

Vergaderjaar 2019–2020

**35 138**

## **Initiatiefnota van het lid Van den Berg over zorg in de regio**

**Nr. 8**

### **VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG**

Vastgesteld 20 september 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 september 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de initiatiefnota van het lid Van den Berg over zorg in de regio (Kamerstuk 35 138, nr. 2);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 april 2019 inzake reactie op de initiatiefnota van het lid Van den Berg over zorg in de regio (Kamerstuk 35 138, nr. 3).**

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Van Gerven**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Ellemeet, Van Gerven, Ploumen, Raemakers, Slootweg en Veldman,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 11.33 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen allen op deze heuglijke maandagochtend 9 september 2019, waarop we de initiatiefnota van het lid Van den Berg van het CDA gaan bespreken. Deze gaat over zorg in de regio, een onderwerp dat iedereen die hier aanwezig is, natuurlijk na aan het hart ligt. Ik heb een mededeling over de Partij van de Arbeid: mevrouw Ploumen zal in ieder geval tot 13.00 uur aanwezig kunnen zijn. Dan heeft zij een hoorzitting. Zij moet haar taken een beetje verdelen vandaag. Wellicht zullen nog andere fracties acte de présence geven in iets latere instantie. We gaan gewoon van start. Ik zou willen beginnen met de heer Slootweg van het CDA. Gaat uw gang.

**De heer Slootweg (CDA):**

Dank u wel, voorzitter. Laat ik beginnen collega Van den Berg te bedanken voor haar initiatiefnota over zorg in de regio. Dat mevrouw Van den Berg juist de bereikbaarheid van zorg in de regio als onderwerp voor haar initiatiefnota heeft gekozen, past bij de politieke actualiteit. We hebben reeds een aantal sluitingen van ziekenhuizen of afdelingen van ziekenhuizen besproken in de Tweede Kamer. Die discussies gaan gepaard met hevige emoties. Ook wil ik de Minister bedanken voor zijn reactie op de initiatiefnota. Daarbij zijn we de Minister erkentelijk dat hij in zijn antwoorden niet alleen ingaat op de aanbevelingen zelf, maar ook moties behandelt die in de Kamer in het kader van dit onderwerp zijn aangenomen.

Voorzitter. Zorg is een basisbehoefte. Daarom is het voor het CDA van belang dat zorg beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar is. Neem bijvoorbeeld een jong stel met een kinderwens dat net een mooie baan heeft gekregen in bijvoorbeeld de Achterhoek of Zeeland. Bij de keuze om na een studie te vertrekken uit de Randstad en zich te vestigen in de Achterhoek of Zeeland speelt de nabijheid van verloskunde een rol. Als er weinig kinderen zijn, heeft dat in een regio ook weer invloed op de beschikbaarheid van onderwijs. Dan zullen ook winkels en ondernemingen zich afvragen hoe zinvol het is om te blijven in de regio. Met andere woorden: de bereikbaarheid van zorg in de regio is essentieel voor leefbaarheid en toekomstperspectief van een regio. Laten we daarbij niet vergeten dat zorg ook een belangrijke werkgever is.

Voorzitter. Ik heb zowel aan mevrouw Van den Berg als aan Minister Bruins enkele vragen. Richting mevrouw Van den Berg gaan mijn vragen over haar eerste en laatste aanbeveling. Aan de Minister heb ik een algemene vraag over hoe hij zijn rol ziet in de borging van zorgaanbod in de regio en heb ik een aantal specifieke vragen over aanbevelingen 5, 6 en 7 in onderlinge samenhang, waarbij het gaat om zorgaanbod in de regio.

Voorzitter. Graag hoor ik een respons van mevrouw Van den Berg op de reactie van de Minister op aanbeveling 1. Mevrouw Van den Berg stelt voor om de wet zo aan te passen dat regionale overheden en patiëntenverenigingen een plek krijgen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen. De Minister geeft aan via een AMvB te hebben geregeld dat inwoners moeten worden geïnformeerd en gehoord wanneer het aanbod van acute zorg wijzigt. Is dat niet een veel directere manier dan het betrekken van mensen die in de buurt afhankelijk zijn van zorg dan via patiëntenvereni-

gingen en regionale overheden? Hoe kijkt mevrouw Van den Berg aan tegen het op gang brengen van betere vormen van het gesprek in de regio dan alleen via lokale overheden en patiëntenverenigingen, die misschien zelf een deelbelang hebben en daardoor minder het algemeen belang verwoorden?

Dan aanbeveling 8, waarin mevrouw Van den Berg vraagt om ervoor te zorgen dat de ACM voorlichting geeft over welke vormen van samenwerking mogelijk zijn zonder problemen met de Mededingingswet te krijgen. Dit moet met name een plek krijgen in het fusietoezicht. Waarom de keuze om de ACM alleen voorlichting te vragen? Is de bereikbaarheid in een heel aantal regio's niet zo nijpend dat de idee van een keuze tussen verschillende zorgaanbieders vooral een theoretische is? Is het werkelijke probleem niet gewoon de beschikbaarheid van een zorginstelling in de regio?

Voorzitter. De beschikbaarheid en bereikbaarheid behoren volgens het CDA tot de publieke taken van de overheid. Daar zit soms ook een beetje het ongemak wanneer het gaat om de beantwoording van de Minister van een aantal aanbevelingen van mevrouw Van den Berg. In die antwoorden ontkent de Minister weliswaar niet dat er een publieke verantwoordelijkheid bestaat, maar ziet hij deze rol voornamelijk procesmatig en minder inhoudelijk. Mijn eerste vraag aan de Minister is dan ook of hij wil reflecteren op hoe hij zijn rol ziet in de bereikbaarheid van zorgfaciliteiten in de regio, met name omdat de Minister voor Medische Zorg verantwoordelijk is voor een goed werkend en samenhangend stelsel voor curatieve zorg. Vanuit die verantwoordelijkheid vervult de Minister de rol waarin hij regionale samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn kan stimuleren, en misschien zelfs dient te stimuleren, zoals we in de begroting kunnen lezen.

Voorzitter. Mag ik het voorbeeld noemen, als het gaat over samenwerking en hoe dat kan, van...

**De voorzitter:**

Een ogenblikje, meneer Slootweg. Uw betoog roept een interruptie op van mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank aan de heer Slootweg voor zijn bespiegelingen naar aanleiding van de nota. Ik moet zeggen dat ik me in veel van zijn observaties kan vinden. Maar ik zou hem iets willen vragen. Hij zegt dat hij een zeker ongemak voelt bij de wijze waarop de Minister heeft geantwoord, vooral over processen en weinig over inhoud. Dat gevoel deel ik ook; ik zou het iets scherper verwoorden, maar oké. Zou de heer Slootweg het met me eens zijn dat de Minister eigenlijk veel te weinig belang hecht aan een regierol van de overheid, of dat nu vanuit Den Haag is of vanuit de regio? Zouden we daar niet veel meer voor moeten pleiten, in plaats van meegaan met allerlei procesmatige overwegingen? Wat vindt het CDA daarvan? Bent u het daarmee eens?

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik begrijp mevrouw Ploumen heel goed als het gaat over de vraag hoe je de regiefunctie eigenlijk kunt inkleden. Kan je die inkleden door te zeggen: we doen het een beetje globaal en we laten het aan de krachten in de regio over? Of is het juist in het belang van de soms geringe beschikbaarheid van de zorg dat er een wat steviger rol wordt gespeeld? Ik denk dat die rol daarin belangrijker wordt en ik heb ook in het begin proberen te vertellen waarom dat is. Dat is niet alleen voor de zorg daar, maar ook voor het toekomstperspectief van mensen in de regio. Wanneer het dus gaat om de verwoording – en dan kies ik toch eigenlijk liever mijn eigen woorden – «een tandje erbij» en de vraag of er niet iets meer nodig is dan

alleen te denken «op het moment dat we het gesprek in de regio entameren, dan komt het goed», dan deel ik dat.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank daarvoor. Nog één vervolgvraag. Ik ben van mening dat veel van de commotie van het afgelopen jaar over het omvallen en bijna omvallen van ziekenhuizen voorkomen had kunnen worden als de Minister een plan had gehad, en dat natuurlijk ook bediscussieerd had met regionale overheden en anderen, voor de manier waarop we ervoor moeten zorgen dat de zorg in het hele land toegankelijk is voor alle mensen. Ik begrijp dat de heer Slootweg zijn eigen woorden kiest, maar hij hoeft alleen maar ja of nee te zeggen. Is hij het met me eens dat de Minister dat zou moeten doen?

De heer **Slootweg** (CDA):

Ook hierin kies ik ten slotte wel mijn eigen woorden: had er al een plan beschikbaar moeten zijn? Als er al een plan beschikbaar had moeten zijn, dan is dat zeker niet alleen voor deze Minister, maar dan had dat plan eigenlijk al in de afgelopen jaren ontwikkeld moeten worden. Ik denk wel dat als het gaat over sluitingen van ziekenhuizen, de snelheid van een aantal ontwikkelingen de Minister overvallen heeft. Volgens mij heeft de Minister dat ook erkend. Dat is volgens mij ook de reden geweest waarom we er nu zo vaak over praten en dat we volgens mij nu ook met elkaar met de ontwikkeling van een plan bezig zijn. Dus de vragen of dat plan beschikbaar had moeten zijn en wie daar de schuldige of verantwoordelijke voor is, vind ik allemaal terugkijken. Ik kijk liever vooruit. Hoe kunnen we er nu voor zorgen dat die zorg in de regio op een goede manier een plek gaat krijgen?

De **voorzitter**:

De heer Slootweg vervolgt zijn betoog.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik was gebleven bij het punt wat je precies kan doen en op welke manier je dat kan doen. Is dat alleen maar procesmatig of ook inhoudmatig? Daarbij wil ik het voorbeeld noemen dat we bij de banken hebben gezien, namelijk de Geldmaat. In eerste instantie had iedere bank zijn eigen pinautomaten. Dat heeft ertoe geleid dat er in een aantal gebieden nauwelijks nog pinautomaten waren. Banken komen binnenkort met een herkenbare pinautomaat: de Geldmaat. Daarvoor werken ze samen, zodat de bereikbaarheid en beschikbaarheid zelfs in een norm is geformuleerd: iedere Nederlander moet in een straal van 5 kilometer van zijn woonhuis een geldautomaat tot zijn beschikking hebben. Dit is tot stand gekomen doordat banken, toezichthouders en het ministerie met elkaar hebben samengewerkt. Ziet de Minister in dit voorbeeld niet juist een weg om ook in de zorg tot betere samenwerking te komen?

Er zijn drie aanbevelingen die ik in onderlinge samenhang wil bespreken en die betrekking hebben op het in kaart brengen van het zorgaanbod. Aanbevelingen 5 en 6 spreken over het in kaart brengen van het zorgaanbod in de regio en de regionale behoefte aan personeel in de zorg. Die aanbevelingen ondersteunt de Minister ook. Bij deze aanbevelingen komt de Minister met een beschrijving van hoe het RIVM een dataset ontwikkelt en hoe die dataset beschikbaar komt voor partijen in het veld, die dit weer als basis kunnen hebben voor de financiële kaders uit de hoofdlijnenakkoorden. We lezen echter niet hoe het ministerie deze dataset gebruikt als input om te borgen dat er ook voldoende zorgfaciliteiten bereikbaar blijven en wat daarvoor moet gebeuren. Ook hierbij kun je weer een beetje verantwoordelijkheid in de regio leggen. Wij vinden dat de rol die VWS hier zelf in wil spelen nog te weinig profiel krijgt.

Voorzitter. Het CDA zou graag zien dat bij de aanbevelingen waarbij de zorgbehoefte in kaart wordt gebracht, dat gaat gebeuren aan de hand van

een matrix. Ik zal die matrix schetsen. Op de x-as staat aan de ene kant laagcomplexe zorg en aan de andere kant hoogcomplexe zorg. Op de y-as staat acute, spoedeisende zorg versus planbare zorg. Iedereen begrijpt dat het kwadrant hoogcomplex en planbaar niet overall bereikbaar kan zijn. Het Antoni van Leeuwenhoek, dat gespecialiseerd is in de behandeling van de ziekte kanker, is daarvan een goed voorbeeld. Mensen zijn best bereid te reizen voor planbare hoogcomplexe zorg. Waar mensen zich zorgen over maken, is de spoedeisende zorg. Als je kind van de trap valt, wil je op zichzelf snel bij een zorgfaciliteit kunnen zijn. Niet alle spoedeisendehulpafdelingen kunnen hoogcomplexe hulp zoals bijvoorbeeld herseninfarcten behandelen. Maar de mensen die in de buurt van een ziekenhuis wonen, weten te vaak niet welke zorg beschikbaar is. Het aantal stops van medische behandelingen door ziekenhuizen is enorm toegenomen en er is onvoldoende regie over de inrichting van die hoogcomplexe acute zorg over het land. Maar op veel plaatsen is ook laagcomplexe acute zorg niet meer bereikbaar, bijvoorbeeld binnenkort in Hooγεveen. Is de Minister daarom bereid om langs deze matrix de regionale zorgbehoefte in kaart te brengen?

Dan komt aanbeveling 7 om de hoek kijken over de effecten van de kwaliteitskaders, zoals het kwaliteitskader Spoedzorgketen, op de toegankelijkheid van de zorg in regio's. Omdat er op een gegeven moment eisen worden gesteld aan het aantal behandelingen, kan dat ervoor zorgen dat ook een aantal laagcomplexe acute zorgspecialiteiten te weinig behandeld worden en daarom misschien weg moeten gaan van zo'n plek. Wij zouden graag willen weten wat, behalve de budgetimpact, op dat terrein de analyse is van de leefbaarheid van zorg in de regio. Voorzitter, hier wil ik het bij laten.

**De voorzitter:**

Dank u wel voor uw betoog. Ik heb zelf nog een vraag voor u. Die sluit aan op het einde van uw betoog, maar ook op wat u halverwege uw betoog benoemde, namelijk dat pinautomaten van banken er gewoon moeten zijn binnen een bepaalde afstand van de samenleving. U zegt eigenlijk dat dit bijvoorbeeld ook voor ziekenhuizen zou moeten. We hebben het dan over basisziekenhuizen met een volwaardig basisziekenhuispakket, waar 7 keer 24 uur per dag het licht brandt en acute zorg aanwezig is. Wat vindt het CDA van de norm die de SP onlangs heeft bepleit om een bereikbaarheids- of een leefbaarheids criterium van twintig minuten voor ziekenhuizen in te voeren? En leg dan bijvoorbeeld een relatie met Hooγεveen, waar het nu voor de acute verloskunde niet meer mogelijk is om binnen twintig minuten een ziekenhuis te bereiken.

**De heer Slootweg (CDA):**

Op dit moment hebben wij volgens mij een norm. Ik geloof dat die 30 minuten is in plaats van 20 minuten. O, 45 minuten zelfs. Ik begrijp de zorgen van de SP heel goed. Is die norm eigenlijk wel toegankelijk voor sommige acute zorg, ben je dan nog wel op tijd en moet die norm niet scherper? Als je zo'n norm alleen scherper gaat stellen, vind ik dat er misschien te weinig rekening wordt gehouden met nieuwe ontwikkelingen op het vlak van de vormgeving van zorg. Dat betekent dus niet altijd dat dat alleen op die plek zelf is. Wij denken dat die 45 minuten norm best goed kan zijn, maar we zouden ook graag verder willen kijken. Wat zou je op allerlei andere plekken nodig hebben, ook met nieuwe technologieën en innovaties, waardoor het misschien niet altijd zo is dat de persoon zelf naar de zorg moet komen, maar dat juist ook heel vaak artsen of andere methodieken naar de plek kunnen komen? Het nu alleen maar verscherpen terwijl we al een norm hebben, is volgens ons niet het enige antwoord, inderdaad ook in verband met kwesties als Hooγεveen.

**De voorzitter:**

Dan nog even afrondend. Aan de twintigminutennorm zitten twee kanten. Aan de ene kant is dat het leefbaarheidsaspect, want ziekenhuiszorg is vooral ouderenzorg, omdat veel ouderen van het ziekenhuis gebruikmaken. Het zou dus prettig zijn als er een ziekenhuis om de hoek beschikbaar is. Maar er zijn ook kwaliteitsnormen, bijvoorbeeld als het gaat om spoedbevallingen. Het is bekend dat de kans op schade voor moeder en kind toeneemt als het langer dan twintig minuten duurt voordat je een ziekenhuis hebt bereikt. Als je dat in ogenschouw neemt, zou het dan wellicht voor de duidelijkheid goed zijn als we tot een soort bereikbaarheidsnorm komen geredeneerd vanuit de bevolking, vanuit de samenleving?

De heer **Slotweg** (CDA):

Dat vind ik eigenlijk alweer een soortement kanteling. Zou je binnen een regio niet veel beter moeten nadenken over hoe je bijvoorbeeld verloskunde gaat doen? Je zou je ook kunnen afvragen of je misschien veel meer afspraken moet maken. Misschien moeten mensen op het moment dat er aanwijzingen zijn dat een bevalling een crisisachtige situatie is, dichterbij gaan. We hebben in Nederland natuurlijk de grote verworvenheid dat er heel veel thuis bevallen wordt. Dat vinden we heel mooi. Dat kan ook in een omgeving waar zorg in de nabijheid is. Maar je kunt je ook afvragen of er situaties zijn waarin je misschien veel meer mobiele locaties moet hebben op het moment dat je weet dat er een bevalling is. De norm alleen maar koppelen aan het gebouw van het ziekenhuis, zoals het is, spoot dus ook hier niet met de ontwikkelingen van zorg in de buurt.

De **voorzitter**:

Oké. Dank u wel. Dan ga ik naar de tweede spreker, de heer Raemakers van D66. Ik was vergeten te melden dat er verschillende spreektijden zijn naar gelang de grootte van de fracties. D66 heeft tien minuten voor de eerste én de tweede termijn. Het is maar dat u het weet! Gaat uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Dan hoef ik mijn stopwatch niet aan te zetten; ik doe mijn telefoon gewoon dicht. Ik heb tijd genoeg. Allereerst wil ik mevrouw Van den Berg en haar ondersteuning hartelijk bedanken voor deze initiatiefnota. Het is een heel mooie nota geworden over een belangrijk thema: de zorg in de regio. We hebben het er al vele malen over gehad in deze commissie en wij zien de drieslag van het CDA, en met name van mevrouw Van den Berg persoonlijk, hierin goed terug: beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar. Ik kan het al bijna dromen, mevrouw Van den Berg.

De rode draad van de nota is samenwerking in de regio en dat vereist een scherpere scheiding tussen complexe en niet-complexe zorg. Veel ziekenhuizen leveren op dit moment nog een combinatie van beide, dus van complexe en niet-complexe zorg. De komende jaren moet dit wat D66 betreft echt gaan veranderen. Een universitair of topklinisch ziekenhuis kan zich met zijn specifieke expertise veel beter focussen op de heel complexe behandelingen dan dat het daarnaast ook nog heel veel basiszorg blijft leveren. Een algemeen, regionaal ziekenhuis zou zich juist het beste kunnen richten op het leveren van de allerbeste basiszorg en niet op heel complexe ingrepen.

D66 is heel blij dat deze observaties en aanbevelingen heel duidelijk in de nota van mevrouw Van den Berg te lezen zijn. We zijn het er ook mee eens, want het zijn goede punten. Daarom vraag ik aan de Minister hoe wij deze gewenste samenwerking en rolverdeling tussen de verschillende soorten ziekenhuizen meer kunnen stimuleren.

We horen ook wel eens dat topklinische ziekenhuizen voor hun toptaken relatief minder wetenschapsbudget en budget voor opleidingsplaatsen

krijgen dan de academische ziekenhuizen. Daardoor zijn de topklinische ziekenhuizen juist toch genoodzaakt om heel veel productie aan basiszorg in te nemen, omdat zij anders de boel niet draaiende krijgen. Dat zou je eigenlijk weer liever in een algemeen basisziekenhuis hebben. Herkent de Minister dit signaal? Herkent de initiatiefnemer dit signaal? Ik zou aan beiden willen vragen hoe wij dit zouden kunnen oplossen zodat de rolverdeling tussen academische ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen beter en duidelijker is.

**De voorzitter:**

Een ogenblik, meneer Raemakers. Er is een interruptie van mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank aan de heer Raemakers voor zijn woorden. Ik kan meevoelen met zijn vraag en ik heb daar ook wel een antwoord op: veel meer regie en politieke sturing van deze Minister. Als ik naar het antwoord van de Minister kijk in de brief die hij in reactie op de nota heeft geschreven, zie ik dat hij erg wegloopt voor die verantwoordelijkheid. Hoe ziet de heer Raemakers dat? Is hij het met mij eens dat de Minister gewoon veel meer regie zou moeten voeren en dat wij dan een hoop problemen voor mensen zouden kunnen oplossen?

**De heer Raemakers (D66):**

Ik vind dit een interessante vraag van mevrouw Ploumen. Ik denk niet dat wij kunnen zeggen dat de Minister hier in zijn eentje de regie moet nemen. Wij hebben heel veel ziekenhuizen in Nederland. Die werken soms op een goede manier al samen, maar ik denk dat het zeker beter kan. We hebben de zorgverzekeraars een grote rol gegeven in het stelsel. Ik vind het ook belangrijk dat wij kijken naar de rol van zelfstandige behandelcentra en huisartsen, en dat wij het hele zorglandschap meenemen. De lokale besturen, de colleges van B en W en misschien provinciebesturen, moeten daar wat mij betreft allemaal een rol in spelen. Ik vind het te eenzijdig om te zeggen dat de Minister ervoor moet zorgen dat de gewenste samenwerking en regie er komen. Dat vind ik te eenzijdig, maar ik denk wel dat de Minister ten opzichte van wat er nu overal in het land gebeurt, vanuit zijn rol een visie kan schetsen. Hij heeft dit onlangs ook gedaan over het gewenste zorglandschap. De Minister kan natuurlijk de goede voorbeelden aanjagen. Daar waar regels in de weg staan, moet hij ze aanpassen. Et cetera, et cetera. De Minister kan dus meer doen – ik hoorde vandaag zeggen: er een tandje bijzetten – maar het gaat mij te ver om nu te zeggen dat de Minister de regie helemaal moet overnemen van het veld.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ploumen, afrondend.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dat is een helder antwoord, maar aan visies zonder doorzettingsmacht of zonder besluiten hebben wij niks. Regie van de Minister wil niet zeggen dat de Minister alles in zijn eentje besluit. Integendeel, ik ben het helemaal eens met de heer Raemakers dat alle partijen betrokken moet worden. Maar het systeem is nu stuurloos. Ziet hij dat ook?

**De heer Raemakers (D66):**

Ik kies natuurlijk graag mijn eigen woorden. Ik zou het niet «stuurloos» noemen. Het is misschien wel nog beter te sturen. Maar ik kijk dan liever naar de positieve kant. Ik geef één concreet voorbeeld. Een aantal algemene ziekenhuizen richt zich steeds meer op de topklinische taken. Dat is een heel goede ontwikkeling. Ieder algemeen ziekenhuis kan zich



specialiseren en een topklinisch ziekenhuis worden. Ik zou willen dat we nadrukkelijk naar de positie van topklinische ziekenhuizen gaan kijken. Ik krijg signalen dat de budgetten voor wetenschap of opleidingsplekken onvoldoende prikkels zouden geven om het topklinische element verder te ontwikkelen, omdat er te veel prikkels zijn om de basiszorg te blijven verlenen, die misschien in een ander ziekenhuis beter past. Ik denk dat de Minister bij uitstek een taak heeft om dat stelsel onder de loep te nemen en misschien de regels aan te passen. Ik ben blij dat de Minister daar zo op gaat reageren.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw betoog.

**De heer Raemakers (D66):**

De initiatiefnemer vraagt tevens aandacht voor het kunnen doen van stages in regionale ziekenhuizen en het ontvangen van meer opleidingsgeld voor regionale ziekenhuizen. Kan de initiatiefnemer specifiekere toelichten hoe zij dit wil verplichten, bijvoorbeeld met wetgeving? Ze stelt dat haar nota geen financiële gevolgen heeft. Betekent dit dan een bezuiniging op het opleidingsbudget voor de academische ziekenhuizen? Dat zou D66 wel jammer vinden.

We zien ook een ander, meer fundamenteel kwetsbaar punt in de nota van mevrouw Van den Berg. De nota gaat vooral over de tweedelijnszorg. Dat staat er ook expliciet in. Wat als we nu de eerstelijnszorg meer bij dit verhaal zouden betrekken, en de begrippen «complex» en «niet-complex» anders zouden invullen? We gaan dan dus niet kijken naar de verhouding binnen ziekenhuizen, maar de ziekenhuiszorg in contact brengen met de huisartsenzorg, met de hele eerste lijn. Dan zeggen we: de complexe zorg – academisch, topklinisch, algemeen – moet plaatsvinden in het ziekenhuis. Dat ligt eraan hoe complex de zorgvraag is. Maar de niet-complexe zorg kan steeds vaker door de huisarts, de fysiotherapeut of een andere therapeut in de eerste lijn plaatsvinden. Met bepaalde behandelingen moeten chirurgen dan misschien stoppen, omdat het onzinnige zorg is, die bewezen niet-effectief is. Ik noem het voorbeeld uit het artikel van Follow the Money, dat we waarschijnlijk allemaal wel gelezen hebben, over knieoperaties die heel veel plaatsvinden in ziekenhuizen. Uit onderzoek blijkt dat je beleid conservatief zou moeten zijn, dat je niet zou moeten opereren en dat je die mensen een aantal keer naar fysiotherapie zou moeten sturen. Dat helpt veel beter, zegt onafhankelijk onderzoek. Ik ben dus heel benieuwd. Als we meer zorg naar de eerste lijn zouden verplaatsen, wordt de zorg goedkoper en is de patiënt beter af. Het zou dan kunnen zijn dat enkele ziekenhuizen in de regio, maar ook in de Randstad, zouden moeten sluiten in de komende jaren. Is mevrouw Van den Berg bereid dat te accepteren? Of zegt zij: dan moeten we een gericht plan gaan maken, zodat alle ziekenhuizen evenveel productie afbouwen? In dat kader tot slot op dit punt. Ziet mevrouw Van den Berg dan ook de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden wel als toereikend?

**Mevrouw Ellemeest (GroenLinks):**

Een terecht punt dat de heer Raemakers maakt: we zouden veel meer vanuit de patiënt moeten denken. Dat betekent dat je eerste lijn en tweede lijn soms moet combineren, of meer vanuit de eerste lijn moet denken. Mevrouw Van den Berg noemt wel het voorbeeld van de wijkkliniek. Daar wordt vanuit de thuiszorg met de tweedelijnszorg samengewerkt. Ze noemt de netwerkzorg. Ik zie dus wel wat voorbeelden waarover zij aangeeft: we moeten meer verbinden. Tegelijkertijd weten we ook dat we dat in de praktijk toch nog maar heel beperkt doen. Ik wil aan de heer Raemakers het volgende vragen. We hebben een heel ingewikkeld systeem gemaakt, met drie verschillende zorgwetten. Alle prikkels zijn er



dus op gericht om binnen je eigen zorgwet zorg te leveren, terwijl dat vanuit de patiënt gedacht helemaal niet altijd wenselijk is. Stelt de heer Raemakers zichzelf die vraag ook weleens? Zouden we niet eens kritisch moeten kijken naar die drie zorgwetten en naar in hoeverre die de samenwerking, het denken en het zorg bieden vanuit de patiënt in de weg staan?

De heer **Raemakers** (D66):

Hier ben ik het helemaal mee eens. Ik zou zelfs nog verder willen gaan dan deze goeie vraag van mevrouw Ellemeet. Ik zou zelfs zeggen dat we ook tussen bijvoorbeeld VWS, Volksgezondheid, en SZW, Sociale Zaken, meer mogen ontschotten. Ik noem maar even een voorbeeld of een dwarsverband. Stel dat we een goed preventief beleid zouden voeren, waardoor we minder zorg nodig hebben en we dat geld aan mensen kunnen geven zodat ze bijvoorbeeld uit de schulden komen. Dan ben ik daar helemaal voor. Maar daar geef ik ook bij aan dat hoe je dat ook inricht, dus hoeveel wetten je ook maakt – we hebben nu drie zorgwetten die hierover gaan maar dat zouden er ook twee of een kunnen zijn – je dan natuurlijk altijd een financiële titel nodig hebt die de boel draaiende moet houden. Ik ben het eigenlijk helemaal met dit punt eens. Laten we kijken, zeg ik richting mevrouw Ellemeet, of we daar misschien ooit samen voorstellen voor kunnen doen in de toekomst.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, afrondend.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Uiteraard, welk systeem je ook hebt, het blijft ingewikkeld, maar we kunnen wel gerust vaststellen dat we het nu wel heel ingewikkeld hebben gemaakt en dat dit niet altijd in het belang van de patiënt is. Mijn meer fundamentele kritiek op dit kabinet en het zorgbeleid is dat er eigenlijk niet gekeken wordt naar het systeem. Dus het systeem is uitgangspunt en we kijken wat we binnen dat systeem nog kunnen verbeteren. Daarmee vind ik dat we iets taboe verklaren, namelijk de vraag of we het niet anders moeten inrichten om die grote opgave voor de toekomst ook in de regio aan te kunnen. Ik ben blij te horen dat de heer Raemakers bereid is om de boel wat meer op te schudden als dat nodig is. Dus daar praat ik heel graag over door.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. Dat belooft wat voor de toekomst.

De heer **Raemakers** (D66):

Dan nog heel even een korte reactie daarop, want nu maakt mevrouw Ellemeet er misschien iets meer van dan ik heb geantwoord; ja, dat vinden de linkse partijen natuurlijk jammer. Ik denk dat we al een heel goed zorgstelsel hebben en dat we niet zomaar onze oude schoenen moeten weggooien voordat we nieuwe hebben. Ik denk ook dat als we nieuwe schoenen gaan krijgen, het dan echt om een verbetering, een doorontwikkeling van het stelsel moet gaan, want ik zie ook heel veel goede dingen in ons stelsel. Dus voordat u denkt dat we de totale revolutie hier hebben beklonken, wil ik dit nog even aangeven.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ellemeet. Vooruit, kort dan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We moeten zeker niet oude schoenen weggooien voordat we nieuwe hebben. Ik wil ook niet zeggen dat een ander stelsel meteen heilig is, maar ik meen het wel heel serieus dat we staan voor zo'n grote opgave in de

zorg dat ik het een gemiste kans vind als wij deze vier jaar die dit kabinet nu heeft niet gebruiken om heel kritisch te kijken hoe we dit systeem verder kunnen verbeteren, misschien dus ook door in de wetgeving zaken aan te passen, om die grote opgave aan te kunnen. Dus dat is wel een serieus punt van kritiek.

**De voorzitter:**

Goed, deze cri de coeur horen we aan. Meneer Raemakers, vervolgt u uw betoog.

**De heer Raemakers (D66):**

Ik ga direct ook een bruggetje maken, want mevrouw Ellemeet zegt dat we misschien moeten kijken naar wetgeving maar ik vind dat we ook moeten kijken naar de hoofdlijnenakkoorden. In de richting van mevrouw Van den Berg stelde ik zo-even al de vraag of die hoofdlijnenakkoorden wel strak genoeg zijn. Ook de Minister zou ik nog een enkele vraag daarover willen stellen. Misschien moeten we als politiek wel strakkere kaders aangeven dan we tot nu toe hebben gedaan in de hoofdlijnenakkoorden. Dat zouden we misschien kunnen overwegen om te voorkomen dat sommige ziekenhuizen onevenredig getroffen worden doordat in hun regio de eerste lijn heel succesvol is in het overnemen van de juiste zorg op de juiste plaats. Als dat gebeurt en er heel veel minder doorverwijzingen zijn, dan kan het betekenen dat een ziekenhuis daardoor echt in de problemen komt. Dat kan best wel oneerlijk zijn als bepaalde regio's daar veel beter in zijn dan andere. Aan de Minister vraag ik om hierop te reageren, maar ik vraag hem ook hoe hij in dat kader reageert op het bericht van 21 augustus in het lokale blad Via Gennep. Dat gaat over een ontmoeting die ik heb gehad met huisarts Hans-Peter Jung uit Afferden; dat is hier ook wel vaker gewisseld. Deze huisarts uit Afferden stelt dat het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer mede in de financiële problemen kwam omdat het aantal doorverwijzingen vanuit de huisarts naar het ziekenhuis te snel daalde. Die huisarts heeft daar een bepaalde redenering voor, in de zin dat hij daar een van de oorzaken ervan ziet. Vindt de Minister het met D66 onwenselijk als die goede huisartsenprojecten die er zijn van positieve gezondheid in deze regio, die er overigens ook in andere regio's zijn, zouden stoppen of vertraging op zouden lopen omdat dit voor sommige ziekenhuizen te snel gaat? Dit is niet louter theorie; we hebben dus gezien bij het Maasziekenhuis dat dit misschien wel aan de hand is. Wat zijn mogelijke tijdelijke oplossingen om dat te ondervangen? Voorzitter. Ik ga naar een conclusie. Al met al ligt er een interessante nota van mevrouw Van den Berg van het CDA. Zeker op het gebied van de tweedelijnszorg herkent D66 het beeld en steunen we verreweg de meeste punten. Nadeel van de nota is onzes inziens dat de link met de eerste-lijnszorg ontbreekt en dat daarmee de juiste zorg op de juiste plaats nog niet helemaal gerealiseerd wordt. Er is nog werk aan de winkel, maar dank voor dit begin.

**De voorzitter:**

Oké, dank u wel. Ik was het eigenlijk vergeten, maar ik wilde nog even iets afspreken, ook gezien de tijd. Als iedereen het ermee eens is, doen we twee interrupties tussen de fracties onderling. We moeten natuurlijk ook veel ruimte laten voor de initiatiefnemer zelf en voor de Minister, in zijn beperkte rol – ik zeg het toch nog maar even – als adviseur van de initiatiefnemer. Maar u mag natuurlijk wel de vragen die u worden gesteld, beantwoorden, Minister. Dat spreekt voor zich! Ik zeg het er maar even bij voor alle duidelijkheid.

Dan is nu het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks. Zij heeft voor haar eerste en tweede termijn acht minuten.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter, dank u wel. De heer Veldman naast mij zegt terecht: als adviseur van de Kamer. De Minister is nu adviseur van de Kamer, dus dat is ook wel een bijzondere rol.

Ik wil graag mevrouw Van den Berg en haar ondersteuning feliciteren met deze initiatiefnota. Ik weet zelf hoe het is om zo'n nota te schrijven naast al je andere Kamerwerk. Dat is echt best wel een hele prestatie, dus ik waardeer dat enorm. Ik denk dat het goed is dat we die rol als Kamer pakken. Dat heeft mevrouw Van den Berg heel goed gedaan, ook bij een onderwerp waarvan ik denk dat het voldoende urgentie heeft om zo te bespreken. Want je hoeft niet per se van het CDA te zijn om de regio heel belangrijk te vinden. Ik denk dat ik in ieder geval vanuit GroenLinks ook kan zeggen dat de regio soms te weinig aandacht krijgt. Mevrouw Van den Berg schrijft zelf ook dat meer dan de helft van de Nederlanders niet in de Randstad woont. Die hele grote groep moeten we ook heel goed bedienen met goede zorg. Die mag niet onderdoen voor de zorg die we op een kleinere schaal georganiseerd hebben in de Randstad. Complimenten daarvoor.

Ik had zelf een aantal vragen toen ik de nota doorlas, en ook een aantal voor de Minister. Mevrouw Van den Berg zegt dat we veel meer het maatschappelijk debat zouden moeten voeren, ook in de regio, over de zorg in de toekomst, omdat we gewoon voor een grote uitdaging staan. Dat vind ik wel een interessante opmerking. Ik vroeg me af hoe zij dat voor zich ziet: hoe wil zij dat maatschappelijk debat gaan voeren? En hoe betreft zij daar de betrokkenen bij, en misschien ook niet alleen maar de patiënten, maar ook de bewoners? Zou dat debat dan alleen in de regio gevoerd moeten worden? Hoe kunnen we van elkaar leren, vanuit verschillende regio's? Graag een toelichting daarop.

Zij geeft ook aan dat we nu heel erg werken vanuit een eenduidige organisatie van de zorg, en dat we dat eens kritisch tegen het licht zouden moeten houden. Daarbij begreep ik gewoon niet precies wat zij bedoelde met het begrip «eenduidige organisatie». Misschien kan ze dat toelichten. Ze benoemt een aantal grote verschillen tussen de regio en de Randstad, bijvoorbeeld dat er vanuit de regio, bijvoorbeeld vanuit Zeeland, veel minder wordt doorverwezen naar de tweede lijn dan vanuit sommige grote steden in de Randstad. Dat kan natuurlijk te maken hebben met de verschillen in de populatie, maar het kan ook gewoon een andere praktijk of een andere cultuur zijn. Misschien wordt er wel extra kritisch gekeken of het wel nodig is om naar het ziekenhuis te gaan. Ik vroeg me dus ook af of zij dit een voorbeeld vindt waarvan wij kunnen leren van de regio, waarbij er dus minder wordt doorverwezen naar de tweede lijn. En op welke manier wordt dat dan opgevangen door de eerste lijn in de regio? Of ziet zij dit juist als een probleem? Ik was dus benieuwd wat zij met deze feiten wilde zeggen. Het leek mij een voorbeeld van hoe we van de regio kunnen leren.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg geeft een aantal keer aan dat het belangrijk is om goed te kijken naar de bevolkingssamenstelling, en dat de eigenschappen van een populatie bepalend zijn voor wat dan passende zorg is. Dat lijkt mij een heel terecht punt. We zouden veel beter moeten kijken naar wie er in een regio wonen: wat is de zorgbehoefte van inwoners in een regio? Dat moeten we ook meenemen in de organisatie van de zorg.

Er wordt nu gewerkt aan regiobeelden. Dat is een veelbelovende term, waarbij ik steeds nieuwsgieriger word naar wat het nou gaat opleveren in de praktijk. En over regie gesproken: wie heeft daar nou echt de regie op? Wie heeft nou de regie op die regiobeelden? En hoe gaan we ervoor zorgen dat we daar ook echt wat mee gaan doen? Ik ben dus benieuwd hoe mevrouw Van den Berg die regiobeelden ziet, en wat zij daarvan verwacht. Ik ben ook heel benieuwd naar hoe de Minister hiertegen aankijkt. Hoe loopt het nu met die regiobeelden en met de ontwikkeling daarvan? Heeft hij daar zelf voldoende grip en regie op? En wanneer gaan

we daarmee aan de slag? Maar mijn specifieke vraag aan mevrouw Van den Berg is of zij het met GroenLinks eens is dat het belangrijk is om informatie als sociaaleconomische verschillen, maar ook ervaren gezondheid, een begrip dat zij zelf noemt, goed mee te nemen in de uitwerking van de regiobeelden. Hoe kijkt zij daartegen aan?

Voorzitter. Dan het punt van de acute basiszorg die in topklinische en academische ziekenhuizen geleverd wordt. Ik vond wat mevrouw Van den Berg daarover schreef heel interessant: 80% tot 90% van de acute zorg is niet complex. Dat wist ik eerlijk gezegd niet. Dat is ontzettend veel. Als je dat tot je door laat dringen en dan bedenkt hoeveel acute zorg er bijvoorbeeld in academische ziekenhuizen geboden wordt, wat vaak ook nog eens veel duurder is – want dat weten we: de zorg in academische ziekenhuizen is vaak duurder – realiseer je je dat dat dus eigenlijk onnodig is. We willen dus heel graag niet alleen zorg vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn verplaatsen, maar ook bijvoorbeeld vanuit de topklinische en academische ziekenhuizen naar de algemene ziekenhuizen. Dat is dus een terecht punt.

Ik heb eerder een hoorzitting georganiseerd over fusies bij ziekenhuizen, waarin dit natuurlijk ook aan de orde kwam. Het is ontzettend moeilijk om dit af te dwingen bij grote, gefuseerde, vaak academische ziekenhuizen. Mevrouw Van den Berg noemt dit, maar ik ben heel benieuwd hoe we dit dan gaan doen. Volgens mij liggen de machtsverhoudingen ten opzichte van de ziekenhuizen zo dat de verzekeraars eigenlijk een beetje het nakijken hebben. Om de grote academische ziekenhuizen kunnen ze niet heen en dat frustrereert die verzekeraars. Maar wat gaan we nu dan doen? Hoe gaan we dit doorbreken? Dat is ook een vraag aan de Minister. Volgens mij wil de Minister het, net als GroenLinks, graag anders; hij ziet het graag anders. Tegelijkertijd zien we dat het gewoon heel lastig is om dit in de praktijk voor elkaar te krijgen. Hoe breken we dus de macht van die grote gefuseerde academische ziekenhuizen?

**De voorzitter:**

U heeft nog twee van uw acht minuten. Het is maar dat u het weet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik ga afronden, dank u wel. Ik was ook bijna aan het einde van mijn betoog.

Mevrouw Van den Berg heeft het nog over de zorgtafel in Drenthe. Daar wil ik graag wat meer over weten. Wat houdt zo'n zorgtafel in?

Zij wil stages in perifere ziekenhuizen verplichten. Ik vroeg mij af of er alternatieven mogelijk zijn. Heeft zij hierover met artsen zelf gesproken? Hoe zien zij dit? Die vraag heb ik ook aan de Minister. Heeft hij met artsen in opleiding gesproken over hoe zij beter of meer in de regio kunnen stage lopen?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Veldman van de VVD. Hij heeft maar liefst twaalf minuten spreektijd in eerste en tweede termijn tezamen. Dit is zijn eerste inbreng als zorgwoordvoerder, in ieder geval in commissieverband, niet plenair, want daar hebben wij de degens al mogen kruisen, volgens mij. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Laat ik beginnen met het feliciteren en complimenteren van mevrouw Van den Berg met haar initiatiefnota. Het gebruik van dit instrument verdient sowieso waardering, nog los van de inhoud, omdat er altijd een hoop tijd en moeite in gaat zitten. Hoe mooi is het dan dat mijn eerste optreden namens de VVD op dit beleidsterrein de behandeling van een initiatiefnota is? Dat zijn volgens mij twee vliegen in

een klap, kortom: chapeau. Dank aan de Minister voor zijn advies aan de Kamer, maar laten wij naar de inhoud gaan, want ook de inhoud van dit initiatief van mevrouw Van den Berg verdient waardering.

De samenstelling van de bevolking verandert snel. Daarbij zijn de verschillen tussen verschillende regio's groot. Daar waar steden fors groeien en verjongen, zien we de niet-stedelijke regio's vergrijzen. Het is dus goed dat er gericht oog is voor dit gegeven en wat dat betekent voor de inrichting van de zorg, nu, maar vooral natuurlijk in de toekomst. De VVD steunt daarom de initiatiefneemster bij haar inzet om goede regionale toekomstbeelden te schetsen, zowel qua zorgvraag als qua zorgaanbod. Ook deelt de VVD de zorgen van de initiatiefneemster over fusies in de zorg. Ook vindt de VVD het, net als de initiatiefneemster, van groot belang dat inwoners gehoord worden bij de grote veranderingen in de zorg.

Het is daarom goed dat de Minister, in lijn met het regeerakkoord, actie heeft ondernomen om te komen tot regiobeelden in de zorg. De eerste regiobeelden, voor Drenthe en Zuidoost-Groningen, zijn onlangs afgerond. Dat zijn mooie voorbeelden. Een breed scala aan mensen, van zorgverleners tot huisartsen, van patiëntenorganisaties tot medisch specialisten, van vertegenwoordigers uit de gemeenten tot vertegenwoordigers uit de provincie, is betrokken geweest bij de totstandkoming van deze beelden. Dat is wat de VVD betreft ook de weg die we moeten gaan bewandelen met elkaar. Het zou niet goed zijn als de regiobeelden onder Haagse regie tot stand zouden komen, omdat nog los van de politieke sturing – waarvan je je kunt afvragen hoe wenselijk die is – je dan ook een «one size fits none»-oplossing krijgt. Het land is niet overall hetzelfde. Ik hoor graag van de initiatiefneemster hoe zij hiernaar kijkt. Hoe ziet zij het proces van het opstellen van die regiobeelden? Wie zou daarin het voortouw moeten nemen? Welke rol ziet zij hierin voor de rijksoverheid en welke rol ziet zij hierin voor onszelf, voor de politiek? Graag hoor ik ook van de Minister hoe hij het proces van het opstellen van de regiobeelden ziet en zijn eigen rol daarin.

Voorzitter. De initiatiefneemster richt zich heel nadrukkelijk op het behoud van regionale ziekenhuizen. Ik snap dat. Het voelt vertrouwd om dat eigen ziekenhuis om de hoek te hebben. Wie naar de toekomst kijkt en daar een aantal autonome processen in meeneemt – zoals de verdubbeling van het aantal 90-plussers, de afname van het aantal mantelzorgers, het tekort aan personeel – die weet dat we de inrichting van onze zorg tegen het licht moeten houden. Het belang van ziekenhuizen in een vergrijzende populatie zal veranderen. Ouderen hebben doorgaans meerdere chronische ziektes. De behandeling daarvan vindt bij voorkeur niet plaats in het ziekenhuis, maar in de thuisomgeving. Dit wordt ook beoogd met het programma Juiste Zorg Op de Juiste Plek.

In mijn provincie zie ik bijvoorbeeld de Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen daar heel gericht op sturen, waardoor ouderen betere zorg krijgen en veel minder naar het ziekenhuis hoeven te reizen. Wat de VVD betreft is dat een van belangrijkste toekomstige ontwikkelingen, juist in de regio. Hoe ziet de initiatiefneemster dit en hoe kijkt ook de Minister hiertegen aan? Hoe zien zij de rol c.q. functie van een streekziekenhuis in de toekomst? Is deze hetzelfde als nu of zien zij dat deze functie anders kan zijn en, zo ja, hoe ziet die nieuwe rol er dan uit? Hoe waarborgen we dat het aantrekken en behouden van personeel voor het ziekenhuis, als je het laat in zijn huidige constructie, niet ten koste gaat van de aanwezigheid van huisartsen, wijkverpleegkundigen en personeel in het verpleeghuis? We vissen immers allemaal in dezelfde vijver.

Voorzitter. Specifiek wil ik nog stilstaan bij de totstandkoming van medische richtlijnen. In die richtlijnen zitten steeds vaker volumennormen, omdat aangetoond is dat de kwaliteit van de zorg toeneemt als een handeling vaker wordt uitgevoerd. Die normen leiden vervolgens tot een concentratie van zorg. Dat is ongemakkelijk als het in stedelijk gebied

gebeurt, zoals we hier in Den Haag zien met de aanstaande sluiting van Bronovo. Maar het is nog veel problematischer als het in de regio gebeurt en mensen daardoor soms wel honderd kilometer moeten reizen om de noodzakelijke zorg te krijgen. Die zorg is dan wel van hoog niveau, maar je kunt je afvragen of die nog bereikbaar is.

Zowel van de initiatiefneemster als van de Minister wil ik weten op welke wijze zij denken dat we de juiste balans gaan vinden tussen de kwaliteit van zorg en de reisafstand. Dat wordt bij steeds hogere kwaliteitsnormen en een steeds kleinere beroepsbevolking een steeds ingewikkelder vraagstuk, waar antwoorden op moeten komen. Wat mij betreft zoeken we een genuanceerde balans, zoals die bijvoorbeeld in Drenthe is gevonden: wat dichtbij kán, doen we dichtbij, en wat verder weg móét, mag ook geconcentreerd worden. Maar met behulp van slimme zorg moeten we voorkomen dat mensen die van die zorg gebruik moeten gaan maken, ver moeten reizen.

Voorzitter, dank u wel.

**De voorzitter:**

Dat was uw betoog in eerste termijn?

**De heer Veldman (VVD):**

Zeker. 12 minuten is lang en ik had ze niet per se nodig.

**De voorzitter:**

Nee, die zijn zeker niet nodig. Ik check het even, want er was nog een interruptie van mevrouw Ellemeet voor u. Gaat uw gang.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Het gaat mij om het laatste punt, die kwaliteitsnormen, die terecht genoemd zijn. We schieten misschien met al onze goede bedoelingen ons doel voorbij en stellen zulke hoge eisen, dat je je moet afvragen of die in de praktijk haalbaar zijn. De heer Veldman zegt terecht dat we moeten kijken naar het slim organiseren van de zorg. Wat dichtbij kán, dichtbij en wat ver weg moet, ver. Ik weet niet meer precies welke woorden hij gebruikte, maar in ieder geval is dat een deel van de oplossing, maar daarmee komen we er helaas niet helemaal. Mevrouw Van den Berg zegt ook dat je alsnog in de knoop kan komen met die richtlijnen. Ik zat er naar aanleiding van deze nota ook over na te denken wat een oplossingsrichting zou zijn. Dat is best ingewikkeld, want je wilt overall wel goede kwaliteit. Maar zouden we niet meer moeten kijken naar minimumkwaliteitsnormen? Is dat een gedachte die de heer Veldman interessant vindt, deels ook rekening houdend met de ingewikkelde praktijk in de regio?

**De heer Veldman (VVD):**

Ik denk dat het antwoord op deze vraag gelegen is in hoe je uiteindelijk wilt kijken naar het begrip «ziekenhuis». Is het ziekenhuis van de toekomst nog het ziekenhuis zoals we dat nu kennen? De kernvraag die we met elkaar moeten beantwoorden, is: hoe zorgen we dat de zorg die nodig is, er ook is? Daar begint het mee. Vervolgens kun je kijken hoe je dat organiseert. Doe je dat dichtbij? Kan het dichtbij? Of gebeurt het verder weg, omdat de kwaliteit dat vereist of omdat de personele capaciteit daarom vraagt? Daar moeten we de balans in zoeken, en ik zie dan een toekomst voor me waarin het beeld van het ziekenhuis een heel ander is dan het huidige, het ziekenhuis van nu. Dat past een beetje in de lijn van wat zonet in de interruptie met de heer Raemakers voorbijkwam. De nota van mevrouw Van den Berg concentreert zich heel erg op de tweede lijn, maar het antwoord op de vraag naar het beeld van het ziekenhuis in de toekomst, vinden we misschien wel in wat straks de eerstelijnszorg doet, of de «anderhalvelijnszorg», zoals ik die bij het me inwerken in deze portefeuille tegenkwam. Wat doen wij aan de voorkant en wat betekent



dat vervolgens voor de volgende stap richting ziekenhuis, waarvan we eigenlijk met elkaar weten: over tien of vijftien jaar zal dat er niet zo uit zien als in het huidige construct?

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet, afrondend.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Daar ben ik het mee eens. Ik denk dat we niet per se moeten vasthouden aan de huidige vorm en organisatie van zorg. Dat is ook een verschil tussen de SP en GroenLinks, zeg ik even provocerend. We moeten kijken wat het beste werkt, en dat kunnen best nieuwe vormen zijn. Ik vind dus niet dat we per definitie alle ziekenhuizen in stand moeten houden. Wel moeten we kijken hoe we de zorg geven en organiseren zodat iedereen de zorg krijgt die men nodig heeft. Maar dat gaat wel voorbij aan het feit dat we nu kwaliteitskaders en kwaliteitsnormen hebben. Daar moeten artsen en verpleegkundigen ook mee werken. Mevrouw Van den Berg geeft terecht aan dat dat soms knelt, omdat je niet in ieder basisziekenhuis in een regio 24/7 artsen beschikbaar kan hebben. Dat was mijn punt. We hebben met die kwaliteitskaders nu zelf een realiteit gecreëerd die het soms lastig maakt om de zorg in de regio te organiseren. We willen een transitie of een transformatie of hoe je het ook wilt noemen; daar ben ik het mee eens. Maar nog los daarvan moeten we nu op korte termijn iets met die kaders. Vandaar dat ik dacht: zou je niet meer moeten uitgaan van minimumnormen en meer ruimte moeten geven aan het invullen van de zorg in de regio zoals het kan?

**De voorzitter:**

De heer Veldman, afrondend.

De heer **Veldman** (VVD):

Of je het nou zoekt in minimum- of in maximumnormen, volgens mij zit de patiënt te wachten op de zorg die hij nodig heeft. Dat kan betekenen dat iets moet zoals het nu gaat, maar het kan in de toekomst ook betekenen dat een medisch specialist zegt: ik ga deze behandeling niet meer doen zoals ik dat altijd deed, want er zijn betere methoden. Misschien is zo'n patiënt al helemaal niet meer bij die medisch specialist uitgekomen, omdat er in het traject daarvoor, in de eerste lijn, al stappen zijn gezet en er al een behandelplan is geformuleerd waarmee die medisch specialist in zijn huidige construct in dat ziekenhuis, helemaal niet in beeld komt. Dus volgens mij zit het in de inrichting van de totale lijn. Daar moeten we de verstandige keuzes in maken. En ja, dan komt ook de vraag om de hoek: hoe zit het dan met de toegankelijkheid in de zin van bereikbaarheid in afstand? Daarover rondde ik af: ik denk dat daarvoor voor een heel groot deel ook oplossingen te vinden zijn in het slimmer organiseren van de zorg. Met «slimmer» bedoel ik dan ook: gebruikmaken van allerlei technologische ontwikkelingen die nu gewoon gaande zijn, en waarvan met name chronisch zieken gebruik kunnen maken, zodat ze voor een check-up helemaal niet meer richting ziekenhuis hoeven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is er nog een interruptie van de heer Slootweg van het CDA. Gaat uw gang.

De heer **Slootweg** (CDA):

Mijn interruptie ligt een beetje in lijn met de vraag van mevrouw Ellemeet. Ik zie ook duidelijk de zoektocht bij de heer Veldman die te maken heeft met de kwaliteitskaders. Met het oog op die kwaliteitskaders moet je een aantal keren met een bepaalde ingreep of behandeling gewerkt hebben.



Maar is het nou ook niet van belang dat je daarin op de een of andere manier ook bereikbaarheid een plek geeft? Misschien missen de kwaliteitskaders dat toch op dit moment. Hoe kijkt de heer Veldman ertegen aan om bereikbaarheid aan sich ook een plek te geven in zo'n kwaliteitskader?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik kan me heel goed voorstellen dat je bij de inrichting van de zorg ook naar bereikbaarheid kijkt, maar dan moet je nog steeds een goede balans hebben. Als je uiteindelijk in dat «ziekenhuis nieuwe vorm», om het maar even zo te zeggen, terecht komt, omdat je daar moet zijn, moet dat ziekenhuis dan om de hoek zitten of kan dat ook wat verder weg, omdat daar dan die topspecialistische zorg geleverd wordt die nodig is? Hebben we op een andere manier, in de eerstelijnszorg of in de anderhalvelijnzorg, al die minder complexe zaken op een goede manier met elkaar georganiseerd? Het aloude beeld is dat je om de hoek een ziekenhuis moet hebben. Dat kan, maar het kan ook iets verder weg, omdat je er eigenlijk bijna nooit terecht komt. Uiteindelijk gaat het volgens mij om de zorg die we aan de patiënt leveren. Die zorg moet van kwaliteit zijn, zoals u zelf in uw vraag al benoemde.

Als ik zelf de keuze zou moeten maken, ging ik het liefst naar een arts die een bepaalde handeling zo vaak mogelijk verricht heeft, omdat ik denk dat hij er dan dus wel echt verstand van zal hebben. Dit in plaats van iemand die die handeling misschien twee of drie keer per jaar verricht, want dan is het toch een beetje spannend, omdat het voor die medisch specialist dan iedere keer weer nieuw is. Ik kan mij voorstellen dat patiënten zich die vraag zelf ook stellen. De toegankelijkheid in de zin van hoeveel kilometer het is, zou ik zelf ondergeschikt maken aan de vraag hoe vaak een arts de betreffende handeling heeft verricht.

De **voorzitter**:

De heer Slootweg, afrondend.

De heer **Slootweg** (CDA):

Het beeld dat de heer Veldman schetst, gaat volgens mij vooral over planbare complexe zorg. Maar daar ligt het probleem niet. Het gaat vooral om die momenten waarop zorg minder planbaar en echt acuut is. Dan heb je niet zo veel aan de keuze of je de behandeling wil laten doen door iemand die dat al heel vaak heeft gedaan, want dan moet je daar wel kunnen komen. Ik zou de heer Veldman willen vragen om eens te reflecteren op de gevallen waarin het gaat om acute zorg en mensen zich veel minder die keuzemogelijkheid kunnen veroorloven. Er kan wel een prachtige arts bij het VUmc zitten, maar als je in de Achterhoek woont, kun je daar soms gewoon niet op tijd zijn.

De **voorzitter**:

De heer Veldman, afrondend.

De heer **Veldman** (VVD):

Op het moment dat er acuut iets is en iemand uit de Achterhoek wordt in het VUmc in Amsterdam afgeleverd, zijn er al heel wat ziekenhuizen gepasseerd. In de huidige situatie kan ik mij voorstellen dat er dan al wel eerder een deur is geweest waar iemand naar binnen gebracht had kunnen worden om de juiste zorg te krijgen. Ik ben het met de heer Slootweg eens dat we over het hele land kijkend moeten zorgen voor de juiste balans, zodat je inderdaad in zijn algemeenheid niet terecht komt in een situatie waarin je alleen in Amsterdam terechtkunt als je in de Achterhoek woont. Dat is precies die zoektocht naar de balans. Maar stel nou dat het wel iets verder weg is, waarbij je zelfs één ziekenhuisdeur voorbijrijdt, omdat je al in de ambulance weet dat dat ene

ziekenhuis 40 kilometer verderop net iets beter is voor wat de patiënt mankeert dan het ziekenhuis dat je voorbijgereden bent. Volgens mij gebeurt het nu in de praktijk al dat je niet zomaar wordt afgeleverd bij een willekeurig ziekenhuis, maar wordt er op het moment dat een patiënt wordt opgehaald al gekeken naar welke spoedeisende hulp die moet gaan omdat daar de beste zorg voor daarna zit. Dat zijn de afwegingen die je volgens mij met elkaar moet maken.

**De voorzitter:**

Oké. Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid voor haar eerste termijn. Ze heeft voor beide termijnen gezamenlijk acht minuten. Die gaat ze nu in één keer opsouperen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Zeker!

Voorzitter, dank. Mijn dank gaat natuurlijk vooral ook uit naar collega Van den Berg, die een aantal van de debatten die we het afgelopen jaar hebben gevoerd op een hoger plan heeft willen tillen, als ik haar motieven zo mag duiden, van incidentbespreking naar veel meer structurele besprekingen en een zoektocht hoe we ervoor kunnen zorgen dat in het hele land iedereen toegang heeft tot de zorg die hij of zij nodig heeft. Ik heb inmiddels begrepen dat «de regio» betekent «niet de Randstad». Ik denk altijd: we wonen allemaal in een regio. Maar goed, laat ik haar bedoelingen zo interpreteren dat ze vindt dat in het hele land, waar je ook woont, de zorg die je nodig hebt, beschikbaar moet zijn. Dank voor de concrete suggesties die ze daarvoor doet.

Voorzitter. Ik heb drie vragen aan mevrouw Van den Berg naar aanleiding van de nota. Een aantal punten die anderen al hebben genoemd, zal ik niet herhalen. Daarnaast heb ik ook nog een aantal vragen aan de Minister. Laat ik daar gelijk bij zeggen dat de waardering die ik heb voor de inzet voor en de inhoud van de nota van mevrouw Van den Berg, iets minder groot is voor de reactie van de Minister. Zijn inzet is vast goed, maar de inhoud kon mij niet bekoren, laat ik dat meteen maar zo zeggen. Mijn eerste vraag is de volgende en ik stelde hem eigenlijk al aan de heer Slootweg en collega Raemakers. Als ik nu kijk naar hoe mevrouw Van den Berg de problemen formuleert in haar nota, hoe ziet zij dan de noodzaak van een centrale, politieke regie vanuit het Ministerie van VWS? Voordat iemand mij daarop interrumpeert, ga ik er meteen bij zeggen dat regie vanuit VWS niet wil zeggen dat het one size fits all moet zijn. Straks krijgen wij de regiobeelden. Die zullen heel verschillende zorgbehoeften en ook een heel verschillend zorgaanbod laten zien. Regie betekent dus niet de aanwijzing: gij zult allemaal de zorg in uw regio zo organiseren. Nee, het betekent dat de overheid een visie heeft op de noodzaak van de beschikbaarheid van zorg, kijkt of de zorgbehoefte en het zorgaanbod in evenwicht zijn, en in overleg met anderen aanwijzingen geeft over hoe dat zou moeten zijn. Dan zou het wat mij betreft niet meer mogen voorkomen dat vrouwen op Urk niet thuis kunnen bevallen, om maar eens een concreet voorbeeld te geven. Hoe ziet mevrouw Van den Berg die regierol?

Dan, voorzitter, een wat concretere vraag. Mevrouw Van den Berg vindt het belangrijk om patiëntenverenigingen een nadrukkelijker rol te geven bij de organisatie van de zorg. Ik denk dat we het daar allemaal best over eens kunnen zijn, ook veel meer redenerend vanuit de behoefte van mensen in plaats van de beschikbaarheid van financiën of ziekenhuizen. Nu horen we van patiëntenorganisaties dat ze zo'n rol best aantrekkelijk en belangrijk vinden, maar dat het voor hen ook best ingewikkeld is om zo'n rol goed te vervullen. Vaak zijn het vrijwilligers met beperkte tijd. Hoe ziet mevrouw Van den Berg dat? Want het moet niet zo zijn dat de inbreng van patiëntenorganisaties een soort legitimatie wordt zonder dat daar

echt concreet inhoud aan gegeven kan worden. Ik weet zeker dat mevrouw Van den Berg ook niet die intentie heeft. Dus hoe ziet zij dat? Voorzitter. In vervolg op een vraag van mevrouw Ellemeet zou ik mevrouw Van den Berg het volgende willen voorhouden. Ook ik had mij, zeg ik eerlijk, niet gerealiseerd dat tot 80% tot 90% van de spoedeisende hulp niet complex is. Als ik nou eens naga waarvoor ikzelf en mijn gezin de afgelopen 25 jaar bij de spoedeisende hulp waren, dan waren dat gelukkig inderdaad niet heel complexe vragen, wel ernstig en spoedeisend maar niet complex. Wat betekent dat eigenlijk voor de manier waarop we het afgelopen jaar hebben gesproken over het verdwijnen van de spoedeisende hulp op een aantal locaties? Was dat eigenlijk wel nodig geweest? Als het, laten we maar even zeggen, hersenschuddingen en enkelbreuken betreffen, waarom hebben wij daar dan zo'n ingewikkeld systeem voor opgetuigd met 24/7 intensive care et cetera, et cetera? Kan mevrouw Van den Berg daarop reageren?

Voorzitter. Dan naar de Minister. Ik heb dezelfde vraag aan hem over de noodzaak van regie. Ik heb het hem al eerder gevraagd. Ik kan zijn antwoord wel uittekenen, maar als hij luistert naar al onze inbrengen en zorgvuldig de nota van mevrouw Van den Berg leest, wat hij heeft gedaan, voelt hij zich dan niet geroepen om binnen de kaders van het huidige stelsel te zeggen: ja, ik moet die regie steviger in handen nemen om te voorkomen wat er dit jaar is gebeurd, nog afgezien van de faillissementen, die zo snel en onverwacht gebeurden, maar ook om te voorkomen wat er op andere plekken is gebeurd, in Boxmeer bijvoorbeeld?

Voorzitter. Ook aan de Minister stel ik de volgende vraag, maar ik herhaal hem niet. Mij lijkt dat de spoedeisende hulp vaak weinig complex is. Is de Minister eigenlijk wel tevreden met de manier waarop er wel of niet interventies zijn gepleegd om de nabijheid van zorg overal in het land maar zeker in de regio te garanderen?

Mijn laatste vraag aan de Minister. De toegankelijkheid van de zorg in de regio staat om een aantal redenen onder druk. In het Zuyderlandziekenhuis in Sittard-Geleen kunnen mensen nu al niet meer terecht voor sommige planbare zorg. Er is een wachttijd van acht weken. Dan kunnen we hier prachtige voorstellen doen, zoals mevrouw Van den Berg doet, om de zorg in de regio te versterken, maar die toegankelijkheid wordt volstrekt onderuitgehaald op het moment dat mensen in augustus te horen krijgen dat de voorraad zorg al op is voor hen. Is de Minister het met me eens dat dit zeer ongewenst is? Wat wil hij daaraan gaan doen? Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Er is nog een interruptie voor u van de heer Raemakers van D66.

**De heer Raemakers (D66):**

Ik wil even reageren op het laatste punt van mevrouw Ploumen. Zij noemt het voorbeeld van het Zuyderlandziekenhuis. Daar heb ik me natuurlijk extra in verdiept, ook omdat ik uit die regio kom, net als mevrouw Ploumen. Ik begrijp heel goed de opmerkingen die mevrouw Ploumen daarover heeft, maar erkent zij ook dat er een andere kant aan het verhaal kan zijn? We hadden het net bijvoorbeeld over de knieoperaties – het artikel van Follow the Money – waarbij zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken maken en zeggen: op basis van de richtlijn zou je zoveel mensen moeten opereren en dan is het zinvol. Wanneer je dan echt veel meer mensen opereert, heeft de zorgverzekeraar misschien soms een vermoeden dat daar wel productie wordt behaald, om het zo te zeggen, maar worden patiënten niet echt beter geholpen. Ik kan niet precies beoordelen wat er in dit geval aan de hand is, maar ik zou willen vragen of mevrouw Ploumen ook erkent dat het in zo'n geval niet alleen maar de

schuld is van de zorgverzekeraar, maar dat soms ook een ziekenhuis en artsen onvoldoende in staat zijn om de beste prioriteit te geven aan de patiënten die dit het hardst nodig hebben.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Die vraag is natuurlijk heel erg moeilijk te beantwoorden, want ik kan niet in het hoofd van artsen en verpleegkundigen kijken. Ik constateer alleen wel dat nu we het hebben over het belang van beschikbaarheid van de zorg in de regio, mensen in Sittard, Geleen en omstreken in augustus al te horen krijgen dat een geplande operatie, waarvan zij ervan uitgaan dat de arts die doet omdat die noodzakelijk is, al een wachttijd van acht weken heeft. De mensen in die regio zijn toch al niet heel erg verwend; laten we dat ook maar even zeggen. Als de vraag van de heer Raemakers is of het belangrijk is om niet alleen te kijken naar een medische verrichting maar om ook te kijken of er andere opties zijn, dan zeg ik ja. Maar dan is de heer Raemakers het misschien toch wel met mij eens dat we zouden moeten kijken naar de verruiming van het aantal fysiotherapiebehandelingen in het basispakket. Want die hoort er dan ook bij. Als het een uitnodiging is om te kijken hoe we de grenzen van dit stelsel kunnen oprekken om betere zorg te verkrijgen, dan zeg ik «graag» tegen de heer Raemakers. Als het betekent dat we het stelsel soms voor een deel moeten afbreken en opnieuw moeten opbouwen, zeg ik «ook heel graag».

De **voorzitter**:

De heer Raemakers, afrondend.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik vind dit een interessant punt. Ik heb eerder dit jaar, uitgerekend samen met mevrouw Van den Berg, een motie ingediend om de Minister gericht onderzoek te laten doen naar de fysiotherapie. Ik zou er best wel voor openstaan om te zeggen: als het gaat over sommige behandelingen, moeten we misschien minder in het ziekenhuis doen en bijvoorbeeld meer aan fysiotherapeuten laten. Ik sta daarvoor open, maar ik zou dan ook willen zeggen dat het niet en-en is. We kunnen niet tegen de ziekenhuizen zeggen dat ze allemaal die behandelingen mogen blijven doen, ook als we wetenschappelijk bewijs hebben dat die in sommige gevallen misschien helemaal niet zo effectief zijn, en tegelijkertijd tegen fysiotherapeuten zeggen dat zij ook nog meer gaan behandelen. Ik wil dan wel echt de garantie hebben dat we patiënten – want om hen gaat het – echt beter gaan helpen en dat we hun geen valse hoop geven en zeggen dat die operatie wel werkt terwijl die eigenlijk niet werkt. Is mevrouw Ploumen het met mij eens dat als we bijvoorbeeld meer inzetten op fysiotherapie, we ook moeten zeggen dat de ziekenhuizen wat minder krijgen?

De **voorzitter**:

Mevrouw Ploumen, afrondend.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik ga ervan uit, en ik denk de heer Raemakers ook, dat artsen het beste voorhebben met hun patiënten en dat ze kiezen uit verschillende behandelmogelijkheden. Laten we nu ook weer niet doen alsof elke operatie, behalve een snee in je vinger, of elke medische ingreep meteen heel erg complex zou moeten zijn. In de achttiende economie van de wereld zou je toch een nieuwe knie moeten kunnen krijgen als die nodig is. Die afweging is niet aan mij, maar aan een arts. In de zoektocht naar welke zorg het beste is voor de patiënt, is het denk ik inderdaad goed om alle mogelijkheden mee te nemen. Meneer Veldman, ik bereid u maar even voor, want het is waarschijnlijk de enige keer in uw carrière als zorgwoordvoerder dat ik ga zeggen dat ik het met u eens ben. Ik ben het

ook eens met wat de heer Veldman daarover zei, namelijk dat er ook zoiets is anderhalvelijnszorg. Daar moet je allemaal naar kijken. Waarom ik een beetje tegenstribbel, is omdat het niet een soort plus-en-minexercitie is die allemaal in hele precieze malletjes past. Maar als het niet nodig is om een medische ingreep te doen en het wel nodig is om meer behandelingen bij de fysiotherapeut vergoed te krijgen, dan ben ik daar natuurlijk voor.

**De voorzitter:**

Oké, dank u wel. Dan geef ik nu het voorzitterschap over aan de heer Slootweg.

**Voorzitter: Slootweg**

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook ik wil de waardering overbrengen aan mevrouw Van den Berg en haar ondersteuning voor deze initiatiefnota. Ik weet uit eigen ervaring dat het een hele klus is, en ook nog een hele klus om hem, of bepaalde elementen eruit, aangenomen te krijgen, dus we gaan dat zien. Maar dank daarvoor.

Dan even een algemeen gevoel bij de discussie rond de ziekenhuizen en de ziekenhuiszorgontwikkelingen in Nederland. Mij bekruipt heel erg het gevoel dat we dezelfde fout maken als de fout die we gemaakt hebben bij het sluiten van de verzorgingshuizen. Daar is een aantal jaren geleden gezegd: we sluiten de verzorgingshuizen, want we moeten zorgen voor zorg aan huis, dus de thuiszorg moet verbeterd worden enzovoorts. Die verzorgingshuizen zijn gesloten, maar we hebben gezien dat de thuiszorg, die dat op zou moeten vangen, en de wijkverpleging niet op orde waren. Volgens mij dreigt nu hetzelfde. Er verdwijnt ziekenhuiscapaciteit en er sluiten volwaardige ziekenhuizen, laat ik het zo formuleren, terwijl de eerstelijnszorg, of de anderhalvelijnszorg, of de verpleeghuizen, of alle andere geledingen in de zorg die dat moeten opvangen, niet op orde zijn. Die waarschuwing wil ik afgeven. Ik ben heel erg bang dat dat dreigt. Ik ondersteun niet het toekomstbeeld van de woordvoerder van D66, die in zijn betoog stelde dat er waarschijnlijk nog wel enkele ziekenhuizen weg kunnen. Ik denk dat we, met de vergrijzing, met de technische ontwikkelingen, juist de ziekenhuizen die we hebben, moeten koesteren.

Dan naar mevrouw Van den Berg en haar nota. Ik ben het in ieder geval eens met haar pleidooi dat als we ziekenhuizen zouden sluiten, dat nooit zonder goed alternatief mag. Mevrouw Van den Berg en anderen weten ook dat de SP eigenlijk pleit voor een moratorium op dit moment. Laten we eens even pas op de plaats maken. We hebben dat een jaar of achttien geleden ook gedaan, omdat er toen heel veel onrust was over de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Dat zien we nu weer en we denken: laten we het nou eerst eens even goed organiseren, voordat we weer verdergaan met de schaalvergroting en het sluiten van allerlei afdelingen. Nou is de vraag aan mevrouw Van den Berg: wat is dan precies een goed alternatief? Wanneer is zij nou tevreden met het alternatief? Kan ze daar nog eens op ingaan, en ook bijvoorbeeld op de 45 minutennorm die nog steeds wordt gehanteerd? Ik had het daar ook al over in een interruptie met de heer Slootweg. De SP pleit voor een bereikbaarheidsnorm van twintig minuten, geredeneerd vanaf de burger, die met eigen vervoer, met een auto, in twintig minuten een volwaardig basisziekenhuis zou moeten kunnen bereiken. Wat vindt zij van die norm? Daar zit natuurlijk ook een leefbaarheidsaspect aan. Is zij het met mij eens dat het in ieder geval in het kader van de discussie over de 45 minutennorm een goede zaak zou zijn om ook die optie eens serieus te onderzoeken? Wat zou het betekenen

voor het ziekenhuislandschap in Nederland als we daarvan uit zouden gaan? Dat is vraag een.

Vervolgens pleit mevrouw Van den Berg voor een rol van patiëntenverenigingen en wettelijke inspraakmogelijkheden. Ook anderen hadden het daar al over. Hoe gaan we dat echt concreet maken? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de input van patiëntenverenigingen ook serieus wordt genomen en ook echt gevolgen heeft? Ze hebben op dit moment namelijk weinig instrumenten anders dan het geven van hun mening om iets af te dwingen. Zou het niet logisch zijn dat ook lokale overheden daar meer over te vertellen zouden moeten krijgen? We betalen tenslotte allemaal onze premies, ook voor de ziekenhuiszorg. Het is toch raar dat we er als overheid heel weinig over te vertellen hebben als er problemen zijn? Hetzelfde geldt voor een lokale overheid. Zie de cri du coeur die we heel vaak horen, bijvoorbeeld van het bestuur in Lelystad dat zegt dat de ontwikkelingen niet goed zijn, maar dat zij heel weinig concreets kunnen doen.

Om nog even bij die casus van de IJsselmeerziekenhuizen stil te staan: ik was vorige week bij een demonstratie voor het behoud van een volwaardig ziekenhuis in Lelystad, dus inclusief spoedeisende hulp en klinische verloskunde. Huisartsen en verloskundigen zeggen dat de acute zorg terug moet komen. Dat wil het gemeentebestuur ook. Zij zeggen dat op basis van de kwaliteitsnormen. De zorg loopt veel te veel risico. Ze zeggen dat het vroeg of laat een keer gruwelijk misgaat. De huisarts die daar sprak, zei dat het al een keer gruwelijk mis was gegaan en dat hij wil dat het stopt. De toekomstverkenner Leerink zegt in zijn analyse dat de wensen van de mensen op zich legitiem zijn, maar dat ze onhaalbaar zijn binnen het huidige stelsel en binnen de huidige gestelde voorwaarden. De regie ligt met name bij de verzekeraar, de hulpverleners en de ziekenhuizen, maar die komen niet tot een oplossing die gedragen wordt. Dan blijft de vraag hoe je dat dan toch kunt realiseren.

Wat dat betreft heb ik twee vragen. Wat vindt de indiener van een zwaarwegend adviesrecht voor bijvoorbeeld de vestigingsgemeente van een ziekenhuis? Die kan dan meer te vertellen hebben en het wordt dan moeilijker om het advies of de mening van een gemeente zomaar terzijde te schuiven. Wat doen we met het volgende probleem? De Minister heeft in het debat over de IJsselmeerziekenhuizen gezegd: ik heb ongeveer 4 miljoen structureel klaarliggen voor het realiseren van spoedeisende hulp of acute zorg in Lelystad, maar nu heb ik gehoord dat er eigenlijk 10 miljoen nodig is om die te realiseren. Als dat zo is, kan ik mij voorstellen dat een ziekenhuis zegt dat het dat niet gaat doen, tenzij die 6 miljoen er ook komt, nog even los van het personeelsvraagstuk. Graag ook een reactie van de indienster op deze twee vragen.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van Gerven. De heer Raemakers heeft nog een vraag aan u.

**De heer Raemakers (D66):**

De heer Van Gerven zei dat de woordvoerder van D66 zou hebben gezegd dat er enkele ziekenhuizen weg kunnen. Dat zei ik natuurlijk niet helemaal. Als de heer Van Gerven mijn betoog goed had verstaan, had hij begrepen dat ik daarmee iets anders bedoelde. Er zullen namelijk enkele ziekenhuizen weg kunnen als wij nu niet ingrijpen, geen zekere vorm van regie voeren en geen strengere afspraken maken dan die uit de hoofdlijnenakkoorden. Mijn betoog was dat we die pijn bij de ziekenhuizen eigenlijk gelijkmatig moeten verdelen onder alle ziekenhuizen. Dat is dus ook precies wat ik de heer Van Gerven zou willen vragen. Zou de heer Van Gerven ertoe bereid zijn om meer regie te voeren, waardoor alle ziekenhuizen wat meer gaan krimpen dan beoogd en waardoor we meer taken



naar de huisartsen en de fysiotherapeuten schuiven, zodat alle ziekenhuizen, alle huisartsen et cetera wel kunnen blijven bestaan? Zou de heer Van Gerven bereid zijn om daarop meer regie te laten voeren?

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

Het is een vreemde gewaarwording dat D66 het heeft over meer regie op het marktstelsel. Maar als ik luister naar zijn voorstellen, zou ik zeggen dat het toch een verkeerde soort regie is. Ik denk namelijk dat het illusoir is en dat het gewoon niet terecht is om te denken wat nu in het regeerakkoord staat, namelijk dat er in 2022 een 0%-volumegroei kan zijn voor ziekenhuizen. Als we dat echt overeind houden – ik voorspel u dat het niet gaat gebeuren, maar het staat wel in het afgesloten akkoord – gaat dat betekenen dat ziekenhuizen het loodje zullen leggen. Het zijn dan altijd de kleinere ziekenhuizen die het loodje zullen leggen en niet de grotere ziekenhuizen. Want iedereen begrijpt dat het Isala in Zwolle echt niet failliet kan, maar dat het ziekenhuis in Boxmeer wel failliet kan gaan. Dat is nu terecht overeind gehouden, maar zulke ziekenhuizen gaan natuurlijk het eerst het loodje leggen. Ik zou het niet zo willen doen dat we gaan bezuinigen op het ene ziekenhuis ten faveure van het andere ziekenhuis. Dat wordt heel vaak voorgesteld door politici, maar in de praktijk gaat dat niet werken. Zou het niet zo moeten zijn dat je de behoefte die er regionaal of plaatselijk is, in kaart brengt en daar het budget dat het ziekenhuis nodig heeft, op afstemt?

De **voorzitter**:

De heer Raemakers, afrondend.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik vraag me af waarom de heer Van Gerven stelt dat die 0% die is afgesproken bij de hoofdlijnenakkoorden, niet zou kunnen. Verandering is altijd moeilijk. Verandering kan ook pijn doen. Als je tegen ziekenhuizen zegt dat ze de nul moeten aanhouden of moeten bezuinigen, dan is dat nooit een leuke boodschap. Als personeel misschien elders moet gaan werken, is dat niet leuk om te vertellen. Maar als we met elkaar een plan maken en zeggen waar we over vier of vijf jaar naartoe willen, dan kunnen we ervoor zorgen dat er meer medewerkers komen in de eerste lijn. Dan kunnen we er ook voor zorgen dat personeel dat nu in de ziekenhuizen werkt, misschien deels naar de anderhalve lijn, waar de heer Veldman over sprak, gaat. Dat kost natuurlijk investeringen. We moeten daar gerichte plannen op maken. De heer Van Gerven heeft de stelling dat het niet houdbaar zou zijn. Waar baseert de heer Van Gerven zijn stelling op dat de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden a nooit te realiseren zijn en b per se ten koste gaan van de kleine ziekenhuizen? Ik zou daar graag de bewijzen voor willen zien.

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

Dan geef ik twee voorbeelden naar aanleiding van dat laatste. Het Bronvoziekenhuis is gewoon verdwenen vanwege budgettaire overwegingen. Het was een fantastisch ziekenhuis. De acute zorg en de verloskunde waren op orde. Iedereen wilde daarnaartoe. Dat ziekenhuis gaat gewoon weg. En waarom? Omdat het ziekenhuis 7 miljoen wil bezuinigen op de zorgtaken, zodat het kan investeren in het Westeindeziekenhuis. Dat is een budgettaire afweging ten koste van de bereikbaarheid en de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in de regio Den Haag. Het tweede voorbeeld is het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen. Daar moeten op dit moment 150 verpleegkundigen weg om budgettaire redenen, want dat is de afspraak. U hoort het goed. 150 verpleegkundigen! Iedereen denkt: welk ziekenhuis haalt het met al die tekorten op verpleegkundige zorg in zijn hoofd om 150 plaatsen te schrappen? Dat schrappen heeft alles te maken met het hoofdlijnenakkoord dat is



afgesloten en de financiële positie van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis op de lange termijn. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Laten wij het omdraaien. Er is veel draagvlak om regionaal de behoefte te scannen en te bekijken welke zorg nodig is. Laten we dat doen en laten wij daar de budgetten op afstemmen. Laten wij ons niet rijk rekenen met een verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Dan zou ik zeggen: eerst zien en dan geloven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Als de Minister als adviseur van de Kamer enkele beschouwingen wil geven, verzoek ik hem daarvoor het woord te vragen. Ik geef het woord terug aan de heer Van Gerven als voorzitter.

**Voorzitter: Van Gerven**

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik wil drie kwartier schorsen, tot 13.35 uur. Dan volgt de eerste termijn van de indienster. Mevrouw Ploumen is verontschuldigd voor het vervolg.

De vergadering wordt van 12.52 uur tot 13.35 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Goedemiddag allemaal weer. We gaan verder met de behandeling van de initiatiefnota van mevrouw Van den Berg.

Ik stel voor om in de eerste termijn van de bijdrage van de indienster en van de Minister twee interrupties per fractie toe te staan. Onthoudt u even dat er in tweede termijn gelegenheid is voor het indienen van moties. Ik noem daar even een technisch detail bij: die kunnen niet overgenomen worden door de Minister. Dat kan blijkbaar alleen plenair. De Minister mag natuurlijk wel een oordeel geven. Hij heeft een rol als adviseur en die kan hij zelf invullen. De Minister zegt dat dat een beetje zuinig klinkt, maar het is terecht wat zuinig, want zijn rol is nu toch een iets andere dan normaliter. Die is iets bescheidener; laat ik het zo formuleren. Het woord is aan mevrouw Van den Berg.

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

Voorzitter, dank u wel. Op de eerste plaats wil ik graag de Minister bedanken voor de schriftelijke reactie, maar ik dank ook alle collega's voor hun inbrengen en hun vragen. Ik zie in ieder geval een hele grote betrokkenheid bij het onderwerp zorg in de regio. Het leeft echt. Vorig jaar heb ik deze nota geïnitieerd omdat we zagen dat de zorg in de regio door de sluiting van afdelingen, ziekenhuizen, nachtapotheken en huisartsenposten steeds meer onder druk komt te staan. «De regio» is voor mij niet alleen het gebied buiten de Randstad, want midden in de Randstad ligt Woerden en daar hebben we ook nog discussie over. Waarom pleit ik daar extra voor? 80% van de algemene ziekenhuiszorg is niet-complexe zorg. Juist in de regio zijn de lijnen met de huisartsen, met de wijkverpleging en met de ggz veel korter. Daar kan dus veel betere en vaak ook veel goedkopere zorg worden gegeven. Dat er zorgen zijn over zorg in de regio is mij nog meer bevestigd tijdens alle werkbezoeken die ik in de afgelopen maanden heb gebracht. Ik noem er even een paar van: Alkmaar, Boxmeer, Bredevoort – dat ligt trouwens in de Achterhoek – Gennep, Goes, Hogeveen, Hoorn, Kampen, Leiden, Lelystad, Roosendaal, Rotterdam, Terneuzen, Tiel en Woerden. Daar hoor ik iedere keer terug dat a de zorg onder druk staat, maar ook dat b regionale bestuurders en inwoners zich vrij machteloos voelen bij wat er met de zorg in hun regio gaat gebeuren.

Nogmaals dank voor alle inbrengen. Ik ga nu proberen om de vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Dat doe ik in de volgorde waarin de inbrengen hebben plaatsgevonden. Volgens mij is dat het makkelijkst. Voorzitter. Ik begin met het eigen CDA. Meneer Slootweg vroeg of de algemene maatregel van bestuur van de Minister niet een veel directere manier is dan het involveren – zo noemt hij het – van institutioneel belanghebbenden, omdat belanghebbenden zoals patiëntenverenigingen ook een deelbelang kunnen hebben. Bij de algemene maatregel van bestuur van de Minister gaat het alleen over de acute zorg. Bij wijzigingen in de acute zorg moet dus consultatie plaatsvinden. Ik vind het belangrijk dat de permanente betrokkenheid van zowel regionale bestuurders als patiëntenverenigingen wordt geborgd. Natuurlijk moet je dan ook ergens doorzettingsmacht kunnen hebben. Dat is ook de reden waarom wij vinden dat de Minister wat meer regie zou moeten hebben. Ten aanzien van dit punt kunnen wij ons daarom voorstellen dat de Minister ook sancties kan opleggen als de algemene maatregel van bestuur niet wordt gevolgd.

De tweede vraag van de heer Slootweg was hoe ik kijk naar de andere vormen van gesprek. Ik heb net gesproken over de aansluiting van patiëntenverenigingen en regionale bestuurders bij het ROAZ, maar ik zou ook de zorgtafel willen noemen, die in Drenthe is uitgevonden. Daar zie je dat er, doordat mensen elkaar veel beter leren kennen, eerder samenwerking tot stand komt. Daar worden niet zozeer besluiten genomen, maar wel zie je dat er, waar in het verleden onbekend onbemind was, nu ook mooie initiatieven tot stand kunnen komen en men elkaars problemen beter begrijpt. Wij vinden al dit soort overleggen ook heel goed passen bij polderland Nederland.

De derde vraag van de heer Slootweg was hoe het zit met de Autoriteit Consument & Markt. Waarom wil ik die alleen om voorlichting vragen? Wij gaan nog in deze Kamer spreken over de Wet marktordening gezondheidszorg. Als het goed is, gaan elementen die nu bij de NZa zitten dan naar de ACM. We hopen dat de ACM daarbij niet alleen financieel-economisch naar samenwerking kijkt, maar juist ook kwalitatief naar de leefbaarheid en de bereikbaarheid van zorg in de regio. Voorzitter. Ik wil overgaan naar de vragen van D66.

**De voorzitter:**

Een moment, want dit vraagt om een interruptie van mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat geeft me de kans om een vraag te stellen die ik in eerste termijn niet kon stellen en die aansluit bij de vraag van de heer Slootweg: hoe organiseer je permanente betrokkenheid van patiënten? Ik ben benieuwd, maar misschien overval ik mevrouw Van den Berg: zijn er voorbeelden uit het buitenland waar al georganiseerd is dat patiënten op een goeie manier structureel betrokken zijn bij de inrichting van de zorg, dus waarvan we wat kunnen leren?

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

Ik heb wel gekeken welke elementen ik in het buitenland tegenkwam. Ik heb daarbij met name een verschil in financiering gezien. Daarin zie je grote verschillen tussen Nederland en andere landen. Ook zijn er andere eigendomsverhoudingen. In Duitsland zijn bijvoorbeeld heel veel ziekenhuizen nog van de kerk, of wordt althans de kerk gevraagd om het te regelen. Daardoor is er indirect een heel andere populatie bij betrokken. Maar als mevrouw Ellemeet vraagt of ze het in bijvoorbeeld Frankrijk ook op deze manier hebben geregeld: dat weet ik niet. Misschien heeft de Minister daar informatie over. Maar ik vond het voorbeeld van Duitsland met name interessant, omdat het een land is met een hoge cultuur van

Mitbestimmung, ook op andere terreinen. Dat betreft met name de medezeggenschap over de zorg waarnaar ik heb gezocht.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Afrondend zou ik onze adviseur van vanmiddag willen vragen of hij voorbeelden weet uit het buitenland van de betrokkenheid van patiënten.

**De voorzitter:**

Dat is genoteerd door de adviseur, dus dat wachten we met spanning af. Mevrouw Van den Berg, gaat u verder.

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

Voorzitter. D66 vroeg: wat gaat het betekenen voor het wetenschapsbudget en opleidingsplaatsen als we meer stageplaatsen willen in de regio? We hebben inderdaad gezegd: er zijn geen financiële effecten. We hebben met name macro-economisch gekeken. Dan zijn er geen financiële effecten. Maar als er stagegeld van ziekenhuis A naar ziekenhuis B gaat, heeft dat voor dat ziekenhuis wel effecten. Ik wil daarbij wel benadrukken dat je die contacten ook anders kunt organiseren, bijvoorbeeld als een arts van een topklinisch ziekenhuis spreekuur houdt in een regionaal ziekenhuis en dan zijn arts in opleiding meeneemt. Ik mocht onder anderen samen met mevrouw Ellemeet aanwezig zijn bij het congres van de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen. Daar werd ook expliciet gevraagd of men bereid is om buiten de Randstad te werken. Er was eigenlijk een heel grote betrokkenheid en bereidheid om dat te doen. Onbekend maakt onbemind. Dus vandaar dat wij die contacten belangrijk vinden. Nogmaals, dat kan dus ook doordat iemand met een arts meegaat. Niet altijd hoeft de patiënt naar de arts, de arts kan ook naar de patiënt.

De andere vraag ging over het verplichten. Nou, verplichten doet het CDA liever niet. Ik zou liever zien dat het maatschappelijk middenveld tot een oplossing komt. We hebben ook gesproken met artsen. Artsen hebben aangegeven dat je wel moet voldoen aan de opleidingseisen. Ook daar merk je dezelfde discussie als die welke we bij de kwaliteitskaders hebben gehad: in hoeverre zijn de regionale ziekenhuizen betrokken bij het vaststellen van die opleidingseisen? Want ook daar zien we dat het heel erg per beroepsgroep gebeurt en zelfs per specialisme en dat er steeds meer specialismen bijkomen die allemaal hun eigen eisen gaan stellen. Ook daarvan zouden we willen zeggen: kijk nou hoe je samen wellicht tot andere uitkomsten kan komen.

Verder is gevraagd in hoeverre we ertoe bereid zijn dat er nog andere ziekenhuizen zouden sluiten en of de productie eerlijker kan worden verdeeld omdat de tweedelijnszorg afneemt. Het is een terecht punt dat de heer Raemakers zegt dat de nota nogal op de tweedelijnszorg is gericht maar dat er ook veel meer naar de eerstelijnszorg moet worden gekeken. De reden waarom de focus op de tweedelijnszorg is gelegd is er ten eerste in gelegen dat je wel een heel grote nota zou krijgen als je de hele eerstelijnszorg er ook bij gaat betrekken en ten tweede in het feit dat de zorg en de discussies van het afgelopen jaar met name over die tweedelijnszorg plaatsvonden en dan vooral de acute zorg. Denken wij dat het ziekenhuis zoals dat nu is, er over tien jaar nog hetzelfde uit zal zien? Nee, sterker nog, als een ziekenhuis er over tien jaar nog zo uitziet als vandaag, dan hebben we een groot probleem in die regio. Dus er moet veel meer samenwerking komen evenals netwerken. En wat de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen naar voren hebben gebracht: misschien wordt het regionale ziekenhuis wel een regionaal gezondheidscentrum. Alle innovaties die mogelijk zijn om veel meer thuisbehandelingen te doen of

anderhalvelijnszorg te realiseren, vinden wij prima, maar het gaat erom dat er een plan achter zit en dat het niet alleen maar wordt overgelaten aan de verwachting dat zorgaanbieders er onderling wel uit komen en de boel gaan verdelen. Het gaat erom dat de patiënt hierbij het centrale punt is en dat zorg in de regio het uitgangspunt is om dit op te zetten.

De heer **Raemakers** (D66):

Hier wil ik graag op interrumperen omdat het ook onze meest fundamentele kritiek op de nota van mevrouw Van den Berg was. Ik had toegelicht dat wij er heel positief tegenover staan maar dat dit eigenlijk onze fundamentele kritiek is. Mevrouw Van den Berg beantwoordt dat deels door te zeggen: we hebben in deze nota vooral op de tweedelijnszorg gefocust want het afgelopen jaar gingen de discussies daar vooral over. Daarop zou ik dan als reactie willen meegeven dat als wij in de politiek ergens een discussie van maken, dat niet altijd wil zeggen dat dit 100% terecht is. Misschien hebben wij allemaal, dus wij ook, het afgelopen jaar wel een aantal dingen over het hoofd gezien of aan een aantal dingen nog onvoldoende aandacht gegeven. Dus het argument dat het het afgelopen jaar veel heeft gespeeld in de discussie, is voor D66 geen voldoende rechtvaardiging om de eerstelijnszorg nu even buiten het verhaal te houden. Wij zien een noodzakelijk verband. Is mevrouw Van den Berg, gelet op die ontwikkelingen die in een aantal regio's spelen, waarbij je ziet dat huisartsen heel succesvol zijn in het terugdringen van de verwijzingen en er in de anderhalvelijnszorg ontzettend interessante dingen starten, er dan van overtuigd dat de huidige afspraken van de hoofdlijnenakkoorden voldoende zijn? Of staat zij ervoor open om die misschien de komende jaren strakker te gaan afspreken of meer regie bij bepaalde partijen neer te leggen? Hoe ziet zij dat?

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

Wij zien zeker dat er wel meer regie nodig zal zijn. Als meneer Raemakers vraagt of de nota nu gemaakt is omdat wij er hier in de Kamer veel over gesproken hebben, dan zeg ik: nee, de nota is gemaakt omdat ik hierover vanuit het land en vanuit werkbezoeken allerlei verontrustende berichten heb gekregen. Wij maken hier in de Kamer inderdaad misschien soms wel iets tot nieuws waarvan de burger in het land denkt: dat is wat mij betreft iets minder belangrijk. Het gaat mij echt om de zorgen die ik heb ontvangen, per mail, maar ook tijdens werkbezoeken en in gesprekken die ik heb gevoerd. Er zijn met name zorgen rondom de tweede lijn. Ik hoop van harte dat op basis van het hoofdlijnenakkoord partijen zelf tot een eerlijke verdeling komen, zoals ik dat noem. Maar ik heb in de nota ook aangegeven dat ik de ontwikkeling zie dat topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen in feite de regionale ziekenhuizen leegroven. Voor mij is die borging en bereikbaarheid van zorg in de regio enorm belangrijk. Dus als dat gesprek onderling niet tot voldoende resultaat leidt, dan wil ik graag meer regie van de Minister. Ik kom daar straks bij een andere vraag ook nog op terug. Maar ik heb recent ook nog Lelystad en Hoogeveen bezocht, waar ik ook met bestuurders sprak. De Minister handhaaft al via die algemene maatregel van bestuur die formeel nog aangenomen moet worden, maar die bestuurders zeiden: wij als bestuurders moeten vechten om een plek, vechten om een gesprek te hebben en vechten om een inbreng te kunnen doen. Ze zeiden: we hangen aan de laatste mem. En dat is toch een situatie die wij graag gekanteld zouden willen zien.

De **voorzitter**:

De heer Raemakers, afrondend.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik vind het inderdaad interessant hoe mevrouw Van den Berg dat noemt. Zij zegt dat academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen dan een deel van de algemene ziekenhuizen leegroven, om het zo maar even aan te geven. Ik snap het punt dat zij daarmee wil aangeven. Ik denk ook dat dat een risico is. Ik denk dat mevrouw Van den Berg terecht zorgen heeft over de positie van de acute zorg. Dat betreft ook het punt dat de heer Slootweg eerder al heeft gemaakt: voor hele specialistische zorg die je kunt plannen, ben je misschien best wel bereid om honderd kilometer of nog verder te reizen. Maar als het gaat over acute zorg, dan wordt dat lastiger. Dus ik zou op dat punt wel iets willen vragen aan mevrouw Van den Berg. Ik haalde het niet zo uit de nota, maar als het specifiek gaat over de acute zorg, en dan hebben we het natuurlijk over de SEH's en de verloskunde, ziet zij daar dan ook interessante ontwikkelingen, bijvoorbeeld in de anderhalve lijn? Daarbij zegt men nu soms: oké, we hebben geen volwaardige SEH meer, maar een soort spoedpost die we kunnen combineren met een huisartsenpost. Of men heeft geen traditionele verloskunde meer, maar een soort geboortecentrum. Dus welke ontwikkelingen ziet zij in de acute zorg, die mogelijk ook een antwoord kunnen zijn op deze uitdaging?

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

Ik ga daar graag op in, maar mevrouw Ploumen heeft in die richting ook nog een paar vragen gesteld.

Ten eerste moeten we innovatie aan alle kanten gebruiken. Ik heb vorig jaar een demonstratie gekregen over 5G-technologie. Het is nu natuurlijk al mogelijk dat een arts vanuit het ziekenhuis de bloedwaarden en zo ziet die in de ambulance worden geprikt. Het is nu ook al mogelijk dat hij met...

Sorry! Ik zie dat mijn mobiel gaat, dus ik moet die oproep gelijk even wegdrücken.

Het is nu ook al mogelijk dat hij met een camera mee kan kijken in de ambulance. Maar er is dus nu al technologie dat hij in het ziekenhuis zijn hand in een handschoen kan steken en dan aan jouw knie kan voelen in de ambulance. Al die vormen van nieuwe innovaties en mogelijkheden zouden we heel graag willen meenemen.

Ik heb eerder ook aangegeven dat 80% van de acute zorg niet complex is. Daarmee bedoel ik dat een ervaren spoedeisendehulparts dat kan afhandelen, zonder dat hij daarbij zijn collega-specialisme, zoals een cardioloog of neuroloog of wat dan ook, nodig heeft. Ik heb in een eerder debat ook aan de Minister gevraagd: kunt u kijken naar een nieuw niveau van spoedeisende hulp? Dat zou «niveau 4» kunnen zijn, of hoe we het dan ook noemen. Maar een spoed-huisartsenpluspost, is wat mij betreft echt te laag. Ik ben recentelijk nog in Hoogeveen geweest, op verzoek van de commissaris van de Koning. Ik heb geleerd dat men in Hoogeveen straks nog wel een spoedpost heeft, maar dat daar maar 30% behandeld kan worden van wat er oorspronkelijk werd behandeld. Dat zo'n spoedpost misschien niet op alle uren open is, kan ik best begrijpen. Als er 's nachts maar één patiënt komt, moet je nadenken over hoe je het voor die ene patiënt anders kan inrichten. Iemand zei tegen mij: ook acute zorg is zeer voorspelbaar, maar niet planbaar. Wanneer de pieken zijn, weet men precies; men weet alleen niet welke soort casus er dan binnenkomt. Wat de aantallen per jaar zijn, weet men; men weet vooraf hoeveel pizzakoeriers in Rotterdam een fietsongeluk krijgen, maar men weet niet op welke dag het gebeurt.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

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

Dan ben ik nu bij de vragen van mevrouw Ellemeet van GroenLinks. Zij vroeg naar het maatschappelijk debat: hoe kan je dat doen? Wat mij betreft is de zorgtafel daar een heel mooi instrument voor. Daar worden niet zozeer besluiten genomen, maar daar leert men wel elkaars problemen kennen en daar leert men elkaar überhaupt kennen. Op basis daarvan kunnen groepen zeggen: we kunnen dit en dat verder oppakken. Daarnaast kan je, als je in de ROAZ een permanente vertegenwoordiging krijgt van zowel regionale bestuurders als patiënten of enige vertegenwoordiging daarvan, ook daar al veel eerder aangeven welke ontwikkelingen je ziet. Ik voeg vraag vier, over de populatiesamenstelling, hier even bij. Ik ben het helemaal eens met mevrouw Ellemeet dat je ook moet kijken naar de sociaaleconomische status en de ervaren gezondheid; je moet niet alleen naar leeftijd, maar ook naar chronische ziektes kijken. Dat kan per regio namelijk enorm verschillen. Die beelden zouden bepalend moeten zijn. We moeten zien dat de informatie van het RIVM, de patiëntenverenigingen, de zorgverzekeraars, het NIVEL en de ziekenhuizen samenkomt en dat zij niet de kaarten tegen de borst houden. Zo kun je het beste regiobeeld krijgen. Om dat te realiseren, vraag ik de Minister om daar regie op te houden.

Mevrouw Ellemeet vroeg wat ik bedoel met een eenduidige organisatie. Amsterdam is echt heel anders dan Terneuzen. Ik heb het weleens eerder genoemd: het aantal baby's op Urk en in Terneuzen. Er zijn 400 baby's op 20.000 inwoners op Urk en er zijn 700 baby's in heel Zeeuws-Vlaanderen, met meer dan 100.000 inwoners. Daar is de afspraak dat alle baby's in het ziekenhuis worden geboren. Op basis van de regiobeelden moet je misschien tot andere afspraken komen, maar dan moet je dus ook wel financieren dat de vroedvrouw mee mag naar het ziekenhuis, want die heeft iemand al die maanden begeleid. Daar moeten zorgverzekeraars dan ook wel flexibel mee om kunnen gaan. Vandaar dat we zeggen: kijk nou naar de regio, kijk naar wat daar nodig is en hoe je het op een andere manier kan inrichten, waarbij je wel goede zorg realiseert.

**De voorzitter:**

Een ogenblik, er is een interruptie van mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik vind dit een heel interessant punt, en ook best radicaal voor het CDA, al sta ik daar helemaal niet negatief tegenover. Volgens mij zegt mevrouw Van den Berg dat de behoeften per regio verschillend kunnen zijn, wat betekent dat je kan afwijken van één standaard. Dat is wat mevrouw Van den Berg zegt, als ik haar goed begrijp. Je kan vinden dat in een bepaalde regio iedereen in het ziekenhuis moet bevallen en in een andere regio niet. Dat is heel anders dan hoe we het nu georganiseerd hebben, want nu hebben we toch meer vaste landelijke kaders, waar iedereen zich aan moet houden. Dan ga je de regie voor de inrichting van de zorg echt veel meer bij de regio leggen. Dat zal ook wat betekenen voor het besteden van de financiële middelen, want dan maak je gewoon andere keuzes. Hoe ziet mevrouw Van den Berg dat? Dan moet je het zo organiseren dat het kan en dat inderdaad alle zorgverzekeraars bereid zijn mee te gaan in de verschillen per regio. Of je zou kunnen zeggen dat populatiebeposting logischer is, want dan moet je met de regio bekijken hoe je het budget dat je voor de regio hebt gaat besteden. Heeft mevrouw Van den Berg daar ideeën over?

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

Wij vinden het wel heel belangrijk dat er een innovatieprikkel en een verbeterprikkel blijft. Het lijkt ons niet goed voor de innovatie dat één zorgverzekeraar maar moet zeggen wat er allemaal in de regio gaat gebeuren. Je moet wel kijken hoe je voor dit soort zaken tot een gemeenschappelijke oplossing kunt komen. Volgens mij heeft Minister Bruins een



paar maanden geleden voor Lelystad zelfs nog geregeld dat alle zorgverzekeraars hetzelfde bedrag gingen vergoeden, ook voor de begeleiding van de vrouwen. Daar zaten nogal wat verschillen tussen. We vinden het dus wel belangrijk dat dit op een gelijksoortige manier gebeurt. Om de zorg betaalbaar te houden, maakt dat nogal wat uit. Acute verloskunde vraagt natuurlijk om al die specialisaties die aanwezig moeten zijn voor het geval er iets met moeder of kind niet goed gaat. Om dat in dit geval veilig te regelen, zeggen we: we hebben die bevallingen in het ziekenhuis. Als er niks aan de hand is, is de moeder al binnen een dag weg en heeft ze voor haar gevoel in de huiskamer gezeten. Als het iets tegenzit, trekt de vroedvrouw de kast open, want daar zitten andere dingen in dan bij ons thuis in de kast. Als het echt nodig is, zijn al die specialismen van het ziekenhuis zeer bereikbaar aanwezig. Voor de regio is ook de betaalbaarheid belangrijk, maar met creativiteit kun je heel veel organiseren, net zo goed als dat veel vaker een arts naar een patiënt kan komen in plaats van dat de patiënt altijd maar naar de arts moet gaan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind het een heel interessante gedachtegang. Volgens mij zijn we er nog niet helemaal. Dat hoeft ook niet, maar we kunnen erover doordenken: hoe ga je dit organiseren? Ik kan me voorstellen dat je ook meer draagvlak voor de organisatie van zorg krijgt in de regio, als je zegt: we hebben heel goed geluisterd wat de wensen zijn, en we doen het hier net even anders. Je ziet het veel verder doorgevoerd bij de decentralisaties, waarbij we de gemeenten heel veel vrijheid hebben gegeven om een deel van de zorg te organiseren. Daar heb je ook weer de discussie of je het helemaal moet vrijlaten of dat je toch bepaalde minimumgaranties wilt waarop iedereen aanspraak kan maken. Ik vind het dus een interessante gedachte. Volgens mij heeft mevrouw Van den Berg een start gemaakt met dat onderdeel in deze nota, maar kunnen we daar nog gezamenlijk over doordenken.

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

Een andere vraag van mevrouw...

De **voorzitter**:

De laatste zin van mevrouw Ellemeet bevatte nog een vraag. Of niet? Niet echt, oké. Gaat u verder.

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

Het was een uitnodiging tot samenwerking. Daar kijk ik altijd naar uit. Mevrouw Ellemeet zei ook dat doorverwijzen in de regio minder gebeurt. Het ging met name over zelfverwijzers. Dat zijn mensen die uit zichzelf naar het ziekenhuis komen. In Goes is dat maar 3%. Ik ken de cijfers niet precies, maar in ziekenhuizen in grote steden kan het enkele tientallen procenten zijn. Een arts spoedeisende hulp vertelde mij zelfs dat er iemand kwam met een ingegroeide teennagel. Dat is zelfs bij de huisarts geen spoed. Daarbij hebben wij wel het probleem dat de spoedeisende hulp geen hulp mag weigeren. Dus die mensen met die teennagel zeggen dan: ik wil gewoon dat jij mij helpt. Ik vind dat wij er met elkaar eens naar moeten kijken hoe we dat op een andere manier kunnen inrichten, ook om de acute zorg te ontlasten. In hoeverre kan zorg worden geweigerd als die niet acuut is of als het echt huisartsenzorg is? In die heel grote ziekenhuizen kom je aan één balie. Dan kijken ze en zeggen: ga naar links, daar is de huisarts. Rechts is dan de arts voor spoedeisende hulp. Dat is in de regio natuurlijk niet het geval. Maar je ziet dus in de regio dat de mensen daar veel meer zelfdiscipline hebben, want als ze naar het ziekenhuis toe komen, dan is er ook echt wel wat aan de hand. Volgens mij heb ik het er net over gehad dat 80% van de zorg wel acuut is, maar niet complex. Ik ben ook in antwoord op de vragen van de heer Raemakers al even



ingegaan op de «ervaren spoedeisende hulp»-arts. Die kan 80% van de acute zorg in zijn eentje afhandelen. Daar heeft hij dus niet zijn collega-specialisten voor nodig. Daar zou ik graag meer naar willen kijken. Mevrouw Ellemeet vraagt wat we doen met de macht van de ziekenhuizen en hoe we die kunnen doorbreken. Nogmaals, ik hoop oprecht dat ziekenhuizen daar zelf onderling met akkoorden naar gaan kijken. Ik heb vorige week een VSO aangevraagd over de bijzondere beschikbaarheidsbijdrage voor academische ziekenhuizen. Dat staat volgens mij gepland voor woensdagmorgen. Dat VSO heb ik ook aangevraagd omdat ik juist op dit punt nog wel een stapje wil maken richting die academische ziekenhuizen. Hoe kun je het publieke belang daarvan beter borgen en hoe kun je zorgen dat de regionale ziekenhuizen daarin een betere positie krijgen?

Ook de zorgverzekeraars hebben volgens mij soms te weinig informatie om goed bij de ziekenhuizen de inkoop te kunnen doen. Veel ziekenhuizen, zo zegt mevrouw Ellemeet terecht, kunnen in feite tegen die zorgverzekeraar zeggen: zonder mij kun je niks. Maar die zorgverzekeraar heeft dan te weinig informatie waarop die kan sturen, door bijvoorbeeld erop te wijzen dat een ander ziekenhuis iets toch aanmerkelijk beter doet. Dat proces zouden wij graag willen bevorderen.

Mevrouw Ellemeet had ook nog een vraag over de zorgtafel. Volgens mij heb ik dat al toegelicht. Over stages en wat de mening van artsen is, hebben we het volgens mij net ook al gehad. We hebben samen bij dat congres van die aspirant-huisartsen gestaan. Een arts kan dus ook naar de patiënt toe. Ook zo kun je de regionale ziekenhuizen veel meer bij de opleiding betrekken.

Dan ga ik naar de vragen van de VVD. Gevraagd is naar de regiobeelden die gemaakt worden. Dat vinden ze prima. Drenthe en Zuidoost-Groningen hebben die beelden nu. Daar is geen Haagse regie voor nodig, want anders krijg je «one size fits none». Daarover ben ik het dan toch niet eens met meneer Veldman. Wij vinden dat juist heel belangrijk. Die regiobeelden zullen er qua inhoud verschillend uitzien, maar qua opbouw vinden wij het belangrijk dat ze wel hetzelfde zijn, juist om te bevorderen dat je een lerende cultuur krijgt en zodat je zaken kunt vergelijken. Ik noem even een voorbeeld. Ik ben nu een paar keer in Drenthe geweest en heb daar ook gesproken met de ambulancedienst. Die gaven aan: vroeger hadden we één keer in de week een ziekenhuisstop; nu hebben we twee keer per dag een ziekenhuisstop. De directeur vertelde mij: Joba, het is de afgelopen maanden zelfs vier keer per dag geweest. Als je die regiobeelden niet op een eenduidige manier opbouwt, dan kun je dit soort zaken niet goed in kaart brengen en dat vinden wij erg belangrijk om tot een goede spreiding en een lerende cultuur te komen.

De heer **Veldman** (VVD):

Misschien mag ik mevrouw Van den Berg dan vragen of zij nader kan aanduiden wat zij verstaat onder «opbouw». Het is goed om te horen dat wij het met elkaar eens zijn dat de inhoud kan verschillen. Terecht, lijkt me, want anders leg je een soort blauwdruk over Nederland waarbij iedereen in hetzelfde malletje moet passen. Maar wat bedoelt zij dan met «opbouw»? In haar eerste aanbeveling in de nota schrijft zij: geef nou onder andere de gemeenten een plek aan tafel. Ik deel de oproep dat je gemeenschappelijk en in samenwerking moet bepalen wat er nodig is en wat het aanbod is. Je moet gezamenlijk dat regiobeeld ontwikkelen. Maar dat is iets anders dan dat je verplicht een aantal mensen aan tafel zet. Want het simpele feit dat er een verplichting ligt om aan tafel te zitten, maakt de wereld niet beter, is mijn ervaring. Sterker: hoe meer mensen aan tafel, hoe ingewikkelder het vaak wordt. Dus wat bedoelt zij dan concreet met «opbouw»?

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

Daar zitten twee elementen aan. Aan de ene kant het medezeggenschaps-gedeelte. Ik wil niemand tegen zijn zin gelukkig maken, dus als patiëntenverenigingen zeggen helemaal niet aan tafel te willen bij een ROAZ in de regio, moeten ze dat niet doen. Maar medezeggenschap betekent dat regionale bestuurders en de patiëntenverenigingen permanent aan tafel zitten bij een ROAZ, waar ze de ontwikkelingen, met name in de acute zorg in hun regio, goed kunnen volgen.

Dan het regiobeeld. Dat bevat veel feiten en cijfers. Daar gaat het erom dat we in alle regio's zeggen: we hebben de cijfers van het RIVM, we hebben de cijfers over de sociaaleconomische status, we hebben de cijfers over de ervaren gezondheid, we hebben de cijfers over de leeftijdsopbouw, we hebben de cijfers over de chronische ziektes, we hebben de cijfers over de afstanden tot de ziekenhuizen, we hebben de cijfers over het aantal stops die plaatsvinden. De uitkomst kan dus per regio zeer verschillen, maar de elementen die je gebruikt om zo'n regiobeeld te maken, willen wij eenduidig hebben. Als dat niet goed van de grond komt, vinden wij dat de Minister daarop moet ingrijpen. Of hij dat nu zelf doet of het aan het Zorginstituut vraagt: er zijn veel wegen die naar Rome leiden. Maar we willen wel dat daar meer centrale regie komt.

**De voorzitter:**

Oké. Gaat u verder, mevrouw Van den Berg.

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

Dan de tweede vraag van de heer Veldman. Er kan steeds meer thuis, anderhalvelijnszorg, maar ook zelfs echt thuisbehandelingen. Hoe zien wij daarbij de rol van het streekziekenhuis in de toekomst? Het kan toch niet zo zijn dat we dat in stand houden ten koste van het aantal huisartsen? Dat is zeker niet de bedoeling. Ik heb net al aangegeven dat er volgens mij iets misgaat als een ziekenhuis er over tien jaar nog net zo uitziet als nu. De samenwerkende algemene ziekenhuizen zeggen dat ze veel meer toe moeten naar gezondheidscentra en integratie, en alles wat in de anderhalve lijn kan, dat kan. Maar wij willen wel dat gestopt wordt dat topklinische en academische ziekenhuizen de basiszorg naar zich toe blijven trekken die in de regio kan plaatsvinden.

Dan had de heer Veldman nog een vraag over medische richtlijnen, volumenormen en het probleem in de regio hoe je de balans bewaart tussen kwaliteit en reisafstand. Vooropgesteld: wij willen niet dat we straks A-patiënten en B-patiënten hebben, want iedereen betaalt in dit land dezelfde premie, dus iedereen heeft in die zin ook dezelfde rechten. Maar er kunnen wel verschillen zijn in hoe we dat organiseren in een regio. Plus heb ik eerder bepleit, in een aangenomen motie, om voordat er besloten wordt of een kwaliteitskader geïmplementeerd en geaccepteerd gaat worden, niet alleen een budgetimpactanalyse te doen, zoals nu al gebeurt, maar ook een leefbaarheidsanalyse. Dan kijken we dus wat dat specifieke kwaliteitskader betekent voor de zorg in die regio. Vorig jaar hebben we uitgebreide discussies gehad over het kwaliteitskader betreffende intensive care. Uiteindelijk is daar, mede dankzij de steun van de collega's, uitgekomen dat in de regio het hoe anders ingevuld kan worden en dat de intensivist ook op de acute as in het algemeen ingezet kan worden.

Dus we zouden die leefbaarheidsanalyse willen hebben voordat er tot een besluit wordt gekomen. De Minister heeft daar toen een brief over geschreven naar de NZa en het Zorginstituut. Het deed me in ieder geval deugd dat ik op 14 juni jongstleden in een panel mocht zitten waar het Zorginstituut de motie over de leefbaarheidsanalyse eigenlijk als centraal thema had en waar het gesprek aan werd gegaan met artsen en mensen uit de regio over de vraag hoe je kan zorgen dat er een eerlijke verdeling is in het land en hoe je daar ruimte aan kunt geven. Ook hierbij zou ik

willen herhalen dat de dokter ook naar de patiënt kan in plaats van dat de patiënt altijd naar de dokter moet.

Een terechte discussie is eerder geweest, zoals de heer Veldman of de heer Slootweg volgens mij aangaf, dat iedereen begrijpt dat je voor hoogcomplexere, planbare zorg misschien heel ver moet reizen. Daar hebben mensen over het algemeen geen problemen mee. Ik denk dat het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis of het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie daar heel goede voorbeelden van zijn. Geen enkele ouder zit ook maar een minuut te twijfelen. Die denken «ik ga naar Utrecht, punt» of «ik ga naar Amsterdam». Maar het Máxima kijkt ook naar de verdere behandeling in de zin van: die kunnen we misschien wel verder in Groningen of Maastricht doen, door goede samenwerking, door netwerken, doordat wij artsen daar opleiden. Dan breng je de basiszorg weer naar de patiënt toe en maak je de zorg bereikbaar.

Ik heb het net al gehad over nieuwe technieken. Zo zullen we aan alle kanten zien hoe je gebruik kunt maken van innovatie en nieuwe technieken, maar ook dat burgers veel beter geïnformeerd worden over welke zorg waar is. Want soms rijdt een inwoner in paniek naar een ziekenhuis. Het helpt als hij weet: voor die en die gevallen moet ik eigenlijk in een heel ander ziekenhuis zijn. Nogmaals, de Minister is verder op mijn verzoek in kaart aan het brengen hoeveel stops er per ziekenhuis zijn. Dat baart mij veel zorgen omdat dat alleen maar laat zien dat de acute zorg in heel veel ziekenhuizen overbelast is. Soms is dat puur omdat er geen uitstroom uit de gewone afdelingen is wegens gebrek aan anderhalvelijnsbedden. Zo werkt het door in de hele keten.

Voorzitter. Dan zou ik graag naar de antwoorden op de vragen van de PvdA willen gaan als de heer Veldman tevreden is. Mevrouw Ploumen had drie vragen. Zij had het met name over de regie van de centrale overheid. Mijn pleidooi is om het zo veel mogelijk in de regio op te lossen. Dat is onze eerste oplossingsinstek, maar het kan zijn dat dat niet kan of dat men er regionaal niet uitkomt. Dan is dus die centrale regie nodig, of door de Minister of door het Zorginstituut. Als er maar geen besluit tot stand komt of als je merkt dat bepaalde partijen helemaal niet gehoord worden, dat de boedel verdeeld wordt tussen de zorgaanbieders zonder betrokkenheid van degenen voor wie we het allemaal doen, dan vinden wij inderdaad dat de Minister of een ander aan wie dat wellicht is uitbesteed, centraal moet kunnen ingrijpen.

Mevrouw Ploumen vroeg naar de rol van de patiëntenverenigingen. Die vinden dat soms best ingewikkeld. Nogmaals, het is niet mijn bedoeling dat ik mensen of verenigingen tegen hun zin gelukkig maak. Dus als men dat niet wil, moet men zeker niet participeren, maar ik vind het in ieder geval heel belangrijk dat inwoners en met name patiënten vertegenwoordigd zijn en dus een stuk medezeggenschap hebben op de organisatie van de zorg. Ik denk dat je patiëntenverenigingen daar ook in kunt ondersteunen. Dat zouden we samen met de centrale federatie kunnen oppakken, juist omdat patiëntenverenigingen vaak ook ideeën hebben over innovatie en over hoe je patiëntenzorg op een andere manier zou kunnen geven.

Mevrouw Ploumen was verrast dat 80% tot 90% van de acute zorg niet complex is. Het is niet zo dat een huisarts dat dus allemaal kan, maar een ervaren spoedeisendehulparts kan in z'n eentje 80% tot 90% van de spoedeisende hulp afhandelen. Nogmaals, wij vinden het heel belangrijk dat inwoners beter weten waar welke zorg beschikbaar is en dat je ook kan zeggen: niet op alle uren is altijd alles bereikbaar. Als er gemiddeld maar een of twee patiënten in de nacht komen, moet je daar misschien toch andere afspraken met elkaar maken. Het is dan wel belangrijk dat bekend is wat dan waar is. Nogmaals, dat is ook de reden dat wij aan de Minister hebben gevraagd om niveau 4 van spoedeisende hulp te onderzoeken en dat alle spoedeisendeafdelingen verplicht worden om aan

het registratiesysteem van NEED deel te nemen. Je krijgt daarmee namelijk veel beter inzicht in de aard van de acute zorg waaraan behoefte is.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen van de SP. De SP vroeg wanneer we het een goed alternatief vinden, wanneer ik tevreden ben. Ik ben tevreden als ik merk dat een oplossing wordt gedragen in de regio, dat er draagvlak is, dat de regio betrokken is geweest en dat je, bijvoorbeeld ook in de regio, dus geen enorm hoge cijfers ziet van het aantal stops bij acute zorg. De SP heeft ook gevraagd of de 45 minuten norm niet veel korter moet, namelijk 20 minuten. Veel liever zou ik willen kijken naar hoe je goede zorg kan realiseren. Dat kan een combinatie zijn van afstand, van innovatie en van kwaliteit. Ik heb net al het voorbeeld van die handschoen genoemd. Een arts kan in het ziekenhuis zijn hand in die handschoen steken en vervolgens tegen de ambulance zeggen of het een complexe breuk is. Als dat het geval is, kan hij zeggen: rijd maar gelijk door naar een topklinisch ziekenhuis, want hiervoor hoeft je niet eens naar een regionaal ziekenhuis te komen; wij kunnen dat niet behandelen. Er wordt gekeken naar de normen die er nu zijn, maar wij vinden het veel belangrijker dat wordt gekeken naar de spreiding van de zorg, naar innovatieve mogelijkheden en misschien ook naar verschillende afspraken per regio om dit in te vullen.

**De voorzitter:**

Ik wil even aan mezelf een interruptie toestaan namens de SP-fractie; laten we het maar even zo doen. U sprak over het aantal stops, bijvoorbeeld in het kader van uw ervaring in Hoogeveen, en zei: als er veel stops zijn, is dat eigenlijk niet goed; als er geen draagvlak is in de regio voor plannen, dan is dat eigenlijk toch problematisch. Het voorbeeld van Hoogeveen kent u, maar laat ik dan dat van Oost-Flevoland nemen. Daar zijn 2.300 bevallingen op jaarbasis en er wonen 185.000 inwoners, maar daar is geen acute verloskunde meer in het ziekenhuis in Lelystad. U heeft zelf de cijfers genoemd in Terneuzen, in Zeeuws-Vlaanderen. Daar zijn 100.000 inwoners en 700 bevallingen en daar is wel een volwaardig ziekenhuis. Vindt u die verschillen niet onverteerbaar? Er zijn natuurlijk lokale verschillen, maar dit is toch wel extreem. Zou er dan niet toch in Oost-Flevoland een oplossing gevonden moeten worden volgens uw normen?

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

Twee dingen daarover. Ten eerste is Terneuzen sowieso een gevoelig ziekenhuis qua afstand. Dus dat nog even los van de hele discussie; Terneuzen is gewoon een gevoelig ziekenhuis. Het CDA is zelf de initiator geweest van een motie die volgens mij Kamerbreed is ondersteund om de spoedeisende hulp in Lelystad open te houden, juist omdat we ook op Urk enorm veel bevallingen hebben. Urk heeft het hoogste geboortecijfer in Nederland. We gaan volgens mij als Kamer nog apart spreken over het rapport van de toekomstverkenner, die aangeeft dat het niet te organiseren is. Wij zouden in ieder geval de vraag willen stellen in hoeverre het voor die hele regio beter in kaart te brengen is, ook voor de mensen die er wonen, wat men waar kan krijgen en hoe snel men ergens kan komen. De toekomstverkenner heeft daar een heel dik rapport bij gevoegd over al die afstanden en tijden. Hij zegt ook: we kunnen het nu niet invullen, want we hebben daar de mensen niet voor. Daarover zullen wij zeker opnieuw de vraag gaan stellen of je dit op een andere manier kunt inrichten en of hier andere creatieve oplossingen voor zijn. Want juist met zo'n hoog bevallingscijfer is Lelystad een zorgpunt voor ons. Maar nogmaals, ook bij veel andere ziekenhuizen zijn er gewoon veel stops, los van de verloskunde. Dat is iets wat ik ten principale aan de orde wil stellen met deze nota.

**De voorzitter:**

Mag ik dan in ieder geval concluderen dat het CDA en mevrouw Van den Berg vinden dat het ziekenhuis in Lelystad eigenlijk een volwaardig ziekenhuis zou moeten zijn, inclusief acute verloskunde en spoedeisende hulp? Ik interpreteer haar antwoord als zodanig. Laten we daar even van uitgaan. Nu kwam uit het laatste debat en de laatste cijfers en verhalen – de heer Leerink heeft een toelichting gegeven aan de provinciale staten en alle raadsleden in die regio – naar voren dat de toezegging van de Minister over een budget van 4 miljoen, even los van de personele gevolgen, volstrekt onvoldoende is om een volwaardige acute hulp te organiseren. Dat zou in de orde van grootte van 10 miljoen moeten zijn. Dat zou wellicht nog gevalideerd moeten worden, maar als dat zo is, vindt het CDA dan dat die middelen er inderdaad zouden moeten komen in die bijzondere situatie? Want dat is Flevoland natuurlijk.

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

Over het specifieke voorbeeld van Flevoland gaan we nog apart spreken. Het CDA heeft vorige week ook aangegeven dat wij daar nog een apart overleg over willen hebben. Wij staan ervoor open dat het ziekenhuis niet terugkomt zoals het was. Juist omdat we nu eigenlijk opnieuw moeten beginnen, zouden we heel graag gebruik zien van alle nieuwe innovaties. Daarvoor zouden we Lelystad misschien ook als pilot kunnen gebruiken. Nogmaals, we komen hier nog apart op terug, maar uit de contacten die ik de afgelopen weken met Flevoland heb gehad, blijkt dat men het met name teleurstellend vindt dat er eigenlijk geen tijdpad is en geen geld is bestemd, dat er niet is gezegd: dan gaan we die en die innovatie doen en dan gaan we zo en zo bekijken of we misschien op een andere manier ook goede zorg kunnen organiseren. Daar zou ik het op dit moment even bij willen laten wat Flevoland betreft, omdat we daar graag meer in detail op terugkomen tijdens het debat over Lelystad.

**De voorzitter:**

Goed. Gaat u verder met uw betoog.

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

Voorzitter. Dan had de SP ook nog een vraag gesteld over de patiëntenverenigingen. Ze vroeg: hoe ga je de gevolgen concreet maken, en zou de lokale overheid niet heel veel meer moeten vertellen? Wij vinden dat de regio erbij betrokken moet zijn, dat je het juist ook binnen de regio zou moeten afstemmen en dat het niet alleen moet liggen bij één lokale overheid waar op dit moment het ziekenhuis staat, juist omdat je het in verbinding moet zien met de andere zorginstellingen. Wel zouden wij willen dat de Minister sancties kan opleggen als die consultatie niet of onvoldoende plaatsvindt. Ik heb net al aangegeven dat ik in ieder geval vanuit zowel Drenthe als Flevoland terugkrijg dat men uiteindelijk wel gehoord wordt, maar dat men niet het gevoel heeft dat men echt geconsulteerd wordt in dit hele proces. Dat vind ik wel van groot belang.

**De voorzitter:**

Oké. Nog één vraag op dit punt. U had het over sancties die de Minister eventueel zou moeten kunnen opleggen. Aan wat voor sancties denkt het CDA dan?

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

Ik heb nog geen concrete ideeën over welke sancties dat zouden zijn. Maar ik vind wel dat de Minister moet kunnen ingrijpen als hij aan alle kanten berichten krijgt dat mensen in feite alleen maar worden gehoord en niet geconsulteerd. Ik zou zeggen: maak dan even pas op de plaats, want dat hele proces van overleg moet eerst goed gerealiseerd zijn. Er wordt een alternatief beschreven, maar dat is er pas over drie maanden. Ik

vind het dan belangrijk dat we niet nu al gaan stoppen met wat we nu hebben als dat alternatief er nog niet is. Ik vind dat tijdpad, dat zaken goed op elkaar aansluiten, ook enorm belangrijk.

**De voorzitter:**

Was u klaar met uw beantwoording in de eerste termijn?

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

Volgens mij wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Ik kijk even naar de Kamerleden of zij ook klaar zijn. Ja? Dan is het woord aan de Minister voor de beantwoording van de vragen die aan hem zijn gesteld.

**Minister Bruins:**

Dank u wel, voorzitter. U heeft mij al een beetje streng aangekeken, want ik moest het kort houden. Dat zal ik proberen.

Ik begin met een woord van waardering aan mevrouw Van den Berg en de ondersteuning van mevrouw Van den Berg. Ik vind het een heel mooi thema, om te spreken over zorg in de regio. Ik zie dat aan de nota veel aandacht is besteed, evenals aan de reacties. Zo mag u het ook verwachten. Het is een thema dat ons veel bezighoudt, omdat het gaat over het organiseren van zorg dichtbij mensen. Zo willen we dat. Ik geloof dat het mevrouw Ellemeet was die zei dat we de zorg georganiseerd hebben in verschillende wetten en bij verschillende ministers, niet alleen bij VWS-ministers, maar er zijn ook raakvlakken richting Sociale Zaken. Wij hebben het dus complex gemaakt en wij hebben de dure opdracht om te zorgen dat weer wordt ervaren dat zorg georganiseerd is vanuit de burger, en niet vanuit alle instanties. Zo lees ik eigenlijk de nota van mevrouw Van den Berg, waarbij die aandacht in de regio er nadrukkelijk is. Ik vind dat een heel mooi thema en dat laat ons ook niet los, niet in deze kabinetsperiode, maar ook niet in de volgende. Die betrokkenheid van openbaar bestuur en inwoners aan de ene kant en zorginstellingen aan de andere kant, en de wijze om dat te organiseren, zullen ons de komende jaren echt nog veel bezighouden. Dat vind ik een ongelooflijk interessant thema. Dat vooraf.

En om dan maar het bruggetje te maken naar de eerste vraag die werd gesteld door de heer Slootweg: hoe zie je nou je rol daarbij, Minister? Ik heb eerder al eens gezegd dat wij een stelsel hebben waar je private partijen hebt en daaromheen publieke randvoorwaarden. Ik denk dat je van die publieke randvoorwaarden niet kunt zeggen dat dat nou eenmaal een gegeven is. Dat kun je ook niet zeggen van die private partijen, maar ik concentreer me nu even op de publieke randvoorwaarden. Ik denk dat die publieke randvoorwaarden zich blijven ontwikkelen. Die blijven de aandacht vragen van u, als wetgever, maar ook van mij. Daar moet u mijn actieve rol ook in zien. Ik heb een jaar geleden, bij het verschijnen van de hoofdlijnenakkoorden, gezegd: beschouwt u dit maar als mijn werk-agenda, dit is de route die ik op wil. Het kernthema daarin is: de juiste zorg op de juiste plek. De route die ik zoek is om met veldpartijen, nadrukkelijk met die partijen die in de zorg actief zijn, verzekeraars inclusief, patiëntenverenigingen inclusief, te zoeken naar evenwicht, zodat dat evenwicht tussen de private partijen en de publieke randvoorwaarden goed geborgd is en blijft. Daarover kunnen we natuurlijk van mening verschillen en moeten we het debat voeren. Zo nu en dan denk je dat we een goede stap gemaakt hebben met de hoofdlijnenakkoorden en dat we stapsgewijs kunnen overgaan op de uitvoering, maar als je dan een faillissement van twee ziekenhuizen meemaakt, is dat natuurlijk verschrikkelijk. Dat is verschrikkelijk voor de mensen die daar patiënt zijn, maar het is ook verschrikkelijk voor de mensen die daar werknemer zijn. Dat is de



verkeerde kant om, heb ik weleens gezegd. Als een zorginstelling zou omvallen, wat we niet hopen, maar het is niet uitgesloten want het is een private partij in ons stelsel, hoop je dat je de ontwikkelingen zo voor bent, dat je als er al een sluiting dreigt van tevoren kunt zorgen dat de zorg naar een ander instituut, een ander ziekenhuis of een andere zorgpartij kan worden omgelegd en dat we dat tijdig weten. Idem dito voor de medewerkers. We komen er nog apart over te spreken, maar om die regeling zo te maken, heb ik bijvoorbeeld gezegd dat ik, in goed Nederlands, een earlywarningsysteem wil hebben, dat ons, u en mij tijdig inzicht geeft. Want zo'n plompverloren faillissement wil ik nooit meer hebben. Het is een voorbeeld waarvan ik denk dat daarbij regie van mij verwacht wordt en waarbij ik die ook graag wil pakken.

Ik heb dus al de hoofdlijnenakkoorden, de zorg op de juiste plek en het earlywarningsysteem genoemd. Ook de concept-AMvB, waarover in de nota van de CDA-fractie is geschreven, wil ik hierbij noemen. Die hadden wij gemaakt naar aanleiding van het faillissement van de ziekenhuizen. Er is toen al aangekondigd dat die AMvB er zou moeten komen. Dat hebben we gedaan om gemeenten en inwoners te informeren en te horen. We willen niet alleen maar informeren en luisteren met de handen over elkaar zonder dat ze kunnen meepraten. We willen hen ook horen en consulteren. Je wilt namelijk graag dat mensen die ontwikkelingen meemaken. Dat hebben we opgeschreven in die concept-AMvB. Die is in consultatie geweest. De Kamer krijgt nog een nieuwe versie waarin we de AMvB ook zullen verbreden, waardoor die niet alleen geldt voor de acute zorg maar ook breder. Ik vind het belangrijk dat gemeenten en inwoners erbij worden betrokken.

Ik vind het ook op een ander punt van belang dat inwoners een rol krijgen, en wel in de rol van de patiëntenverenigingen en bij de totstandkoming van de kwaliteitsstandaarden; u weet dat. Die worden tripartiet samengesteld door zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenverenigingen. Ook langs die weg lijkt er dus soms een ver verwijderd verband te zijn. Maar ook langs die weg wil je zorgen dat de stem van de patiënt goed klinkt. Ik heb ook eens nagevraagd of dat iets is wat nebenbei gebeurt, of dat er een werkelijke instemming nodig is van de betrokken patiëntenvereniging. Men laat mij weten dat die stem van de patiëntenvereniging daar van belang is en ook wordt gehoord. Dat soort dingen vind ik van belang. Ook bij zo'n concept-AMvB mag u een actieve rol van mij verwachten.

U heeft in de eerste helft van dit jaar aan mij gevraagd of ik ook nog eens de ontwikkelingen voor medisch-specialistische zorg kan beschrijven. Dat heb ik gedaan in de brief die u in juli heeft gekregen. Ik heb de vrijheid genomen om een aparte brief te maken over de umc's, omdat ik denk dat die een speciale partij zijn in het stelsel. Zo heb ik ook een aparte brief gemaakt over ambulancezorg. Die brief kan ik mij goed herinneren, want ik krijg niet zo heel vaak complimenten vanuit de SP-fractie, maar hier meende ik een heel klein complimentje te hebben gehad van de heer Van Gerven. Die zei: het is fijn dat hij dat heeft gemaakt. Ik heb het op beeld opgenomen en het hangt uitgetikt boven mijn bed. Daarna kwamen weer allemaal dingen die niet deugen, maar een sprankje heb ik daaraan overgehouden, waarvan ik dacht: ja, ik heb iets te pakken.

Zonder die flauwekul: ik vind het van belang dat u ziet dat er voor al die thema's aandacht wordt gevraagd, soms op een wat hoger niveau en soms op een veel concreter niveau. Ik roep de debatten in herinnering over Slotervaart en Lelystad, waarin je echt soms op afdelingsniveau kon praten over een ziekenhuis. Mag het? Mensen vinden dat van belang omdat het gaat over zorg in hun buurt.

In de brief die u net vóór de zomer heeft gezien...

**De voorzitter:**

Een ogenblikje, want er is een interruptie voor u.

**Minister Bruins:**

Ik wou nog een dingetje over regie opmerken en dat is het laatste.

**De voorzitter:**

Oké, gaat uw gang.

**Minister Bruins:**

In de brief die u vóór de zomervakantie heeft gekregen over medisch-specialistische zorg, heb ik gewezen op het feit dat ik eigenlijk toe wil naar een houtskoolschets voor acute zorg, die ik in het voorjaar van 2020 wil maken. Ik zoek nog een beter woord, maar ik heb het houtskoolschets genoemd. De manier waarop deze Kamer in hele vriendelijke woorden heeft gesproken over bijvoorbeeld de ambulancebrief, is voor mij namelijk de aanleiding om te zeggen: ik wil eigenlijk opnieuw proberen om een soort houtskoolschets – ik wil het geen visiebrief noemen – over acute zorg te maken. Zo kunnen mensen zien dat wij zorgen dat er altijd acute zorg in hun regio is, in welke mate die er is en hoe we die dan willen organiseren. Zoiets zit in mijn hoofd. We moeten daar inderdaad rekening mee houden. De heer Slootweg noemde dat een matrix. Wij kunnen niet alles in Nederland in traumacentra regelen. Dat hebben we op tien plaatsen in Nederland geregeld. Prachtig! En nu verder. Welke spoedeisende hulp moet er dan zijn in een soort tweede ring en in een soort derde ring? Hoe organiseren we dat in heel Nederland?

Ik snap dat de heer Slootweg verwijst naar het experiment van de banken om overal een geldautomaat neer te zetten, waarmee ook een soort eenduidigheid van begrip is gecreëerd. Dat spreekt mij ook zeer aan. Ik zou dat element ook proberen mee te nemen in zo'n houtskoolschets. Ik denk namelijk dat Nederland dat van ons verlangt, niet omdat het zo ingewikkeld is vanwege geldkwesties, maar wel omdat de factor personeel van heel groot belang is. Dat speelt ons enorm parten en daarom denk ik dat daar een extra stap gezet moet worden.

Voorzitter, ik heb er een beetje veel woorden voor nodig, maar ik wil aangeven dat hier een actieve rol van een Minister wordt gevraagd en dat men die ook kan krijgen en beoordelen. Dat kunt u de komende anderhalf jaar van mij verwachten, want ik denk dat dit thema's zijn die mensen raken en mensen op de huid zitten.

**De voorzitter:**

Zeker, dit thema is een cruciaal punt. De heer Slootweg heeft een interruptie.

**De heer Slootweg (CDA):**

Laat ik beginnen met dank aan de Minister voor deze reactie, want ik vind daarin een heel aantal woorden, voorbeelden en een houding die actiever en meer de regie nemend is dan in de antwoorden. Ik heb de Minister wel bedankt voor de antwoorden. Daarin neemt hij echt wel iets meer mee dan het louter procesmatige, maar dat klonk er toch wel een beetje in door. Ik vind dit hier een veel actievere beschrijving. Dat is mijn eerste punt. Ik ben daar heel erg blij mee. Ik heb nog wel een vraag en dan met name over de betrokkenheid van patiënten en bewoners. Ik zie de stapjes en waarschijnlijk werkt het goed bij een mooiweersscenario, als alles met elkaar samenwerkt. Maar ik heb wel nog een vraag. Wat kunt u nou op het moment dat die stappen eigenlijk niet goed worden gevolgd? Dat misten wij een beetje in de AMvB. Welke acties kunt u ondernemen als patiëntenverenigingen en bewoners bijvoorbeeld onvoldoende erbij zijn betrokken? Ik heb het gevoel dat het dan een beetje een tandeloze tijger is die niet kan ingrijpen. Maar misschien heb ik het mis.

**Minister Bruins:**

Zo wilt u het niet en zo wil ik het niet. U krijgt nog een nieuwe versie van die AMvB, omdat de vorige versie vrijwel helemaal gericht was op de acute zorg. Ik denk dat het belangrijk is dat we de AMvB verbreden, want de tijd schrijdt voort. De aandacht van de regio voor zorg schrijdt ook voort. Er was dus aanleiding voor; de consultatie heeft dat ook opgeleverd. Ik dacht dat ook in de versie die uw Kamer heeft, staat dat de inspectie de toezichthoudende rol heeft. Dat betekent ook dat men lasten onder dwangsom kan opleggen. Dit betekent ook dat de inspectie verscherpt toezicht kan houden. Het is dus niet bedoeld een tandeloze tijger te zijn en dat zal het ook niet zijn. U leze de nieuwe concept-AMvB erop na.

**De voorzitter:**

De heer Slootweg nog of is dit voldoende? Ja. De Minister vervolgt zijn betoog.

**Minister Bruins:**

Ik denk dat ik de belangrijkste vragen van de heer Slootweg heb behandeld. Ik ben ingegaan op de punten 5 en 6 uit de nota van mevrouw Van den Berg over de zorgbehoefte en het zorgaanbod. Ik heb gezegd dat ik het idee van die matrix het mijne wil maken.

Nog een opmerking over de kwaliteitskaders, maar misschien heb ik dat ook al eerder gezegd. We hebben er lang over gedaan om het kwaliteitskader voor de spoedzorgketen geaccordeerd te krijgen. Het debat dat wij daarover hebben gevoerd, ging wat mij betreft over de vraag of wij zorg A en zorg B in Nederland willen. Willen wij dat een kinderarts die hetzelfde moet kunnen in Amsterdam, meer en anders kan in Emmen? Nee, dat wil ik niet. Dat is wel zoeken natuurlijk naar een manier om de kwaliteitscriteria zo op te schrijven dat iedereen daaraan kan voldoen. Bij het spoedzorgkader was het van groot belang om ervoor te zorgen dat wij de regionale ziekenhuizen goed in de ogen keken en dat wij de vraag stelden of hun belangen goed zijn meegewogen. Wij hebben hen tot het einde van de rit, tot augustus vorig jaar, heel veel aan tafel gehad om te bekijken of zij nu het gevoel, de indruk, de wetenschap hebben dat zij goed zijn aangehaakt bij dit proces. Dat blijf ik van belang vinden.

Ik geloof niet dat er in de sfeer van de spoedzorg een nieuw kwaliteitskader aan komt; ik heb zoiets niet zien langskomen. Die punten die mevrouw Van den Berg benoemt als de leefbaarheidsanalyse en die wij hebben benoemd als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, zullen wel steeds moeten worden afgewogen en meegewogen. Het is belangrijk dat dit ook in toekomstige kaders wordt betrokken. Ik verwacht geen nieuw kader uit de spoedzorgketen maar als het er komt, wil ik die thema's wel langs deze lijnen meewegen. Dit naar aanleiding van punt 7 van de nota.

Dat in de richting van de heer Slootweg en de CDA-fractie. Dan in de richting van de heer Raemakers. Zijn eerste vraag was hoe wij de gewenste samenwerking tussen verschillende typen ziekenhuizen nog verder kunnen bevorderen. Ik denk dat die regio-beelden daar een goede aanleiding voor zijn. Dat klinkt vrijblijvender dan ik bedoel. Die regio-beelden moeten worden gemaakt. Dat hebben wij met elkaar afgesproken. Het voortouw ligt bij de verzekeraars. Wie doen dat? De twee grootste verzekeraars in een regio. Welke indeling houden zij aan? Door de oogharen gezien zijn dat de zorgkantorregio's. Zo'n soort indeling is er gemaakt. Wij krijgen er een stuk of 30 en ik heb inderdaad op een lijstje dat de twee grootste per regio, maar soms is er ook nog een derde, het voortouw nemen. Is dat er allemaal al dit najaar? Welnee. Dat is echt een kluit en in de ene regio komt het meer als vanzelf tot stand. In Drenthe zijn ze al behoorlijk ver. In andere regio's zijn ze veel minder ver. Ik heb met Zorgverzekeraars Nederland afgesproken dat ik het volgend voorjaar netjes ophaal om te bekijken wat er dan is.

Om ze een beetje te helpen hebben wij het RIVM gevraagd om data ter beschikking te stellen. Sorry, dat wij dan weer zover van de patiënt afraken, maar het moet toch eventjes. Er is een site gemaakt waarop per regio informatie is te halen, niet alleen over zorg, maar ook over demografische kenmerken en sociaaleconomische kenmerken. Als een regio zelf eens, in de regio of in de provincie, naar dit of dat een onderzoek heeft gedaan dat gerelateerd is aan de zorg, dan staat het die regio natuurlijk vrij om dat regiobeeld daarmee te verrijken. Ik hoop dan wel dat we per regio inzicht krijgen, zodat je systematisch door het land heen kunt zien hoe zorg zich ontwikkelt. Men zal beginnen met dat wat er is en dat zal worden aangevuld met dat wat er moet zijn. En dan het antwoord op de vraag van de heer Raemakers: daar spelen die verschillende ziekenhuizen – de umc's, de topklinische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen – dus allemaal een rol in.

Er was nog een vraag van de heer Raemakers. Hij hoort weleens dat topklinische ziekenhuizen voor hun toptaken relatief minder wetenschapsbudget en opleidingsplaatsen krijgen dan academische ziekenhuizen. Dat zou dan noodzaken tot meer productie. De vraag was of ik dat herkende.

**De voorzitter:**

Een ogenblikje. Mevrouw Ellemeet wil u interrumpen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb nog een vraag over de zorgbeelden. Weet de Minister waarom het toch relatief lang duurt? Wat maakt het zo moeilijk om die zorgbeelden te maken?

**Minister Bruins:**

Ik geloof dat het in sommige regio's helemaal geen moeite kost en dat het voor partijen eigenlijk heel makkelijk is om rond de tafel te gaan zitten. Mevrouw Van den Berg noemde het voorbeeld van Drenthe. Dat is er zo een. Is dat een regiobeeld? Mag daar het etiketje «regiobeeld» op? Wat ze daar doen, is het gesprek voeren over de zorg in de regio. Daar voelt men dus de noodzaak. Ik denk dat dit het belangrijkste antwoord is op uw vraag. In sommige regio's wordt de noodzaak nu al gevoeld. In andere regio's is dat misschien wat minder. Is dat heel erg? Eerlijk gezegd niet, want als al die verzekeraars hun taak pondspondsgewijs moeten uitdelen over heel Nederland, dan wordt het een beetje druk. Maar dat zij daar acteren waar dat het eerst moet gebeuren, vind ik eigenlijk een heel goede zaak. En het is natuurlijk ook nog wel ingewikkeld. Het zijn natuurlijk niet altijd congruente belangen. Ik ben ook een paar keer in Drenthe geweest en ook in Zuidoost-Groningen. Daar zit niet als vanzelf iedereen aan tafel. Het is dus ook nog wel iets van verschillende snelheden voordat iedereen daar aan de tafel zit. In de gesprekken waar ik bij was, was de paramedische sector bijvoorbeeld echt ondervertegenwoordigd. Dat zijn redenen. Maar het komt wel.

Het is ook niet iets wat je eenmalig doet: maak het boekje, doe een kaftje erom, deel het uit en klaar is Kees. Nee, eerlijk gezegd begint het dan pas. En dan wordt het best nog ingewikkeld, want probeer maar eens aan al die sectoren uit te leggen dat er hoofdlijnenakkoorden zijn gesloten om wat minder te doen in de tweede lijn en wat meer te stimuleren in de anderhalve, eerste of nulde lijn en, daar waar dat nodig is, op te schalen naar de derde lijn. Een aantal partijen hebben daar hun handtekening onder gezet, maar voordat dit echt geïnterneerd is en het gesprek daar aan tafel wordt gevoerd: dat is echt donders ingewikkeld. Daar gaan wij dus nog veel over praten; dat beloof ik u. Maar het is eigenlijk wel een prettig gesprek. Het is wel een gesprek om – ik begon met te zeggen dat het is georganiseerd in drie wetten en via talloze potjes – te kijken hoe we de zorg voor de burger, voor de inwoner in de regio, meer uit één hand kunnen gaan organiseren. En dan kijken we wat we kunnen opruimen.

In een van de debatjes in de eerste termijn hoorde ik dat dan misschien ook wetgeving moet worden aangepast. Als dat nodig is, zullen we dat ook aan de hand hebben, maar wel graag bij de inhoud beginnen. Dat lijkt mij de beste volgorde.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Bruins:**

Ik ga nog even terug naar de topklinische ziekenhuizen; die moeten extra productie halen omdat ze een aantal taken willen waarmaken. Eerlijk gezegd herken ik dat beeld niet zo, zeg ik tegen de heer Raemakers. Maar ik wil wel benadrukken dat er natuurlijk een specifieke rol is voor de umc's en dat er een specifieke rol is voor de topklinische ziekenhuizen.

Daarnaast is die er ook voor de algemene ziekenhuizen, maar zijn vraag ging met name over de topklinische ziekenhuizen. Het wetenschappelijk onderzoek is echt georganiseerd bij de umc's, en niet bij de topklinische ziekenhuizen. Er is wel een smal geitenpaadje, in sommige gevallen en bij een kleine taak, maar ik ben daar zeer terughoudend in. Ik wil niet organiseren dat we overal wetenschappelijk onderzoek doen. We hebben een aantal taken opgedragen aan de umc's, waarvan wetenschappelijk onderzoek in samenhang met zorg er één is. Welke vorm van zorg dat is? Ik noem dat maar de lastresortpatiëntenzorg. Die is daaraan opgedragen. Die concentratie van taken is dus bij de umc's neergelegd. U kunt het uitgebreider lezen in de umc-brief van 12 juli. Daarin zeggen we ook: een aantal taken is aan u toebedeeld en daar krijgt u een groot budget voor van Nederland. Een van de voorwaarden is dan ook wel dat de niet-complexe patiëntenzorg meer wordt teruggeduwd naar de algemene ziekenhuizen.

Dat is ook een antwoord op de vraag die mevrouw Ellemeet heeft gesteld. Ziekenhuizen kunnen niet alles blijven doen. We moeten dus speciale afspraken maken, en die hebben we gemaakt, met de umc's, met de topklinische ziekenhuizen en met de algemene ziekenhuizen. Iedereen zal zijn eigen ontwikkeling doormaken. De komende jaren zullen we veel vaker zien dat algemene ziekenhuizen zich specifiek gaan richten op bijvoorbeeld de groep ouderen en chronisch zieken, waarbij ze meer een expertisecentrum worden. Dat kan ik me zo voorstellen. Voor de umc's zou ik echt de taak willen neerleggen van zorg en wetenschappelijk onderzoek. Voor de topklinische ziekenhuizen gaat het meer over het toegepast wetenschappelijk onderzoek, en dus niet over het fundamentele onderzoek in de umc's. Alle academische ziekenhuizen kunnen wetenschapsbudget en opleidingsplaatsen krijgen. Voor de opleiding van medisch specialisten worden middelen beschikbaar gesteld op basis van ramingen. Die zijn voor alle ziekenhuizen beschikbaar, met dien verstande dat dat ziekenhuis dan ook een erkenning moet hebben en dat er erkende opleiders moeten zijn.

**De heer Raemakers (D66):**

Ik snap op zich wel wat de Minister zegt. De umc's hebben we niet voor niks, dus op die plekken vinden ook het onderzoek en het onderwijs plaats. Dan zegt de Minister: bij de topklinische ziekenhuizen zie ik een soort geitenpaadje, waarmee die nog wel wat budget voor onderzoek kunnen krijgen, maar daar wil ik niet al te zeer verandering in brengen. Even voor mij om het goed te begrijpen. Stel je voor dat een topklinisch ziekenhuis helemaal gespecialiseerd is in een bepaald type behandeling, bijvoorbeeld bij darmkanker. Wordt er dan toch gezegd: we moeten vooral met de umc's kijken hoe we dat kunnen financieren? Of is er binnen het stelsel wel flexibiliteit om te zeggen: dit topklinisch ziekenhuis is daar keigoed in, misschien wel beter dan umc's, dus we kunnen dat daar ook

als eerste trekker voor aanwijzen? Even om het te begrijpen: is dat mogelijk?

**Minister Bruins:**

Er is een zekere ruimte, maar budgettair is die zeer beperkt. Dat ten eerste. Er is een meerjarenbudget van ordegrrootte 32 miljoen geraamd voor de topklinische ziekenhuizen om toegepast, dus niet fundamenteel, onderzoek te doen. Dat staat in schril contrast met het budget dat voor umc's beschikbaar is, want dat gaat over honderden miljoenen. Dus ja, die mogelijkheid is er, maar ik maak wel een duidelijk onderscheid. En dat doe ik niet alleen in dit debat, maar ook in de brief die ik aan de umc's heb geschreven. Dat is het onderscheid tussen fundamenteel en klinisch onderzoek, en ook tussen de lastresortfunctie, waarvan ik vind dat die bij de umc's hoort, en de niet-lastresortfunctie, die bij topklinische ziekenhuizen ligt. Maar dit moet absoluut niet als een uitnodiging klinken, want ik moet de boel een klein beetje bij elkaar houden. Ik vind echt dat de concentratie van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en zorgtaken, die ik al aan u beschreef, hoort bij de umc's.

De heer Raemakers heeft een vraag gesteld naar aanleiding van een bezoek dat hij heeft gebracht aan huisarts Jung uit Afféerden. Zeg je inderdaad Afféerden in het zuiden? Ik wist het niet. Ik dacht eerder aan Áfferden. Het is ook Áffligem, niet waar, dus is het ook Áfferden. Maar dat is natuurlijk een zeer ongepaste opmerking. In ieder geval kwam daar de vraag aan bod of het doorverwijzen van de eerste lijn naar de tweede lijn zo geslaagd is, dat daardoor het Maasziekenhuis in de problemen is gekomen. De vraag daarbij was ook: herkent u dat? Nee, ik herken dat niet. Zo heeft de directie van het Maasziekenhuis het ook niet bij mij onder de aandacht gebracht. De aanleiding voor de hulp die we hebben geboden, is in vijf verschillende criteria uiteengezet. Een van die criteria was het feit dat de financiële beslissingen die in het verleden zijn genomen, als een molensteen om de nek van het ziekenhuis hingen. Dus ik zou eigenlijk wel graag willen dat we heel succesvol waren en zouden kunnen zeggen: daar slagen we ontzettend goed in. Ik zou ook wel het bewijs daarvan willen leveren dat die verschuiving zo goed op gang komt van de tweede lijn naar de eerste lijn, maar ik durf niet te zeggen dat dit in het geval van het Maasziekenhuis het geval was. Maar ik vind wel dat die ontwikkeling door moet gaan, dat ziekenhuizen nadenken over hun toekomst en zich meer richten op bepaalde taken, bijvoorbeeld expertisecentra voor ouderen en chronisch zieken. Ik denk dat die ontwikkeling er wel aan zit te komen. De kunst zal zijn dat wij die ontwikkeling kunnen meemaken, zowel de mensen in de regio als ook wij hier, opdat wij niet verrast worden. Dat nog in de richting van de heer Raemakers en dan denk ik dat ik zijn vragen heb beantwoord. Daarbij hoop ik dat de toorn van de voorzitter nog niet op mij neer is gedaald, hoewel het daar wel op begint te lijken. Het is volgens mij kantje boord.

**De voorzitter:**

Ik kijk iets zorgelijker, maar we hebben nog tijd. Omdat ik voor de tweede termijn ook ruimte wil laten, vraag ik de Minister wel hoeveel tijd hij nog nodig denkt te hebben.

**Minister Bruins:**

Ik denk dat ik het nu binnen tien minuten kan doen.

**De voorzitter:**

Oké. Dan liggen we aardig op schema. Nog een interruptie van de heer Raemakers.

**De heer Raemakers (D66):**



We hebben het voor de zomer heel vaak gehad over de eerstelijnszorg en dat er ontzettend veel goede experimenten en pilots lopen bij de huisartsen. Nu krijgen we signalen. De Minister herkent specifiek dit signaal niet zo. Stel dat er huisartsen zijn die de komende twee jaar moeten stoppen met heel succesvolle experimenten omdat de zorgverzekeraars op een gegeven moment zeggen: we stoppen ermee. Kunnen we dan afspreken dat ze bij de Minister terechtkunnen, aan de bel kunnen trekken en kunnen zeggen: we hebben hier een supergoed experiment, er wordt heel veel zorg in de eerste lijn geleverd, maar omdat het zo veel productie wegtrekt uit het ziekenhuis kan dit niet doorgaan? Is de Minister dan bereid om te zeggen: als dat echt zo gaat spelen de komende jaren, dan ga ik dat oplossen?

**Minister Bruins:**

Die vraag is natuurlijk veel te algemeen om in zijn algemeenheid te beantwoorden en toch zeg ik ja. Dat is niet een oproep om in rotten van drie de huisartsen richting VWS te laten komen. Maar als een huisarts of een groep huisartsen al dan niet samen met andere zorg in de regio, een bepaalde ontwikkeling in gang wil zetten maar die niet tot stand komt omdat – u maakt het wel heel rond – een verzekeraar niet wil, dan vind ik dat er altijd een mogelijkheid moet zijn dat men daarvoor bij het ministerie terecht kan. Ik vind dat een onderdeel van en horen bij de regio. Begrijpt u mij overigens niet verkeerd: die kop koffie krijgen is wat anders dan gelijk krijgen, want dan gaan we net de brug over. Dit geldt natuurlijk met een sterretje ook voor andere partners in het zorgveld. Ik vind dat als mensen denken dat ze het bij het goede eind hebben, dat ze het gevoel hebben dat ze niet worden meegenomen maar toch trekken aan de juiste zorg op de juiste plek, ze bij het ministerie en het liefst bij de Minister aan tafel moeten kunnen komen.

Mevrouw Ellemeet heeft gevraagd naar de verantwoordelijkheid voor de regiobeelden. Daarop ben ik al uitvoerig ingegaan.

De vragen rondom de basiszorg en de umc's heb ik beantwoord.

**De voorzitter:**

Dit is uw laatste interruptie, mevrouw Ellemeet. Gaat uw gang.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

De Minister heeft daar inderdaad veel over gezegd, maar mijn vraag ging wat specifiek over de niet-complexe acute zorg: hoe kun je die nou van de academische en topklinische ziekenhuizen naar de algemene ziekenhuizen verschuiven? Als ik de Minister goed beluister, dan zei hij: we maken afspraken over specialisaties van ziekenhuizen. Dan denk ik: dat is heel mooi, en volgens mij hebben we allemaal wel een stip op de horizon, maar tegelijkertijd spelen hier natuurlijk enorme belangen mee. Dat hoor je ook van de verzekeraars terug. Het is zo ontzettend moeilijk om dit echt in beweging te krijgen. Mevrouw Van den Berg zei in haar beantwoording al: verzekeraars hebben meer transparantie nodig. Dat zou misschien een deel van de oplossing kunnen zijn, maar wat wil de Minister, misschien samen met de verzekeraars, doen om die beweging mede af te kunnen dwingen?

**Minister Bruins:**

Ik verwijs hierbij naar de brief die ik op 12 juli heb gestuurd. In die umc-brief heb ik juist als een van de voorwaarden benoemd dat umc's die niet-complexe zorg moeten overdragen en moeten overlaten aan algemene ziekenhuizen. Ze moeten dat bij zichzelf wegorganiseren. Zij weten dat. Ik monitor daar ook op. Ik voer daar ook gesprekken over. «Heeft u al zo'n gesprek gehad?» Nee, want die brief is van 12 juli, maar dat ga ik wel doen. Als wij de nadruk leggen op die andere taken van de umc's, zoals ik eerder heb betoogd, dan hoort het er ook bij dat die

algemene patiëntenzorg voor laagcomplexere patiënten wordt overgedragen. En ja, dat gaat met grote belangen gepaard, maar elke keer als ik zo'n gesprek voer, hou ik de ziekenhuizen met elkaar voor dat het aantal overnachtingen en het aantal dagbehandelingen in ziekenhuizen tussen 2007 en 2012 in een ordegruote van tientallen procenten achteruit is gegaan. Er is een ontwikkeling aan de gang. Ik vraag dus van iedereen om mee te bewegen. En als wij zeggen dat we de umc's voor hun patiëntenzorg een macht aan geld betalen – ordegruote: 700 miljoen euro – dan mogen daar ook voorwaarden aan worden verbonden. Dit is een van de voorwaarden die ik daaraan heb gesteld; leest u de brief er maar op na. Ik zeg het een beetje streng in de richting van de umc's, maar zo bedoel ik het ook.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Het is goed dat de Minister deze ambities benoemt en daarop gaat monitoren, maar mijn punt gaat eigenlijk nog wat verder. Volgens mij hebben verzekeraars die ambitie eerder ook benoemd en zijn die gesprekken toen ook gevoerd. Dus ja, ik ben in die zin ook wel... Nou, pessimistisch wil ik niet zeggen, maar ik ben wel realistisch over hoe moeilijk het is om dit echt te veranderen. Dus het is heel mooi dat de Minister in de brief deze ambitie heeft geformuleerd en die monitoring gaat doen, maar hoe gaat hij ingrijpen, als we ervan uitgaan dat het niet allemaal nu in één keer wel lukt, daar waar het de afgelopen jaren gewoon totaal niet lukte?

**Minister Bruins:**

Ik heb niet alleen een brief gestuurd, maar ook afspraken gemaakt in de hoofdlijnenakkoorden. Ik monitor dat. Dat doe ik soms op het niveau van het individuele umc en soms met de umc's gezamenlijk. Soms doe ik dat ook met de verschillende partijen aan tafel. Het helpt natuurlijk enorm dat het niet alleen de Minister en het ziekenhuis zijn, maar dat er ook andere partijen zeggen: ja, maar er zijn wel afspraken gemaakt, dus die moet je nu ook een keer nakomen.

Kijk, bij die hoofdlijnenakkoorden wil je de ene dag dat je ze al drie jaar geleden in deze vorm had gesloten, maar je denkt ook weleens: had ik ze maar een beetje later gesloten. Die hoofdlijnenakkoorden zijn nu een maand of acht oud. Op dit punt monitoren we de voortgang. Daarover wordt wel het gesprek gevoerd. De aanwezigheid van verzekeraars helpt natuurlijk wel.

Ik geef een ander voorbeeld. Dat gaat dan niet over de umc's, maar wel over het Zuyderlandziekenhuis. Mevrouw Ploumen gaf volgens mij dat voorbeeld. Daar zegt men: bepaalde zorg wordt niet meer geleverd. Soms worden er plafondafspraken gemaakt tussen ziekenhuis en verzekeraar. Als je een naturapolis hebt, dan kan dat gebeuren; dan weet je van tevoren dat als dat plafond is bereikt, je zorg dan ergens anders wordt georganiseerd. Daar zit een strengheid in, die in dat geval van de verzekeraar afkomstig is, maar die wel z'n effect heeft. Daar zit ook weer een andere kant aan, een patiëntenkant. Ik wil wel dat die patiënt van tevoren zeker weet wat dan de beperkingen zijn van zijn naturapolis. Dat vind ik dan ook van groot belang. Want in de discussies en de gesprekken die daarover worden gevoerd, krijg je soms het gevoel dat die over de rug van de patiënt worden gevoerd. Dat vind ik heel onprettig. Die verzekeraars hebben een stevige stem in het kapittel, dus naast gesprekken tussen umc en ministerie zijn er periodiek ook gesprekken met de verschillende partijen van, in dit geval, het hoofdlijnenakkoord, de medisch-specialistische zorg.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Dan nog de vraag over de gespecialiseerd verpleegkundigen. Verpleegkundigen kunnen ook in streekziekenhuizen worden opgeleid. Daarvoor is een kostendekkende financiering beschikbaar vanuit VWS. Wordt er voldoende opgeleid? We hebben al vaker gewisseld dat wij vinden dat dat niet het geval is. Waarom vinden wij dat? Omdat er een Capaciteitsorgaan is dat ramingen afgeeft en omdat die ramingen in ziekenhuizen niet worden gehaald. Daarom heb ik in het hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat die wel worden nagekomen, zodat er wordt opgeleid conform de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Inmiddels heb ik ook een taskforce gezien van de NVZ, de NFU en V&VN, die een rapport maakt met adviezen over hoe er meer opgeleid kan worden. Dat rapport ga ik ergens in de komende maanden nog met de verschillende partijen bespreken. Als dat niet ambitieus genoeg is, ga ik de touwtjes steviger in handen nemen op dat punt, want ik vind dat de ziekenhuizen in de afgelopen jaren te weinig gespecialiseerd verpleegkundigen hebben opgeleid. Daar gaan we een tandje bij zetten. Eerst eventjes kijken of de taskforce voldoende maatregelen oplevert; zo niet, dan gaat er een tandje bij en trek ik de teugels aan.

Dan was er nog één vraag van mevrouw Ellemeet over informatie uit het buitenland over de invloed van cliënten en patiënten. In de richting van de heer Slootweg heb ik iets beschreven, maar dat zijn allemaal Nederlandse voorbeelden. Ik zal eens kijken of we op een beetje een behendige manier iets van informatie hierover uit het buitenland kunnen krijgen, zodat ik u die ergens voor het einde van het jaar kan aanreiken.

Voorzitter. Dan nog een enkele vraag van de heer Veldman, die zijn maidenspeech hier hield, al was daar niets van te merken. Het zou niet goed zijn om de regiobeelden onder Haagse regie tot stand te laten komen. Daar ben ik het mee eens, maar dat ze worden gemaakt, vind ik dan wel weer een rol die bij ons hoort. Dat hoort bij het betoog dat ik hier vanmiddag houd.

De behandeling van steeds meer patiënten vindt bij voorkeur niet meer plaats in het ziekenhuis, maar in de thuisomgeving. Wat de VVD betreft is dat een van de belangrijkste toekomstige ontwikkelingen, juist in de regio. Hoe zien de Minister en de initiatiefneemster dit? Mevrouw Van den Berg heeft er iets over gezegd. Ik juich het toe. Ik zeg de woorden van mevrouw Van den Berg na. Ik geloof dat innovatie een heel belangrijke rol kan spelen. Dat zeg ik niet om het onderwerp weg te schuiven; ik denk dat mensen het echt prettig vinden om thuis gemonitord te worden in de vorm van telemonitoring, beeldbellen of hartwacht. Dat zijn mooie voorbeelden van zorg thuis. Even los van de kosten, denk ik dat mensen, doordat we het thuis hebben georganiseerd voor een groep chronische patiënten, het gevoel hebben dat ze altijd met zorg zijn verbonden. Dat vind ik het krachtige eraan.

Voorzitter. Dan nog iets over de afstanden. Wat verder weg moet, moet dan, maar er moet geconcentreerd worden. Ik hoop eigenlijk dat door het opschuiven van de factor «slimme zorg» het afstandscriterium steeds vaker wegvalt, want dan maakt het niet zo veel uit of je 30, 50 of 100 kilometer uit de buurt van het ziekenhuis woont. Als je ervaart dat de zorg dichtbij is, helpt dat enorm. Dat wilde ik zeggen in de richting van de heer Veldman.

In het betoog van de spreker Van Gerven waren ondanks zijn strenge blik geen vragen aan mij gericht. Mevrouw Ploumen had het over de regiefunctie. Daar ben ik op ingegaan. Over het thema spoedeisende hulp heb ik, kort samengevat, gezegd dat we een contourennota gaan voorbereiden. De studie die we aan de Gezondheidsraad hebben gevraagd over de 45 minutennorm, bijvoorbeeld, kunnen we daarvoor als

input gebruiken. De verzekeraars zijn bezig met een traject dat zij «Basis op Orde» noemen. Dat wil ik er ook bij betrekken. Zo zijn er nog een aantal ontwikkelingen. Ik hoop dat ik dat in die houtskoolschets kan benoemen. Het derde punt van mevrouw Ploumen ging over het Zuyderlandziekenhuis. Daar ben ik tussen neus en lippen ook al op ingegaan. Ik hoop dat ik hiermee naar genoegen antwoord heb gegeven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan ga ik over naar de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Daarin is er dus ook gelegenheid voor het indienen van moties. Het woord is aan de heer Slootweg. Ga uw gang. U heeft nog één minuut en 32 seconden, dat is maar 92 seconden.

**De heer Slootweg (CDA):**

Dan ga ik snel van start.

Voorzitter. Ik wil allereerst zowel mevrouw Van den Berg als de Minister bedanken voor hun antwoorden. Daar waar in de eerste termijn mijn constatering was dat er wel een tandje bij mag als het gaat om de vraag hoe de regering de regiefunctie kan invullen, vind ik nu dat dit heel erg spreekt uit de houding van de Minister. Vandaar mijn twee moties, waarmee ik hem nog een duwtje de goede kant op wil geven. De eerste motie dien ik in samen met mevrouw Ellemeet.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het voor burgers niet in alle gevallen duidelijk is welke zorg zij waar kunnen krijgen;

constaterende dat mensen willen weten of ze voor acute zorg – en, zo ja, voor welke acute zorg – terecht kunnen bij het ziekenhuis in de buurt;

overwegende dat 80% van de acute zorg behandeld kan worden door een ervaren SEH-arts;

overwegende dat mensen voor planbare hoogcomplexere zorg bereid zijn om te reizen;

verzoekt de regering bij het in kaart brengen van het regionale zorgaanbod hierbij helder te maken wat dit betekent voor hoogcomplexere versus laagcomplexere zorg en acute versus planbare zorg in de regio,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Slootweg en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 4 (35 138).

**De heer Slootweg (CDA):**

Mijn tweede motie gaat vooral over de vraag hoe we nu draagvlak organiseren als het gaat over wijzigingen en veranderingen in het zorgaanbod in de regio.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in discussies en besluitvorming over de toekomstige inrichting van het zorglandschap soms te veel vanuit instellingsbelangen wordt gedacht en dat mede daardoor belangen van inwoners en patiënten niet altijd voldoende als uitgangspunt worden genomen;

overwegende dat het voor een zo breed mogelijk draagvlak voor de inrichting van het regionale zorglandschap juist van belang is dat bestuurders en bevolking in een vroegtijdig stadium betrokken worden;

verzoekt de regering om wettelijk te borgen dat ook een vertegenwoordiging van burgers en patiënten betrokken wordt bij de planontwikkeling en besluitvorming in het Regionaal Overleg Acute Zorg over wijzigingen in het regionale medisch zorglandschap,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Slootweg en Raemakers. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 5 (35 138).

De heer **Slootweg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de heer Raemakers voor zijn tweede termijn. U heeft maar liefst drie minuten en 14 seconden spreektijd. Ga uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik heb geen idee wat ik nog drie minuten lang moet gaan vertellen, zal ik eerlijk bekennen.

De **voorzitter**:

Dan geef ik het woord aan...

De heer **Raemakers** (D66):

Ik wil de initiatienemer ontzettend bedanken voor de heldere antwoorden. Ik heb in eerste termijn gezegd dat we het over heel veel dingen eens zijn, zeker als het specifiek gaat over de tweedelijnszorg. Ook als het gaat om acute zorg zie ik nog een aantal interessante uitdagingen. U hebt net gehoord dat ik een motie van de heer Slootweg mee heb ondertekend. Ik vind het ook heel belangrijk om patiënten beter bij een en ander te betrekken. Ik denk dat iedereen dat eigenlijk wel vindt, maar we moeten het in de praktijk nog wel doen. Vaak schort het daar toch aan. Tot slot. Aangaande de eerste lijn hebben wij een heldere toezegging gekregen van de Minister. Als het verplaatsen van tweedelijnszorg naar de eerste lijn ergens tot knelpunten leidt, waardoor de eerste lijn daar onvoldoende mee aan de slag kan gaan, dan staat er op het ministerie een kop koffie klaar en zit daar iemand met een gewillig oor. Dat lijkt mij wel heel belangrijk. We blijven het natuurlijk allemaal heel kritisch volgen de komende maanden. Tot zover.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks. Gaat uw gang. U heeft 1 minuut 25 seconden, bij benadering.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan mevrouw Van den Berg en de Minister voor de beantwoording. Je leert je collega's natuurlijk steeds beter kennen. Ik ken mevrouw Van den Berg als een heel goed georganiseerde, geordende collega. Dat heeft ze ook weer bewezen, want ze kon heel goed alle vragen langslopen en ook echt beantwoorden. Dat is ook nog een kunst, natuurlijk.

Ik heb één motie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat goede zorg in de regio aansluit bij de (zorg)behoeften van de bevolking in de regio;

overwegende dat informatie over de «ervaren gezondheid» en de sociaaleconomische status van mensen in de regio onmisbaar is bij het organiseren van passende zorg;

verzoekt de regering bij betrokken partijen, waaronder zorgverzekeraars, te bevorderen dat bij de ontwikkeling van de regiobeelden aandacht is voor populatiekenmerken zoals sociaaleconomische status en de ervaren gezondheid,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet en Slootweg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 6 (35 138).

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ten slotte ben ik blij met de toezegging van de Minister dat hij voortaan aan het eind van het jaar komt met goede voorbeelden uit het buitenland van de betrokkenheid van patiënten bij de organisatie van zorg. Ik denk dat we daar ons voordeel mee kunnen doen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Veldman namens de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan mevrouw Van den Berg voor haar heldere beantwoording van de door ons allen gestelde vragen. Dank aan de Minister voor zijn advisering in dezen, zowel schriftelijk als hier mondeling. Het was voor mij het eerste optreden als woordvoerder op dit terrein en ik stel mij zo voor dat het niet bij deze eerste keer blijft, want volgens mij zullen we ons de komende tijd zeker vaker buigen over het thema waar we het vandaag hier over hebben. Niet zozeer vanwege het functioneren van de hoofdlijnenakkoorden, niet zozeer vanwege de zorgen over de acute zorg en de bereikbaarheid daarvan, maar misschien nog wel



basaler omdat we, als je door het hele zorglandschap heen kijkt, best een uitdaging hebben op het gebied van de hoeveelheid personeel. We kunnen niet op alle fronten alles blijven doen zoals we dat nu doen. Alleen dat al noodzaakt ons om in beweging te komen. Ik denk dat mevrouw Van den Berg daar met de acht punten in haar nota op verschillende manieren aandacht voor vraagt. De VVD is het met een heleboel van die punten eens. Dat heeft u in mijn eerste termijn ook gemerkt. Ik deel ook wel de nuancering die de Minister daar op onderdelen bij aangebracht heeft, maar het totaal helpt ons wel om die discussie te blijven voeren met elkaar. Die discussie zullen we, denk ik, ook nog wel voeren naar aanleiding van de aankondiging van de Minister in zijn brief over het medisch zorglandschap en de houtskoolschets waar hij in zijn bijdrage over sprak.

Als we door de oogbaren naar onze toekomst kijken, zullen we een discussie moeten gaan voeren die breder is dan de tot nu toe gevoerde discussie. Dat zei ik net ook in mijn eerste termijn. De nota van mevrouw Van den Berg concentreert zich erg op de tweede lijn, maar dan is het juist ook zaak om met elkaar naar andere vormen van zorg te kijken, om ervoor te zorgen dat we de zorg die mensen nodig hebben, met elkaar kunnen blijven bieden. Wellicht in een andere vorm, misschien op een andere plek, waarschijnlijk of zeker op een slimmere manier dan we nu doen, letterlijk en figuurlijk. Dus die discussie is nog niet af, maar voor nu dank aan mevrouw Van den Berg voor haar bijdrage aan deze discussie met de nota die zij geschreven heeft. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik denk dat we nog vaak over dit thema zullen debatteren, dus de heer Veldman hoeft zich geen zorgen te maken op dat vlak. Ik wil nu het voorzitterschap overdragen aan de heer Slootweg.

**Voorzitter: Slootweg**

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Van Gerven.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik zal maar beginnen met de motie die ik wil indienen.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat goede en goed bereikbare ziekenhuiszorg van groot belang is voor de volksgezondheid en leefbaarheid in een regio;

overwegende dat de invloed van het lokaal bestuur als democratisch gelegitimeerde overheid bij de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg beperkt is en versterking behoeft;

spreekt de wenselijkheid uit van de invoering van een zwaarwegend adviesrecht bij belangrijke beslissingen van het plaatselijke ziekenhuis zoals fusies, het sluiten van acute afdelingen en grootschalige nieuwbouw of vernieuwbouw;

vraagt de regering dit in regelgeving vast te leggen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.  
Zij krijgt nr. 7 (35 138).

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

Voorzitter. Afrondend. Ik heb deze motie ingediend omdat het lokaal bestuur, de lokale overheid, de vertegenwoordiger is van alle belangen van de lokale gemeenschap. We zien dat dit debat zich al lang voortsleept en dat de rol van de lokale overheid altijd wordt ondergewaardeerd en ook altijd wordt gebagatelliseerd en beperkt of verengd tot: ja maar een gemeente waar het ziekenhuis staat, kijkt alleen maar naar de eigen belangen. Ik roep in herinnering dat alle partijen die erin zitten hun belangen hebben, maar dat de lokale overheid natuurlijk wel democratisch gekozen en democratisch gelegitimeerd is. Vandaar ook die nadrukkelijke wens.

Tot slot nog één vraag aan de Minister. Ik begrijp dat hij in ieder geval in gedachten een foto van mij boven zijn bed heeft hangen of daar weleens aan denkt. «Nee, nee, dat gaat te ver», hoor ik hem nu zeggen. Maar er was iets met een foto. In ieder geval wil ik hem vragen of hij bereid is om het voorstel uit te voeren dat ik al eerder heb gedaan, ook in een eigen nota, namelijk om te onderzoeken wat de invoer van een twintigminuten-criterium voor wat betreft bereikbaarheid zou betekenen voor de gevoeligheid van ziekenhuizen. Dat criterium gaat dus uit van de burger die in twintig minuten met eigen vervoer, de eigen auto, in een ziekenhuis moet kunnen zijn.

Voorzitter. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van Gerven. Ik wil u weer het woord geven in uw rol als voorzitter.

**Voorzitter: Van Gerven**

**De voorzitter:**

Dank u wel. We schorsen enkele minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

We gaan door met het overleg over de initiatiefnota. Het woord is aan de Minister om zijn appreciatie te geven van de moties. En er rest nog een enkele vraag aan hem. De Minister.

**Minister Bruins:**

Voorzitter, dank u wel. De motie op stuk nr. 4 verzoekt de regering bij het in kaart brengen van het regionale zorgaanbod helder te maken wat dit betekent voor hoogcomplex versus laagcomplex zorg en acute versus planbare zorg in de regio. Ik zat een beetje te kauwen op de woorden «verzoekt de regering». Ik heb zojuist omstandig aangegeven dat het in kaart brengen van het regionale zorgaanbod, dus het maken van die regiobeelden, in de regio gebeurt, dus dat is niet de regering. Ik zit dus een beetje te zoeken. Ik wil dit graag meegeven aan de partijen in de regio. Dat kan ik actief doen. Zo kan ik de motie ook lezen: verzoekt de regering bij het in kaart brengen. Er staat niet dat de regering in kaart brengt; de partijen in de regio doen dat. Dus als ik haar zo mag lezen dat dat matrixidee wordt meegegeven, dan kan deze motie oordeel Kamer krijgen.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik denk dat de Minister dat goed begrijpt, waarbij ik wel nog wil meegeven: wat is dat, de rol? Ik begrijp dat het al in de regio gebeurt, maar ik vind het ook van belang dat de Minister meekijkt naar de wijze waarop dat gebeurt. Vandaar ons verzoek om bij het in kaart brengen ook te kijken of dit soort elementen wordt meegenomen.

Minister **Bruins**:

Jazeker. Ik zeg niet alleen dat er aandacht moet komen voor acute zorg in de regio. Het idee van die matrix is dat planbaar en niet planbaar en acuut en niet acuut tegenover elkaar staan. Ik zie het zelf meer als ringen die over elkaar heen worden gelegd. Als u niet alleen «dat» bedoelt maar ook een beetje «hoe» op dit punt, dan wou ik dat wel iets meer meegeven, ja. Ik heb nog gedacht over een alternatief daarvoor. Je zou het ook nog kunnen meenemen in de houtkoolschets, want daar komt dat schema natuurlijk ook aan bod. Maar ik doe het in de volgorde der dingen. In deze motie en na deze uitleg wordt gevraagd om dat aan de regio mee te geven. Daar maak ik dan gebruik van bij de houtkoolschets die ik begin 2020 kan presenteren.

In de motie op stuk nr. 5 wordt de regering verzocht om wettelijk te borgen dat ook vertegenwoordiging van burgers en patiënten betrokken wordt bij de planontwikkeling en besluitvorming in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen over wijzigingen in het regionale medischezorgland-schap. Ook hier moeten we weer een beetje aan close reading doen. We hebben het vanmiddag uitvoerig over het feit dat we burgers en patiënten willen betrekken bij het voorbereiden en het ontwikkelen van plannen. Die koop ik van u, zeg ik tegen de indiener via de voorzitter, maar besluitvorming gaat mij nou net een tikkeltje te ver, want de besluitvorming zit bij de zorgaanbieder. Daar zit een directie, die op haar taken is berekend. En daar zit een raad van commissarissen, die toezicht houdt op die directie. Dat is de werkwijze. Met de planontwikkeling ben ik wel akkoord. Sterker nog, dat sluit goed aan bij datgene wat ik u wil aanbieden in die gewijzigde concept-AMvB. Ik wil burgers en patiënten een vorm van betrokkenheid geven bij de planontwikkeling, maar dus niet bij de besluitvorming. Als het begrip «besluitvorming» de voorbereiding van de besluitvorming zou mogen zijn, dan kan ik daar goed mee leven en kan die motie oordeel Kamer krijgen.

De heer **Slootweg** (CDA):

Het is goed dat we hier even aan close reading doen, want bij besluitvorming gaat het mij niet alleen om het nemen van de beslissing zelf, maar ook om het uitleggen waarom ergens wel of niet op wordt ingegaan. Dat probeer ik meer in de woorden «de wijze van besluitvorming» te leggen. Dat is iets anders dan kaal de beslissing die je moet nemen. Ik vind dat groepen die meespreken en meedoen bij de planontwikkeling ook te horen moeten krijgen of het wordt overgenomen en, zo niet, waarom niet en waarop het afwijkt.

De **voorzitter**:

Een ogenblik, Minister. Kunt u leven met die interpretatie? Er is ook nog een vraag van de heer Veldman, geloof ik.

Minister **Bruins**:

Dan moet toch de tekst van de motie worden gewijzigd. Dat partijen zoals patiënten en inwoners worden geconsulteerd en zij ook horen waarom hun mening misschien soms ook niet wordt gevolgd, is het punt dat de heer Slootweg maakt. Daar ben ik het zeer mee eens. Het schiet niet op om drie tafeltjesavonden mee te praten en niks terug te horen. Dat vind ik niet fair. De toelichting op de besluitvorming is wat anders. Maar een rol spelen in het besluit kun je niet weghalen bij de bestuurder van de

zorgaanbieder. Als hier een formulering zou staan als «de voorbereiding van de besluitvorming» of «op de toelichting op de besluitvorming», dan kan ik ermee leven, maar niet met «de besluitvorming an sich». Daar zit, in alle scherpste, mijn punt.

**De voorzitter:**

Dan zou de motie wat aangepast moeten worden, als ik de discussie zo hoor. De heer Veldman heeft nog een verduidelijkende vraag of opmerking over die motie.

**De heer Veldman (VVD):**

Ik heb een opmerking die ik de heren Slootweg en Raemakers wil meegeven als ik nu het gesprek tussen de Minister en de heer Slootweg hoor. Close reading kunnen we goed met mekaar vertalen omdat we hier nu in zo'n overleg zitten, maar ik vind het dan ook wel prettig dat we uiteindelijk begrijpen wat er staat. Bij de vorige motie is die ook zo te lezen zoals u die beiden heeft uitgelegd, maar deze vind ik wat lastiger. Ik zou de heren Slootweg en Raemakers willen vragen om ofwel deze motie aan te passen, dus te preciseren in wat er precies met elkaar verstaan wordt, ofwel om deze motie aan te houden, kijkend naar wat de Minister gezegd heeft, namelijk dat hij nog met een aangepaste AMvB naar de Kamer komt. Vervolgens kunnen we met elkaar zien wat er in die AMvB staat.

**De heer Slootweg (CDA):**

Daarom is het goed dat deze gedachtewisseling plaatsvindt. Ik ga in op het eerste voorstel van de heer Veldman. We gaan de tekst zodanig aanpassen dat we goed begrijpen wat ermee wordt bedoeld in plaats van dat we neerzetten «het moet zo worden gelezen». We preciseren de tekst.

**De voorzitter:**

Even voor alle duidelijkheid: dan volgt de precisering de gedachtelijnen van de Minister?

**De heer Slootweg (CDA):**

Ja. Het gaat ons erom dat op het moment dat men betrokken wordt en er besluiten vallen, die besluiten in ieder geval teruggekoppeld worden aan de mensen die daarbij betrokken zijn geweest in de planontwikkelingsfase.

**De voorzitter:**

Goed. Ik kijk naar de Minister. Is zijn mening dan oordeel Kamer?

**Minister Bruins:**

Ik moet even de precieze tekst afwachten, maar als die in lijn is met zoals we die nu hier bediscussiëren, denk ik dat de motie oordeel Kamer kan krijgen. Maar dit is een als-danredenering. We moeten altijd even precies zijn daarover – dat wil uw Kamer ook graag – zodat daar geen misverstand over is. Het idee om de motie aan te houden is zo gek nog niet, omdat in de loop van deze maand de concept-AMvB in de aangepaste vorm verschijnt. Dat geef ik de indieners nog in overweging. Maar als er dan een tekst komt, ben ik graag bereid om die nog eventjes schriftelijk van een appreciatie te voorzien, als daar behoefte aan is bij uw Kamer.

**De voorzitter:**

Goed. Dan concludeer ik dat we even afwachten of de motie aangehouden wordt of er een gewijzigde motie komt. Als er een gewijzigde motie komt, krijgen we hier nog een schriftelijke appreciatie op van de Minister. Dit geldt dus voor de motie op stuk nr. 5. Ik meld hierbij ook nog even dat de

appreciatie van de Minister van de motie op stuk nr. 4 oordeel Kamer was. Dan de motie op stuk nr. 6, neem ik aan.

**Minister Bruins:**

Voorzitter. De motie op stuk nr. 6 verzoekt de regering bij betrokken partijen, waaronder zorgverzekeraars, te bevorderen dat er bij de ontwikkeling van de regiobeelden aandacht is voor populatiekenmerken zoals sociaaleconomische status en ervaren gezondheid. Wat mij betreft krijgt deze motie het oordeel van de Kamer. Ik denk dat het belangrijk is om in de regiobeelden niet alleen nummertjes van aantallen doktoren of fysiotherapeuten te kennen, maar juist ook om de regionale kenmerken, zoals in de motie is opgeschreven door mevrouw Ellemeet, te benoemen. Oordeel Kamer dus.

**De voorzitter:**

Dan krijgt de motie op stuk nr. 6 oordeel Kamer. Dan de motie op stuk nr. 7.

**Minister Bruins:**

In de motie op stuk nr. 7 wordt de regering gevraagd om dit in regeling vast te leggen. Wat is «dit» dan? Dat is de wenselijkheid van de invoering van een zwaarwegend adviesrecht bij belangrijke beslissingen van het plaatselijke ziekenhuis, zoals fusies, het sluiten van acute afdelingen en grootschalige (ver)nieuwbouw. Daar moet dan het lokaal bestuur invloed op krijgen. Ik wil erop wijzen dat de GGD of een vertegenwoordiger daarvan in het ROAZ zit, waar nu wordt gesproken over acute zorg in de regio. Die vorm van betrokkenheid van de gemeente is dus op die manier geregeld, via de GGD of de directeur publieke gezondheid. Daarnaast heb ik in de AMvB acute zorg opgeschreven dat ziekenhuizen gemeenten moeten informeren en consulteren. Dat consulteren moet je niet te licht nemen; we hebben dat net gewisseld. Daarom is er ook een inspectie die toeziet op de naleving. Maar een separaat zwaarwegend adviesrecht zie ik niet zitten. Daarom ontraad ik deze tekst van deze motie.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 7 is ontraden.

**Minister Bruins:**

Voorzitter. Dan heb ik nog één vraag van de heer Van Gerven. Die gaat over het twintigminutencriterium, waarvan u ook gewag heeft gemaakt in uw initiatiefnota. Ik heb mij gehaast om daar nog op te reageren, maar dat was net voor het weekend. Daarin heb ik geschreven dat wij nu werken met een 45 minutencriterium, waarvan ik vind dat het eigenlijk een medisch-wetenschappelijke onderbouwing mist. Daarom heb ik de Gezondheidsraad gevraagd om te kijken of er een betere norm te bedenken is die medisch-wetenschappelijk onderbouwd is. Ik vind het prettig om te redeneren vanuit die medisch-wetenschappelijke onderbouwing en dus niet vanuit een 10, 20 of 30 minutencriterium. Het lijkt mij dus geen goede gedachte om dat nog eens te laten doorrekenen. Ik wou maar even vasthouden aan de opdracht die we juist op dit punt aan de Gezondheidsraad hebben gegeven. Tot zover.

**De voorzitter:**

Ik wou namens de SP nog even inhaken op het verschil tussen de 45 minutennorm van de Minister en de 20 minutennorm, want die zijn natuurlijk niet hetzelfde. In de 45 minutennorm zit een aanrijtijd van de ambulance van 15 minuten, een theoretische inlaadtijd, zoals dat dan heet, van 5 minuten voor de patiënt, en dan maximaal 25 minuten om een ziekenhuis te kunnen bereiken. Als je dat al naast elkaar zou kunnen

leggen, dan zou de vergelijking die tussen 20 en 25 minuten zijn. Mijn voorstel betreft natuurlijk aan de ene kant de medisch-wetenschappelijke kant – ik denk dat die twintig minuten cruciaal zijn voor acute verloskunde – maar aan de andere kant gaat het ook om leefbaarheid. Die leefbaarheidsnorm zit ook in het verzoek om eens te kijken wat er zou gebeuren als wij het RIVM zouden vragen om door te rekenen wat die twintigminutennorm zou betekenen voor het ziekenhuislandschap in Nederland. Want iedereen kan zich iets voorstellen bij het idee dat je in twintig minuten een ziekenhuis moet kunnen bereiken vanuit de burger, maar wat betekent dat in de praktijk voor bestaande ziekenhuizen? Dus nogmaals de vraag of de Minister dat toch niet zou willen laten onderzoeken. Dan hebben we in ieder geval onderzoeksresultaten van een onafhankelijke, degelijke partij. Ik denk dat dat goed zou zijn voor de discussie in de toekomst.

**Minister Bruins:**

Ik vind de discussie over de 45 minuten norm al ingewikkeld genoeg. Omdat de medisch-wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt, hebben wij elke keer een debat in deze Kamer over wat die 45 minuten norm behelst. Op zichzelf is dat goed, maar ik vind het juist zo belangrijk om meer grip te krijgen op wat die norm in medisch-wetenschappelijk opzicht moet betekenen. Want voor iemand met een hartaanval is 45 minuten misschien al veel te lang; dan is hij al overleden, met alle respect, als hij in het ziekenhuis komt. Maar dat kan bij een norm van twintig minuten ook zo zijn. Ik zoek het dus aan de kant van de inhoud en niet in een minuten-criterium. Ik hoop dat de vraagsteller mij mijn koppigheid op dit punt wil vergeven, maar ik wil graag vasthouden aan het advies dat we hebben gevraagd bij de Gezondheidsraad en daar begin volgend jaar uitsluitel over bieden. Het staat de vraagsteller natuurlijk altijd vrij om die vraag zelf nog een keer te stellen aan een onafhankelijke partij, maar daarover hoef ik hem niet te adviseren.

**De voorzitter:**

Dat is duidelijk. We gaan deze discussie nu niet in eenheid beslechten, maar ik mag tegen de Minister wel opmerken dat als de Gezondheidsraad met een advies komt, het ook een minuten norm zal zijn. Die norm zal bijvoorbeeld voor acute zorg inhouden hoe snel je met een hartinfarct in een ambulance moet liggen of bij ziekenhuis X, Y of Z. Daar ontkomen we niet aan. Het gaat aan de ene kant om kwalitatieve medische normen en aan de andere kant ook om leefbaarheids- en bereikbaarheidsaspecten. Ik hecht er zeer aan om te benadrukken dat die evenzeer van belang zijn. We zien in Zeeuws-Vlaanderen dat het heel goed mogelijk is om met 100.000 mensen en 700 bevallingen toch een volwaardig basisziekenhuis op de been te houden. Als het daar kan, kan het denk ik overal, als daar de politieke wil voor zou bestaan en we ook de randvoorwaarden daarvoor zouden creëren.

**Minister Bruins:**

Als de Gezondheidsraad uit zou komen op een twintigminutencriterium, dan ga ik uw Kamer voorleggen om ons daarnaar te richten. Misschien moet ik daar dan weer consequenties aan verbinden, omdat het allemaal niet zo makkelijk is te regelen vanuit budget, vanuit personeel of vanuit allerlei andere zaken. Maar dan is het de uitkomst van een medische wetenschappelijke onderbouwing. Dat helpt mij dan zeer en ik hoop uw Kamer ook. Maar voor hetzelfde geld is het net 15 minuten of 25 minuten, of iets heel anders. Dus ik wou het even langs de lijn van de inhoud doen. Tot zover.

**De voorzitter:**

Dan geef ik het slotwoord van dit overleg aan mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.



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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil ook in mijn slotwoord toch nog graag alle collega's bedanken voor hun inbrengen en hun vragen, en ook de Minister voor zijn reactie. Het onderwerp staat in ieder geval op de agenda. We zullen er zeker nog vaker over spreken. Ik neem in ieder geval graag alle input, ook van vandaag, mee voor de vervolgdebatten. Ik vond het in ieder geval ook leuk om van de Minister te horen dat hij de AMvB breder gaat maken dan de acute zorg, en ook dat hij bij de umc's gaat monitoren dat de basiszorg richting de regionale en algemene ziekenhuizen gaat. Ik wil iedereen nogmaals heel veel danken en ik praat hier graag op een ander moment nog verder over.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dank ook voor uw inbreng in tweede termijn. Ik denk dat de betogen van mevrouw Van den Berg, wat je er ook van vindt, heel systematisch en gedisciplineerd zijn; een van u zei dat ook al. Ik heb er weleens last van dat ik wat minder gedisciplineerd ben. Goed, maar dit terzijde.

Dan kom ik tot een afronding van dit notaoverleg. Ik concludeer dat de nota voldoende is behandeld om plenair te kunnen worden afgerond, dus dan gaan we stemmen over de moties. Dat zal over twee weken zijn.

Volgende week dinsdag is het Prinsjesdag, dus dat zullen we dan maar niet doen, want dan komt het niet erg tot zijn recht. Dat doen we dus een week later. We gaan dus over twee weken stemmen.

Niets meer aan de orde zijnde, sluit ik dit notaoverleg. Dank aan allen voor uw belangstelling en aanwezigheid.

Sluiting 15.46 uur.