

## 2

### Vragenuur: Vragen Van Gerven

Aan de orde is **het mondelinge vragenuur**, overeenkomstig artikel 136 van het Reglement van Orde.

**Vragen** van het lid Van Gerven aan de minister voor Medische Zorg en Sport over **de dreigende sluiting van 22 spoedeisende hulpen/intensive cares ten gevolge van de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg**.

**De voorzitter:**

Dat gezegd hebbende geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven namens de SP, voor zijn vraag aan de minister voor Medische Zorg en Sport, die ik van harte welkom heet, net als trouwens de mensen op de publieke tribune. De heer Van Gerven stelt een vraag over de dreigende sluiting van 22 spoedeisende hulpen en intensive cares ten gevolge van de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

□

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

Voorzitter. "Spoedhulp en intensive care dreigen te verdwijnen uit de streekziekenhuizen", kopt Trouw. "Aanval op kleine ziekenhuizen", schrijft het Dagblad van het Noorden. De SAZ, de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, een verbond van 30 kleine en middelgrote ziekenhuizen, luidt opnieuw de noodklok. Als er nieuwe, strengere regels komen voor spoedeisende hulp en intensive care, dreigt voor 40% van de algemene regionale ziekenhuizen sluiting van de intensive care. Voor spoedeisendehulpafdelingen zijn de gevolgen nog groter. Hier gaat het om 22 van de 30 ziekenhuizen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd gaat vanaf 1 juli handhaven. De SAZ heeft berekend dat dit de regionale ziekenhuizen miljoenen euro's extra gaat kosten en dat er dan meer dan 100 specialisten bij moeten komen, die niet voorhanden zijn. De afgelopen jaren hebben we gezien dat kleine ziekenhuizen het zwaar hebben en dat spoedeisende hulp, intensive care en klinische verloskunde verdwijnen door de voortgaande schaalvergroting bij ziekenhuizen. Wat gaat de minister doen om te voorkomen dat het doemscenario van die kleine ziekenhuizen werkelijkheid wordt? Wat gaat de minister doen om te voorkomen dat deze streekziekenhuizen omvallen?

**De voorzitter:**

Ik geef het woord aan de minister.

□

**Minister Bruins:**

Voorzitter, dank u wel. In het betoog van de heer Van Gerven gaat het over de SAZ, de Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, die stelt dat de kwaliteitseisen voor het veld continu worden aangescherpt en dat dit voor de kleine ziekenhuizen niet haalbaar meer zou zijn. Het gaat hier dus over kwaliteitseisen, kwaliteitsstandaarden. Die worden in beginsel door de partijen in het veld zelf opgesteld, dus niet door de overheid, maar door de professionals.

Deze eisen hebben betrekking op voorwaarden die aan de inhoud en organisatie van de zorg worden gesteld. Daar gaan de professionals over. Eindverantwoordelijk voor de organisatie van de zorg blijven de bestuurders. Het is voor de kwaliteit van de zorg van belang dat er dergelijke kwaliteitseisen zijn. Het veld is continu in ontwikkeling, waardoor de kwaliteit van de zorg omhooggaat. Eigenlijk vind ik dat prijzenswaardig. Pas als veldpartijen er echt niet uit komen, kan het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht inzetten. Dat gebeurt niet lichtzinnig en ook dan wordt het met betrokkenheid van alle partijen besproken.

Voorzitter. Dus de kwaliteitsstandaarden zijn niet van mij, niet van de overheid, ze zijn onafhankelijk vastgesteld. Dat vind ik eigenlijk heel belangrijk.

In het voorbeeld waar de heer Van Gerven op doelt, gaat het over twee van die standaarden. Eentje voor de intensive care en eentje over de spoedeisende zorg. Ik wil bij beide eventjes stilstaan.

Eerst die kwaliteitsstandaard voor de intensive care. Voor de totstandkoming van die richtlijn heeft het Zorginstituut, omdat de veldpartijen er samen niet uitkwamen, zijn doorzettingsmacht ingezet. Omdat het de veldpartijen destijds niet is gelukt te komen tot een kwaliteitsstandaard ligt het ook voor de hand dat nu niet alle partijen tevreden kunnen worden gesteld. Dit is waar SAZ de vinger bij legt. Die is wel geconsulteerd in het traject bij het vaststellen van de standaard, maar dat is misschien een partij die niet tevreden kan worden gesteld.

Voorzitter. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat de kwaliteitsstandaard voor de ic is gebaseerd op onafhankelijk onderzoek naar de kwaliteit van de ic-zorg. Die eisen die zijn opgenomen dragen dus bewezen bij aan kwalitatief betere intensivecarezorg en mogelijk ook aan betere uitkomsten voor de patiënten. Dit kwaliteitskader heeft tot doel om de kwaliteit van zorg te verhogen. Dat vind ik goed, want de patiënt verdient de beste zorg.

Voorzitter. Het andere kwaliteitskader gaat over de spoedzorgketen. Dat is opgesteld door veldpartijen. Daar is van doorzettingsmacht door het Zorginstituut geen sprake. De eisen in dat kwaliteitskader zijn opgehoogd. Ik denk dat dat een goed punt is. Ik zou willen zeggen: dat dient de patiëntveiligheid.

De vraag van de heer Van Gerven is wat de minister nu gaat doen. Laat één ding duidelijk zijn. Ik ga me niet bemoeien met de inhoud van die kwaliteitsstandaard, met onderdelen daarvan evenmin. Dat is aan zorgprofessionals.

Ten tweede wil ik vaststellen dat die zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en houden, ook voor de ic-zorg in de ziekenhuizen. Op de naleving van die zorgplicht houdt de NZa toezicht.

Wat ik me wel kan voorstellen, omdat ik het bericht ook heb gelezen, is dat ik de zorg van de SAZ over de mogelijke onvoldoende capaciteit van intensivisten eens leg naast de gegevens die ik van een andere partij in de zorg krijg, namelijk van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Die hebben mij laten weten dat er in ieder geval in de afgelopen jaren voldoende capaciteit is van intensivisten — de laatste informatie is van 2017 — maar ik ben graag bereid, wil ik in de richting van de heer Van Gerven zeggen,

om voor 2018 na te gaan of daar nog steeds sprake van is, of er voldoende capaciteit is aan intensivisten om die in te zetten.

Een tweede opmerking die ik zou willen maken ten slotte, is — dat is al eerder gewisseld in een debat over het arbeidsmarktvragestuk in de zorg — dat wij gaan onderzoeken welke oorzaken er ten grondslag liggen aan de tekorten in de zorg, waarbij het vragestuk van zorg in de regio en mogelijke tekorten in de regio dan het springende punt zal zijn. Het is het voornemen om nog dit jaar een start te maken met dat onderzoek.

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

Voorzitter. De minister kijkt weg. Hij bagatelliseert de zaak, zeg ik via de voorzitter. Weet u wat mensen belangrijk vinden? Dat dat ziekenhuis, dat streekziekenhuis behouden blijft. De spoedeisende hulp en de intensive care zijn van essentieel belang voor het behoud van een goed basisziekenhuis. Een goed basisziekenhuis, goed bereikbaar, dichtbij, vergroot de kwaliteit en leefbaarheid van een regio. Laat de minister daar eens op ingaan. De afgelopen jaren hebben we gezien wat er is gebeurd. Vele ziekenhuizen waar de spoedeisende hulp en de intensive care zijn verdwenen en het ziekenhuis is uitgekleeft. Oss, het Sint Anna, weg. Woerden, het Hofpoort Ziekenhuis, weg. Wat te denken van het Delfzicht in Delfzijl en het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse? En wat moeten de mensen in Drenthe van het verhaal van de minister vinden? Het Refaja in het hoge noorden, in Stadskanaal, in Hoogeveen bij Bethesda? En wat gaat de minister daaraan doen?

Uit onderzoek is gebleken dat op dit moment zowel de spoed- als de intensieve zorg in regionale ziekenhuizen goed is. Gaat de minister ingrijpen en garanderen dat die spoedeisende hulp en intensive care in streekziekenhuizen nu behouden blijven? Mensen hebben niets aan een onderzoek over een jaar, in 2018. Zij vragen nu zekerheid. Dat is ook wat de SAZ vraagt aan de minister. Bied nu zekerheid, minister, dat de spoedeisende hulp en de intensive care behouden kunnen blijven in de streekziekenhuizen.

**De voorzitter:**

Het woord is aan de minister.

**Minister Bruins:**

Voorzitter, misschien praten we een beetje langs elkaar heen. Die kwaliteitsstandaarden hebben en houden wij in het belang van de patiënt en de patiëntveiligheid. Kwaliteitsstandaarden worden vastgesteld door professionals. Om nou te spreken over dé ic-zorg of dé spoedeisendehulpzorg ... Ik denk dat de kwaliteit van zorg altijd in ontwikkeling zal blijven. Wij vragen professionals, het veld, om gezamenlijk een veldnorm af te spreken. Wat moet die kwaliteitsstandaard zijn? Ik vind die kwaliteitsstandaard van heel groot belang. Dus om maar even het grote gebaar te maken en te zeggen dat dé ic-zorg overal gehandhaafd moet worden of dat dé spoedeisendehulpzorg overal gehandhaafd moet worden ...

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

Voorzitter ...

**De voorzitter:**

Nee, nee, nee, de minister.

**Minister Bruins:**

Het gaat mij om het belang van goede zorg. Patiëntveiligheid, patiëntzorg vind ik een oerbelangrijk begrip. Daar kijk ik niet van weg; daar kijk ik permanent naar.

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

Voorzitter. De minister heeft zelf aangegeven dat de professionals er niet uit komen. Waardoor kwam dat? Omdat er naast kwaliteit ook allerlei belangen speelden, concurrentiële belangen tussen ziekenhuizen: wie verovert de markt enzovoorts. Wat nodig is, minister, is maatwerk, geen doorschietende richtlijnen. In een klein ziekenhuis kun je met andere oplossingen kwaliteit garanderen. We moeten beseffen dat kwaliteit ook betekent dat mensen terechtkunnen in hun vertrouwde ziekenhuis in de buurt. Daar zijn ze voor 90% van de zorg het beste af. Is de minister bereid — want er zijn problemen — om een beschikbaarheidstoelage voor deze ziekenhuizen in te voeren voor het behoud van de spoedeisende hulp en de intensive care? Beseft de minister niet dat datgene wat de mensen willen en van belang vinden, is dat de kleine ziekenhuizen in hun buurt, in hun regio overeind blijven, volwaardig en goed bereikbaar voor iedereen?

**Minister Bruins:**

Dat is een vrij brede vraag: om dé zorg voor dé patiënt in dé regio altijd voorhanden te hebben. Wij gaan een ontwikkeling tegemoet dat zorg steeds meer zal worden geconcentreerd in bepaalde ziekenhuizen voor bepaalde ziektes, voor bepaalde groepen patiënten. Specialisatie in de zorg is een methode om de kosten in de klauwen te houden. Dat vind ik ook van belang.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg ...

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

Ik heb nog zeven seconden.

**De voorzitter:**

Die zeven seconden gaan nu in.

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

Voorzitter, één slotopmerking. Hier heb ik een staatje. In Nederland zijn vier keer zo weinig bedden — er is al zoveel verdwenen — als gemiddeld in Europa, bijvoorbeeld in Duitsland.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

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

Beseft de minister dat?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan ga ik naar mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Ik wil toch graag aan de minister vragen hoe het zit met de leefbaarheid van de regio's. Die ziekenhuizen vervullen een algemene functie. Het lijkt er langzamerhand op dat de regio er is voor de ziekenhuizen in plaats van dat de ziekenhuizen er voor de regio zijn. Voor de leefbaarheid is het zeer belangrijk, dus ik krijg daarop graag een reactie van de minister.

**De voorzitter:**

Een korte reactie van de minister.

**Minister Bruins:**

Dit zal hét gesprek zijn, niet alleen vanaf nu maar eigenlijk al vanaf de start van deze regeerperiode. Dit gesprek zullen wij nog heel vaak voeren, omdat wij aan de ene kant het belang zien van goede zorg in Nederland en er aan de andere kant geen oneindig budget is voor de zorg. Het gaat dus om keuzes maken. Voor sommige vormen van zorg zeggen wij dat de patiënt er binnen 45 minuten een beroep op moet kunnen doen, dus spoedeisende zorg. Voor sommige andere medische aandoeningen is het soms mogelijk om een langere reistijd te gebruiken, omdat de patiënt in een gespecialiseerd ziekenhuis beter af is. Dat gesprek zullen wij vaker voeren. Dat gaat soms over de patiënt en soms over de leefbaarheid van de regio. Die balans zullen wij samen moeten zoeken.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Voor mijn begrip zou ik graag willen dat het volgende wordt uitgelegd. Als een arts van een ic in een wat kleiner ziekenhuis tijd en ruimte heeft om bij te springen bij de spoedeisende hulp, dan moet er toch geen regelgeving zijn die dat verhindert? U heeft het over kosten in de klauwen houden. Dan is dat de manier in plaats van daar 24 uur twee artsen neer te zetten, terwijl dat misschien niet nodig is. U kunt toch ook aan de zorgmedewerkers het vertrouwen geven dat ze die kwaliteit omhooghouden?

**Minister Bruins:**

Het gaat hier dus niet over een overheidsrichtlijn. Het gaat hier over een kwaliteitsstandaard die door het veld, door de professionals zelf, is opgesteld. Als we een beetje tijd hebben, voorzitter, wil ik graag de inhoud van die kwaliteitsstandaard/-regeling voor de intensive care ietwat toelichten. Die kwaliteitsstandaard geeft ...

**De voorzitter:**

Die tijd heeft u niet, want u heeft evenveel minuten spreektijd als de anderen.

**Minister Bruins:**

O ja. Nou ja, voorzitter.

**De voorzitter:**

Maar in het kort kan het natuurlijk altijd.

**Minister Bruins:**

Het gaat over een norm, een standaard die professionals hebben afgesproken. Dan gaat het over de beschikbaarheid en de aanwezigheid van een intensivist, zeven dagen per week, op iedere ic-afdeling, overdag, exclusief de beschikbaarheid voor patiëntenzorg. Zo'n afspraak is dus niet een overheidsafpraak. Dat is iets wat de professionals, zij die de zorg verlenen, belangrijk vinden.

**De voorzitter:**

Uw tweede vraag, mevrouw Sazias.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Maar als die afspraak vanuit de professionals ervoor zorgt dat de zorg onnodig duur wordt en vermoedelijk ook nog te weinig beschikbaar is, dan is het wel de taak van de overheid om daar wat van te zeggen.

**Minister Bruins:**

Zeker. Daarom hebben wij ook afgesproken dat, als bij het maken van zo'n kwaliteitsstandaard de kosten enorm uit de pas gaan lopen, wij dan een budgetimpactanalyse gaan doen. Dat lijkt mij heel handig. Ik denk niet zozeer dat hier sprake is van een geldprobleem, want in de bekostiging van een ziekenhuis weegt uiteindelijk de beschikbaarheid van intensivisten mee. Er is dus niet zozeer een financieel vraagstuk aan de orde, als wel een kwaliteitsstandaard waarbij verschillende partijen in het veld verschillende overwegingen hebben om het daar wel of niet mee eens te zijn. Dat kan ik, eerlijk gezegd, goed begrijpen.

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Het is mooi dat de minister in ieder geval ook een passie heeft voor de kwaliteit van de zorg. Ik denk dat dit belangrijk is, maar ik denk dat we daarnaast wel degelijk moeten kijken naar de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de zorg. Het kabinet zegt niet voor niets "zorg dichtbij". Ik wel benieuwd hoe de minister daarnaar kijkt en of hij bereid is om, als hij met een aantal partijen het gesprek aangaat over deze kwestie, te kijken hoe bijvoorbeeld regionaal maatwerk meegenomen zou kunnen worden.

**Minister Bruins:**

Als de kwaliteitsstandaard een standaard van professionals is, kan ik niet zeggen: die geldt wel in Noord- en Zuid-Holland en die geldt niet in Drenthe. Zo helder moet ik zijn. Als het één slag breder is en wij gaan kijken naar tekorten in de regio — dat vraagstuk hebben wij al een paar keer bij de kop gehad in een algemeen overleg — dan zal daaruit vanzelf het gesprek volgen met de professionals in het veld, maar dat gebeurt niet langs de route van: in sommige delen van Nederland moet de kwaliteit maar een tandje minder zijn. Ik geloof niet dat we dat pad op moeten.

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

Ik ben het op twee punten helemaal eens met de minister. Het is goed dat de kwaliteit steeds beter wordt en het is ook goed dat niet de overheid maar de professionals de kwaliteitsstandaarden opstellen. Van daaruit heb ik toch twee vragen aan de minister. De eerste vraag is: als die kwaliteitsstandaarden nou worden opgesteld door de zorgprofessionals, wie zijn dat dan? Zijn daar ook de zorgprofessionals uit de streekziekenhuizen bij betrokken? Dat is geen inhoudelijke vraag. Het is puur een procedurele vraag, omdat ik signalen krijg dat hun geluid onvoldoende is meegewogen in de besluitvorming over kwaliteitsstandaarden.

Minister **Bruins**:

Deze vraag had ik natuurlijk verwacht. De organisatie waar het over gaat, SAZ, is betrokken bij het overleg, maar had een andere mening over deze kwaliteitsstandaard. Uiteindelijk is hun opvatting niet gevolgd. Als het Zorginstituut intervenueert en zijn doorzettingsmacht gebruikt, dan is het nog niet het Zorginstituut zelf, maar de Kwaliteitsraad die de kwaliteitsstandaard opmaakt. Het zijn vooral hoogleraren en bestuurders die deel uitmaken van die Kwaliteitsraad. Dat is een gezelschap van negen personen.

De **voorzitter**:

Tweede vraag, mevrouw Dik-Faber.

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

Mijn tweede vraag. Dat gezelschap van negen personen: ik ben wel erg benieuwd hoe daarbij de belangen van de regionale ziekenhuizen vertegenwoordigd worden. Ze hebben een specifieke eigenheid, staan dicht bij de mensen. Ik vind, algemeen gezegd, dat zij kwaliteiten inbrengen die ook gewoon een plek moeten hebben in het besluitvormingsproces. Ik heb nu de indruk dat dat niet het geval is. Ik zou heel graag willen dat dat toch wel wordt meegenomen.

Minister **Bruins**:

Ik wil die zorg graag wegnemen. In het geval van de doorzettingsmacht van het Zorginstituut stelt de Kwaliteitsraad zelf de kwaliteitsstandaard op en zal daarbij altijd relevante partijen en deskundigen zo veel mogelijk betrekken. In het voorbeeld van die ic-richtlijn, die kwaliteitsstandaard ic, is dat op verschillende manieren gedaan. Ten eerste door de conceptrichtlijn uit 2015, die is opgesteld door partijen die er niet samen uitkwamen, te gebruiken als uitgangspunt voor hun handelen. Dat is één. Twee, door voorafgaand aan het doorzettingstraject een brede inventarisatie te houden over discussiepunten en argumenten onder vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars en verschillende deskundigen. En drie, tot slot, door de betrokken partijen te consulteren over de conceptkwaliteitsstandaard, zeg maar: het eindproduct. Dus in alle fasen van het traject wordt het veld ook weer betrokken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Gerbrands namens de PVV.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Wat de PVV betreft geen discussie over de kwaliteitseisen. Goed dat het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruikt heeft. Het gevolg is alleen wel dat een twintigtal ziekenhuizen niet aan de eisen kan voldoen. In eerdere antwoorden op de vraag van de heer Van Gerven heb ik de minister tussen neus en lippen door horen verwijzen naar de zorgverzekeraars en de NZa. Wij weten allemaal dat die wel een zorgplicht hebben, maar dat ze er ook niet voor zullen schromen om spoedeisende hulp en ic's te sluiten. Hoe gaat deze minister voorkomen dat dát de rol wordt van de zorgverzekeraars en de NZa waar hij naar verwezen heeft?

Minister **Bruins**:

Ten eerste door het vraagstuk goed in beeld te hebben en te houden. Ik heb begrepen dat het in het najaar van 2016 nog ging over twaalf ziekenhuizen die niet voldeden aan de eis van exclusieve aanwezigheid overdag in het weekend, of exclusieve beschikbaarheid in de avond en nacht van de intensivist, en dat aantal daalt. Dat is de goeie weg. Ik zei al dat ik graag met die Nederlandse Vereniging voor Intensive Care wil kijken of dat aantal verder omlaag kan worden gebracht of hoe het omlaag is gebracht. Ik heb nu de cijfers van 2017. Daar hoort dat aantal van twaalf bij. Ik heb begrepen dat het dalende is in de richting van zeven. Het aantal ziekenhuizen dat worstelt met het beschikbaar hebben en houden van intensivisten wordt kleiner. Dat is het goede bericht. In het andere onderzoek dat ik u aankondigde, naar tekorten in de regio, kun je in ieder geval als overheidspartij zien of dat vraagstuk zich in grote mate voordoet of in mindere mate. Daarom wil ik die kennis graag hebben.

De **voorzitter**:

Tweede vraag, mevrouw Gerbrands.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Dat is hartstikke mooi, maar de inspectie gaat wel per 1 juli 2018 handhaven. Dat is over een maand. Het is mooi dat de minister van alles gaat bekijken en nagaat of het op te lossen is, maar moeten we dan niet aan de inspectie vragen om niet per 1 juli te gaan handhaven, maar om dat een halfjaar uit te stellen? Dat lijkt mij dan wel wenselijk, als we nog aan het kijken zijn.

Minister **Bruins**:

Mij niet, voorzitter. De richtlijn is van twee jaar geleden. Op 1 juli 2016 was de richtlijn bekend. Twee jaar later start de handhaving door de inspectie en dan is er al twee jaar ruimte geweest. Ik vind eigenlijk dat de inspectie in het belang van de patiënt haar rol moet oppakken.

De **voorzitter**:

De heer Van der Staaij namens de SGP.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. We willen allemaal graag zorg die van hoge kwaliteit is, maar ook zorg die goed bereikbaar is. Dan knelt het soms. Ik hoor de discussie over de exclusieve beschikbaarheid van de intensivist. Die dwingt eigenlijk de schaal-

vergroting af. Hoe wordt de afweging gemaakt? Wat is nu een harde kwaliteitseis en wat zijn zaken die meer gewogen worden zoals de vragen hoe belangrijk je bereikbaarheid vindt of hoe belangrijk je een nog hogere kwaliteit vindt? Nu lijken die zaken absoluut als een kwaliteitsmaatstaf te worden neergezet. Ik kan mij voorstellen dat er op punten zoals de exclusieve beschikbaarheid enige speelruimte is.

**Minister Bruins:**

Dat gaat toch over de inhoud van de zorg. Laat je verschillen toe in de kwaliteit op het ene uur ten opzichte van het andere uur, voor de ene patiënt ten opzichte van de andere patiënt, in de ene regio ten opzichte van de andere regio? Ik vind het niet aan de overheid, maar aan de professional om de kwaliteitsstandaard op te stellen. Ik ben ook heel blij dat het veld zich daar zo machtig voor inspant om die kwaliteitsstandaarden te houden. Uiteindelijk kost de zorg geld, maar als de zorg te veel geld kost, komen we hier altijd weer terug om te spreken over de extra kosten van een extra hoge kwaliteit.

**De voorzitter:**

Mevrouw Pia Dijkstra namens D66.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Een korte vraag. Wij zijn het er allemaal over eens dat kwaliteit heel belangrijk is. Ik ben dat ook helemaal met de minister eens. Ook ik zie dat er ziekenhuizen zullen zijn die niet aan die kwaliteitsstandaarden kunnen voldoen. Hoe borgt de minister in voorkomende gevallen dat er toch kwalitatieve goede spoedeisende hulp of ic-zorg in de regio is?

**Minister Bruins:**

Voor de SEH, de spoedeisende zorg hebben we daarover afspraken gemaakt. Voor de ic, de intensive care ligt de zorgplicht bij zorgverzekeraars. Dat geldt ook voor de spoedeisende zorg. Wij zijn heel intensief in gesprek met verzekeraars. We hebben dit punt, namelijk dat men onder de kwaliteitseisen voor ic-zorg zou duiken, nog niet gehoord. We hebben structureel gesprekken met de zorgverzekeraars waarbij allerlei van dit soort onderwerpen aan bod komen. We hebben net hoofdlijnenakkoorden afgesloten, juist over de medisch-specialistische zorg. Dit komt nimmer op als een bezwaarpunt en dat wil ik lekker zo houden.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

**Minister Bruins:**

Dank u wel.