naar de SEH de meest geëigende route is. Welke andere opties heeft de minister overwogen om onnodig of langdurig verblijf op de SEH terug te dringen, zoals betere doorstroom, extra capaciteit in vervolgzorg, regionale triage of versterking van de eerste lijn?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de huisartsenzorg in de betrokken regio's voldoende is toegerust om extra zorgvragen op te vangen. Hoe voorkomt de minister dat patiënten in sommige regio's minder snel een arts raadplegen, waardoor klachten kunnen verergeren en uiteindelijk zwaardere zorg nodig is?

Naar aanleiding van het onderdeel: passende acute zorg in de regio en overheidsregie op spreiding. De leden van de JA21-fractie constateren, tegen de achtergrond van het coalitieakkoord, dat de overheid een meer sturende rol krijgt op het zorglandschap van de toekomst, met meer regie op spreiding en concentratie en indien nodig strengere eisen aan vergunningverlening. Deze leden constateren dat de brief veel aandacht besteedt aan regionale keuzes, differentiatie, concentratie, strengere procesvoorwaarden en de rol van zorgverzekeraars, maar dat de overheidsregie op spreiding nog onvoldoende concreet wordt ingevuld.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan het verzoek uit de aangenomen motie-Coenradie om uit te werken hoe de minister meer regie neemt op de spreiding van ziekenhuiszorg en welke bestuurlijke, financiële of wettelijke instrumenten daarvoor nodig zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister daarbij expliciet onderscheid te maken tussen acute zorg, semi-acute zorg en planbare ziekenhuiszorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke concrete maatregelen worden genomen om publieke regie te voeren op de geografische spreiding van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit, diagnostiek, ambulancezorg en andere schakels in de acute zorgketen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke concrete maatregelen worden genomen om ook de spreiding van planbare ziekenhuiszorg, waaronder poliklinische zorg, dagbehandeling, diagnostiek, electieve ingrepen en chronische zorg, dichtbij inwoners te borgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat concentratie van acute functies automatisch leidt tot vershraling of verplaatsing van planbare basiszorg uit regionale ziekenhuizen, terwijl juist die planbare zorg voor de leefbaarheid, toegankelijkheid en financiële draagkracht van regionale ziekenhuizen van groot belang is.

De leden van de JA21-fractie constateren dat de minister per 1 januari 2029 een vervolgstap wil zetten in de budgetbekostiging voor SEH's, terwijl het inhoudelijk kader daarvoor nog tot stand moet komen in de ontwikkelroute. Kan de minister toelichten hoe de ontwikkelroute voor SEH-zorg in samenhang wordt gezien met lopende vraagstukken over IC-capaciteit, concentratie en spreiding van medisch-specialistische zorg en acute geboortezorg?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom wordt gekozen voor drie parallelle sporen, waaronder de doorontwikkeling van de budgetbekostiging, en niet eerst voor een inhoudelijke doorontwikkeling waarna de minister zorgt voor een passende bekostiging.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de Kamer voor de Algemene Politieke Beschouwingen wordt geïnformeerd over de uitwerking van overheidsregie op spreiding. Indien dat niet het geval is, vragen deze leden de minister toe te lichten waarom niet.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe in de regionale plannen wordt geborgd dat spreiding en nabijheid niet ondergeschikt raken aan concentratie en doelmatigheid. Welke minimale landelijke randvoorwaarden hanteert de minister voor bereikbaarheid, regionale continuïteit, kwetsbare regio's, grensregio's en gebieden met relatief grote reisafstanden?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze wordt gewerkt aan een kader met normen voor beschikbaarheid van SEH's of aan een alternatief voor de 45-minutennorm, zoals in het Integraal Zorgakkoord is afgesproken en door de NZa als randvoorwaarde is benoemd voor effectieve beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom in de beleidsbrief geen concreet toegankelijkheidskader wordt beschreven en hoe dit zich verhoudt tot de constatering dat kwaliteitsnormen geen afspraken over toegankelijkheid bevatten.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke rol provincies, gemeenten en andere decentrale overheden krijgen bij de beoordeling van regionale plannen voor acute zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat besluiten over afschaling of concentratie van acute functies feitelijk worden genomen in contracteringsprocessen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zonder voldoende publieke weging van bereikbaarheid, leefbaarheid en regionale gevolgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe ervoor wordt gezorgd dat budgetbekostiging hand in hand gaat met een helder en gedragen inhoudelijk kader, zodat de bekostiging daadwerkelijk bijdraagt aan de toegankelijkheid van aantoonbaar goede en veilige acute zorg voor patiënten.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze budgetbekostiging bijdraagt aan noodzakelijke en onderbouwde keuzes in de regio over concentratie, spreiding en differentiatie van SEH-zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat budgetten voor verschillende typen SEH's het acute zorglandschap juist verder vastzetten in plaats van regionale keuzes mogelijk maken, en hoe perverse prikkels worden voorkomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke doorzettingsmacht beschikbaar is wanneer regionale partijen geen overeenstemming bereiken of wanneer regionale plannen naar het oordeel van de minister onvoldoende voorzien in spreiding, bereikbaarheid en continuïteit van acute zorg.

Naar aanleiding van het onderdeel: financiële positie van ziekenhuizen, vastgoed en investeringsruimte. De leden van de JA21-fractie maken zich zorgen over de financiële positie en investeringsruimte van ziekenhuizen. Uit de Benchmark

Ziekenhuizen/Universitair Medische Centra 2025 van BDO Accountants & Adviseurs blijkt dat de investeringsruimte van ziekenhuizen onder druk staat en dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen financieel kwetsbaar is. Daarbij spelen onder meer personeelskosten, vastgoed, financieringslasten en achterblijvende investeringen een rol.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat financiële kwetsbaarheid, afschrijvingen op vastgoed, bankconvenanten, rentelasten of noodzakelijke balansverbetering de besluitvorming over concentratie, differentiatie of afschaling gaan domineren, in plaats van kwaliteit, toegankelijkheid, regionale spreiding en medisch-inhoudelijke noodzaak.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de signalen rond het Ommelander Ziekenhuis bekend zijn, waar bouw- en financieringslasten hebben geleid tot een financieel herstelplan waarbij onder meer de provincie Groningen, zorgverzekeraars en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) betrokken zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke lessen hieruit worden getrokken voor de landelijke inrichting van acute zorg, vooral in regio's waar een ziekenhuis maatschappelijk onmisbaar is maar financieel kwetsbaar blijft.

Naar aanleiding van het onderdeel: Onderzoek naar concentratie, differentiatie, schaalgrootte en keteneffecten. De leden van de JA21-fractie constateren dat de aangenomen motie-Coenradie verzoekt om concreet, cijfermatig, domeinoverstijgend en actueel te onderzoeken in hoeverre schaalvergroting door concentratie en differentiatie leidt tot lagere kosten, personeelswinst en betere kwaliteit van zorg. Deze leden vragen de minister op welke manier uitvoering wordt gegeven aan dit verzoek.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister wie opdrachtgever wordt, wie het onderzoek uitvoert, wat de planning is en op welk moment de Kamer de onderzoeksopzet ontvangt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke partijen bij het onderzoek worden betrokken. Worden naast zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de NZa, het Zorginstituut Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) en beroepsverenigingen ook patiëntenorganisaties, werknemersvertegenwoordigers, ambulancediensten, huisartsenposten, gemeenten, provincies en deskundigen uit het sociaal domein betrokken?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of er voldoende actuele nationale en internationale literatuur over concentratie, differentiatie, schaalvergroting en optimale schaal beschikbaar is om het onderzoek te beperken tot een literatuurstudie. Indien dat het geval is, vragen deze leden de minister welke literatuur daarvoor dragend en actueel genoeg wordt geacht.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of het onderzoek, indien de beschikbare literatuur onvoldoende is, wordt uitgebreid met empirische analyses, casusonderzoek en evaluaties van eerdere sluitingen, fusies, afschalingen en concentratiebesluiten.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister in hoeverre de financiële, personele, kwalitatieve en gezondheidseffecten van eerdere sluitingen of afschalingen van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit of andere acute functies worden meegenomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of daarbij ook wordt gekeken naar effecten op ambulance-inzet, aanrijtiden, doorstroom, reistijd voor patiënten en naasten, druk op huisartsenposten, druk op omliggende ziekenhuizen, personeelstekorten en regionale arbeidsmarkt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te bevestigen dat het onderzoek daadwerkelijk domeinoverstijgend wordt opgezet en daarbij ook de kosten en effecten in het sociaal domein, voor gemeenten en provincies, voor bereikbaarheid en mobiliteit, voor mantelzorgers en voor andere decentrale overheden meeneemt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat schaalvergroting op papier doelmatiger lijkt binnen de zorgbegroting, terwijl kosten door langere reistijden, verminderde bereikbaarheid, extra ambulance-inzet, druk op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of het sociaal domein en effecten op lokale leefbaarheid elders bij decentrale overheden en inwoners terechtkomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister toe te zeggen dat geen onomkeerbare stappen worden gezet tot sluiting, afschaling of fundamentele omzetting van acute zorgfuncties op basis van de ontwikkelroute passende acute zorg voordat de resultaten van dit onderzoek beschikbaar zijn, met de Kamer zijn gedeeld en inhoudelijk met de Kamer zijn besproken. Indien de minister dat niet kan toezeggen, vragen deze leden de minister toe te lichten waarom niet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de Kamer recent de motie-Vermeer heeft aangenomen, waarin de regering wordt verzocht om bij alle vervolgstappen richting de SEH-budgetbekostiging te werken aan een passende financiële positie van SEH's in regionale ziekenhuizen binnen het daarvoor geldende VWS-begrotingskader en binnen het huidige normenkader. Deze leden zien dat met deze brief een eerste tussenstap richting de uitvoering van de motie is gezet.

Kan de minister concreet aangeven welke vervolgstappen zij gaat zetten om te komen tot een passende financiële positie van SEH's in regionale ziekenhuizen? Maakt het compenseren van lagere productieaantallen vanwege het beschikbaar houden van acute zorg hier onderdeel van uit?

De minister kondigt een ontwikkelroute aan langs drie sporen. Lopen deze sporen gelijktijdig op? Acht de minister het mogelijk dat bepaalde onderdelen van deze ontwikkelroute wel worden uitgevoerd en andere niet? Vinden er de komende jaren bezuinigingen plaats op de acute zorg?

De minister schrijft dat uiteindelijk een budgetbekostiging wordt nagestreefd die rekening houdt met verschillen tussen SEH's, zoals schaalgrootte en de verschillende functies die acute zorgvoorzieningen in een regio kunnen vervullen. De leden van de BBB-fractie vragen de minister nader toe te lichten wat zij precies verstaat onder een "gedifferentieerd aanbod" van acute zorg. Kan de minister daarbij expliciet aangeven hoe een dergelijke differentiatie een regionaal ziekenhuis helpt om voor de SEH minder afhankelijk te worden van productieprikkels?

In de eerste stap van de budgetbekostiging blijft het budget voor een ziekenhuis in theorie gelijk. Vaste bijdragen worden gecompenseerd door schoning op de tarieven. Geschoonde prijzen in regionale ziekenhuizen vallen lager uit. De leden van de BBB-fractie vragen in hoeverre regionale ziekenhuizen hierdoor in de praktijk alsnog afhankelijk blijven van hogere productieaantallen om financieel gezond te blijven. In hoeverre dwingt dit hen alsnog tot het draaien van hogere volumes om financieel te overleven? En in hoeverre maakt dit hen afhankelijker van zorgverzekeraars?

De minister schrijft dat uiteindelijk rekening gehouden zal worden met verschillen tussen SEH's, waaronder schaalgrootte en verschillende functies binnen de regio. De leden van de BBB-fractie vragen wat dit precies betekent. Indien regionale ziekenhuizen last hebben van kleinere productieaantallen op de SEH, hoe lost het verkleinen van hun productie dan hun probleem op? Welke profielen zijn er voor SEH's in regionale ziekenhuizen? En hoe wordt voorkomen dat regionale ziekenhuizen gedwongen worden om meer productie te draaien in plaats van passende zorg te leveren?

De leden van de BBB-fractie lezen daarnaast dat de minister schrijft dat niet iedere SEH dezelfde rol of omvang hoeft te hebben en dat ruimte kan ontstaan voor acute zorgfuncties die niet de volledige functie van een klassieke SEH vervullen. Kan de minister uitsluiten dat de invoering en doorontwikkeling van de budgetbekostiging wordt gebruikt om bestaande SEH's af te schalen naar lichtere voorzieningen? Is de minister het met deze leden eens dat een spoedeisende hulp in beginsel een volwaardige spoedeisende hulp moet blijven en dat budgetbekostiging niet bedoeld is om SEH's te "downgraden" tot een soort veredelde eerstehulp post of huisartsenpost?

Uit onderzoek blijkt dat veel ziekenhuizen voornamelijk goed bereikbaar zijn met de auto. Is de minister bereid te onderzoeken hoeveel patiënten voor hun reis naar het ziekenhuis afhankelijk zijn van het openbaar vervoer, zodat deze bereikbaarheid kan worden betrokken bij besluiten over de inrichting van de acute zorg?

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie op welke wijze patiëntenorganisaties, regionale ziekenhuizen, professionals uit de acute zorg en burgemeesters worden betrokken bij de regionale besluitvorming. Hoe verhoudt dit overleg zich tot het opstellen van regiobeelden en regioplannen in het Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ), die in 2028 worden herijkt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken van de invoering van de budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie benadrukken dat budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp belangrijk is, maar dat dit wel moet worden ingezet om de sluiting of afschaling van spoedeisende hulpafdelingen tegen te gaan. In de brief van de minister lijkt daarentegen juist te worden voorgesorteerd op het inzetten van budgetbekostiging om juist het tegenovergestelde te bereiken. Klopt dit? Is de minister van plan om via de budgetbekostiging sommige ziekenhuizen te stimuleren om juist hun aanbod van acute zorg te verminderen?

De leden van de SP-fractie lezen bijvoorbeeld dat het kabinet “wil dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in iedere regio duidelijke keuzes maken over waar welke acute zorg wordt geleverd [en] dat wordt gezien waar zorg anders, minder of op een andere plek wordt georganiseerd, wanneer dit beter aansluit bij kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en personele beschikbaarheid.” Hoe verhoudt dit zich tot de inzet van budgetbekostiging, dat over het algemeen een middel is om juist te voorkomen dat zorgaanbod verdwijnt?

Daarnaast lezen de leden van de SP-fractie dat “De ontwikkelroute is [...] gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Hier is het zorgen voor een passende budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp een onderdeel van.” Waarom richt de minister de inzet van budgetbekostiging niet juist op het tegengaan van de afbraak van zorgaanbod? Is de minister bereid dit alsnog te doen?

II. Reactie van de minister

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de SEH per 1 januari 2027. Deze leden onderschrijven het uitgangspunt dat acute zorg voor iedereen in Nederland tijdig, toegankelijk en van goede kwaliteit beschikbaar moet zijn. Zij hebben over de brief nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de Stand van de zorg 2025 vooral wijst op een toenemende vraag naar spoedzorg en een schaarste aan zorgmedewerkers als knelpunt voor de acute zorg. Zij vragen de minister nader te onderbouwen op welke wijze budgetbekostiging van de SEH bijdraagt aan het oplossen van dit personeelstekort. Hoeveel extra zorgpersoneel levert de invoering van budgetbekostiging naar verwachting op, dan wel hoeveel zorgpersoneel blijft hierdoor behouden, en op basis van welke aannames of onderzoeken is deze inschatting gemaakt?

De invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH) is geen arbeidsmarktmaatregel en lost in zichzelf het personeelstekort niet op. De NZa

concludeert in het *Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp – Deel 2*¹, dat zij geen effect verwacht op de inzet van zorgprofessionals en daarmee het tegengaan van personeelstekorten. Budgetbekostiging leidt immers niet tot een toename van de beschikbare personele capaciteit. Het kabinet beschikt daarom niet over een raming van het aantal zorgmedewerkers dat door de invoering van budgetbekostiging beschikbaar komt of voor de zorg behouden blijft. De verwachte effecten hebben betrekking op betere samenwerking tussen zorgverleners, minder productieprikkel en een doelmatigere inzet van de beschikbare capaciteit.

De bijdrage aan een doelmatigere inzet van zorgpersoneel moet vooral komen van de andere maatregelen in de ontwikkelroute, waarbij budgetbekostiging ondersteunend is. Niet iedere regio is hetzelfde en niet iedere SEH hoeft dezelfde rol of omvang te hebben. Bij keuzes over de regionale inrichting van de acute zorg moeten onder meer de bevolkingssamenstelling, patiëntstromen, reisafstanden, de beschikbaarheid van zorgprofessionals, bestaande samenwerkingsrelaties en het totale zorgaanbod meegewogen worden. Op basis daarvan kunnen regionale partijen bepalen welke acute zorg waar en in welke vorm het beste kan worden aangeboden. Zo kan de beschikbare personele capaciteit gericht worden ingezet, met behoud van kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit. Regionale plannen moeten daarbij richtinggevend zijn en de bekostiging moet de samenwerking en de noodzakelijke veranderingen in het zorglandschap ondersteunen.

Deze leden lezen dat de argumentatie voor budgetbekostiging vooral is gestoeld op het wegnemen van een productieprikkel en het bevorderen van samenwerking in de keten. Zij vragen de minister toe te lichten of er onderzoeksgegevens zijn die erop wijzen dat de huidige productieprikkel daadwerkelijk leidt tot overbodige of ondoelmatige zorg op de SEH, en zo ja, welke omvang dit probleem heeft. Ook vragen zij of de minister heeft overwogen of de knelpunten in de spoedzorgketen, zoals doorstroom en personele beschikbaarheid, ook op andere wijze dan via een aanpassing van de bekostigingssystematiek aangepakt hadden kunnen worden, en waarom uiteindelijk voor deze route is gekozen.

Budgetbekostiging voor de SEH is één onderdeel van de ontwikkelroute passende acute zorg. Er wordt gewerkt aan onder andere nieuwe kwaliteitsnormen, regionale planvorming voor een passend aanbod van acute zorg, inzicht in concrete informatie over bijvoorbeeld capaciteit en zorggebruik en een verduidelijking van de zorgplicht van zorgverzekeraars, inclusief hun rol bij transformaties in de regio. De invoering van budgetbekostiging moet juist deze samenhang van maatregelen ondersteunen en bijdragen aan een toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg, nu en in de toekomst.

De invoering van budgetbekostiging is niet gebaseerd op de gedachte dat op grote schaal sprake is van onnodige of medisch niet-passende zorg op de SEH. Er zijn geen landelijke onderzoeksgegevens waaruit blijkt dat hiervan sprake is. De NZa adviseerde al in 2022² een bekostiging op basis van beschikbaarheid voor de acute zorg. Zij signaleerde dat veel schakels uit de acute zorg keten bekostigd worden op basis van beschikbaarheid, in verschillende vormen. En dat binnen de acute zorgketen de SEH hier een uitzondering is. Zij gaf ook aan dat het bekostigen van beschikbaarheid meer financiële zekerheid kan bieden aan zorgaanbieders en het aanbieders stimuleert

¹ Nederlandse Zorgautoriteit, *Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp – Deel 2*, 1 juli 2025.

² Nederlandse Zorgautoriteit, *Advies Passende acute zorg*, maart 2022.

om patiënten op de juiste plek te behandelen. Het huidige kabinet volgt deze lijn en ziet ook dat de huidige bekostiging vooral gebaseerd is op het aantal patiënten dat op de SEH wordt behandeld. Door de invoering van budgetbekostiging voor de SEH wordt een deel van de bekostiging hiervan losgekoppeld. Daarmee ontstaat meer ruimte om regionaal afspraken te maken over de organisatie van acute zorg, zonder dat meer geleverde zorg op de SEH daarvoor een financiële voorwaarde is. Het maakt het makkelijker om patiënten naar de meest passende plek in de spoedzorgketen te verwijzen, bijvoorbeeld naar een huisartsenspoedpost (HAP), als dat medisch verantwoord is. Het kabinet is het met de leden van de D66-fractie eens dat de knelpunten in de acute zorg via verschillende manieren moet worden aangepakt. Hier werkt het kabinet aan via de ontwikkelroute.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat de SEH nooit op zichzelf staat, maar onderdeel is van het ziekenhuis en van de bredere spoedzorgketen waarin huisartsenspoedpost, ambulancezorg, acute ggz, acute wijkverpleging, diagnostiek en vervolgzorg nauw met elkaar zijn verweven. Zij vragen de minister hoe de invoering van budgetbekostiging voor de SEH zich verhoudt tot deze ketenbrede samenhang, en of er een risico bestaat dat een gewijzigde prikkel op één onderdeel van de keten leidt tot ongewenste verschuivingen van capaciteitsdruk of personeel ten opzichte van andere schakels in de keten die niet op dezelfde wijze worden bekostigd. Op welke manier draagt budgetbekostiging bij aan betere samenwerking in de bredere spoedzorgketen?

Goede acute zorg vraagt om samenwerking tussen onder andere de SEH, huisartsenspoedposten, ambulancezorg, acute geestelijke gezondheidszorg en wijkverpleging. Budgetbekostiging moet die samenwerking ondersteunen. Doordat een deel van de bekostiging niet langer afhankelijk is van het aantal patiënten dat op de SEH wordt behandeld, ontstaat meer ruimte om patiënten naar de meest passende plek in de keten te verwijzen. Dat sluit juist beter aan bij de manier waarop andere onderdelen van de acute zorg, zoals de ambulancezorg, de huisartsenspoedposten en de acute geestelijke gezondheidszorg, al worden bekostigd, namelijk op basis van een budget.

Het kabinet onderkent dat een wijziging van de bekostiging van één onderdeel van de keten in theorie kan leiden tot een verschuiving van patiënten, capaciteitsdruk of personeel naar andere onderdelen. Dit risico kan niet uitsluitend met budgetbekostiging van de SEH worden weggenomen. Budgetbekostiging wordt daarom niet als afzonderlijke maatregel gezien, maar als onderdeel van de ontwikkelroute passende acute zorg. De ontwikkelroute heeft onder meer als doel dat regionale keuzes over de inrichting van het zorgaanbod op basis van onder andere patiëntenstromen, capaciteit en personele inzet in samenhang worden gemaakt. De regionale plannen moeten juist inzicht bieden in de beschikbare capaciteit, het zorggebruik en de gevolgen van voorgenomen veranderingen voor alle betrokken zorgaanbieders in de spoedzorgketen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten hierover gezamenlijk afspraken maken. De zorgplicht van zorgverzekeraars blijft daarbij gelden en de NZa houdt daarop toezicht.

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij danken de minister voor de brief. Deze leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de druk op de spoedzorg toeneemt, maar dat er aan de andere kant sprake is van een schaarste aan zorgmedewerkers. Kan de minister aangeven

hoeveel patiënten nu naar de spoedzorg komen, omdat zij geen reguliere zorg kunnen krijgen?

Er zijn geen landelijke gegevens bekend over welk aandeel van de spoedzorgvragen rechtstreeks voortkomt uit onvoldoende toegang tot reguliere zorg. Op de website van vzinfo.nl zijn wel aantallen SEH-bezoeken, HAP-contacten, urgentiecategorieën en verwijzingsroutes te zien, maar hieruit kan niet afgeleid worden of de patiënt kwam vanwege ontbrekende of onvoldoende toegankelijke reguliere zorg. Wel wijzen de NZa en het RIVM erop dat knelpunten in de eerstelijnszorg, wijkverpleging en vervolgzorg bijdragen aan de druk op de acute zorg. De omvang van dit effect is echter niet te kwantificeren.

Kan de minister aangeven wat wij aan de voorkant kunnen doen om te zorgen dat patiënten niet onnodig om de spoedeisende hulp terecht komen?

Het kabinet werkt aan de gezondste generatie ooit en investeert in preventie en welzijn. Zoals aangegeven in de beleidsagenda van VWS van 24 april jongstleden³ zet het kabinet aan de voorkant in op een gezonde leefstijl, het verkleinen van gezondheidsachterstanden, valpreventie en laagdrempelige medische preventie. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt om de beweging naar de voorkant te realiseren, door bijvoorbeeld hechte wijkverbanden en eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Het kabinet versterkt daarnaast de sociale basis, stevige lokale teams en de structurele samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Hechte wijkverbanden kunnen hulpvragen eerder oppakken, onnodige medicalisering voorkomen en mensen naar passende zorg of ondersteuning leiden. Deze maatregelen zijn er onder andere op gericht te voorkomen dat klachten escaleren tot een acute zorgvraag en kunnen daarmee het aantal vermijdbare bezoeken aan de spoedeisende hulp, acute zorgafdeling of de HAP beperken. Uiteraard is niet iedere acute zorgvraag te voorkomen; bij daadwerkelijke spoed moet de acute zorg voor de patiënt goed toegankelijk blijven.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het kabinet verkent welke randvoorwaarden nodig zijn om te bevorderen dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen bij transformaties en niet gaan meeliften of niet deelnemen. De budgetbekostiging gaat in per 2027. Kan de minister aangeven welke randvoorwaarden worden verkend? Welke opties worden uitgewerkt? Wanneer verwacht de minister dat zij de Kamer hierover kan informeren? Genoemde leden lezen namelijk dat het kabinet de randvoorwaarden onderzoekt, maar zij constateren tevens dat deze opdracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt gegeven. Zij komen in Q3 2027 met een uitslag, later dus dan de budgetbekostiging is ingegaan.

In het kader van de beleidsagenda van VWS van 24 april jongstleden⁴ wordt inderdaad verkend welke randvoorwaarden nodig zijn om te bevorderen dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen bij transformaties. Die verkenning vindt op dit moment plaats. De verwachting is dat aan het einde van dit jaar duidelijk is welke randvoorwaarden nodig zijn, en of dit om aanpassing van wet- en regelgeving vraagt.

De invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp per 2027 gaat gepaard met inkoop in representatie. Dat betekent dat deze zorg non-concurrentieel wordt

³ Kamerstukken II 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

⁴ Kamerstukken II 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

ingekocht, en dat gelijkgerichtheid hierbij al aan de orde is. Ook bij de doorontwikkeling van budgetbekostiging voor de SEH zal inkoop in representatie aan de orde zijn.

De leden van de VVD-fractie lezen in bijlage 1 dat er geen eenmalige of structurele kosten zijn voor zorgverleners bij invoering van de budgetbekostiging SEH. Om vervolgens een opsomming te krijgen van de kosten die zorgverleners wel daadwerkelijk maken. Kan de minister toelichten hoe zij tot de conclusie komt dat er geen eenmalige of structurele kosten zijn voor zorgverleners? Hiernaast lezen de leden van de VVD-fractie niet duidelijk terug wat nu de daadwerkelijke kostenbesparing of kostenverhoging voor zorgverleners is? Kan de minister toelichten wat het daadwerkelijke verwachte nettoresultaat zal zijn?

Uit het onderzoek van Sira Consulting⁵ blijkt dat de invoering van budgetbekostiging voor zorgverleners niet leidt tot extra administratieve werkzaamheden of regeldruk. De genoemde regeldrukkosten in het rapport hebben betrekking op ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er is voor zorgverleners dus geen kostenverhoging dan wel kostenbesparing.

Tot slot zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd naar de regeldruk. Kan de minister ook toelichten wat de verwachte extra regeldruk en kosten zullen zijn voor de gemeentes? Dat is momenteel niet meegenomen, maar de leden verwachten dat gemeenten een belangrijke rol zullen vervullen bij het mogelijk maken van passende SEH zorg in de regio. Is de minister dit met deze leden eens?

Gemeenten zijn niet betrokken bij de uitvoering van de budgetbekostiging van de SEH, dat zijn namelijk de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Daarom zijn eventuele administratieve lasten voor gemeenten niet meegenomen in het onderzoek naar de regeldruk.

Het kabinet is het met de leden van de VVD-fractie eens dat gemeenten een belangrijke rol vervullen bij de vorming van een toekomstbestendig zorglandschap. Gemeenten zijn onder meer verantwoordelijk voor onderdelen van het sociaal domein en werken in veel regio's samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan passende zorg. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld overweegt om de SEH te sluiten, moet het ziekenhuis een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met betrokkenheid van onder andere zorgaanbieders in de regio, inwoners en gemeenten. De invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp verandert deze verantwoordelijkheden echter niet.

De leden van de PRO-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

Is het nog steeds het doel om regionale ziekenhuizen in de reguliere acute zorg financieel te compenseren voor hun beschikbaarheidsfunctie en voor lagere productieaantallen, conform de opdrachtbrief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? Deelt de minister de opvatting dat een dergelijke bekostiging kan voorkomen dat regionale ziekenhuizen worden gedwongen hun productie op te voeren om financieel gezond te blijven? Is de minister daarnaast nog steeds van mening dat de invoering van budgetbekostiging budgetneutraal dient plaats te

⁵ Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 490.

vinden? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot de benodigde investeringen in de beschikbaarheid van acute zorg?

Ja. Door de invoering van budgetbekostiging voor de SEH wordt een deel van de bekostiging losgekoppeld van het aantal patiënten dat op de SEH komt. Dat vergroot de financiële zekerheid voor SEH's van ziekenhuizen en vermindert de afhankelijkheid van de hoeveelheid geleverde zorg. Dit kan regionale ziekenhuizen meer ruimte gaan geven om keuzes te maken die passen bij de zorgvraag in de regio, zonder dat meer geleverde zorg op de SEH daarvoor een financiële voorwaarde is. Tegelijkertijd is budgetbekostiging van de SEH geen oplossing voor alle financiële vraagstukken van regionale ziekenhuizen. De financiële positie van een ziekenhuis wordt ook bepaald door de kosten en opbrengsten van andere onderdelen van de ziekenhuiszorg.

Voor de invoering van budgetbekostiging in 2027 voor de SEH is budgetneutraliteit het uitgangspunt. Dit betekent dat het vaste SEH-budget wordt gefinancierd door een verschuiving binnen het bestaande macrokader voor de medisch-specialistische zorg, onder meer door kosten uit de reguliere tarieven voor ziekenhuizen te schonen. Er worden dus geen aanvullende middelen aan het macrokader toegevoegd.

Deze budgetneutrale invoering moet worden onderscheiden van investeringen die nodig kunnen zijn voor regionale transformaties. Wanneer uit de regionale plannen volgt dat investeringen nodig zijn om de beschikbaarheid van acute zorg te borgen of de acute zorg anders in te richten, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier afspraken over maken. Het kabinet werkt aan randvoorwaarden die bevorderen dat zorgverzekeraars daarbij gelijkgericht handelen en dat noodzakelijke investeringen niet worden belemmerd door vrijblijvendheid of meeliftgedrag.

Welke gevolgen verwacht de minister dat concentratie en spreiding van de acute zorg hebben voor de uitstroom en het behoud van artsen en verpleegkundigen op de spoedeisende hulp (SEH)? Is onderzocht in hoeverre het beperken van SEH-functies leidt tot een hogere werkdruk bij omliggende huisartsenposten, ambulancediensten en andere zorgverleners, of kan bijdragen aan het ontstaan van zogenoemde zorgwoestijnen? Zo ja, wat zijn de uitkomsten? Zo nee, is de minister bereid dit alsnog te onderzoeken of hierover informatie op te vragen bij de relevante beroepsverenigingen en zorgpartijen?

De personele gevolgen van de veranderingen in het acute zorglandschap zijn niet landelijk gekwantificeerd. Het kabinet ziet geen aanleiding voor een afzonderlijk landelijk onderzoek naar de gevolgen van iedere mogelijke regionale wijziging van SEH-functies, of voor een afzonderlijke landelijke uitvraag bij beroepsverenigingen. De effecten zijn sterk afhankelijk van de regionale situatie en moeten daarom worden beoordeeld op de plaats waar de keuzes worden gemaakt. Het is primair aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het zorgaanbod verantwoord in te richten. Zorgverzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht borgen dat voldoende tijdige en toegankelijke acute zorg beschikbaar blijft.

Dit betekent niet dat de personele en ketenbrede gevolgen buiten beschouwing mogen blijven. Bij keuzes over veranderingen in het zorglandschap moeten regionale partijen onder meer de beschikbaarheid van professionals, patiëntstromen, reisafstanden, kwaliteit, continuïteit en de beschikbare capaciteit bij omliggende SEH's, huisartsenspoedposten, ambulancediensten en andere ketenpartners in samenhang beoordelen. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld overweegt om de SEH te sluiten, moet het

ziekenhuis een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met betrokkenheid van onder andere zorgaanbieders in de regio, inwoners en gemeenten. In het continuïteitsplan moet de zorgaanbieder de voorgenomen wijziging onderbouwen, aangeven welke alternatieven zijn onderzocht en beschrijven hoe het voornemen past binnen de regionale ontwikkelingen. De gevolgen voor de bereikbaarheid worden inzichtelijk gemaakt door middel van de RIVM-bereikbaarheidsanalyse. In de periode van 19 mei tot 16 juni is de aanscherping van de regelgeving voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer en deze ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.⁶

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH). Deze leden hebben hierover enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie vinden dat acute zorg voor iedere Nederlander tijdig, dichtbij en goed bereikbaar moet zijn. Juist wanneer iedere minuut telt, moet een patiënt kunnen rekenen op een spoedeisende hulp in de buurt. Deze leden zijn daarom kritisch op beleid waarbij onder termen als passende acute zorg, regionale keuzes, differentiatie en passend zorglandschap alsnog wordt toegewerkt naar concentratie, afschaling of verschraling van acute zorg in de regio.

De minister schrijft dat de acute zorg onder druk staat door een toenemende vraag naar spoedzorg en schaarste aan zorgmedewerkers. De leden van de PVV-fractie erkennen deze druk, maar vragen de minister nadrukkelijk te bevestigen dat dit niet mag leiden tot minder bereikbare acute zorg voor patiënten. Kan de minister garanderen dat de ontwikkelroute passende acute zorg niet leidt tot sluiting, afschaling of verschraling van spoedeisende hulpen? Kan de minister daarnaast bevestigen dat de 45-minutennorm niet wordt uitgehold, opgerekt of anders geïnterpreteerd door regionale afspraken?

Iedereen in Nederland moet kunnen rekenen op tijdige, toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg. Om die toegankelijkheid ook in de toekomst te borgen, ziet het kabinet dat in iedere regio keuzes nodig zijn over welke acute zorg waar wordt aangeboden. Daarbij moeten onder meer de bevolkingssamenstelling, patiëntstromen, reisafstanden, de samenhang in de spoedzorgketen en de beschikbaarheid van zorgprofessionals worden meegewogen. Afhankelijk van de regionale situatie kunnen deze keuzes leiden tot behoud, uitbreiding of opening van voorzieningen, maar ook tot differentiatie, afbouw of sluiting. Het kabinet kan daarom niet garanderen dat iedere bestaande SEH in de huidige vorm blijft bestaan. De ontwikkelroute is gericht op het ondersteunen van, en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Het doel is een samenhangende en toekomstbestendige inrichting waarin patiënten tijdig de best passende acute zorg op de beste plek ontvangen. De regionale keuzes moeten plaatsvinden binnen de geldende landelijke kwaliteitskaders en wet- en regelgeving. De 45-minutennorm kan niet door regionale partijen worden opgerekt, uitgehold of anders vastgesteld.

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over inwoners buiten de Randstad en in regio's waar de reisafstanden naar acute zorg nu al groot zijn. Een SEH is voor deze leden geen gewone voorziening die op basis van bestuurlijke modellen kan worden herverdeeld, maar

⁶ Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

een noodzakelijke basisvoorziening. Hoe voorkomt de minister dat inwoners in dunner bevolkte gebieden straks verder moeten reizen voor spoedzorg?

Regionale keuzes kunnen ertoe leiden dat acute zorg anders of op een andere locatie wordt georganiseerd. Voor het kabinet is de randvoorwaarde dat inwoners, ook in dunner bevolkte gebieden, tijdig toegang houden tot passende en kwalitatief goede acute zorg. Daarom moeten in regionale plannen onder meer reisafstanden, bevolkingssamenstelling, patiëntstromen, personele beschikbaarheid en de gevolgen voor de gehele spoedzorgketen worden meegewogen. Daarnaast moeten zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht borgen dat voldoende tijdige en toegankelijke acute zorg beschikbaar blijft, ook in dunbevolkte gebieden.

Kan de minister inzichtelijk maken welke SEH's op dit moment kwetsbaar zijn qua financiën, personeel en bereikbaarheid? En kan de minister toezeggen dat regionale ziekenhuizen hun herkenbare en toegankelijke functie voor inwoners in de regio behouden?

Uit de RIVM-analyse van 2026 blijkt dat 27 van de 76 SEH-locaties die 24 uur per dag geopend zijn, gevoelig zijn voor de 45-minutennorm⁷. Dit betekent dat bij sluiting van zo'n locatie meer inwoners niet binnen 45 minuten met een ambulance naar een SEH kunnen worden vervoerd. Deze kwalificatie zegt echter niets over de financiële of personele kwetsbaarheid van een SEH. Daar is geen informatie over beschikbaar.

Het kabinet is het met de leden van de PVV-fractie eens dat regionale ziekenhuizen een belangrijke rol vervullen door herkenbare, toegankelijke en vertrouwde ziekenhuiszorg dichtbij huis te bieden. Het kabinet kan echter niet toezeggen dat ieder regionaal ziekenhuis zijn huidige zorgaanbod of een volledige SEH ongewijzigd behoudt. Het kabinet vindt het belangrijk dat ook in de toekomst kwalitatief goede zorg beschikbaar is en zet daarop in. De functie van regionale ziekenhuizen en de gevolgen voor nabijheid, bereikbaarheid en continuïteit moeten herkenbaar worden meegewogen in de regionale plannen. Een toegankelijke regionale ziekenhuisfunctie is daarmee het uitgangspunt; het ongewijzigd behouden van iedere bestaande voorziening is dat niet.

De leden van de PVV-fractie lezen dat per 1 januari 2027 de eerste stap wordt gezet om alle SEH's te bekostigen met een budget van ongeveer €4,6 miljoen per SEH. Deze leden begrijpen het uitgangspunt dat een SEH beschikbaar moet zijn, ook als het op een bepaald moment rustig is. Tegelijkertijd roept het vaste bedrag vragen op. Waarop is het bedrag van €4,6 miljoen precies gebaseerd? Welke kosten worden hiermee volledig gedekt en welke kosten niet? Is dit bedrag voldoende voor personele voorwacht, achterwacht, materiële middelen, overhead en kapitaallasten?

Het bedrag van ongeveer € 4,6 miljoen is gebaseerd op de aanwezigheid van 1 arts en 1 verpleegkundige gedurende 7 dagen per week en 24 uur per dag. Daarnaast is er in het budget rekening gehouden met een aantal specialismen als achterwacht en met overige kosten. De hoogte is gebaseerd op de huidige afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH en de kosten die daarmee samenhangen. De NZa is verplicht om een redelijkerwijs kostendekkend budget vast te stellen. Het budget in deze eerste stap is bedoeld om een deel van de vaste kosten van een SEH te bekostigen. Nog niet alle kosten van de SEH worden vanaf 2027 toegerekend aan dit budget, voor

⁷ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Kennisnotitie Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2026, 25 juni 2026.

een deel zal de SEH via reguliere diagnose behandel combinaties (DBC's) worden bekostigd.

De minister erkent dat deze eerste stap nog beperkt is en nog niet volledig rekening houdt met verschillen tussen SEH's. Juist dat baart de leden van de PVV-fractie zorgen. Een streekziekenhuis heeft een andere functie dan een UMC, maar kan voor de bereikbaarheid van acute zorg in een regio minstens zo belangrijk zijn. Hoe voorkomt de minister dat kleine en regionale ziekenhuizen financieel tekortkomen omdat het budget onvoldoende aansluit bij hun specifieke situatie? Wat gebeurt er als een ziekenhuis kan aantonen dat het vaste budget onvoldoende is om de SEH open te houden? Wordt het budget jaarlijks geïndexeerd voor loonstijgingen, inflatie en stijgende personeelskosten?

Het kabinet onderschrijft het belang van een goede beschikbaarheid van acute zorg in de regio. Juist daarom wordt gekozen voor budgetbekostiging voor de spoedeisende hulpen. Tegelijkertijd erkent het kabinet dat de eerste stap per 2027 nog een beperkte afbakening kent en nog onvoldoende rekening houdt met verschillen tussen SEH's. Daarom is deze eerste stap nadrukkelijk onderdeel van een bredere ontwikkelroute. Daarbij wordt onderzocht hoe de bekostiging beter kan aansluiten bij verschillen in functie, omvang, kostenstructuur en de rol van een SEH binnen de regio. De uitkomsten daarvan worden betrokken bij de verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging. De invoering van budgetbekostiging ziet alleen toe op de SEH, niet op het gehele ziekenhuis.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm komt te vervallen, omdat deze SEH's straks een vast budget krijgen. Deze leden willen dat de minister glashelder maakt dat geen enkele SEH die van belang is voor de bereikbaarheid erop achteruitgaat. Kan de minister per ziekenhuislocatie aangeven welke SEH's nu onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen? Kan de minister garanderen dat het vervallen van deze bijdrage niet leidt tot financiële problemen bij SEH's die juist belangrijk zijn voor regionale bereikbaarheid? Wat betekent de toezegging dat het vaste budget minimaal gelijk is aan de beschikbaarheidsbijdrage concreet per SEH?

Tot 1 januari 2027 ontvangen alleen SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm een beschikbaarheidsbijdrage. Met de invoering van budgetbekostiging krijgt iedere SEH vanaf 1 januari een vast budget. Dit budget is gelijk aan de maximale beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's. Dat betekent dat voor SEH's die nu een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen, het vaste budget minimaal gelijk is aan, en in veel gevallen hoger is dan de huidige beschikbaarheidsbijdrage die zij nu krijgen. Deze ziekenhuizen gaan er door het vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage dus niet op achteruit. Zoals vermeld, is het budget in deze eerste stap bedoeld om een deel van de vaste kosten van een SEH te bekostigen. Nog niet alle kosten van de SEH worden vanaf 2027 toegerekend aan dit budget, voor een deel zal de SEH via reguliere DBC's worden bekostigd. Dat is nu ook het geval voor SEH's die een beschikbaarheidsbijdrage krijgen. Het kabinet ziet daarom geen aanleiding om te verwachten dat alleen door het vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage SEH's in financiële problemen komen. Voor een overzicht van de SEH's die in 2025 een beschikbaarheidsbijdrage kregen, verwijs ik u naar het overzicht van de NZa⁸.

⁸ Nederlandse Zorgautoriteit, [Hoogte beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp en acute verloskunde Verlening 2025](#), 20 mei 2025.

De leden van de PVV-fractie hebben ook zorgen over de rol van zorgverzekeraars. Voor het aanvragen van een budget moeten ziekenhuis en zorgverzekeraars afspraken maken over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de SEH. Voor de PVV-fractie staat voorop dat acute zorg geen gewone markt is. Niet de onderhandelingstafel van zorgverzekeraars, maar de bereikbaarheid voor patiënten moet leidend zijn.

Deze leden vragen de minister daarom wie uiteindelijk bepaalt of een SEH open moet blijven: de minister, de NZa, de zorgverzekeraar of het ziekenhuis. Hoe voorkomt de minister dat zorgverzekeraars via het inkoopkader of via budgetafspraken sturen op minder SEH's of minder volwaardige acute functies? Kan de minister toezeggen dat het belang van patiënten, bereikbaarheid en regionale beschikbaarheid altijd zwaarder weegt dan het financiële belang van zorgverzekeraars?

Het kabinet zet zich in voor kwalitatief goede zorg, die beschikbaar is en betaalbaar is voor iedereen in Nederland. Dus ook voor de acute zorg waar de SEH een onderdeel van de keten is. De SEH is daarnaast een onderdeel van een ziekenhuis, en het bestuur van het ziekenhuis bepaalt welke zorg in het ziekenhuis wordt geleverd, dus ook of het ziekenhuis spoedeisende hulp verleent. Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht tegenover hun verzekerden en deze zorgplicht geldt ook voor spoedeisende zorg. Zorgverzekeraars moeten voldoende spoedeisende zorg inkopen bij ziekenhuizen en zijn er dus bij gebaat dat er voldoende acute zorg in een regio beschikbaar is. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraars hun wettelijke taken, waaronder hun wettelijke zorgplicht, nakomen. Dit toezicht is erop gericht de belangen van de patiënten en verzekerden te beschermen. Het kabinet zet zich in om de verandering naar een passend zorglandschap te ondersteunen. Ook de ontwikkelroute is gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Als een ziekenhuis overweegt de SEH te sluiten, moet het ziekenhuis een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met betrokkenheid van onder andere zorgaanbieders in de regio, inwoners en gemeenten. In de periode van 19 mei tot 16 juni is de aanscherping van de regelgeving voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer en deze ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.⁹

De leden van de PVV-fractie constateren dat de Kamer in 2024 en 2025 meerdere moties heeft aangenomen over het behoud en de bereikbaarheid van acute zorg, waaronder over Heerlen, essentiële ziekenhuisonderdelen, Zuyderland, het MMT in Oost-Nederland, communicatie in de acute keten, personeel en budgetbekostiging. Voor zover uit de voorliggende stukken blijkt, wordt hieraan nog onvoldoende concreet uitvoering gegeven. Deze leden vragen de minister per motie aan te geven welke stappen zijn gezet, welke resultaten zijn bereikt, wat nog openstaat en waarom de Kamer hierover niet volledig is geïnformeerd. Het gaat in ieder geval om Kamerstuk 29 247, nrs. 438, 441, 446, 447, 450 en 451, en Kamerstuk 31 765, nrs. 925, 926 en 927.

De moties Kamerstuk 29 247, nrs. 438, 441, 450 en 451 zijn door het kabinet behandeld in de brief van 22 april 2024¹⁰. De moties hadden betrekking op de beschikbaarheid en organisatie van acute en regionale ziekenhuiszorg, in het bijzonder rond het Zuyderland ziekenhuis en de ziekenhuiszorg in Heerlen. De motie van de leden Van Nispen c.s. (nr. 438) verzocht het kabinet in te grijpen om de intensive care en spoedeisende hulp in Heerlen open te houden. De motie van de leden Van Nispen en Dijk (nr. 441) verzocht om

⁹ Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

¹⁰ Kamerstukken II 2023/24, 29247, nr. 452.

een stop op het sluiten van essentiële ziekenhuisonderdelen, zoals spoedeisende hulp, intensive care en verloskunde, totdat een nieuw kabinet hierover zou besluiten. De gewijzigde motie van het lid Bushoff (nr. 450) verzocht het kabinet om waar nodig een pauzeknop in te drukken bij veranderingen in de regionale ziekenhuiszorg. De gewijzigde motie van de leden Bushoff en Timmermans (nr. 451) verzocht om geen onomkeerbare besluiten te nemen over de afschaling van het Zuyderland ziekenhuis.

In de brief van 22 april 2024 is aangegeven dat de minister van VWS geen juridische instrumenten of bevoegdheden heeft om sluitingen van afdelingen van ziekenhuizen te voorkomen of te pauzeren. De toenmalige minister van VWS gaf aan grote bedenkingen te hebben bij een instrument voor de minister om in te grijpen in de keuzes van de zorgaanbieders en van de regio, omdat dit afbreuk doet aan de goede zorg voor de patiënt en de professionele autonomie van de zorgprofessional en -bestuurder. Ook dit kabinet heeft de overtuiging dat dit soort keuzes over de inrichting van de zorg het beste in de regio kunnen worden gemaakt. Het kabinet gaat wel actiever sturen op de organisatie van de zorg in de regio. Het kabinet wil dat zorgaanbieders zich zo in een regio organiseren dat inwoners de best passende zorg op de beste plek krijgen wanneer dat nodig is. Momenteel werkt het kabinet aan de uitwerking van de plannen.

De motie van de leden Claassen c.s. over mogelijke uitbreiding van het Mobiel Medisch Team (Kamerstuk 29 247, nr. 446) is afgedaan in de stand van zakenbrief moties en toezeggingen van 19 juni 2024¹¹. In die brief meldt het kabinet dat het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de toegankelijkheid van MMT-zorg in Nederland in beeld heeft gebracht. Daaruit blijkt dat sprake is van zogenoemde witte vlekken in Oost-Nederland en Zuid-Limburg en van drukteproblemen in West-Nederland. Het LNAZ adviseerde onder meer een vijfde 24/7 helikopter-MMT op luchthaven Teuge en een 24/7 grondgebonden MMT in Maastricht. Om deze uitbreiding mogelijk te maken, is het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg gewijzigd bij besluit van 9 juli 2026 (stb. 2026, 200). Deze wijziging treedt per 1 januari 2027 in werking. Daarnaast heeft het kabinet de NZa een aanwijzing gegeven om de uitbreiding, conform het aangepaste besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, te bekostigen via een beschikbaarheidsbijdrage.

De motie-Claassen, Van der Plas en Van Nispen over spoedeisende communicatie tussen meldkamers en hulpverleners (Kamerstuk 29 247, nr. 447) is afgedaan in de stand van zakenbrief moties en toezeggingen van 12 december 2024¹². In de komende jaren wordt een nieuw communicatieplatform voor de hulpdiensten ontwikkeld: VMX (Vernieuwing Missiekritische Communicatie). Daarbij wordt ingezet op een toekomstbestendige infrastructuur voor multidisciplinaire missiekritische communicatie, waarop verschillende applicaties veilig kunnen functioneren.

De motie-Claassen over een aanwijzing op grond van artikel 7 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) om acute zorg en geboortezorg in Heerlen te behouden (Kamerstuk 31 765, nr. 925) is behandeld en afgedaan in de brief van 3 juli 2025.¹³ Het kabinet heeft in die brief toegelicht dat artikel 7 Wmg alleen de bevoegdheid geeft om een algemene aanwijzing aan de NZa te geven en niet om een aanwijzing te geven aan een individuele zorgaanbieder, zoals het Zuyderland ziekenhuis. Voor het door de motie gevraagde bestaat daarom geen wettelijke grondslag en is uitvoering niet mogelijk.

¹¹ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 160.

¹² Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 151.

¹³ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 938

Zoals het kabinet in de brief aangaf werkt het Zuyderland ziekenhuis aan een plan voor geboortezorg na 2030 in de regio.

De motie-Claassen over ondersteuning van Zuyderland, provincie Limburg en onderwijsinstellingen bij een plan voor werving, flexibel opleiden en flexibele inzet van zorgpersoneel (Kamerstuk 31 765, nr. 926) is eveneens afgedaan in de brief van 3 juli 2025.¹⁴ Het Zuyderland ziekenhuis investeert al in de arbeidsmarktagenda en werkt samen met de provincie Limburg en onderwijsinstellingen om de regionale arbeidsmarkt te versterken. Dat zijn onder meer projecten gericht op scholing, inclusiviteit, het aantrekken van nieuw personeel, leertrajecten, bijscholing en samenwerking met werkgeversservicepunten.

De motie-Claassen die oproept om bij de invoering van budgetbekostiging voor acute zorg te garanderen dat de kwaliteitskaders, locatiegebondenheid en daadwerkelijke financiële verschuiving naar regionale ziekenhuizen leidend zijn (Kamerstuk 31 765, nr. 927) is inhoudelijk behandeld in de brief over invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp van 12 september 2025.¹⁵ Voor de eerste stap per 2027 heeft het kabinet het NZa-advies gevolgd om financiële herverdeling nog geen onderdeel te laten zijn van de invoering, vanwege risico's voor de budgettaire neutrale invoering. De budgetbekostiging wordt binnen de ontwikkelroute verder doorontwikkeld, zodat beter rekening kan worden gehouden met verschillen tussen SEH's, functies in het regionale aanbod van acute zorg, kwaliteitseisen en de middelen die nodig zijn om functies in ziekenhuizen beschikbaar te houden.

De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat acute zorg niet overeenind blijft met alleen bestuurlijke plannen en nieuwe bekostiging. Er zijn voldoende SEH-artsen, gespecialiseerd verpleegkundigen, physician assistants, nurse practitioners en andere zorgprofessionals nodig. Welke concrete afspraken maakt de minister met OCW, CZO-opleidingen, ziekenhuizen en regionale partners om versneld en flexibeler op te leiden? Hoe wordt de Basis Acute Zorg hierbij betrokken? En hoe wordt in regio's waar acute zorg onder druk staat, zoals rond Zuyderland, gewerkt aan behoud en uitbreiding van personeel?

Meer samenwerking tussen zorg-, welzijn- en onderwijsinstellingen is cruciaal. Daarom zijn er in het AZWA diverse afspraken gemaakt om deze samenwerking te versterken. Het ministerie van OCW is bij de uitvoering van deze afspraken betrokken. Per 1 januari 2025 is de bekostiging van de FZO-ziekenhuisopleidingen (Fonds Ziekenhuisopleidingen), zoals SEH-, IC- of kinderverpleegkundige, aangesloten bij een flexibel opleidingssysteem. Naast dat de diploma's voor deze opleidingen worden bekostigd, worden ook de losse modules bekostigd waaruit deze opleidingen zijn opgebouwd. Enerzijds draagt deze ontwikkeling bij aan het bieden van carrièreperspectief voor zorgprofessionals. Anderzijds is het met het modulaire opleidingstelsel mogelijk om flexibel op te leiden, passend bij de zorgvraag in de actuele werkomgeving. Een voorbeeld hiervan zijn de modules Basis Acute Zorg, waarmee professionals inzetbaar zijn in de acute zorg.

Het behoud en uitbreiden van personeel in de regio is aan de regio zelf. Het Zuyderland Medisch Centrum werkt aan het behouden en werven van personeel door het versterken van opleidingen en het aanbieden van de Basisopleiding Acute Zorg, het ontwikkelen van een loopbaanpad voor medewerkers in de SEH en medewerkers met een

¹⁴ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 938

¹⁵ Kamerstukken II 2024/25, 29 247, nr. 463

buitenlands diploma te laten doorstromen naar de acute as. Zuyderland zoekt tevens de samenwerking regionaal op met de ambulancedienst Limburg om medewerkers te werven en behouden binnen de acute as en de provincie die financiële middelen beschikbaar heeft gesteld in Limburg voor het thema arbeidsmarkt.

Ook vragen deze leden aandacht voor de communicatie in de acute keten en de dekking van mobiele medische teams. Juist in acute situaties moet communicatie tussen meldkamers, ambulances, zorgcoördinatiecentra en hulpverleners foutloos verlopen. Kan de minister garanderen dat hulpverleners in alle regio's, ook bij verschillende systemen zoals C2000 en push-to-talk, altijd met elkaar kunnen communiceren? Welke knelpunten bestaan er nog en wanneer zijn deze opgelost? Hoe staat het daarnaast met de MMT-dekking, in het bijzonder in Oost-Nederland, en welke stappen zijn nog nodig om witte vlekken weg te nemen?

Sinds 2004 is C2000 het primaire communicatiemiddel tussen hulpverleners op straat en het contact tussen hulpverlener en meldkamer.¹⁶ Het netwerk wordt gebruikt voor communicatie tussen de verschillende hulpdiensten. De communicatiebehoefte binnen de ambulancezorg en de bredere acute zorgketen is inmiddels verder ontwikkeld. Naast betrouwbare spraakcommunicatie is er steeds meer behoefte aan datacommunicatie en aan communicatie met andere acute zorgpartners, zoals zorgcoördinatiecentra, huisartsenposten en ziekenhuizen. Daarom ontwikkelt de ambulancezorg een push-to-talk (PTT)-voorziening. Deze biedt aanvullende functionaliteiten voor data- en groepscommunicatie en wordt beschikbaar voor alle partners in de acute zorg.

Ambulancezorg Nederland heeft de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS), de beheerder van C2000, gevraagd te onderzoeken of een koppeling tussen C2000 en PTT voor Ambulancezorg te realiseren is, zodat gebruikers van beide systemen met elkaar kunnen communiceren. C2000 en PTT kunnen elkaar aanvullen: C2000 blijft de basis voor robuuste multidisciplinaire, missiekritische communicatie tussen hulpdiensten, terwijl PTT de monodisciplinaire communicatie en datadeling binnen de bredere acute zorgketen versterkt.

Wat betreft de MMT-dekking, heeft het kabinet in overleg met betrokken partijen besloten de capaciteit van MMT's uit te breiden met een helikopter en een voertuig op International Airport Teuge, en met een voertuig in Zuid-Limburg. Hiermee worden de witte vlekken aangepakt. Voor deze uitbreiding is op basis van het amendement van de leden Bevers (VVD) en Wiersma (BBB) structureel € 14,7 miljoen door het ministerie van VWS beschikbaar gesteld binnen de premiegefinancierde zorguitgaven. Het streven is om het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG aan te passen, zodat de opstart- en exploitatiekosten van de uitbreiding gefinancierd kunnen worden. Parallel aan deze wijziging is een aanwijzing aan de NZa gegeven om de bekostiging van de uitbreiding mogelijk te maken. Ook op regionaal niveau worden diverse voorbereidende activiteiten uitgevoerd, die bijdragen aan de positionering van de MMT-dekking in Oost-Nederland en Limburg. Hieronder valt bijvoorbeeld de aanvraag van een nieuw luchthavenbesluit voor International Airport Teuge.

De leden van de PVV-fractie zijn daarnaast kritisch op de extra regeldruk. Uit het Sira-rapport blijkt dat de invoering van budgetbekostiging nieuwe administratieve handelingen oplevert,

¹⁶ In de komende jaren wordt een nieuw communicatieplatform voor de hulpdiensten ontwikkeld: VMX. Daarbij wordt ingezet op een toekomstbestendige infrastructuur voor multidisciplinaire missiekritische communicatie, waarop verschillende applicaties veilig kunnen functioneren.

waaronder het schonen van tarieven, afspraken met zorgverzekeraars, aanvraagformulieren, opbrengstverrekening en nieuwe informatiestromen. Ook blijkt dat latere regeldruk nog niet volledig is meegenomen, omdat de budgetbekostiging later verder wordt doorontwikkeld.

Deze leden vragen hoe dit zich verhoudt tot de belofte om de administratiedruk in de zorg te verminderen. Waarom kiest de minister voor een systeem dat opnieuw leidt tot extra formulieren, berekeningen, overleggen en controles? Hoe voorkomt de minister dat zorgprofessionals indirect alsnog extra administratieve lasten krijgen? Is het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) om advies gevraagd en zo nee, waarom niet? Kan de minister toezeggen dat de invoering niet doorgaat als blijkt dat de uitvoerbaarheid voor ziekenhuizen, zeker kleinere en regionale ziekenhuizen, onvoldoende is geborgd?

Het kabinet vindt het belangrijk dat nieuwe regelgeving niet leidt tot onnodige administratieve lasten. Daarom is onderzoek gedaan naar de regeldruk door Sira consulting.¹⁷ Daaruit blijkt dat de invoering van budgetbekostiging niet leidt tot extra werkzaamheden voor zorgverleners. Wel zullen ziekenhuizen en zorgverzekeraars met name eenmalige extra werkzaamheden hebben. Daarbij zijn de geschatte kosten voor kleine ziekenhuizen lager dan voor grotere ziekenhuizen.

Het kabinet verwacht dat de voordelen van budgetbekostiging, zoals meer financiële zekerheid en betere samenwerking in de acute zorgketen, opwegen tegen deze eenmalige extra uitvoeringslasten. Bij de doorontwikkeling van de budgetbekostiging blijft het verminderen van administratieve lasten een belangrijk uitgangspunt. Daarbij wordt steeds gezien hoe nieuwe uitvoeringslasten zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. Het Adviescollege toetsing regeldruk is niet om advies gevraagd, omdat Sira consulting de toets heeft gedaan. Daarbij is de landelijke methodiek gevolgd die is vastgelegd in het Handboek meting regeldruk¹⁸ van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat. Het kabinet blijft de uitvoerbaarheid van de budgetbekostiging voor de SEH nauw volgen.

De leden van de PVV-fractie lezen bovendien dat het eigen risico van verzekerden naar verwachting vaker in één keer fors kan worden aangesproken en dat zorgverzekeraars hierover vragen van verzekerden verwachten. Deze leden vinden dat zorgelijk. Acute zorg mag nooit gemeden worden uit angst voor kosten of onduidelijke rekeningen. Kan de minister uitleggen waarom het eigen risico vaker in één keer fors aangesproken kan worden? Om hoeveel patiënten gaat dit naar verwachting? Hoe wordt voorkomen dat mensen uit angst voor kosten of onduidelijkheid acute zorg gaan mijden? En kan de minister toezeggen dat patiënten hierover vooraf duidelijk en in gewone taal worden geïnformeerd?

Op dit moment betaalt het grootste deel van de verzekerden al zijn of haar volledige verplichte eigen risico bij een bezoek aan de SEH en vervolgzorg in het ziekenhuis. De invoering van de budgetbekostiging heeft gevolgen voor de wijze waarop deze zorg op de factuur van de zorgverzekeraar wordt weergegeven. Waar nu één bedrag op de factuur zichtbaar is, zijn dat er met de invoering van de budgetbekostiging twee. Voor wat betreft het eigen risico geldt dat de verzekerde in 2027 over deze zorg eigen risico moet betalen totdat het volledige eigen risico is verbruikt, net zoals dit nu het geval is. Vanaf 2028 zal bij de patiënt, vanwege de voorgenomen tranchering, twee keer een eigen risico in rekening worden gebracht. Dat komt omdat er zowel maximaal € 150 voor

¹⁷ Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 490.

¹⁸ Adviescollege toetsing regeldruk, Handboek Meting Regeldrukkosten, 21 juli 2026.

het bezoek aan de SEH in rekening wordt gebracht, als maximaal € 150 voor de vervolgzorg in het ziekenhuis. Het twee keer betalen van € 150 betekent dus voor het merendeel van de verzekerden dat zij nog steeds minder gaan betalen dan nu het geval is.

Het kabinet vindt het belangrijk dat financiële overwegingen geen belemmering vormen voor het zoeken van medisch noodzakelijke acute zorg. Mensen die acute zorg nodig hebben, moeten deze altijd kunnen krijgen. De invoering van budgetbekostiging brengt geen verandering in de toegang tot de SEH of in de hoogte van het wettelijk eigen risico met zich mee. Wel kan de wijze waarop de kosten op de factuur zichtbaar worden veranderen. Daarom wordt samen met zorgverzekeraars ingezet op heldere communicatie over deze wijziging, zodat verzekerden de factuur voor het eigen risico goed begrijpen.

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie aandacht voor de planning. De eerste stap in de budgetbekostiging wordt al per 1 januari 2027 ingevoerd, terwijl belangrijke onderdelen nog verder moeten worden uitgewerkt. Waarom wordt al gestart terwijl de vervolgstappen nog niet volledig duidelijk zijn? Welke risico's ziet de minister bij invoering per 1 januari 2027? Kan de minister toezeggen dat de Kamer voor invoering een volledig overzicht ontvangt van de gevolgen per regio en per SEH?

Het kabinet kiest bewust voor een gefaseerde invoering, waarbij in 2027 een eerste stap wordt gezet en er tegelijkertijd verder aan wordt gewerkt binnen de ontwikkelroute. De eerste stap wordt beperkt gehouden en de verdere doorontwikkeling wordt zorgvuldig uitgewerkt, samen met de betrokken partijen. De ontwikkelroute is gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Hier is het zorgen voor een passende budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp een onderdeel van.

Het kabinet zal de Kamer blijven informeren over de voortgang van de ontwikkelroute en de verdere uitwerking van de budgetbekostiging. Een overzicht van de gevolgen per individuele SEH is voorafgaand aan de invoering niet beschikbaar.

De leden van de PVV-fractie sluiten af met het uitgangspunt dat acute zorg dichtbij en bereikbaar moet blijven. Voor deze leden is leidend: geen verschraling van acute zorg, geen langere reistijden voor patiënten, geen sluiting van onmisbare SEH's en geen extra bureaucratie voor zorgverleners die nu al onder hoge druk staan.

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH). Deze leden onderschrijven dat acute zorg voor iedere inwoner tijdig, bereikbaar, toegankelijk en kwalitatief goed beschikbaar moet blijven. Tegen die achtergrond willen zij de minister nog enkele vragen voorleggen over de budgettaire randvoorwaarden, de publieke regie op spreiding, de financiële positie van ziekenhuizen en de uitvoering van de aangenomen motie-Coenradie over spreiding, concentratie en schaalvergroting.

Naar aanleiding van het onderdeel: budgettaire randvoorwaarden en passende zorg. De leden van de JA21-fractie vragen de minister, tegen de achtergrond van de in het coalitieakkoord opgenomen besparing via passende zorg en aanpassing van wet- en regelgeving, exact uiteen te zetten welke bedragen per jaar zijn ingeboekt voor passende zorg

via wet- en regelgeving. Kan de minister daarbij aangeven via welke maatregelen deze besparing moet worden gerealiseerd en welk deel daarvan direct of indirect moet neerslaan in de medisch-specialistische zorg en de acute zorg?

Het kabinet maakt een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving dat passende zorg altijd en overal de norm maakt.¹⁹ Het pakket aan maatregelen is een samenhangend geheel, waarvan de opbrengst is gebaseerd op een matiging van de verwachte groei van de uitgaven aan zorg in de Zorgverzekeringswet tot en met 2035. De ombuiging voor de maatregel Passende zorg (wet- en regelgeving) start in 2029 met €112 miljoen, en loopt op naar €548 miljoen structureel per 2035. In de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord is vermeld hoe de ombuigingen per jaar oplopen. De raming is niet uitgesplitst naar onderliggende maatregelen. Op een later moment, bij de uitwerking van het beleid, zal de verdeling naar Zorgverzekeringswet-sectoren gemaakt worden.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze wordt geborgd dat de ontwikkelroute passende acute zorg, de doorontwikkeling van budgetbekostiging, de regionale plannen en eventuele differentiatie of concentratie van acute zorgvoorzieningen worden gestuurd door kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit, personele haalbaarheid en medisch-inhoudelijke afwegingen, en niet door een vooraf ingeboekte budgettaire taakstelling.

Het kabinet onderschrijft dat de inhoudelijke opgave leidend moet zijn. De in het coalitieakkoord opgenomen ombuiging voor passende zorg moet nog worden verdeeld over diverse sectoren in de Zorgverzekeringswet (de acute zorg is hierbij geen aparte sector, maar valt onder de medisch-specialistische zorg) en is gericht op het matigen van de verwachte groei van de zorguitgaven. Aan de ontwikkelroute passende acute zorg is geen afzonderlijke taakstelling gekoppeld voor het sluiten van bijvoorbeeld een vooraf bepaald aantal SEH's of het verminderen van een vooraf vastgesteld zorgvolume. De eerste stap van de budgetbekostiging van de SEH per 1 januari 2027 wordt bovendien budgetneutraal ingevoerd en is daarmee geen zelfstandige bezuinigingsmaatregel.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat het begrip passende zorg in de acute zorg in de praktijk wordt gebruikt als instrument voor volumekrimp of vershraling van voorzieningen, voordat objectief is vastgesteld wat de gevolgen zijn voor patiënten, personeel, regionale bereikbaarheid en de gehele spoedzorgketen.

Het is aan de regio om gezamenlijk met betrokken partijen in kaart te brengen wat nodig is om te komen tot een toekomstbestendig passend zorgaanbod in de regio en de impact van mogelijke wijzigen in kaart te brengen. De gevolgen zijn sterk afhankelijk van de regionale situatie en moeten daarom worden beoordeeld op de plaats waar de keuzes worden gemaakt. Het is primair aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het zorgaanbod verantwoord in te richten. Zorgverzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht borgen dat voldoende tijdige en toegankelijke acute zorg beschikbaar blijft.

Dit betekent niet dat de gevolgen voor patiënten, personeel, regionale bereikbaarheid en de gehele spoedzorgketen buiten beschouwing mogen blijven. Bij keuzes over concentratie, spreiding en differentiatie moeten regionale partijen onder meer de beschikbaarheid van professionals, patiëntstromen, reisafstanden, kwaliteit, continuïteit

¹⁹ Kamerstukken II 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

en de beschikbare capaciteit bij omliggende SEH's, huisartsenspoedposten, ambulancediensten en andere ketenpartners in samenhang beoordelen. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld overweegt de SEH te sluiten, moet het ziekenhuis een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met betrokkenheid van onder andere zorgaanbieders in de regio, inwoners en gemeenten. In de periode van 19 mei tot 16 juni is de aanscherping van de regelgeving voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer en deze ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.²⁰

Naar aanleiding van het onderdeel: stand van zaken invoering budgetbekostiging SEH. De leden van de JA21-fractie constateren dat de minister schrijft dat per 1 januari 2027 een eerste stap wordt gezet waarbij alle SEH's worden bekostigd met een budget met een beperkte afbakening van ongeveer €4,6 miljoen per SEH. Kan de minister nader onderbouwen op basis van welke kostencomponenten, aannames en regionale variaties dit bedrag tot stand is gekomen?

Voor een SEH die gedurende het hele jaar 24/7 geopend is, heeft de NZa een normbudget bepaald. Dit normbudget is ongeveer 4,6 miljoen. Dit normbudget baseert de NZa op de kosten behorend bij de afbakening van het budget. Dat gaat uit van de aanwezigheid van 1 arts en 1 verpleegkundige gedurende 7 dagen per week en 24 uur per dag. Daarnaast is er in het budget rekening gehouden met een aantal specialismen als achterwacht en met overige kosten. De hoogte is gebaseerd op de huidige afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH en de kosten die daarmee samenhangen.

Het betreft nadrukkelijk een eerste stap met een beperkte afbakening. Het kabinet erkent dat de werkelijke kosten tussen SEH's verschillen. Deze eerste stap houdt nog geen rekening met regionale verschillen, schaalgrootte of verschillen in de functie van een SEH. Juist daarom wordt de bekostiging de komende jaren verder doorontwikkeld.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister in hoeverre het genoemde bedrag de werkelijke vaste beschikbaarheidskosten van kleine en regionale ziekenhuizen dekt, inclusief voorwacht, achterwacht, diagnostiek, ondersteunende functies, kapitaallasten en samenhang met de intensive care (IC), operatiekamer (OK) en acute opnamecapaciteit.

Het vaste budget in de eerste stap in 2027 dekt niet alle kosten van een SEH volledig. Het gaat om een beperkte afbakening. Naast het vaste budget blijven de SEH's bekostigd worden via de reguliere ziekenhuisbekostiging: de diagnose behandel combinaties. Omdat er nog onvoldoende zicht is op de verschillen tussen SEH's in bijvoorbeeld kostenstructuur, schaalgrootte en ook ondersteunende functies gaat het kabinet de NZa vragen dit te onderzoeken.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom, ondanks signalen van onder meer zorgverzekeraars dat budgetbekostiging pas goed kan worden vormgegeven met een helder inhoudelijk kader, wordt gekozen voor invoering van het tijdelijke tussenmodel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per 1 januari 2027.

Het kabinet kiest bewust voor een gefaseerde invoering. Partijen verschillen namelijk van mening over het tempo en de wijze van invoering van budgetbekostiging. In 2027 wordt een eerste stap gezet en tegelijkertijd wordt er verder gewerkt in de

²⁰ Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

ontwikkelroute aan de inhoudelijke opgaven. Het kabinet vindt ook dat een volledig passende budgetbekostiging pas mogelijk is als de inhoudelijke opgaven verder zijn uitgewerkt. Een eerste stap biedt ruimte om ervaring op te doen, terwijl de bekostiging in de komende jaren verder wordt ontwikkeld.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom wordt gekozen voor deze vorm van budgetbekostiging van de SEH, terwijl er volgens betrokken partijen ook eenvoudigere vormen denkbaar zijn. Kan de minister aangeven welke alternatieven zijn onderzocht en waarom deze zijn afgefallen?

De NZa heeft in 2022²¹ geadviseerd om de regulering van de acute zorg op bepaalde onderdelen aan te passen. Zij adviseerde een landelijk kader voor de beschikbaarheid en spreiding van acute zorgvoorzieningen, verdere stappen om de coördinatie van de in-, door- en uitstroom te verbeteren en om daaropvolgend de bekostiging van de SEH aan te passen. Daarbij adviseerde zij een bekostiging op basis van beschikbaarheid, zoals budgetbekostiging, omdat de huidige bekostiging daar niet op aansluit. De NZa trok deze conclusie op basis van de huidige context en complexe uitdagingen van de spoedeisende hulpen in relatie tot de andere ketenpartners in de acute zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te reflecteren op signalen dat het tussenmodel nadelig kan uitpakken voor patiënten en ziekenhuizen, doordat patiënten geconfronteerd kunnen worden met dubbele kosten voor het eigen risico en extra kosten door toenemende complexiteit, terwijl ziekenhuizen te maken krijgen met extra administratieve lasten doordat de medisch-specialistische bekostiging moet worden opgeknapt.

Het kabinet erkent dat de invoering van budgetbekostiging extra werkzaamheden met zich meebrengt voor ziekenhuizen. Daarom heeft het kabinet onderzoek laten uitvoeren naar de regeldruk. Daaruit blijkt dat sprake is van beperkte structurele uitvoeringslasten voor ziekenhuizen. Voor wat betreft het eigen risico geldt dat de verzekerde in 2027 over deze zorg eigen risico moet betalen, totdat het volledige eigen risico is verbruikt, net zoals dit nu het geval is. De invoering van de budgetbekostiging heeft echter gevolgen voor de wijze waarop deze zorg op de factuur van de zorgverzekeraar wordt weergegeven. Vanaf 2028 zal bij de patiënt, vanwege de voorgenomen tranchering, twee keer een eigen risico in rekening worden gebracht. Dat komt omdat er zowel maximaal € 150 voor het bezoek aan de SEH in rekening wordt gebracht als maximaal € 150 voor de vervolgzorg in het ziekenhuis. Op dit moment betaalt het grootste deel van de verzekerden al zijn of haar volledige verplichte eigen risico bij een bezoek aan de SEH en vervolgzorg in het ziekenhuis. Het twee keer betalen van €150,- betekent dus voor het merendeel van de verzekerden dat zij nog steeds minder gaan betalen dan nu het geval is.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat het tussenmodel leidt tot hogere complexiteit zonder extra middelen, extra zekerheid voor kwetsbare ziekenhuizen of een oplossing voor personeelstekorten.

Het kabinet erkent dat de eerste stap in de budgetbekostiging voornamelijk een eenmalige extra uitvoeringsinspanning vraagt van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Tegelijkertijd verwacht het kabinet dat de voordelen van deze eerste stap opwegen

²¹ Nederlandse Zorgautoriteit, Advies Passende acute zorg, maart 2022.

tegen deze extra inspanning. De invoering is onderdeel van de bredere ontwikkelroute voor passende acute zorg, waarin ook wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van kwaliteitsnormen en de inrichting van het zorglandschap. De verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging zal aansluiten bij de inhoudelijke keuzes die hierover de komende periode worden gemaakt. Het kabinet erkent ook dat deze eerste stap op zichzelf geen oplossing is voor personeelstekorten of alle financiële uitdagingen van ziekenhuizen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welk noodrem- of correctiemechanisme beschikbaar is wanneer in 2027 blijkt dat het budget voor een individuele SEH of voor een specifieke regio ontoereikend is om de beschikbaarheid verantwoord te borgen.

Het vaste budget vanaf 2027 is berekend op de aanwezigheid van één arts en één verpleegkundige gedurende 7 dagen per week en 24 uur per dag. Daarnaast is er in het budget rekening gehouden met een aantal specialismen als achterwacht en met overige kosten. De NZa is verplicht om hier een redelijkerwijs kostendekkend budget voor vast te stellen. De hoogte is gebaseerd op de huidige afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH en de kosten die daarmee samenhangen. Nog niet alle kosten van de SEH worden vanaf 2027 toegerekend aan dit budget. De ziekenhuizen zullen hun SEH voor een deel nog steeds in de reguliere ziekenhuisbekostiging, via diagnose behandel combinaties, bekostigen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of daarbij rekening wordt gehouden met SEH's die voor regionale bereikbaarheid essentieel zijn, maar door schaal, demografie of afstand relatief hoge vaste kosten hebben.

In de eerste stap per 2027 kunnen alle spoedeisende hulpen aanspraak maken op een vast budget. Dat betekent dat alle SEH's, ook als ze niet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm, aanspraak kunnen maken op het budget. Er is in het budget in de eerste stap in 2027 geen rekening gehouden met de verschillen in schaal, demografie of afstand. Het kabinet erkent dat niet iedere SEH dezelfde functie heeft en dat de kosten tussen ziekenhuizen kunnen verschillen. Daarom gaat het kabinet deze verschillen tussen SEH's nader onderzoeken, zodat hier in de doorontwikkeling van budgetbekostiging rekening mee kan worden gehouden.

De leden van de JA21-fractie constateren dat uit het onderzoek naar de regeldruk van de invoering van budgetbekostiging blijkt dat de structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen weliswaar beperkt worden geraamd, maar dat bepaalde toekomstige werkzaamheden, waaronder correcties op de schoning in latere jaren, nog niet konden worden gekwantificeerd. Hoe gaat de minister voorkomen dat de invoering van budgetbekostiging leidt tot een nieuwe structurele verantwoordings- en onderhandelingslast voor ziekenhuizen?

Het kabinet vindt het belangrijk dat de administratieve lasten niet toenemen. Toch brengt een budgetmodel onvermijdelijk enige verantwoordings- en onderhandelingslasten met zich mee, net zoals de ambulancezorg en de huisartsenposten dat nu hebben. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande registraties. Bij de doorontwikkeling van budgetbekostiging blijft het beperken van administratieve lasten een belangrijk uitgangspunt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de Kamer in 2027 separaat wordt geïnformeerd over de feitelijke regeldruk na de eerste contracterings- en budgetcyclus.

Het kabinet zal de Kamer blijven informeren over de voortgang van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio met daarin de verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging. Een afzonderlijke rapportage over de feitelijke regeldruk in 2027 is op dit moment niet voorzien.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister specifiek toe te lichten waarom is gekozen voor een bekostigingsvorm die de medisch-specialistische bekostiging moet opknippen en daarmee nieuwe administratieve complexiteit creëert, in plaats van voor een eenvoudiger beschikbaarheidsbekostiging of een andere minder belastende vorm.

Budgetbekostiging is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging. De NZa adviseerde al in 2022²² een bekostiging op basis van beschikbaarheid voor de spoedeisende hulp. Een van de redenen was dat veel schakels uit de acute zorgketen bekostigd worden op basis van beschikbaarheid. En dat de SEH hier een uitzondering is. Zij gaf aan dat het bekostigen van beschikbaarheid meer financiële zekerheid kan bieden aan zorgaanbieders. En door ze op dezelfde wijze te bekostigen kan het aanbieders stimuleren om patiënten op de juiste plek te behandelen.

Het kabinet ziet dit ook en zet daarom in op een gefaseerde invoering van budgetbekostiging, die in de ontwikkelroute verder wordt doorontwikkeld. Alle vormen van beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH leiden tot een knip in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Dat was bijvoorbeeld ook zo met de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's. Door een gefaseerde invoering met een eerste stap per 2027 is zoveel mogelijk aangesloten bij wat er nu al voor de beschikbaarheidsbijdrage ligt. Ook heeft de NZa aangegeven dat deze eerste stap complex, maar uitvoerbaar is.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te bevestigen dat de invoering van budgetbekostiging niet leidt tot extra registratielasten voor zorgprofessionals op de SEH. Welke waarborgen worden ingebouwd om te voorkomen dat aanvullende informatiebehoeften van de NZa, zorgverzekeraars of het ministerie uiteindelijk toch op de werkvloer terechtkomen?

Uit het onderzoek van Sira Consulting²³ blijkt dat de invoering van budgetbekostiging niet leidt tot extra administratieve lasten voor zorgprofessionals, zoals artsen en verpleegkundigen op de SEH. De extra werkzaamheden hebben betrekking op ziekenhuizen en zorgverzekeraars als organisaties en zien met name op de inrichting van de bekostiging, de contractering en de budgetaanvraag. Het kabinet vindt het belangrijk dat aanvullende informatievragen niet onnodig terechtkomen bij zorgprofessionals.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister, indien het doel is om verblijf op de SEH te verminderen, of het beperken van de instroom naar de SEH de meest geëigende route is. Welke andere opties heeft de minister overwogen om onnodig of langdurig verblijf op de SEH terug te dringen, zoals betere doorstroom, extra capaciteit in vervolgzorg, regionale triage of versterking van de eerste lijn?

²² Nederlandse Zorgautoriteit, Advies Passende acute zorg, maart 2022.

²³ Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 490.

Het kabinet kiest voor budgetbekostiging als onderdeel van de bredere transitie naar passende acute zorg in de regio. Het doel is dat patiënten met een acute zorgvraag tijdig op de juiste plek worden beoordeeld en behandeld en niet langer dan medisch noodzakelijk op de SEH verblijven. Dat vraagt om een ketenbrede aanpak van instroom, doorstroom én uitstroom. Daarvoor zijn de regionale plannen zo belangrijk. De ontwikkelroute acute zorg is gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de huisartsenzorg in de betrokken regio's voldoende is toegerust om extra zorgvragen op te vangen. Hoe voorkomt de minister dat patiënten in sommige regio's minder snel een arts raadplegen, waardoor klachten kunnen verergeren en uiteindelijk zwaardere zorg nodig is?

Het is belangrijk dat mensen bij een acute zorgvraag snel op de juiste plek terechtkomen. Bij niet-levensbedreigende situaties kunnen mensen zelf via betrouwbare informatie op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) een inschatting maken of contact opnemen met de huisarts(enspoedpost) noodzakelijk is. Het doel van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio is om de acute zorg zo te organiseren dat mensen en middelen optimaal bijdragen aan kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg. De (acute) huisartsenzorg speelt hierin een belangrijke rol en aanbieders van huisartsenzorg dienen vanzelfsprekend nauw betrokken te zijn bij het maken van regionale plannen en afspraken over de acute zorgketen. Het kabinet is het eens met de leden van de JA21-fractie dat bij deze regionale plannen rekening moet worden gehouden met de draagkracht van de (acute) eerstelijnszorg. Via het Integraal Zorgakkoord (IZA) en AZWA investeert het kabinet in een sterke eerstelijnszorg, waaronder de (acute) huisartsenzorg.

Naar aanleiding van het onderdeel: passende acute zorg in de regio en overheidsregie op spreiding. De leden van de JA21-fractie constateren, tegen de achtergrond van het coalitieakkoord, dat de overheid een meer sturende rol krijgt op het zorglandschap van de toekomst, met meer regie op spreiding en concentratie en indien nodig strengere eisen aan vergunningverlening. Deze leden constateren dat de brief veel aandacht besteedt aan regionale keuzes, differentiatie, concentratie, strengere procesvoorwaarden en de rol van zorgverzekeraars, maar dat de overheidsregie op spreiding nog onvoldoende concreet wordt ingevuld.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan het verzoek uit de aangenomen motie-Coenradie om uit te werken hoe de minister meer regie neemt op de spreiding van ziekenhuiszorg en welke bestuurlijke, financiële of wettelijke instrumenten daarvoor nodig zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister daarbij expliciet onderscheid te maken tussen acute zorg, semi-acute zorg en planbare ziekenhuiszorg.

Het kabinet wil dat passende zorg beschikbaar is voor de patiënt. Passende zorg betekent ook het passend organiseren van de zorg. Om dit te bereiken moeten partijen meer dan ooit samenwerken. In het IZA zijn afspraken gemaakt over spreiding en concentratie van zorg. Het uitgangspunt daarbij is: "dichtbij als het kan, veraf als het moet". Concentratie van zorg is geen doel op zich. Het doel is om bij hoogcomplexiteit, laagvolumezorg de kwalitatief best mogelijke zorg voor de patiënt te bereiken. Het gaat hier om netwerkzorg: patiënten kunnen voor reguliere zorg die vaak voorkomt en ook

voor de benodigde voor- en nazorg, nog steeds terecht in hun eigen ziekenhuis. De hoogcomplexere ingreep zal echter plaatsvinden in het ziekenhuis waar de zorg is geconcentreerd.

Een toegankelijker medisch-specialistische zorg vraagt om gezamenlijke doorontwikkeling en afstemming van de organisatie van zorg in ons land. In het AZWA is afgesproken dat alle zorgaanbieders een eerlijke bijdrage leveren aan de gewenste ontwikkelingen naar een passend zorglandschap, zodat nu en ook in de toekomst passende zorg voor patiënten beschikbaar is. Concreet is hierover afgesproken dat de medisch-specialistische zorg – voor zover dat nog niet het geval is – onderdeel uit gaat maken van de Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ)- en regioplannen. In deze plannen worden de afspraken beschreven die in de regio zijn gemaakt over transformatie binnen het zorglandschap en op hoofdlijnen wie welke zorg levert. Waarbij wordt geborgd dat het zorgaanbod regionaal samenhangend is en aansluit op de behoefte in de regio. Hieronder valt ook dat de beschikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio worden geborgd en hoe (streek)ziekenhuizen hierin samenwerken.

Het kabinet heeft recent de beleidsagenda naar de Kamer verstuurd, waarin is aangegeven dat zorgaanbieders constructief en gedegen dienen deel te nemen aan het opstellen en uitvoeren van regionale plannen voor een passend zorglandschap.²⁴ De komende tijd werkt het kabinet aan instrumenten, zoals wetsaanpassingen, om meer te kunnen sturen op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders in dit proces. Bij het verscherpen en verduidelijken van wetgeving zorgen we er ook voor dat regionale plannen over het zorglandschap daadwerkelijk richting geven aan alle zorgaanbieders in de regio en borgen we dat die richting niet vrijblijvend is. Het kabinet gaat dus inderdaad actiever sturen op de organisatie van zorg in de regio. Dit geldt zowel voor de acute als planbare ziekenhuiszorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke concrete maatregelen worden genomen om publieke regie te voeren op de geografische spreiding van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit, diagnostiek, ambulancezorg en andere schakels in de acute zorgketen.

Ten aanzien van de spreiding van ambulancezorg is er al publieke regie door middel van het jaarlijks door RIVM berekende referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg. Keuzes over de inrichting van acute zorg werken het beste als ze zoveel mogelijk in de regio worden gemaakt waar de kennis aanwezig is. De ontwikkelroute passende acute zorg in de regio is daarom gericht op het ondersteunen van en het bieden van landelijke kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Momenteel werkt het kabinet een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving uit dat passende zorg altijd en overal de norm maakt. Dit zal betekenen dat er meer gestuurd zal worden op de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het organiseren en leveren van passende zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke concrete maatregelen worden genomen om ook de spreiding van planbare ziekenhuiszorg, waaronder poliklinische zorg, dagbehandeling, diagnostiek, electieve ingrepen en chronische zorg, dichtbij inwoners te borgen.

²⁴ Kamerstukken II 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

Het kabinet wil dat inwoners ook in de toekomst kunnen rekenen op toegankelijke planbare ziekenhuiszorg. In het AZWA is afgesproken dat aanbieders in een regio samenwerken ten behoeve van het toekomstbestendig inrichten van het medisch specialistisch zorglandschap. Ziekenhuizen stemmen hierbij hun aanbod en huidig en toekomstig portfolio op elkaar af, opdat dit in de toekomst ook aansluit op de zorgbehoefte in de regio. Zo kan optimaal gebruik worden gemaakt van de beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur. Zorg die vaak voorkomt en laagcomplex is, moet voor iedereen dichtbij beschikbaar zijn. Concentratie van zorg is een instrument om de kwalitatief best mogelijke zorg voor de patiënt te bereiken. Het uitgangspunt is dat basiszorg dichtbij beschikbaar blijft en dat specialistische zorg alleen wordt geconcentreerd wanneer dit vanuit kwaliteit en doelmatigheid beter is. Dit betekent niet dat iedere vorm van poliklinische zorg, dagbehandeling, diagnostiek, electieve zorg of chronische zorg op iedere bestaande ziekenhuislocatie ongewijzigd moet blijven. De benodigde spreiding verschilt per zorgfunctie en per regio.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat concentratie van acute functies automatisch leidt tot vershraling of verplaatsing van planbare basiszorg uit regionale ziekenhuizen, terwijl juist die planbare zorg voor de leefbaarheid, toegankelijkheid en financiële draagkracht van regionale ziekenhuizen van groot belang is.

Het kabinet is het met de leden van de JA21-fractie eens dat planbare zorg voor de leefbaarheid, toegankelijkheid en financiële draagkracht van regionale ziekenhuizen van groot belang is. Concentreren van acute zorg is niet het doel. Het doel van de ontwikkelroute is het ondersteunen van en het bieden van landelijke kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Het kabinet kan echter niet garanderen dat iedere bestaande planbare functie op iedere ziekenhuislocatie ongewijzigd blijft, want het is niet aan het kabinet om dit te bepalen.

De leden van de JA21-fractie constateren dat de minister per 1 januari 2029 een vervolgstap wil zetten in de budgetbekostiging voor SEH's, terwijl het inhoudelijk kader daarvoor nog tot stand moet komen in de ontwikkelroute. Kan de minister toelichten hoe de ontwikkelroute voor SEH-zorg in samenhang wordt gezien met lopende vraagstukken over IC-capaciteit, concentratie en spreiding van medisch-specialistische zorg en acute geboortezorg?

De ontwikkelroute wordt niet als een afzonderlijk traject voor de SEH uitgewerkt. Een SEH is onderdeel van het ziekenhuis en van de bredere acute zorgketen. Keuzes over de rol, omvang, openingstijden, concentratie of spreiding van SEH-zorg moeten daarom in samenhang worden gezien met andere ziekenhuisfuncties en acute voorzieningen. IZA-regio's en ROAZ-en maken periodiek regionale plannen die vanuit een samenhangende visie ingaan op de transformaties die nodig zijn in het zorglandschap.

Voor de IC-zorg loopt parallel een afzonderlijk, maar inhoudelijk verbonden traject. Hierover heeft het kabinet de Kamer op 3 juli jongstleden geïnformeerd²⁵. Vertegenwoordigers van zorgverleners, ziekenhuizen, patiënten en zorgverzekeraars hebben het kabinet recent bij brief geïnformeerd over hun traject gericht op het maken van afspraken ten behoeve van een toekomstbestendig IC-landschap. De beoogde oplevering daarvan is eind 2026. Het kabinet betreft deze uitkomsten en de verdere uitwerking van mogelijke wetgeving bij het bredere beleid voor een passend

²⁵ Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 492.

zorglandschap. Bij regionale keuzes over SEH-zorg moet daarom worden meegewogen welke IC-capaciteit en andere ziekenhuisbrede ondersteuning nodig zijn om verantwoorde acute zorg te kunnen leveren.

Ook acute geboortezorg wordt niet los van de regionale acute zorgketen gezien. De samenwerking rond geboortezorg wordt regionaal georganiseerd binnen de verloskundige samenwerkingsverbanden en landelijk ondersteund door de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg. In het ROAZ wordt de benodigde geboortezorg in de regio afgestemd en wordt gezien hoe de beschikbare capaciteit zo goed mogelijk kan worden ingezet.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom wordt gekozen voor drie parallelle sporen, waaronder de doorontwikkeling van de budgetbekostiging, en niet eerst voor een inhoudelijke doorontwikkeling waarna de minister zorgt voor een passende bekostiging.

In 2027 wordt een eerste stap gezet in de budgetbekostiging voor de SEH. Tegelijkertijd wordt er verder gewerkt in de ontwikkelroute aan de inhoudelijke opgaven langs drie parallelle sporen waarin wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van kwaliteitsnormen, de inrichting van het zorglandschap en de doorontwikkeling van de budgetbekostiging. Het kabinet kiest bewust voor een gefaseerde invoering van budgetbekostiging gekoppeld aan de ontwikkelroute. Het kabinet vindt ook dat een volledig passende budgetbekostiging pas mogelijk is als de inhoudelijke opgaven verder zijn uitgewerkt. Een eerste stap biedt ruimte om ervaring op te doen, terwijl de bekostiging in de komende jaren verder wordt ontwikkeld. De verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging zal aansluiten bij de inhoudelijke keuzes die hierover de komende periode worden gemaakt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de Kamer voor de Algemene Politieke Beschouwingen wordt geïnformeerd over de uitwerking van overheidsregie op spreiding. Indien dat niet het geval is, vragen deze leden de minister toe te lichten waarom niet.

Het kabinet informeert de Kamer over de stand van zaken op concentratie en spreiding vóór het debat ziekenhuiszorg op 7 oktober.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe in de regionale plannen wordt geborgd dat spreiding en nabijheid niet ondergeschikt raken aan concentratie en doelmatigheid. Welke minimale landelijke randvoorwaarden hanteert de minister voor bereikbaarheid, regionale continuïteit, kwetsbare regio's, grensregio's en gebieden met relatief grote reisafstanden?

Met de IZA en AZWA-afspraken wordt ingezet op een beweging naar meer samenwerking in netwerken via spreiding en concentratie. Uitgangspunt daarbij is dat we de zorg zo dichtbij mogelijk om de patiënt heen organiseren en dat als het moet, we de complexe zorg afhankelijk van waar je woont, verder weg moeten organiseren. Het uiteindelijke doel is om een evenwicht te borgen tussen concentratie van complexe medisch specialistische zorg enerzijds en spreiding van laag complexe zorg anderzijds, waardoor een disbalans in beschikbare capaciteiten zoveel mogelijk wordt voorkomen.

Het is belangrijk om te benoemen dat concentratie als gevolg van de afspraken over de volumennormen enkel 18 hoogcomplex oncologische en vaatchirurgische ingrepen betreft en dus niet de planbare ziekenhuiszorg in het algemeen. De effecten zijn dus nooit zodanig dat spreiding en nabijheid van planbare ziekenhuiszorg, zeker niet de

poliklinische zorg of chronische zorg, ondergeschikt raken aan concentratie. Patiënten kunnen voor reguliere zorg die vaak voorkomt en ook voor hun voor- en nazorg, nog steeds terecht in hun eigen ziekenhuis. De ingreep zal echter plaatsvinden in het ziekenhuis waar de zorg is geconcentreerd.

Ziekenhuizen dienen te zorgen dat hun profiel aansluit bij het bestaande aanbod en de ontwikkeling van de zorgbehoefte in hun regio, nu en in de toekomst. Dit gebeurt in samenspraak met de preferente zorgverzekeraar en de andere zorgaanbieders. Op die manier wordt optimaal gebruik gemaakt van regionaal beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur. Daarom worden de ROAZ- en regioplannen hiermee aangevuld.

Afspraken over spreiding vragen om regionaal maatwerk, en zijn lastig vanuit een landelijke norm op te leggen. Het proces om tot spreidingsafspraken te komen moet binnen de regio's plaatsvinden door de veldpartijen, waarbij zij worden ondersteund door patiëntenorganisaties. Het kabinet verwacht van partijen dat zij zich volgens de IZA afspraken onverminderd blijven inzetten om de spreidingsopgave in de regio te realiseren.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze wordt gewerkt aan een kader met normen voor beschikbaarheid van SEH's of aan een alternatief voor de 45-minutennorm, zoals in het Integraal Zorgakkoord is afgesproken en door de NZa als randvoorwaarde is benoemd voor effectieve beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg.

Momenteel werkt het kabinet een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving uit dat passende zorg altijd en overal de norm maakt.²⁶ Dit zal betekenen dat er meer gestuurd zal worden op de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het organiseren en leveren van passende zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister waarom in de beleidsbrief geen concreet toegankelijkheidskader wordt beschreven en hoe dit zich verhoudt tot de constatering dat kwaliteitsnormen geen afspraken over toegankelijkheid bevatten.

Het kabinet acht het niet wenselijk om één generiek toegankelijkheidskader vast te stellen. De toegankelijkheid van acute zorg hangt immers sterk samen met regionale omstandigheden, zoals bevolkingsdichtheid, reisafstanden, zorgvraag en personele beschikbaarheid. De ontwikkelroute is er juist op gericht om binnen heldere landelijke kwaliteitskaders ruimte te bieden voor regionaal passende oplossingen, waarbij toegankelijkheid een expliciet onderdeel vormt van de uiteindelijke regionale afwegingen. De ontwikkelroute beoogt een brede aanpak waarin kwaliteit, regionale inrichting van het zorglandschap en bekostiging in samenhang worden ontwikkeld. Zo moet duidelijk zijn welke acute zorgfuncties, met bijbehorende kwaliteitseisen, op welke locaties verantwoord kunnen worden geleverd. Vervolgens kunnen regio's keuzes maken over een passend aanbod van acute zorg, waarbij ook bereikbaarheid en toegankelijkheid worden meegewogen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke rol provincies, gemeenten en andere decentrale overheden krijgen bij de beoordeling van regionale plannen voor acute zorg.

²⁶ Kamerstukken II 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

Het kabinet werkt momenteel uit op welke manier de provincies, gemeenten en andere decentrale overheden betrokken worden bij de regionale planvorming voor de inrichting van het zorglandschap.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat besluiten over afschaling of concentratie van acute functies feitelijk worden genomen in contracteringsprocessen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zonder voldoende publieke weging van bereikbaarheid, leefbaarheid en regionale gevolgen.

De Zorgverzekeringswet heeft tot doel om verzekerden in Nederland kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te bieden. De zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om via contractering (en dus in samenwerking met zorgaanbieders) de optimale mix tussen deze drie doelen te bereiken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat dit proces binnen de wettelijke kaders verloopt en borgt daarmee de publieke belangen, zoals deze zijn neergelegd in de Zorgverzekeringswet. Als een ziekenhuis overweegt de SEH te sluiten, moet het ziekenhuis een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met betrokkenheid van onder andere zorgaanbieders in de regio, inwoners en gemeenten. In de periode van 19 mei tot 16 juni is de aanscherping van de regelgeving voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer en deze ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.²⁷

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe ervoor wordt gezorgd dat budgetbekostiging hand in hand gaat met een helder en gedragen inhoudelijk kader, zodat de bekostiging daadwerkelijk bijdraagt aan de toegankelijkheid van aantoonbaar goede en veilige acute zorg voor patiënten.

Het kabinet deelt het uitgangspunt dat voor de doorontwikkeling van budgetbekostiging de uitwerking van de inhoudelijke opgaven belangrijk is. Daarom staat de invoering en doorontwikkeling van budgetbekostiging niet op zichzelf, maar maakt deze onderdeel uit van de bredere ontwikkelroute passende acute zorg in de regio. Daarbij wordt parallel aan elkaar gewerkt aan de verdere ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor de acute zorg, aan regionale planvorming en aan duidelijkheid over de verschillende functies die SEH's kunnen vervullen. De verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging zal aansluiten bij de inhoudelijke keuzes die hierover de komende periode worden gemaakt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister op welke wijze budgetbekostiging bijdraagt aan noodzakelijke en onderbouwde keuzes in de regio over concentratie, spreiding en differentiatie van SEH-zorg.

Doordat met budgetbekostiging een deel van de bekostiging niet langer afhankelijk is van het aantal behandelingen, ontstaat meer ruimte om afspraken te maken over een passend regionaal aanbod van acute zorg. Hierdoor kunnen keuzes over concentratie, spreiding en differentiatie meer worden gebaseerd op kwaliteit, toegankelijkheid en een doelmatige inzet van personeel, en minder op financiële productieprikkel. Deze keuzes over de inrichting van de acute zorg moeten uiteindelijk regionaal worden gemaakt. De verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging sluit daarbij aan, zodat de bekostiging beter aansluit bij de verschillende functies die SEH's binnen een regio kunnen vervullen.

²⁷ Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat budgetten voor verschillende typen SEH's het acute zorglandschap juist verder vastzetten in plaats van regionale keuzes mogelijk maken, en hoe perverse prikkels worden voorkomen.

Door de beschikbaarheid van een SEH via een budget te bekostigen, kan de maatregel bijdragen aan het toegankelijk houden van acute zorg, het ondersteunen van de beschikbaarheid van SEH-zorg, betere samenwerking in de spoedzorgketen en meer financiële zekerheid voor ziekenhuizen om in een passend zorgaanbod te kunnen voorzien. Daarmee ontstaat meer ruimte om regionaal afspraken te maken over de organisatie van acute zorg. Randvoorwaardelijk hierbij zijn duidelijke kwaliteitseisen, regionale keuzes over het aanbod van acute zorg en afspraken over samenwerking in de spoedzorgketen, juist om te voorkomen dat gedifferentieerde budgetten bestaande structuren bestendigen of nieuwe ongewenste prikkels veroorzaken.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke doorzettingsmacht beschikbaar is wanneer regionale partijen geen overeenstemming bereiken of wanneer regionale plannen naar het oordeel van de minister onvoldoende voorzien in spreiding, bereikbaarheid en continuïteit van acute zorg.

Het kabinet werkt momenteel uit welke doorzettingsmacht mogelijk is bij de regionale planvorming voor de inrichting van het zorglandschap.

Naar aanleiding van het onderdeel: financiële positie van ziekenhuizen, vastgoed en investeringsruimte. De leden van de JA21-fractie maken zich zorgen over de financiële positie en investeringsruimte van ziekenhuizen. Uit de Benchmark Ziekenhuizen/Universitair Medische Centra 2025 van BDO Accountants & Adviseurs blijkt dat de investeringsruimte van ziekenhuizen onder druk staat en dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen financieel kwetsbaar is. Daarbij spelen onder meer personeelskosten, vastgoed, financieringslasten en achterblijvende investeringen een rol.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat financiële kwetsbaarheid, afschrijvingen op vastgoed, bankconvenanten, rentelasten of noodzakelijke balansverbetering de besluitvorming over concentratie, differentiatie of afschaling gaan domineren, in plaats van kwaliteit, toegankelijkheid, regionale spreiding en medisch-inhoudelijke noodzaak.

Het is primair aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het zorgaanbod verantwoord in te richten. De Zorgverzekeringswet heeft tot doel om verzekerden in Nederland kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te bieden. De zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om via contractering (en dus in samenwerking met zorgaanbieders) de optimale mix tussen deze drie doelen te bereiken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat dit proces binnen de wettelijke kaders verloopt en borgt daarmee de publieke belangen, zoals deze zijn neergelegd in de Zorgverzekeringswet.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of de signalen rond het Ommelandse Ziekenhuis bekend zijn, waar bouw- en financieringslasten hebben geleid tot een financieel herstelplan waarbij onder meer de provincie Groningen, zorgverzekeraars en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) betrokken zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke lessen hieruit worden getrokken voor de landelijke inrichting van acute zorg, vooral in regio's waar een ziekenhuis maatschappelijk onmisbaar is maar financieel kwetsbaar blijft.

Het kabinet heeft van het Ommelander Ziekenhuis begrepen dat het de afgelopen jaren samen met zorgverzekeraars, het UMCG en de provincie Groningen heeft gewerkt aan een structurele oplossing voor de financiële uitdagingen waarmee het ziekenhuis (door de financieringsconstructie die noodzakelijk was om de nieuwbouw mogelijk te maken en te realiseren) te maken heeft. Om de continuïteit van de ziekenhuiszorg voor Noord- en Oost-Groningen te waarborgen heeft het Ommelander Ziekenhuis samen met genoemde partijen een herstelplan opgesteld, op basis waarvan partijen de komende jaren diverse maatregelen treffen om het ziekenhuis toekomstbestendig te maken, aldus het Ommelander Ziekenhuis. Dit voorbeeld laat goed zien dat de toegankelijkheid van de (acute) zorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van de partijen in de regio.

Naar aanleiding van het onderdeel: Onderzoek naar concentratie, differentiatie, schaalgrootte en keteneffecten. De leden van de JA21-fractie constateren dat de aangenomen motie-Coenradie²⁸ verzoekt om concreet, cijfermatig, domeinoverstijgend en actueel te onderzoeken in hoeverre schaalvergroting door concentratie en differentiatie leidt tot lagere kosten, personeelswinst en betere kwaliteit van zorg. Deze leden vragen de minister op welke manier uitvoering wordt gegeven aan dit verzoek.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister wie opdrachtgever wordt, wie het onderzoek uitvoert, wat de planning is en op welk moment de Kamer de onderzoeksopzet ontvangt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister welke partijen bij het onderzoek worden betrokken. Worden naast zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de NZa, het Zorginstituut Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) en beroepsverenigingen ook patiëntenorganisaties, werknemersvertegenwoordigers, ambulancediensten, huisartsenposten, gemeenten, provincies en deskundigen uit het sociaal domein betrokken?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of er voldoende actuele nationale en internationale literatuur over concentratie, differentiatie, schaalvergroting en optimale schaal beschikbaar is om het onderzoek te beperken tot een literatuurstudie. Indien dat het geval is, vragen deze leden de minister welke literatuur daarvoor dragend en actueel genoeg wordt geacht.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of het onderzoek, indien de beschikbare literatuur onvoldoende is, wordt uitgebreid met empirische analyses, casusonderzoek en evaluaties van eerdere sluitingen, fusies, afschalingen en concentratiebesluiten.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister in hoeverre de financiële, personele, kwalitatieve en gezondheidseffecten van eerdere sluitingen of afschalingen van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit of andere acute functies worden meegenomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of daarbij ook wordt gekeken naar effecten op ambulance-inzet, aanrijtijden, doorstroom, reistijd voor patiënten en naasten, druk op

²⁸ Gewijzigde motie van het lid Coenradie over meer regie van de minister op spreading van ziekenhuizen (t.v.v. 36915-XVI-26).

huisartsenposten, druk op omliggende ziekenhuizen, personeelstekorten en regionale arbeidsmarkt.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te bevestigen dat het onderzoek daadwerkelijk domeinoverstijgend wordt opgezet en daarbij ook de kosten en effecten in het sociaal domein, voor gemeenten en provincies, voor bereikbaarheid en mobiliteit, voor mantelzorgers en voor andere decentrale overheden meeneemt.

Partijen hebben in het AZWA afspraken gemaakt over spreiding en concentratie van zorg, omdat dit bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. Concentratie van zorg is nodig om zorg van hogere kwaliteit voor patiënten mogelijk te maken. Dit ligt logischerwijs vooral in de rede voor laagfrequente, hoogcomplex oncologische en vaatchirurgische ingrepen. Het merendeel van de ziekenhuiszorg, ook hoogcomplex, kan worden geleverd in een reguliere setting, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Concentratie en spreiding moet gepaard gaan met regionale netwerkvorming, passende verdeling en goede toegankelijkheid.

Uit onderzoek blijkt dat voor veel complexe chirurgische ingrepen behandeling in ziekenhuizen met een hoger behandelvolume samenhangt met betere patiëntuitkomsten.²⁹ Dit uit zich onder meer in lagere perioperatieve mortaliteit, minder ernstige complicaties, kortere ziekenhuisopname en – voor diverse oncologische ingrepen – een betere langetermijnoverleving. Deze kwaliteitsverbetering kan worden verklaard door meer klinische ervaring, gespecialiseerde multidisciplinaire teams, meer opbouw van kennis, innovatie in diagnostiek en behandeling, betere zorgprocessen en een betere naleving van richtlijnen. Op basis hiervan hebben zorgprofessionals voorstellen gedaan voor hogere volumenormen voor hoogcomplex interventies.

Voorafgaand aan de keuze voor concentratie van de vastgestelde interventies, is in 2024 een impactanalyse uitgevoerd door onderzoeksbureau SiRM in opdracht van IZA-partijen.³⁰ De impactanalyse bracht systematisch in kaart welk effect de herverdeling heeft op alle betrokken partijen: de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgprofessionals, het zorgnetwerk en de maatschappij. Per ziekenhuis werd doorgerekend wat een verschuiving van behandelingen zou betekenen. Ook werden de effecten voor patiënten en regionale netwerken in kaart gebracht. Hiervoor zijn circa 100 ziekenhuisbestuurders geïnterviewd en werden circa 75 bijeenkomsten met bestuurders, zorgverleners, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten georganiseerd. De impactanalyse gaf daarmee een feitelijke basis om het gesprek in de regio te voeren. De regio's werden met de analyse ondersteund bij hun besluitvorming over de her te verdelen zorg voor de 18 complexe behandelingen waarvoor (volume)normen werden vastgesteld. Na een zorgvuldig proces per norm te hebben doorlopen, zijn in maart 2025

²⁹ National Institute for Health and Care Research, *Centralisation of specialised healthcare services: a scoping review of definitions, types, and impact on outcomes* (2025), Johnson et al., *Effect of Centralized Surgical Care on Performance Outcomes Across Multi-hospital Systems: A Systematic Review*, *Annals of Surgery* (2026), Levallant et al., *Assessing the Hospital Volume–Outcome Relationship in Surgery: A Scoping Review*, *BMC Medical Research Methodology* (2021), Kooij et al., *The Impact of Hospital Volume on Postoperative Outcomes for Esophagectomy and Gastrectomy: A Systematic Review and Meta-analysis*, *Annals of Surgical Oncology* (2026), Fischer et al., *The relationship of hospital and surgeon volume indicators and post-operative outcomes in pancreatic surgery: a systematic literature review, meta-analysis and guidance for valid outcome assessment*, *HPB* (2023)

³⁰ Impactanalyse Concentratie & Spreiding MSZ tranche 1, SiRM, 15 januari 2025.

de nieuwe normen vastgesteld. Vervolgens hebben regio's een definitief scenario bepaald voor de herinrichting van de zorg.

De in de vraag genoemde lagere kosten en personeelswinst zijn dus geen leidend argument voor spreiding en concentratie, en geen doel op zich. Daarnaast zijn de door de leden van JA21 genoemde sluitingen, fusies en afschalingen nooit een gevolg van de concentratie afspraken ten behoeve van de (volume)normen voor hoogcomplex oncologische en vaatchirurgische ingrepen. Dit is een onjuist verband. Datzelfde geldt voor "sluitingen of afschalingen van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit of andere acute functies". Afspraken over spreiding en concentratie komen voort uit het IZA/AZWA en worden door de veldpartijen zelf uitgewerkt, met volledige steun vanuit de patiëntenorganisaties. Het is niet aan het kabinet om middels een onderzoek te onderbouwen of, en in hoeverre concentratie leidt tot een betere kwaliteit van zorg en eventuele lagere kosten of personeelswinst. Dat kunnen partijen zelf doen, waarbij het belangrijk is te vermelden dat het effect van concentratie niet betrouwbaar vast te stellen is binnen één jaar. Verschillende uitkomsten ontwikkelen zich op verschillende tijdschalen. Daarom heeft het kabinet de motie Coenradie ontraden.³¹

Met bovenstaande beantwoording beschouwt het kabinet deze motie als afgedaan.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt voorkomen dat schaalvergroting op papier doelmatiger lijkt binnen de zorgbegroting, terwijl kosten door langere reistijden, verminderde bereikbaarheid, extra ambulance-inzet, druk op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of het sociaal domein en effecten op lokale leefbaarheid elders bij decentrale overheden en inwoners terechtkomen.

Het kabinet wil hierbij nogmaals benadrukken dat het doel van concentratie niet schaalvergroting of doelmatigheid is, maar het verhogen van kwaliteit, doordat met concentratie van hoogcomplex laagvolume oncologische en vaatchirurgische zorg, de volumes op die plek kunnen toenemen. Hogere volumes leiden tot meer ervaring en specialisatie bij artsen en verpleegkundigen.

Een betere organisatie van acute zorg heeft tot doel dat schaars, hoogopgeleid personeel in de ANW-uren slim wordt ingezet, zodat de meest complexe acute patiënten tijdig goede zorg kunnen ontvangen. Ook hier kun je immers slim differentiëren tussen zorglocaties om te zorgen voor een optimale bereikbaarheid van de benodigde zorgfuncties. De veronderstelling dat het zou gaan om doelmatigheid, en zelfs besparing, herkent het kabinet dus niet.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister toe te zeggen dat geen onomkeerbare stappen worden gezet tot sluiting, afschaling of fundamentele omzetting van acute zorgfuncties op basis van de ontwikkelroute passende acute zorg voordat de resultaten van dit onderzoek beschikbaar zijn, met de Kamer zijn gedeeld en inhoudelijk met de Kamer zijn besproken. Indien de minister dat niet kan toezeggen, vragen deze leden de minister toe te lichten waarom niet.

Het kabinet kan niet toezeggen dat het huidige acute zorgaanbod ongewijzigd blijft, want het is niet aan het kabinet om dit te bepalen.

³¹ Kamerstukken II 2025/26, 36915-XVI, nr. 33

De leden van de BBB-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de Kamer recent de motie-Vermeer heeft aangenomen, waarin de regering wordt verzocht om bij alle vervolgstappen richting de SEH-budgetbekostiging te werken aan een passende financiële positie van SEH's in regionale ziekenhuizen binnen het daarvoor geldende VWS-begrotingskader en binnen het huidige normenkader. Deze leden zien dat met deze brief een eerste tussenstap richting de uitvoering van de motie is gezet.

Kan de minister concreet aangeven welke vervolgstappen zij gaat zetten om te komen tot een passende financiële positie van SEH's in regionale ziekenhuizen? Maakt het compenseren van lagere productieaantallen vanwege het beschikbaar houden van acute zorg hier onderdeel van uit?

De vervolgstappen voor passende acute zorg in de regio zijn beschreven in de brief van 1 juni 2026. Onderdeel daarvan is dat de NZa wordt gevraagd om de variatie tussen SEH's nader in kaart te brengen, bijvoorbeeld de verschillen in kostenstructuur, schaalgrootte en personele inzet. Daarnaast wordt de NZa gevraagd te onderzoeken of, en zo ja hoe, een gedifferentieerd aanbod in het acute zorglandschap een plek kan krijgen in een passende budgetbekostiging. Daarmee kan ruimte ontstaan voor acute zorgfuncties die niet de volledige functie van een klassieke SEH vervullen, maar binnen een regionaal aanbod van acute zorg wel bijdragen aan bereikbaarheid, eerste beoordeling, diagnostiek, behandeling of doorstroom van patiënten. Het doel hiervan is om te komen tot een bekostiging die beter aansluit bij de verschillende functies van SEH's en de beschikbaarheid van acute zorg in de regio. Daarmee wordt uitvoering gegeven aan de motie-Vermeer.

Het doel is niet om een kleinere hoeveelheid geleverde zorg als zodanig te compenseren. Maar om ziekenhuizen minder afhankelijk te maken van de hoeveelheid geleverde zorg voor de bekostiging van de beschikbaarheidsfunctie van de SEH. Daarmee ontstaat meer ruimte om passende zorg te leveren, ook wanneer het aantal patiënten lager is.

De minister kondigt een ontwikkelroute aan langs drie sporen. Lopen deze sporen gelijktijdig op? Acht de minister het mogelijk dat bepaalde onderdelen van deze ontwikkelroute wel worden uitgevoerd en andere niet? Vinden er de komende jaren bezuinigingen plaats op de acute zorg?

In 2027 wordt een eerste stap gezet in de budgetbekostiging voor de SEH. Tegelijkertijd wordt er in de ontwikkelroute verder gewerkt aan de inhoudelijke opgaven langs drie parallelle sporen, waarin gelijktijdig wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van kwaliteitsnormen, de inrichting van het zorglandschap en de doorontwikkeling van de budgetbekostiging. Het kabinet vindt dat een volledig passende budgetbekostiging pas mogelijk is als de inhoudelijke opgaven verder zijn uitgewerkt. Een eerste stap biedt ruimte om ervaring op te doen, terwijl de bekostiging in de komende jaren verder wordt ontwikkeld. De verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging zal aansluiten bij de inhoudelijke keuzes die hierover de komende periode worden gemaakt.

De in het coalitieakkoord opgenomen ombuiging voor passende zorg moet nog worden verdeeld over diverse sectoren in de Zorgverzekeringswet (de acute zorg is hierbij geen

aparte sector, maar valt onder de medisch-specialistische zorg) en is gericht op het matigen van de verwachte groei van de zorguitgaven. Aan de ontwikkelroute passende acute zorg is geen afzonderlijke taakstelling gekoppeld voor het sluiten van bijvoorbeeld een vooraf bepaald aantal SEH's of het verminderen van een vooraf vastgesteld zorgvolume. De eerste stap van de budgetbekostiging van de SEH per 1 januari 2027 wordt bovendien budgetneutraal ingevoerd en is daarmee ook geen bezuinigingsmaatregel.

De minister schrijft dat uiteindelijk een budgetbekostiging wordt nagestreefd die rekening houdt met verschillen tussen SEH's, zoals schaalgrootte en de verschillende functies die acute zorgvoorzieningen in een regio kunnen vervullen. De leden van de BBB-fractie vragen de minister nader toe te lichten wat zij precies verstaat onder een "gedifferentieerd aanbod" van acute zorg. Kan de minister daarbij expliciet aangeven hoe een dergelijke differentiatie een regionaal ziekenhuis helpt om voor de SEH minder afhankelijk te worden van productieprikkels?

Met een gedifferentieerd aanbod wordt bedoeld dat niet iedere acute zorgvoorziening dezelfde functie hoeft te vervullen. Afhankelijk van de regionale zorgvraag kan een locatie bijvoorbeeld een volledige SEH-functie hebben, of een andere acute zorgfunctie die past binnen het regionale zorgaanbod. Een budgetbekostiging die rekening houdt met deze verschillende functies maakt de financiering minder afhankelijk van het aantal patiënten dat zich op de SEH meldt. Daarmee ontstaat voor ziekenhuizen meer financiële zekerheid om een passende acute zorgfunctie beschikbaar te houden en regionale samenwerkingsafspraken te maken, zonder dat productieprikkels daarbij leidend zijn.

In de eerste stap van de budgetbekostiging blijft het budget voor een ziekenhuis in theorie gelijk. Vaste bijdragen worden gecompenseerd door schoning op de tarieven. Geschoonde prijzen in regionale ziekenhuizen vallen lager uit. De leden van de BBB-fractie vragen in hoeverre regionale ziekenhuizen hierdoor in de praktijk alsnog afhankelijk blijven van hogere productieaantallen om financieel gezond te blijven. In hoeverre dwingt dit hen alsnog tot het draaien van hogere volumes om financieel te overleven? En in hoeverre maakt dit hen afhankelijker van zorgverzekeraars?

De SEH is één onderdeel van een ziekenhuis. En met de eerste stap in budgetbekostiging blijven ziekenhuizen voor hun SEH nog steeds voor een deel afhankelijk van de reguliere ziekenhuis bekostiging, door middel van DBC's. Daarom ziet het kabinet dit als eerste stap op weg naar een optimale budgetbekostiging. In die optimalisering wordt onderzocht hoe de budgetbekostiging beter aansluit bij de beschikbaarheidsfunctie van verschillende SEH's. Daarbij wordt de SEH steeds minder afhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg. De invoering van budgetbekostiging verandert niets aan de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen om aan hun zorgplicht te voldoen. Dus dit maakt hen niet direct meer afhankelijk van zorgverzekeraars dan nu.

De minister schrijft dat uiteindelijk rekening gehouden zal worden met verschillen tussen SEH's, waaronder schaalgrootte en verschillende functies binnen de regio. De leden van de BBB-fractie vragen wat dit precies betekent. Indien regionale ziekenhuizen last hebben van kleinere productieaantallen op de SEH, hoe lost het verkleinen van hun productie dan hun probleem op? Welke profielen zijn er voor SEH's in regionale ziekenhuizen? En hoe wordt voorkomen dat regionale ziekenhuizen gedwongen worden om meer productie te draaien in plaats van passende zorg te leveren?

Niet iedere SEH vervult dezelfde functie. Er zijn verschillen in omvang, patiënten aanbod, voorzieningen en de rol die een SEH speelt binnen de regionale acute zorg. De verdere doorontwikkeling van de budgetbekostiging is erop gericht om met deze verschillen rekening te houden. Daarbij wordt de SEH financieel steeds minder afhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg op de SEH, waardoor regionale ziekenhuizen passende zorg kunnen leveren, zonder afhankelijk te zijn van een hoger aantal patiënten. In de doorontwikkeling wordt niet alleen gekeken naar het aantal patiënten, juist ook naar de functie die een SEH vervult, de beschikbaarheid die moet worden geleverd en de middelen die daarvoor nodig zijn. De NZa wordt gevraagd te onderzoeken waar deze verschillen in zitten. Het kabinet loopt niet vooruit op de uitkomsten van dat onderzoek.

De leden van de BBB-fractie lezen daarnaast dat de minister schrijft dat niet iedere SEH dezelfde rol of omvang hoeft te hebben en dat ruimte kan ontstaan voor acute zorgfuncties die niet de volledige functie van een klassieke SEH vervullen. Kan de minister uitsluiten dat de invoering en doorontwikkeling van de budgetbekostiging wordt gebruikt om bestaande SEH's af te schalen naar lichtere voorzieningen? Is de minister het met deze leden eens dat een spoedeisende hulp in beginsel een volwaardige spoedeisende hulp moet blijven en dat budgetbekostiging niet bedoeld is om SEH's te "downgraden" tot een soort veredelde eerstehulp of huisartsenpost?

De SEH is een onderdeel van een ziekenhuis, en het bestuur van het ziekenhuis bepaalt welke zorg in het ziekenhuis wordt geleverd en dus ook of het ziekenhuis spoedeisende hulp verleent. Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht tegenover hun verzekerden en deze zorgplicht geldt ook voor spoedeisende zorg. Zorgverzekeraars moeten voldoende spoedeisende zorg inkopen bij ziekenhuizen en zijn er dus bij gebaat dat er voldoende acute zorg in een regio beschikbaar is. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraars hun wettelijke taken, waaronder hun wettelijke zorgplicht, nakomen. Dit toezicht is erop gericht de belangen van de patiënten en verzekerden te beschermen. Als een ziekenhuis overweegt de SEH te sluiten, moet het ziekenhuis een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met betrokkenheid van onder andere zorgaanbieders in de regio, inwoners en gemeenten. Het kabinet kan echter niet uitsluiten dat regionale keuzes ertoe leiden dat een bestaande SEH een andere rol, omvang of functie krijgt. In de periode van 19 mei tot 16 juni is de aanscherping van de regelgeving voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer en deze ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.³²

Uit onderzoek blijkt dat veel ziekenhuizen voornamelijk goed bereikbaar zijn met de auto. Is de minister bereid te onderzoeken hoeveel patiënten voor hun reis naar het ziekenhuis afhankelijk zijn van het openbaar vervoer, zodat deze bereikbaarheid kan worden betrokken bij besluiten over de inrichting van de acute zorg?

Het is primair aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het zorgaanbod verantwoord in te richten en rekening te houden met de bereikbaarheid voor patiënten. Zorgverzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht borgen dat voldoende tijdige en toegankelijke acute zorg beschikbaar blijft. Het kabinet ziet dan ook geen aanleiding om te onderzoeken hoeveel patiënten voor hun reis naar het ziekenhuis afhankelijk zijn van het openbaar vervoer. De effecten zijn sterk afhankelijk van de regionale situatie en moeten daarom worden beoordeeld op de plaats waar de keuzes worden gemaakt.

³² Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie op welke wijze patiëntenorganisaties, regionale ziekenhuizen, professionals uit de acute zorg en burgemeesters worden betrokken bij de regionale besluitvorming. Hoe verhoudt dit overleg zich tot het opstellen van regiobeelden en regioplannen in het Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ), die in 2028 worden herijkt?

Op grond van het Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (de amvb acute zorg) moeten andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen of huisartsen, betrokken worden bij besluitvorming over eventuele wijziging van het aanbod van acute zorg in de regio. Op grond van de Wkkgz en de voorgenomen wijzigingen in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz krijgt de burgemeester in veel gevallen een zwaarwegend adviesrecht. Op basis van de huidige criteria voor ROAZ-beelden en ROAZ-plannen moeten concept ROAZ-plannen worden getoetst bij stakeholders en moet het burger- en patiëntperspectief daarbij betrokken worden. Nog dit jaar worden deze criteria aangepast. Het perspectief van burgers, patiënten en gemeenten zal een plaats krijgen in de nieuwe criteria.

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken van de invoering van de budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie benadrukken dat budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp belangrijk is, maar dat dit wel moet worden ingezet om de sluiting of afschaling van spoedeisende hulpafdelingen tegen te gaan. In de brief van de minister lijkt daarentegen juist te worden voorgesorteerd op het inzetten van budgetbekostiging om juist het tegenovergestelde te bereiken. Klopt dit? Is de minister van plan om via de budgetbekostiging sommige ziekenhuizen te stimuleren om juist hun aanbod van acute zorg te verminderen?

Nee. Budgetbekostiging is niet bedoeld om de sluiting of afschaling van SEH's te stimuleren. Het kabinet vindt het van belang dat inwoners ook in de toekomst kunnen rekenen op tijdige, toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg. Dat betekent dat de inrichting van de acute zorg moet aansluiten bij de zorgvraag in de regio en de beschikbaarheid van personeel. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten in regionaal verband afspraken maken over een passend aanbod van acute zorg. Daarbij kunnen keuzes worden gemaakt over concentratie, spreiding of differentiatie van acute zorg, wanneer dit bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg. Deze keuzes worden niet bepaald door de bekostiging, maar door de inhoudelijke inrichting van het regionale zorglandschap.

De leden van de SP-fractie lezen bijvoorbeeld dat het kabinet “wil dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in iedere regio duidelijke keuzes maken over waar welke acute zorg wordt geleverd [en] dat wordt gezien waar zorg anders, minder of op een andere plek wordt georganiseerd, wanneer dit beter aansluit bij kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en personele beschikbaarheid.” Hoe verhoudt dit zich tot de inzet van budgetbekostiging, dat over het algemeen een middel is om juist te voorkomen dat zorgaanbod verdwijnt?

Het kabinet ziet budgetbekostiging als een instrument om de toegankelijkheid van acute zorg beter te ondersteunen. Door een deel van de bekostiging los te koppelen van de hoeveelheid geleverde zorg op de SEH, krijgen ziekenhuizen meer financiële zekerheid voor het beschikbaar houden van een SEH. Tegelijkertijd is het kabinet van mening dat de inrichting van de acute zorg moet aansluiten bij de zorgvraag, de kwaliteit van zorg

en de beschikbare zorgprofessionals. Dat kan betekenen dat regio's gezamenlijk afspraken maken over de organisatie van acute zorg.

Budgetbekostiging is niet bedoeld om dergelijke keuzes te sturen, maar om ervoor te zorgen dat de bekostiging beter aansluit bij de uitkomsten daarvan en de toegankelijkheid van acute zorg ondersteunt.

Daarnaast lezen de leden van de SP-fractie dat "De ontwikkelroute is [...] gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Hier is het zorgen voor een passende budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp een onderdeel van." Waarom richt de minister de inzet van budgetbekostiging niet juist op het tegengaan van de afbraak van zorgaanbod? Is de minister bereid dit alsnog te doen?

Het uitgangspunt van het kabinet blijft dat inwoners nu, en ook in de toekomst, moeten kunnen rekenen op goede, toegankelijke en passende acute zorg, die betaalbaar en van hoge kwaliteit is. Er zullen dus keuzes gemaakt moeten worden. Het kabinet wil dat zorgaanbieders zich zo in een regio organiseren dat inwoners de best passende zorg op de beste plek krijgen wanneer dat nodig is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten in iedere regio duidelijke keuzes maken over waar welke acute zorg wordt geleverd. Daarbij hoort ook dat wordt gezien waar zorg anders, minder of op een andere plek wordt georganiseerd, wanneer dit beter aansluit bij kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en personele beschikbaarheid.

Budgetbekostiging draagt daaraan bij door de financiële zekerheid voor de beschikbaarheid van de SEH te vergroten en de afhankelijkheid van de hoeveelheid geleverde zorg te verminderen. Het kabinet is echter ook van mening dat de bekostiging moet aansluiten bij een passend regionaal zorgaanbod. Dat betekent dat keuzes over de inrichting van de acute zorg worden gemaakt op basis van kwaliteit, toegankelijkheid, continuïteit en de beschikbare capaciteit, en niet op basis van de bekostiging. De budgetbekostiging volgt deze inhoudelijke keuzes en ondersteunt de beschikbaarheid van de acute zorg die in een regio nodig is.