

12

Opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten

Opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten

Aan de orde is de voortzetting van het **debat** over **opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten**.

De voorzitter:

We gaan verder met het debat. Het woord is nu aan minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor zijn eerste termijn. Het is fijn als de minister aangeeft hoe zijn betoog is opgebouwd.



Minister Kuipers:

Voorzitter, dank u wel. Dat zal ik met veel plezier doen. Ik zal zo eerst even beginnen met een inleidende spreektekst en dan in een aantal blokjes vragen beantwoorden. Ik benoem nu alvast die categorieën. Ik begin allereerst met kwaliteit, leefbaarheid, en daar zitten ook onderwerpen in zoals de opnamestops. Dan zal ik specifiek ingaan op de situatie in Zutphen en de betrokkenheid van gemeenten, en op de AMvB acute zorg. Dan behandel ik vragen over ROAZ, beelden, plannen, governance. Daarna behandel ik vragen over zorgcoördinatie, en tot slot het kopje overig. Dan gaat het bijvoorbeeld over de inzet van een medisch generalist, over de inzet van AI, over afstemming voor ouderen et cetera.

Voorzitter. Iedereen in Nederland moet kunnen rekenen op kwalitatief goede en veilige acute zorg. De vele mensen in Nederland die 24/7 werken in en aan de acute zorg, hebben ditzelfde voor ogen. Ik heb bijzonder veel waardering voor deze mensen die dag en nacht klaarstaan om iedereen te helpen die acute zorg nodig heeft. We hebben zojuist in het debat veel gesproken over spoedeisende hulpen en zullen dat ook nog doen. Ik hecht eraan om te benoemen dat het ook gaat om de mensen op de meldkamers, de mensen in de ambulancediensten, de mensen in de acute ggz, de verloskundigen, de mensen op de ok's, de mensen op de hartkatheterisatiekamers, de mensen op de röntgenafdelingen en vele, vele andere plaatsen. Het gaat om zeer grote aantallen, iedere dag weer.

De realiteit is dat, ondanks al hun harde werk, passie en toewijding, die kwaliteit en toegankelijkheid regelmatig onder druk staan. Dat ligt zeker niet aan de mensen, maar wel aan de manier waarop de acute zorg nu is georganiseerd. Ik heb daarbij drie dingen voor ogen, drie dingen die ik wil in de acute zorg.

Allereerst wil ik dat de acute zorg in de volle breedte voldoet aan de minimale kwaliteitseisen die we nu hebben. En dat is op dit moment niet het geval; het is zojuist in het debat al wel gememoreerd. Het bleek bijvoorbeeld afgelopen jaar dat negen SEH's niet voldoen aan de minimale eis dat er altijd één dokter met één jaar werkervaring aanwezig moet

zijn. Ten tweede: we moeten af van onnodige concurrentie en inzetten op samenwerking, in de regio en tussen partijen in de keten. Dat betekent ook dat er meer inzicht is in beschikbare capaciteit en dat er gewerkt wordt aan zorgcoördinatie, zodat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek geholpen wordt. Ten derde: de kleine groep patiënten die een acute levensbedreigende aandoening heeft, moet direct naar dat centrum worden gebracht dat ingericht is op het behandelen van hun aandoening. Op die drie punten is mijn beleid gericht. Zojuist hoorde het publiek allerlei zaken als "deze minister wil ziekenhuizen sluiten" of "deze minister wil ic's sluiten of SEH's sluiten". Dit zijn de drie dingen, en dat is niet SEH's of ziekenhuizen sluiten et cetera.

De voorzitter:

Bent u aan het einde van uw inleiding?

Minister Kuipers:

Nee.

De voorzitter:

Komt er nog een deel? Dan geef ik mevrouw Agema nog even de kans om hierop te reageren.

Mevrouw Agema (PVV):

Het trieste geval wil dat het sluiten van spoedeisendehulp-posten, intensive cares en ziekenhuizen wel het gevolg is van het beleid dat de minister in de benen houdt. Mijn vraag is of de minister zich realiseert dat als hij de bezweringsformule "kwaliteit" gebruikt, hij alle kritiek monddood maakt. Want op het moment dat de minister zegt "er is personeelstekort, dus is de kwaliteit in het geding, dus alles valt om, dus we hebben geen landelijk netwerk meer en dus ga ik de 45 minutenorm ook opheffen", stort alles in elkaar. Ik vind het ook niet netjes in de richting van de Kamer, want ik heb hier van heel veel collega's heel veel goede voorstellen gezien, onder andere voor het opleiden van spoedeisendehulpartsen, wat dan wel voldoende moet zijn, vergeleken met nu. Ik zie dat de minister daar helemaal niet op ingaat. Ik hoop dat de minister zich realiseert dat wij geen genoegen nemen met bezweringsformules.

Minister Kuipers:

Mevrouw Agema veegt, terwijl ik nog niet eens halverwege mijn inleidende tekst ben, alle opgebrachte punten van zojuist waar ik uitgebreide antwoorden op heb, allemaal op één hoop en komt dan tot een aantal conclusies. Ik kan onmogelijk op al die punten allemaal tegelijkertijd ingaan, anders dan dat ik het niet zie als een bezweringsformule, maar heel duidelijk stel waar ik voor sta en waar ik op inzet om de kwaliteit en de toegankelijkheid te verbeteren.

De voorzitter:

Is het goed als de minister eerst even verdergaat met zijn inleiding? Want misschien beantwoordt hij ook uw vragen.

Mevrouw Agema (PVV):

De minister is goed getraind vandaag. Ik vind het erg flauw dat hij dit op deze manier doet, maar ik zou u dan wel willen

verzoeken om mijn interruptie te schrappen, want de minister geeft geen antwoord.

De voorzitter:

Dan spreken we met elkaar af dat we de minister ook even de gelegenheid geven om eerst zijn inleiding te houden. Daarna is er de mogelijkheid van interrupties. Ik zal deze niet meetellen. Het woord is weer aan de minister.

Minister Kuipers:

In de inbreng zijn veel vragen gesteld over het sluiten van SEH's en de toegankelijkheid van zorg. Dat begrijp ik heel goed. De sluiting van een SEH of bijvoorbeeld een afdeling acute verloskunde leidt tot veel vragen en ook tot weerstand. Het voelt veilig om in de buurt van een ziekenhuis te wonen en ervan uit te gaan dat er 24 uur per dag zorgverleners voor je klaarstaan als er iets gebeurt. Het voelt hetzelfde als nabij een ambulancestandplaats of nabij een huisartsenpost. Ik snap ook dat burgemeesters een SEH, een afdeling verloskunde, een ambulancepost en andere voorzieningen in hun gemeente willen behouden. Ik wil eveneens een zorglandschap volgens het adagium "dichtbij waar het kan, verder weg als het moet" en "thuis, digitaal of in de wijk als het kan en naar een goed geëquipeerde SEH als het moet". Sluiten van SEH's is dus geen doel; ik noemde dat al. Er is zojuist tijdens het debat een opsomming gemaakt van het aantal SEH's en ic's dat gesloten is in de afgelopen jaren en ook het aantal SEH-stops in de afgelopen periode. Ik kom daar straks op terug.

Ik hecht er voor nu aan om vast te benoemen dat de capaciteit op SEH's niet gedaald is. Ja, er zijn SEH-stops, maar dat betekent niet dat ambulances van het ene naar het andere ziekenhuis moeten rijden, juist niet. SEH-stops zijn bekend bij ambulancediensten, waardoor ze direct naar het juiste ziekenhuis rijden. Er zijn de afgelopen jaren ook meer ambulances gekomen, er zijn meer SEH-artsen, er zijn meer MMT-inzetten, mobiele medische teams, wat het algemene publiek onder andere kent van de inzet van helikopters.

Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om te bewaken dat de zorg in Nederland niet alleen toegankelijk is voor iedereen, maar dat deze ook van goede kwaliteit is of in elk geval aan de minimale kwaliteitseisen voldoet. Ik heb het eerder weleens genoemd, maar ik zeg het nog een keer: de minimale kwaliteitseisen. De realiteit is dat 65 van de 80 SEH's het afgelopen jaar niet voldeden aan die minimale eisen. Op 9 van de 83 SEH's kon niet aan de norm worden voldaan van één dokter met één jaar werkervaring. Ik vind dat we niet moeten toestaan dat er ziekenhuizen zijn waar de patiënten zorg krijgen die niet aan die minimale eisen voldoet. Deze ongelijkheid in de kwaliteit tussen SEH's vind ik kwalijk richting patiënten. Een patiënt moet erop kunnen rekenen dat hij of zij in een ziekenhuis goede zorg krijgt of dat zijn of haar kind of ouder goede zorg krijgt.

Tegelijkertijd moet een patiënt erop kunnen rekenen dat deze zorg ook beschikbaar is als dat nodig is. We hebben alle capaciteit in de spoedzorg hard nodig, nu en in de toekomst. Maar als het een ziekenhuis nu of in de toekomst niet lukt om die minimale kwaliteit te garanderen, bijvoorbeeld omdat er niet voldoende personeel of niet voldoende opgeleid personeel is, dan vind ik het niet veilig en niet toekomstbestendig om die acute zorg op dat moment op

die locatie open te houden. Dan moeten er keuzes gemaakt worden. Dat betekent óf investeren in voldoende mensen en middelen zodat de kwaliteit en capaciteit gewaarborgd zijn óf kiezen om spoedzorg anders te organiseren. Dat laatste heeft een aantal ziekenhuizen gedaan door een SEH om te vormen naar een spoedpost of door de SEH in de nacht te sluiten, zoals in het Amstelland Ziekenhuis, en daarbij nadrukkelijk samenwerking met anderen te zoeken. Met dit soort oplossingen blijft de overgrote meerderheid van de acute patiënten gewoon geholpen zoals voorheen. Op een spoedpost kunnen patiënten bijvoorbeeld met een gebroken arm gewoon terecht. Voor complexere aandoeningen zoals een acute hartaanval moeten patiënten naar een SEH of naar een andere locatie waar een hartkatheterisatiekamer open is. Uiteraard kan het omvormen van een SEH alleen als er in het ROAZ goede continuïteitsplannen liggen, de toegankelijkheid van zorg geborgd kan worden en de procedure uit de AMvB acute zorg zorgvuldig doorlopen is.

In ons stelsel is het aan ziekenhuizen en zorgverzekeraars om ieder vanuit hun eigen rol te zorgen voor kwalitatief goede en toegankelijke acute zorg. Iedereen werkt eraan om dat zowel nu als in de toekomst te garanderen. De WRR stelt in het rapport Kiezen voor houdbare zorg dat we moeten kiezen waar onze prioriteiten in de zorg liggen, omdat de houdbaarheid onder druk ligt. Ik wil daarom eerlijk zijn naar uw Kamer en ook naar de inwoners van alle gemeenten met een SEH of een afdeling acute verloskunde. Er zullen de komende jaren ingrijpende keuzes gemaakt moeten worden. Niet alles kan altijd en overal. Dat zal in sommige gevallen effect hebben op de huidige acutezorgvoorziening. In ROAZ'en worden daarover afspraken gemaakt. Uiteraard moet bij grote wijzigingen in het aanbod van de acute zorg een zorgvuldige procedure worden doorlopen waarbij inwoners en gemeentes worden betrokken. Daarnaast verwacht ik veel van een andere vorm van samenwerking, namelijk zorgcoördinatie. Dat biedt mogelijkheden om de patiënt direct de juiste zorg op de juiste plek te bieden, om zorgverleners te ontlasten, medewerkers zo effectief mogelijk in te zetten en de kwaliteit te verbeteren.

Tot zover mijn inleiding, voorzitter.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat deze minister zelf afkomstig is uit de zorg, gaf aan het begin van zijn ministerschap veel vertrouwen. Veel mensen hadden er vertrouwen in dat deze minister de minister zou zijn die de afbraak die plaatsvindt zou doorkruisen en doorbreken. Wat ik echter constateer, is dat hij een tandje bijzet. Ik vind dat verbijsterend. Bijna alle bijdragen van vandaag hebben de noodzaak laten zien voor mensen van spoedeisendehulpdiensten in de buurt. Ik denk dat mevrouw Van der Plas heel duidelijk vertelde over hoe zij zo vaak met haar man naar de spoedeisendehulpdienst ging. Ik zelf ging ook heel vaak met mijn ouders naar de spoedeisendehulpdienst in het streekziekenhuis, omdat dat gewoon noodzakelijk was. Dan stoort het mij dat deze minister bijvoorbeeld bezweringsformules gebruikt. Zo zegt hij over kwaliteit: als je te weinig personeel hebt, heb je te weinig kwaliteit, dus dan sluit de spoedpost.

Vanuit het idee van marktwerking wordt er ook gekeken naar die spoedeisendehulpdiensten. Vanuit marktwerking

wordt er gekeken naar de intensive cares. Vanuit marktwerking worden deze zaken te duur gevonden. Ik heb al eerder voorgesteld om deze zaken, spoedeisendehulpdiensten en acute zorg, uit de marktwerking te halen, zodat ze onder die geldbril uit gehaald worden en we de mensen ook fatsoenlijk kunnen betalen en fatsoenlijke secundaire arbeidsvoorwaarden kunnen bieden. Daarmee kunnen we de spreiding organiseren. Ik hoor de minister daar helemaal niet over. Hij geeft gewoon op, bindt in, heft op. Ik zou hem willen vragen om de voorstellen die hier gedaan zijn door collega's niet op voorhand, meteen, af te schieten maar eerst eens serieus te bekijken. Waarom hebben we maar 40 opleidingsplaatsen, terwijl we 764 spoedeisendehulpdiensten hebben maar er 1.200 nodig hebben?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dat zijn veel vragen.

Minister Kuipers:

Ja, voorzitter, op een deel komen we straks terug, dus als u het mij toestaat zal ik ze niet allemaal in één keer beantwoorden, want dan heb ik een hele lijst. Als het erom gaat dat ik op zou geven ... Integendeel, ik geef helemaal niet op. Ik zoek juist naar andere oplossingen, bijvoorbeeld door die zorgcoördinatie; daar komen we zo nog op terug. Een tiental pilots in Nederland laat juist zien dat dat werkt en dat dat de kwaliteit kan verhogen, dat het de patiëntentevredenheid kan verbeteren. Dat is dus niet "opgeven".

Ook op de marktwerking komen we zo nog apart terug. Het probleem in veel ziekenhuizen als het gaat om de continuïteit van de zorgafdeling is niet het geld; dat geldt overigens ook voor andere zorginstellingen, acute zorg of niet. Het gaat gewoon over het personeel, over de beschikbaarheid daarvan. In het Gelre ziekenhuis bijvoorbeeld was het niet het tekort aan geld. Het was gewoon dat ze de verpleegkundigen op een verlosafdeling niet hadden. De mensen waren er niet. Dat had niets met geld te maken. Dus het korte antwoord op uw vraag of ik opgeef, is: nee, absoluut niet.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik denk het wel. Op verschillende terreinen van zorg weten we dat we moeten inklinken, maar ik vind het echt verbijsterend dat een minister, die arts is, niet snapt dat je de acute zorg, die we allemaal op enig moment nodig kunnen of zullen hebben, niet kunt opgeven. Maar hij doet dat wel en zegt: "Ik heb nu geen personeel; nou, dan maar niet, dan maar dicht. Aan de marktwerking ligt het niet, hoor. We gaan gewoon sluiten. We hebben nu een lappendeken en een 45 minuten norm voor onze veiligheid, voor de kwaliteit, en, ja, dan valt de helft ertussenuit, en dan gaan we maar verder rijden." Dat is opgeven. Ik zou graag een minister hebben die ziet dat opgeven hier geen optie is. De acute zorg is onderdeel van de zorg die in de benen móét blijven. Het is mooi als de minister over het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving zegt: ik omarm het rapport. Maar de RVS zegt nou juist in dat rapport: haal de acute zorg uit de marktwerking. Iedereen ziet dat. Een Kamermeerderheid ziet dat, maar de minister kennelijk niet. Hoe zit dat?

Minister Kuipers:

Allereerst, u zult me ongetwijfeld toestaan dat ik mevrouw Agema corrigeer op die dingen die ik niet gezegd heb. Gisteren hadden we een debat over het zorgstelsel. Daarin kwam het RVS-rapport aan bod. Zojuist noemde ik het WRR-rapport. Het RVS-rapport, waar we het gisteren over gehad hebben, ging over fragmentatie in de zorg, over de uitdagingen in de zorg en wat dat vraagt. Ik heb, om het debat van gisteren er dan toch maar bij te halen, gezegd: op de punten waar het gaat over fragmentatie en de noodzaak tot samenwerking, dus ook het zoeken naar andere betalingsvormen daarvoor et cetera, omarm ik het rapport. Sterker nog, dit is exact, copy-paste, in lijn met het Integraal Zorgakkoord. Daar waar het gaat over keuzes voor een totaal andere financiering, zijn dat, zoals ik gisteren ook heb gezegd, ook politieke keuzes. Ik heb daarmee niet gezegd dat ik het ook omarm.

Mevrouw Agema (PVV):

Nou, dat staat hier: "Kuipers omarmt RVS-rapport over minder concurrentie". Maar dat terzijde. Op het moment dat de spoedeisendehulpdiensten sluiten en steeds meer ambulances moeten gaan rondrijden — in sommige regio's hebben we het al meegemaakt dat vier op vijf spoedeisendehulpdiensten tegelijkertijd zo'n stop hebben — is er meer personeel nodig, zo is becijferd, zijn er meer zorgmedewerkers nodig om die situatie vorm te geven. Dus als de heer Kuipers het argument gebruikt van "te weinig personeel, kwaliteit; ik geef op", geldt dat aan de andere kant ook. Op het moment dat al die spoedeisendehulpdiensten omvallen en de druk op andere diensten en op de ambulances toeneemt, zijn daar veel meer zorgmedewerkers en veel meer ambulanceverpleegkundigen nodig — veel meer dan er tekort waren in de spoedeisende hulp.

Wij zullen de acute zorg in de benen moeten houden. We kunnen hier niet opgeven. Het is in het grootste belang van ons allemaal dat we, als we in spoednood verkeren, dit op orde hebben. Daarom vraag ik de minister nogmaals: zie nou in dat op het moment dat je de acute zorg, de spoedeisende hulp, de intensive care en noem maar op uit de marktwerking haalt en net zo financiert als de ambulance-dienst en de brandweer, de prikkel om erop te bezuinigen weg is. Vijf jaar voor de coronacrisis hadden we 914 intensivecareverpleegkundigen meer dan bij de start van de coronacrisis. Van die prikkel zijn we dan af. In die beschikbaarheidsbijdrage neem je dan een fatsoenlijk loon mee, net als goede arbeidsvoorwaarden. Als je verder moet rijden, krijg je een auto van de zaak, krijg je zoveel procent opslag en noem maar op.

De voorzitter:

Een heldere vraag.

Minister Kuipers:

Allereerst begint mevrouw Agema met de SEH-stops en de automatische transitie en vertaalt dat als: ambulances rijden meer rond.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat is onderzocht.

De voorzitter:

Mevrouw Agema zegt dat dat onderzocht is.

Minister Kuipers:

Zeker. Laat het nou ook zo zijn dat die SEH-stops er precies op gericht zijn om ervoor te zorgen dat ambulances minder vaak rondrijden. Die SEH-stops waren er in het verleden ook, maar dan waren daar geen regionale afspraken over en was er geen afstemming. Dan reden ambulances naar een SEH, bleven daar een tijd onverrichter zake — precies de beelden die mevrouw Agema eerder beschreef — met een patiënt in de ambulance staan wachten om vervolgens met dezelfde patiënt door te rijden naar een ander ziekenhuis, in de hoop dat ze daar niet ook een SEH-stop aantreffen. Dat waren zeer onwenselijke situaties, precies zoals mevrouw Agema beschreef. Dat heeft ertoe geleid dat de regio's afspraken hebben gemaakt en dat ze ook monitoren. Ik ben het geheel met mevrouw Van den Berg eens dat dit nog beter moet en dat de gegevens overall realtime gedeeld moeten worden. Maar op het moment dat je dat doet, maak je dus afspraken om de kwaliteit te verbeteren, ook al lijkt het voor een burger dat het dramatisch is. Nee, het is juist gedaan om bypasses te creëren.

Om even een idee te geven. Mevrouw Agema had het in haar inbreng over 571 stops in januari van dit jaar. Dat klinkt ongelofelijk veel: 571 SEH-stops! Heel erg veel. Ze zijn bedoeld voor onderlinge afspraken. Het is nooit zo dat er zonder contact met een ander een SEH-stop wordt afgekondigd. Tegelijkertijd, als je het verdeelt: die SEH-stops waren verdeeld over 63 ziekenhuizen en duurden gemiddeld 35 minuten per dag per ziekenhuis in de afgelopen periode. Dat betekent dat de SEH's in januari in minder dan 2,5% van de tijd een SEH-stop hadden afgekondigd. Dus even de vertaling: ja, SEH-stops vinden plaats, en wel om de kwaliteit te verbeteren. Daarmee was het voor de SEH's mogelijk om meer dan 97% van de tijd open te zijn. Dat is een fantastisch resultaat.

Mevrouw Agema (PVV):

Ook hier de bezwering dat de SEH-stops er zijn om de kwaliteit te verbeteren. Er wordt onmiddellijk weer een heel verhaal bij verzonnen. Maar het is mij wel duidelijk: de hoop die mensen bij de start van de regeerperiode hadden gevestigd op de arts Kuipers, is onterecht gebleken. Hier spreekt gewoon een koude, kille bestuurder, eentje die muntjes, die geld telt: hoe minder spoedeisendehulpverlening hoe beter, hoe minder ic's hoe beter, hoe minder ziekenhuizen hoe beter. Maar dat vinden de mensen in het land niet. Dat vinden de mensen aan het bed niet. Dat vinden de ambulancebroeders niet. Ik ben een paar maanden geleden nog met ze mee geweest. Dat vinden ze allemaal niet. De mensen willen een ziekenhuis in hun eigen dorp of stad. Ze willen een spoedeisendehulpverlening in de buurt. En dat kan allemaal geregeld worden als wij nou eens een regering kregen die dit als prioriteit stelt, in plaats van 28 miljard uitgeven voor een klimaatplan met 0,0003 graad verbetering. Ze willen dat er eens geïnvesteerd wordt in hun ziekenhuis, dat de spoedeisendehulpverlening niet omvalt, dat de intensive care niet omvalt. Dat is wat mensen willen!

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw Agema (PVV):

Ze willen niet een minister die er nog een tandje bijzet in het beleid van afbraak. Ik hoop dat minister Kuipers dat begrijpt en dat hij afstapt van die geprepareerde verhalen, die altijd alleen maar leiden tot nog meer afbraak. We kijken er nu al jaren naar. De enige stop die acceptabel is, is een stop op de sluiting van ziekenhuizen, spoedeisendehulpverlening en intensive cares.

Minister Kuipers:

Ik hoor geen vraag. Ik hoor een pleidooi, maar geen vraag. Dus als u mij toestaat, voorzitter, ga ik gewoon door met de volgende interruptie.

De voorzitter:

Nogmaals richting het publiek: het is niet de bedoeling om te applaudiseren of op een andere manier te uiten wat u vindt van het debat. U kunt altijd Kamerlid worden; dan kunt u meedebatteren. Dan geef ik het woord aan de heer Bushoff, PvdA.

De heer Bushoff (PvdA):

Volgens mij raakte de minister in zijn inleiding aan een van de kernvragen van dit debat. Hij beschreef dat je twee opties hebt als de continuïteit van de SEH in het gedrang komt: óf in voldoende middelen en mensen investeren óf spoedzorg anders organiseren. Het een sluit het ander natuurlijk niet uit, maar het maakt wel enorm veel uit waar je de prioriteit legt. Mijn vraag aan de minister is: waar legt hij de prioriteit?

Minister Kuipers:

Zoals ik in de inleiding ook al aangaf, ziet mijn prioriteit op drie punten. Ten eerste moet er minimaal worden voldaan aan de kwaliteitscriteria. Ten tweede is dat netwerkzorg. Dat betekent dus soms ook nauwere samenwerking. Dat heeft betrekking op die opnamestops en de manier waarop er samengewerkt wordt. Ten derde is dat het concentreren van patiënten met een ernstige levensbedreigende aandoening direct op een plek waar ze geholpen kunnen worden.

De voorzitter:

Volgens mij bedoelde de heer Bushoff wat anders. Herhaalt u uw vraag.

De heer Bushoff (PvdA):

Dit is absoluut geen antwoord op mijn vraag.

De voorzitter:

Herhaalt u even uw vraag.

De heer Bushoff (PvdA):

De minister schetste heel duidelijk dat je twee opties hebt als de continuïteit van een SEH in het gedrang komt. Hij zei letterlijk: óf in voldoende middelen en mensen investeren óf spoedzorg anders organiseren. Mijn vraag was: waar legt deze minister bij die twee opties de prioriteit?

Minister Kuipers:

De prioriteit ligt allereerst bij maximaal kijken dat er voldoende mensen zijn. Dat is aan een zorginstelling zelf, los van de kaders die wij stellen voor bijvoorbeeld de opleiding van personeel. Als het een instelling niet lukt, dan moet die, met alle voorwaarden die daaraan zitten, andere maatregelen treffen.

De heer Bushoff (PvdA):

Dan gaan we even door naar de casus van het Gelre ziekenhuis. Is de minister ervan overtuigd dat in die casus prioriteit is gelegd bij het investeren in middelen en mensen?

Minister Kuipers:

Daar ben ik van overtuigd.

De heer Bushoff (PvdA):

Dan ben ik wel heel erg benieuwd op basis waarvan de minister overtuigd is, want ik denk dat de hele Kamer heeft kunnen lezen in de stukken dat financiële overwegingen wel degelijk meespeelden bij het anders organiseren van de zorg in het Gelre ziekenhuis. Dat is één. Twee. Werknemers zaten ziek thuis en zijn weggegaan omdat het niet meer leuk was. Dat zorgde ervoor dat het personeelstekort verder is opgelopen. Je kan dan toch niet stellen dat er prioriteit is gegeven aan het investeren in middelen en mensen?

Minister Kuipers:

We komen zo meteen nog uitgebreid stil te staan bij het Gelre ziekenhuis en bij het hele tijdsbeloop. Maar dit begon niet bij de financiële situatie van het Gelre ziekenhuis. Het ging gewoon over een tekort aan verpleegkundigen op een verlosafdeling. Er waren verpleegkundigen. Dat heeft niets met de financiële situatie te maken.

De heer Bushoff (PvdA):

Dat is één deel van mijn vraag, maar op het tweede deel ervan wil ik ook graag een antwoord.

De voorzitter:

De minister komt straks nog uitgebreid op dit onderwerp terug. Het is wat lastig om nu kriskras erdoorheen te gaan. U gaat over uw eigen interrupties, maar misschien kunt ook nog heel even wachten tot een onderwerp echt aan de orde is. Ja? Dank u zeer. Dan mevrouw Marijnissen, SP.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Voordat ik mijn vraag ga stellen, kort hierover. Want het klopt niet, minister Kuipers. Het voelt ook als een trap na voor juist de mensen die werkten op de afdeling verloskunde. Ondanks dat die dreigende sluiting hun boven het hoofd hing en ondanks dat collega's vertrokken, hebben zij gebikkeld en doorgewerkt omdat zij zeiden: we willen juist dat de afdeling openblijft. Als u nu hier zegt "nee, dat kon niet, want iedereen liep weg", doet dat geen recht aan de inzet van de mensen daar. Wellicht was dat onbedoeld, maar dan zou ik het fijn vinden als u daarop terugkomt.

Dan nu mijn vraag, eerst in het algemeen.

De voorzitter:

Misschien is het goed als de minister daar kort op wil reageren. Of doet hij dat straks bij het onderwerp?

Minister Kuipers:

Misschien heel kort.

De voorzitter:

Dan tel ik 'm niet mee, mevrouw Marijnissen.

Minister Kuipers:

Ik ben het geheel met mevrouw Marijnissen eens, zo gaf ik ook al breder in mijn inleidende tekst aan. Ik benoemde het ook even breder dan alleen het personeel van de spoedeisendehulpafdelingen. Ik doelde op al die mensen in heel Nederland die 24/7 bezig zijn met spoedzorg. Daarbij benoemde ik bewust ook verloskundigen en mensen in de geboortezorg. Dat geldt ook voor het Gelre ziekenhuis. Ik heb het met het personeel van het Gelre ziekenhuis gesproken, ook met verloskundigen en ook met verpleegkundigen. Mij vertelden ze — nogmaals, ik moet alleen op de verhalen afgaan — dat het op een gegeven moment niet meer ging. Ja, de mensen die daar nog waren, hebben zich maximaal ingezet, maar op een gegeven moment ging het niet meer. Op het moment dat wij voor die situatie gesteld waren, moesten we eigenlijk ook terugkijken en zeggen: "Eigenlijk ging het enige tijd geleden ook al niet meer. We hebben ons ook over de kop gewerkt."

De voorzitter:

U kunt nu uw vraag stellen, mevrouw Marijnissen. Gaat uw gang.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik denk dat u hiermee geen recht doet aan een situatie waarin personeel een dreigende sluiting boven het hoofd hangt, maar ze onder die eigenlijk onmenselijke omstandigheden toch doorwerken, hun beste beentje voorzetten en er keihard voor gaan. Dan wordt aangegeven: het was niet meer te doen, want het personeel liep weg. Ammehoela, zou ik willen zeggen. Natuurlijk, want er hing hun een dreigende sluiting boven het hoofd. Maar we komen zo nog over het Gelre ziekenhuis te spreken. Mijn vraag aan minister Kuipers is de volgende. De kabinetten-Rutte zijn verantwoordelijk geweest voor het sluiten van de verzorgingshuizen, voor het afbouwen van de plekken in de geestelijke gezondheidszorg, voor het decentraliseren van de jeugdzorg, voor het feit dat we nu commerciële huisartsen kennen — je bedenkt het niet — en voor het niet verder uitbreiden van het aantal verpleeghuisplekken waar dit kabinet voor kiest, dus het bezuinigen op de verpleeghuiszorg. Vindt minister Kuipers het zelf dan ook niet een beetje cynisch dat hij gebrek aan personeel, en daardoor te weinig kwaliteit, nu als argument geeft voor het mogelijk sluiten van delen van ziekenhuizen?

Minister Kuipers:

Het is niet aan mij om iets te zeggen over de ggz, de verpleeghuizen of de jeugdzorg. Dat zit bij collega's van mij in de portefeuille. Op de directe vraag van mevrouw Marijnissen over het tekort aan personeel zeg ik het volgende. De zorgvraag stijgt. Ik verwijs maar even naar het WRR-rapport dat ik in mijn inleiding al noemde. De WRR gaf aan dat wij voor de komende jaren uitdagingen hebben. Ze benoemden drie soorten: financiële, personele en sociaal-maatschappelijke. Bij de spoedzorg begint het allereerst met de personele en de sociaal-maatschappelijke uitdagingen. Gelukkig zien we de afgelopen vele jaren overall een stijging van onze levensverwachting. Maar daarmee zien we ook meer mensen met multimorbiditeit en langdurige aandoeningen, en dus meer mensen die langdurig zorg nodig hebben. Er is sprake van een stijging van het personeel over de afgelopen jaren, maar die houdt niet gelijke tred met wat er allemaal gevraagd wordt. En dat wringt. Dat wringt onder andere in de acute zorg. Daar moeten we dus naar oplossingen zoeken. Een deel van de oplossing is maximaal blijven inzetten op extra personeel, maar tegelijkertijd ook nadenken over alternatieven waarmee je mensen beter kunt helpen en de toegankelijkheid verbetert. Mevrouw Van den Berg gaf daar iets over aan, net als mevrouw Tielen en mevrouw Paulusma. Alleen maar inzetten op meer personeel is niet de oplossing.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Minister Kuipers noemt volgens mij alleen maar argumenten om ziekenhuizen juist niet verder te ontmantelen, om spoedeisendehulpdiensten of andere delen van ziekenhuizen juist niet te sluiten. Ik begrijp het ook niet. Het is natuurlijk maar heel erg de vraag hoe je een probleem wilt oplossen. Ja, er zijn personeelstekorten, maar ik zou zeggen: vind je het gek? Mensen in de zorg krijgen nog steeds minder betaald dan marktsalarissen. We hebben allemaal gezien hoe iedereen in coronatijd stond te applaudisseren voor mensen in de zorg, maar de coalitie hier wegrende toen er gestemd moest worden over hogere salarissen. Mensen worden nog steeds gek van de markt en de opgelegde regeldruk waar ze mee te maken hebben. Dus ja, daar moeten we wat aan doen. Maar u bent arts. Als iemand een gekneusde pols heeft, gaat u hopelijk toch ook niet zeggen: die doet het niet meer goed; weet u wat, amputeert u de hele arm maar? Dan gaan we er toch voor zorgen dat die pols het weer doet, zodat het lichaam goed functioneert? Wat u doet, is wegstappen en toestaan dat die cruciale onderdelen van ziekenhuizen worden gesloten. Daardoor zorgt u ervoor dat de hele ziekenhuiszorg in Nederland verschaalt.

Minister Kuipers:

We hebben het hier over de acute zorg. Ik kijk niet weg van ziekenhuizen; integendeel. Dat sta ik helemaal niet toe. Daar is in de acute zorg bijvoorbeeld ook een AMvB voor. Dat is dus totaal niet im Frage.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Minister Kuipers geeft een beetje kortaf antwoord door te zeggen: we hebben een AMvB, dus dat is niet im Frage. Nou ja, volgens mij staan we hier omdat het wel im Frage is. Volgens mij zitten die mensen hier op de tribune omdat het volop im Frage is. Die zitten hier natuurlijk niet voor

hun lol. Ik zou het dus wel waarderen als minister Kuipers in ieder geval een poging doet om een serieus antwoord te geven op mijn oprechte vraag.

Minister Kuipers:

Ja, maar dat probeer ik. Ik probeer een serieus antwoord te geven op een zeer brede stelling die er eigenlijk op neerkomt — ik vertaal het maar even — dat we geen personele issues zouden hebben als we een ander stelsel hadden. We hadden gisteren een debat waarin ik ook gevraagd werd om een reflectie op het Nederlandse zorgstelsel in vergelijking met de internationale situatie. Toen hebben we hierbij stilgestaan en heb ik ook de input gegeven dat er in de internationale vergelijking niet zoiets is als een ideaal zorgstelsel, ook niet qua financiering. We weten wel dat stelsels met een sterke eerste lijn het altijd beter doen dan stelsels zonder. Wat het overige betreft: personele issues en tekorten door uitdagingen zoals vergrijzing, multimorbiditeit en het niet op gelijke pas kunnen houden van personeel, spelen vrijwel wereldwijd. Het is dus niet uitzonderlijk dat we deze issues ook in Nederland hebben. We kunnen daarvoor zoeken naar een andere financiering, maar dat gaat niet direct helpen. U wijst op tekorten, salarissen en alsmaar meer betalen. Om een voorbeeld te noemen, een van de tekorten waar u of anderen ook aan refereerden, is een tekort aan SEH-artsen. Ik geloof niet dat het financieren van de salarissen van SEH-artsen een probleem is.

De voorzitter:

Mevrouw Marijnissen nog even.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Tot slot. Mijn punt is en was het volgende. De oplossing voor de problemen, namelijk dat er te weinig personeel is en dat er te weinig kwaliteit geboden kan worden op bepaalde plekken in ziekenhuizen, is dan niet: nou, sluit de tent dan maar; ontmantel die ziekenhuizen maar verder. De oplossing is dan juist: laten we daarin investeren. Laten we juist meer zorgverleners aantrekken. Laten we ze beter waarderen. Laten we inderdaad voldoende opleidingsplekken creëren. Laten we stoppen met het verder ontmantelen van ziekenhuizen, waardoor mensen alleen maar verder moeten reizen. U maakt precies de verkeerde afweging.

Minister Kuipers:

Wat ik al aangaf, is dat deze afweging in de zorg zelf, alleen al door de zorgbestuurders, wel gemaakt moet worden. Ze worden namelijk het hele jaar rond, in toenemende mate, geconfronteerd met vacatures die niet invulbaar zijn. Dat is helaas de situatie. Als wij niet echt significant nadenken over andere wijzen van het vormgeven van de zorg, dan zal dit in de toekomst alleen maar verder toenemen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

We hebben maar zes interrupties. Ik wacht dus meestal even af tot ik alles heb gehoord, voordat ik mijn vragen stel.

De voorzitter:

Zegt u dat tegen uw collega's nu?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Nou ja, ieder zijn eigen keuze daarin. Ik sprong net alleen even op omdat ik letterlijk noteerde wat de minister zei. Ik ben het helemaal met hem eens dat je moet kijken naar samenwerken, anders werken en het concentreren van hoogcomplexere zorg. De minister zei net — mevrouw Marijnissen begon daar ook over — in relatie tot Zutphen: het gaat niet over geld, maar over een tekort aan medewerkers. Ik heb in ieder geval in februari, toen het voor het eerst naar buiten kwam, maar één ding gehoord: het bedrag van 20 miljoen. Ik heb van begin af aan al het volgende gezegd. Er was een tekort van 20 miljoen. In iedere organisatie die groter is, kan je nog keuzes maken over waar je een verlies laat vallen. Dus valt zo'n verlies nou echt in Zutphen, of toevallig in Apeldoorn, als het gaat om een nieuw parkeerdek, om maar een voorbeeld te noemen? Er waren toen nog helemaal geen personeelsproblemen aan de orde. Het was echt een financieel probleem. De minister hoeft daar nu niet gelijk op te antwoorden, maar ik zou het fijn vinden als hij dat straks meeneemt als hij het over het Gelre ziekenhuis heeft. Ik hecht er toch even aan om dat recht te zetten.

Minister Kuipers:

Ik kan er nu alvast wat over zeggen. Natuurlijk ben ik bekend met het feit dat het Gelre ziekenhuis al langere tijd een financieel probleem heeft. Ik weet ook dat er een aantal issues zijn ten aanzien van het parkeerdek et cetera. In de vorm waarin we de Nederlandse zorg georganiseerd hebben, moeten we er tegelijkertijd allereerst wel van uitgaan — mevrouw Tielen zei daar ook wat over — dat de eerste inzet van medewerkers en bestuurders in de zorg is: zorgen voor optimale kwaliteit en toegankelijkheid. Daarvoor zijn ze in de zorg gaan werken. Dat is een reden dat je in de zorg gaat werken: je wilt een bijdrage leveren. Daar moeten we echt even van uitgaan, ook bij de situatie van het Apeldoornse Gelre ziekenhuis. Ik heb geen enkele aanwijzing dat dat niet de maximale inzet is van het personeel inclusief het bestuur, en overigens ook van het overleg met de zorgverzekeraars et cetera. Dat is één.

Stel dat je het dan vervolgens wel zou terugbrengen op het financiële. Dat moet niet gebeuren; laat ik daar geen verkeerde indruk over geven aan degenen die dit horen of mee zitten te kijken. Mevrouw Van den Berg noemt heel vaak dat zij in het verleden in het bedrijfsleven heeft gewerkt. Ik denk dat zij niet vaak voor een bedrijf heeft gewerkt dat bewust zegt: "Ons bedrijf is in de problemen. Laten wij nu een op zich gezond onderdeel van ons bedrijf afstoten. Dat laten we weggaan. We laten dat onderdeel van onze markt, van ons contract, weglopen naar de burens." Dat zou zeer onverstandig zijn. Dat geldt ook voor de geboortezorg. Ik denk dat puur sec de financiële issues van het Gelre ziekenhuis ... Nogmaals, ik ken de getallen en de details verder niet, maar vanuit mijn vorige rol als zorgbestuurder zou het me zeer verbazen als dit een insteek is vanwege budgetten van een ziekenhuis. Dat zou buitengewoon onverstandig zijn om tal van redenen en in de laatste plaats ook voor de financiële.

De voorzitter:

Ik stel voor dat u verdergaat met uw eerste blokje.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Ik begin even met de volgende vraag over een deel van de beelden waar wij het over hebben. Ik kijk bewust even naar het publiek. Die gaan namelijk ook over beelden. Uw Kamer heeft er terecht op gewezen dat we goed moeten communiceren als het om beelden gaat, dat ik dat als minister moet doen, dat mijn ministerie dat moet doen en dat verzekeraars en zorgbestuurders dat moeten doen. Ik hecht daaraan. Ik vind dat een terechte opmerking. Ik wil ook best zeggen: dat kun je niet genoeg doen. Maar dan vind ik ook dat we gezamenlijk, ook met uw Kamer, de juiste beelden moeten uitstralen, want daar hebben mensen recht op. Dat helpt ook. Ik deed dat zojuist bijvoorbeeld met beelden ten aanzien van SEH-stops: als je een getal roept en zegt dat het heel erg is, krijgt iedereen het idee dat het klaarblijkelijk heel erg is. Ik probeer het te vertalen naar waarom het gebeurt. Als we gezamenlijk zouden besluiten dat SEH-stops niet meer mogen, zetten we het getal op nul, maar dan moeten we de ogen ook sluiten voor het feit dat patiënten vervolgens dus weer gewoon, zoals in het verleden, in een ambulance met ronkende motor ergens op een parkeerplaats staan te wachten terwijl het ambulancepersoneel niet ingezet kan worden voor iets anders, in de hoop dat er ondertussen niks ernstigs met de patiënt gebeurt. Dat is wel het beeld.

Als ik dit ook even mag doen voor de ic's, waar ook het een en ander over werd gezegd: het klopt dat in de afgelopen jaren het aantal ziekenhuislocaties met een ic-afdeling is afgenomen. Dat vergt communicatie, maar dat is een onderdeel van het beleid om de kwaliteit van ic-zorg te verbeteren door ziekenhuizen intensiever samen te laten werken. Dat zegt echter niks over het aantal beschikbare ic-bedden in Nederland. Dat is in de afgelopen jaren, los van de coronaperiode, vrij constant gebleven. Er werden ook lijsten genoemd met ziekenhuizen waar de ic's werden gesloten. Ik heb niet meteen meegeschreven. Mevrouw Agema noemde een hele lijst. Veel van de ziekenhuizen op die lijst hebben nog gewoon een ic. Een enkel ziekenhuis op de door mevrouw Agema genoemde lijst bestaat niet meer. De Weezenlanden in Zwolle is ondertussen de Isala. Dat ligt een kilometer verderop; dat is gewoon een nieuw gebouw.

Ten aanzien van de bezetting van de ic-bedden: er zijn 999 ic-bedden en de piek in de afgelopen winter was rond 800. Gister lagen 633 patiënten op de ic. Er kan momenteel dus voldoende ic worden geleverd.

De voorzitter:

Er is nog een aanvullende opmerking van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat soort lijstjes stel ik in de regel niet zelf samen. Ze komen gewoon van de feitelijke vragenrondes, bij de begroting en bij van alles en nog wat. Die lijstjes komen in de regel dus gewoon bij VWS vandaan.

Minister Kuipers:

Zeker. Dat weet ik. Maar dan moeten ze dus op de juiste manier geïnterpreteerd worden met de communicatie erbij. Het antwoord is dat De Weezenlanden gesloten is omdat er nu een nieuw gebouw is dat een kilometer verderop ligt.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, moeten we dit even helder hebben, ook voor de Handelingen.

Mevrouw Agema (PVV):

Dan heeft VWS dus een verkeerd antwoord gegeven. Ik stel een vraag en ik gebruik de antwoorden op feitelijke vragen in debatten. Dat is wel zo zuiver. Dan had VWS die aantekening moeten maken bij het geven van het antwoord.

Minister Kuipers:

Dan corrigeer ik graag het beeld dat VWS gegeven heeft, met dank aan mevrouw Agema voor het noemen hiervan.

Hetzelfde ten aanzien van gesloten SEH's. Sorry dat ik dat even doe, maar ik denk dat dat echt belangrijk is voor het debat. Dan kunnen we vervolgens iets afkeuren of goedkeuren, maar het helpt voor het beeld. In 2011 waren er in Nederland 99 SEH's en nu zijn het er 83. Er zijn dus zestien SEH's minder. Er zijn SEH's op twintig locaties gesloten en op vier plekken is er een SEH bij gekomen. Drie SEH's zijn gesloten door een faillissement: Dokkum, Slotervaart en Lelystad, met een grote impact ter plaatse; we kennen allemaal de verhalen nog. Bij zeven SEH's was sprake van concentratie binnen één stad, feitelijk van het samenvoegen van twee nabijgelegen SEH's op één locatie: in Breda, Rotterdam, Den Haag op een aantal locaties, in Tilburg en opnieuw in Rotterdam. Acht SEH's zijn gesloten door concentratie van acute zorg in de regio. Daar zijn wel enkele spoedposten bij gekomen. Dat betrof: van Zeist naar Utrecht, van Zevenaar naar Arnhem, van Delfzijl naar Groningen, van Roosendaal naar Bergen op Zoom, van Hengelo naar Almelo, van Zwijndrecht naar Dordrecht, van Hoogeveen en Stadskanaal, waar wel een spoedpost is, naar Emmen en in Spijkenisse een spoedpost. Tot slot was er een verhuizing van een SEH van Woerden naar Leidsche Rijn. Er zijn ook een aantal SEH's bij gekomen, zoals ik al benoemde, waaronder Bernhoven in Uden.

Daarmee wil ik geen situatie noemen die beter of slechter is. Ik wil alleen een idee geven van wat er daadwerkelijk is gebeurd. Ik ben in het verleden zelf betrokken geweest bij de sluiting van twee van die SEH's. Eén betrof de sluiting van de kinder-SEH in het Sophia Kinderziekenhuis en een verplaatsing naar een deur 30 meter verderop in het Erasmus MC, samen met de volwassenen-SEH.

Mevrouw Agema (PVV):

Het spijt me, maar ik kon dit niet voorzien. Ik heb ook aangegeven dat dit beleid is. De minister kan nu gaan mierenneuken en zeggen: daar is er eentje voor terug gekomen en daar is er eentje bij gekomen. We weten toch ...

De voorzitter:

Laten we het wel zakelijk en op de inhoud houden met elkaar.

Mevrouw Agema (PVV):

We weten dat we vijf jaar voor de start van de coronacrisis 915 ic-verpleegkundigen meer hadden dan aan de start. Dat heeft VWS geantwoord op mijn Kamervragen. Dan hoor

ik de minister net zeggen: dat deden we allemaal vanwege kwaliteit. We hebben hier de houtskoolschets acute zorg. De minister zegt: er zijn niet zestien spoedeisende hulpen weg, want er kwamen erbij en er gingen eraf. Maar het doel van het beleid is dat het er minder moeten worden. Dan hebben we de begroting VWS. Op die voor 2021 staat op pagina 14 tot 16 dat 50% van de zorginstellingen moet verdwijnen. Ik hou dus vol dat het beleid van de regering is dat er niet alleen zo veel spoedeisendehulpdiensten gesloten en weg zijn, maar dat het er meer moeten worden, en dat dat afbraak van beleid is.

Minister Kuipers:

Daarin verschillen mevrouw Agema en ik van mening. Ik vind niet dat het er meer moeten worden.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Voorzitter, kort. Het is geen interruptie, maar een soort punt van orde. Ik vind dat de minister nu wel erg gaat goochelen met cijfers. Hij noemde Uden; dat hoorde ik toevallig. Hij zei: in Uden is er een spoedeisende hulp bij gekomen. Daar weet ik toevallig wat van, want ik woon zelf in Oss. Daar is die verdwenen, net als in Veghel, omdat die samengingen in Uden. Maar dat noemt de minister dan weer niet. Ik zou het fijn vinden als we het kunnen hebben over de hoofdlijnen van waar deze minister naartoe gaat. Dit klopt namelijk niet helemaal.

Minister Kuipers:

Ik wil juist naar de hoofdlijnen. Daarbij helpt het om de getallen goed te hebben. Als ik ten aanzien van Uden iets verkeerd zei, accepteer ik dat helemaal. Mijn correctie. Het gaat ook om het algemene beeld dat er zaken verschuiven. Soms is dat vanwege een onvoorzien situatie. Ik noemde een aantal faillissementen met grote impact. Soms — neem de situatie van Zwijndrecht en Dordrecht met de fusie van een ziekenhuis, of Tilburg en de totstandkoming van het Elisabeth-TweeSteden — gaat het aantal SEH's naar beneden, maar feitelijk gebeurt er voor burgers niet veel.

Dat brengt mij bij de vragen in het blokje kwaliteit, leefbaarheid en stops. Ik kom allereerst terug op een vraag van mevrouw Westerveld. Kunt u een beschikbaarheidsbijdrage geven aan SEH's die essentieel zijn voor de leefbaarheid van de regio, ook al zijn ze niet per se nodig voor de 45 minuten norm? Mevrouw Westerveld refereerde terecht aan de 45 minuten norm. U weet dat er op dit moment een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage is voor degene die essentieel zijn in het kader van die 45 minuten norm. Het afgelopen jaar hebben we vanwege een nieuw rijtijdenmodel en nieuwe berekeningen de beschikbaarheidsbijdrage en het aantal SEH's uitgebreid. Dat is een speciale subsidie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. Die kan alleen in specifieke situaties worden ingezet. U weet dat wij bezig zijn met nadenken over mogelijke alternatieven voor de 45 minuten norm. Ik zeg het nadrukkelijk zo. Ik heb met uw Kamer afgesproken dat wij niets gaan vervangen zonder dat er eerst goede alternatieven zijn. Dan gaat het specifiek over normen voor ernstige, levensbedreigende aandoeningen. Ik zal in dat traject rondom nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit meenemen of aanvullende instrumenten nodig zijn, inclusief eventuele beschikbaarheidsbijdrages. Voor nu verandert er dus niks. We

hebben de regel van 45 minuten, de rijtijden en de beschikbaarheidsbijdrage op basis daarvan.

Dan was er een vraag ten aanzien van minder SEH-posten. Mensen moeten naar de dichtstbijzijnde acute zorg kunnen. Een aantal Kamerleden, onder anderen mevrouw Agema, hebben dat opgemerkt. Volgens mij zei de heer Bushoff het ook. Patiënten met een levensbedreigende, complexe aandoening zoals een hartaanval gaan nu al niet naar de dichtstbijzijnde SEH, althans in sommige gevallen, maar naar de juiste SEH. In streekziekenhuizen worden de meest complexe patiënten meestal niet behandeld vanwege het gebrek aan de infrastructuur om dat te doen. Bij het vormgeven van nieuwe normen moeten we een balans zoeken tussen de toegankelijkheid van acute zorg in elke regio en de kwaliteit van zorg voor deze ernstig zieke patiënten.

De heer Drost vroeg: is het denkbaar dat een SEH toch openblijft, ondanks bedrijfsmatige argumenten? Jazeker. Er zijn situaties waarin een SEH open kan blijven, ondanks bedrijfsmatige argumenten. Dat kan bijvoorbeeld als er in een ROAZ of door een zorgverzekeraar wordt geconstateerd dat de toegankelijkheid van zorg niet geborgd is bij eventuele sluiting. Dan kan een zorgverzekeraar samen met het ziekenhuis alles op alles zetten om de SEH open te houden. Ik gaf al aan dat de ondergrens wel is dat er veilige zorg moet kunnen worden gevoerd en dat er dus ook voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel aanwezig is.

In aansluiting daarop vroeg mevrouw Van der Plas: sluiten van SEH's kan toch niet de bedoeling zijn? Ik gaf al aan dat het niet mijn doel is om SEH's te sluiten. We hebben alle capaciteit in de acute zorg hard nodig. Het gaat mij er wel om dat elke patiënt overal in Nederland altijd kan rekenen op hetzelfde niveau en goede kwaliteit van zorg, en dan hebben we nog een opgave te doen.

De heer Bushoff vroeg: herkent de minister het probleem dat sluiten er niet voor zorgt dat de kwaliteit verbetert, ook omdat de druk op een ander ziekenhuis dan groter blijft en te groot kan worden? Dat herken ik wel degelijk. Ik gaf daarbij ook aan dat we alle capaciteit in de spoedzorg hard nodig hebben, nu en in de toekomst. Een patiënt moet er, los van de kwaliteit, op kunnen rekenen dat zorg beschikbaar is. Dat is de reden dat we aan de ROAZ-regio's gevraagd hebben om met continuïteitsplannen en regioplannen te komen over de vraag: wat heeft onze regio nu en in de toekomst nodig? Dat betekent ook wat voor de ziekenhuizen in een netwerk, in hun omgeving. Dan komen we opnieuw terug op de discussie van gisteren dat niet langer competitie, maar samenwerking de norm moet zijn. Dat moet op veel terreinen, maar allereerst, als ik er één mag noemen in het kader van dit debat, op het terrein van acute zorg.

Mevrouw Westerveld vroeg: hoe weegt de minister de leefbaarheid van de regio mee in het vaststellen van de spreidingsnormen voor acute zorg? Leefbaarheid van een regio is een van de belangen die ik meeweeg in het proces bij het opstellen van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Dat betekent ook dat we lokale bestuurders en burgers betrekken bij het opstellen van deze nieuwe norm.

Mevrouw Westerveld vroeg ook: hoe gaat de minister het oplossen als er aandoeningen zijn waarmee mensen sneller

dan binnen 45 minuten in het ziekenhuis moeten zijn? Voor veel ernstige, levensbedreigende aandoeningen geldt: hoe sneller, hoe beter, maar dan wel direct in het juiste centrum, waar de benodigde expertise aanwezig is. In sommige gevallen is dat minutenwerk — denk aan een reanimatie — maar dan doe je dat ook ter plekke. Daar is de zorg tegenwoordig goed op ingericht. Daarin hebben prehospitala care en ambulancezorg een grote rol. Een ambulance is tegenwoordig, en al heel lang, geen vorm van een gele taxi, maar is echt verplaatste zorg. Ik wil eigenlijk ook gewoon ic-zorg zeggen, inclusief al het opgeleid personeel — mevrouw Paulusma zei daar ook wat over — en inclusief de inzet van de medisch mobiele teams. Het Zorginstituut stelt nu een rapportage op waarin het voor complexe tijd-kritische aandoeningen medisch onderbouwd inzicht geeft in welk type zorg binnen hoeveel tijd moet worden verleend en aan welke kwaliteitskenmerken deze zorg moet voldoen. Die resultaten neem ik mee bij het opstellen van normen. Daarin tellen ook andere elementen mee, zoals organiseerbaarheid.

Voorzitter. Een aantal van uw Kamerleden heeft voorbeelden uit de praktijk genoemd. Als u mij toestaat om ook uit mijn eigen nabije omgeving in de afgelopen periode een dergelijk voorbeeld te noemen, dan gaat het om een tot op dat moment gezonde jonge vrouw die plotseling hevige hoofdpijn kreeg en in coma raakte. De ambulance werd erbij geroepen en het ambulancepersoneel heeft de enige juiste diagnose gesteld, namelijk verdenking op een acute hersenbloeding. De ambulance is twee nabije ziekenhuizen voorbijgereden om direct te rijden naar een centrum dat verder weg lag, maar waar de patiënte wel direct naar de ok kon voor neurochirurgie.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg: welke effecten heeft het sluiten van een spoedpost in de regio? Wat zijn de effecten voor de kwaliteit van zorg? Ik noemde al het voldoen aan kwaliteitscriteria en het belang daarvan. Een ongelijkheid in kwaliteit tussen SEH's vind ik kwalijk richting patiënten, maar tegelijkertijd moet de zorg ook beschikbaar zijn en hebben we alle capaciteit nodig. Dus het sluiten van een spoedpost in een regio kan grote effecten hebben. We hebben zojuist ook al even gezegd: het omzetten van een echte volwaardige, volledige SEH naar een spoedpost betekent nog steeds — ik kom daar straks ook nog op terug — dat je het allergrootste deel, in aantallen patiënten, van de spoedeisendehulpzorg kan leveren. Dat raakt dus ook aan de opmerkingen en de antwoorden die ik zojuist gaf naar aanleiding van vragen van mevrouw Westerveld.

Mevrouw Van den Berg vroeg of ik kan toezeggen dat ik een kader acute zorg ga maken met criteria waarin leefbaarheid en welzijn van mensen ook worden meegenomen. Het antwoord daarop is: ja, dat kan. Leefbaarheid in regio's is een van de belangen die ik meeneem in het proces van het opstellen van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg. Zoals genoemd, betrek ik zowel burgers als lokale bestuurders bij het opstellen van deze nieuwe normen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat was mijn motie van december, die unaniem is aangenomen en die gaat over het meenemen van leefbaarheid bij het opstellen van nieuwe normen. Nu vraag ik echter aan de minister of hij een kader wil maken voor de spreiding

van de acute zorg. Oftewel, waar is een spoedeisende hulp? Dat is dus wat anders dan zeggen: ik neem leefbaarheid mee als criterium voor het opstellen van de normen.

Minister Kuipers:

Wat ik aangaf, is volgens mij precies wat mevrouw Van den Berg bedoelt. Bij normen voor toegankelijkheid gaat het het ook over spreiding, afstand en bereikbaarheid.

De heer Drost vroeg of er wordt gekeken naar de praktische bereikbaarheid en reistijd, en naar fiets en ov en of ik het idee van brede welvaart ook ga betrekken bij de plannen voor de acute zorg en de impact van brede welvaart voor de regio's. De 45 minutennorm gaat over de bereikbaarheid van de SEH met de ambulance. Bij het vormgeven van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit worden verschillende varianten opgesteld. Ik kan me voorstellen dat we daarbij ook kijken naar verschillende vormen van bereikbaarheid. In het proces van opstelling wordt ook gekeken naar het effect op leefbaarheid en brede welvaart. Bij ernstige, acute gevallen is de reistijd per fiets of ov minder relevant.

De heer Van der Staaij vroeg of de minister erkent dat een oplossing voor het verminderen van de druk op de acute zorg in belangrijke mate elders in de zorg ligt. Veel dank overigens voor zowel de vraag als de reflectie. Ook in zijn inleiding sloeg de heer Van der Staaij precies de spijker op de kop, in de zin van wat de afwegingen zijn voor mensen in de zorg, voor personeel en bestuurders in de zorg, voor zorgverzekeraars en ook voor het ministerie, en op veel manieren ook waar het gaat om de discussie met uw Kamer.

Dat betekent inderdaad dat de druk op de acute zorg samenhangt met de zorg in de hele breedte. De hele zorg heeft te maken met een toenemende zorgvraag, toenemende complexiteit en schaarste aan medewerkers. Dat betekent ook dat we in de volle breedte naar oplossingen moeten zoeken. Dat betekent dus ook kijken naar mogelijkheden van digitalisering en monitoring op afstand. Ik noemde al de zorgcoördinatie om te zorgen dat mensen niet door drie of vier medewerkers gezien worden, terwijl de laatste eigenlijk de persoon is waar ze direct terecht hadden moeten. Daar zal samenwerking tussen zorgaanbieders en in het bijzonder zorgcoördinatie dus ook een bijdrage aan moeten leveren. In het Integraal Zorgakkoord hebben we daar afspraken over gemaakt.

De heer Bushoff vroeg of we niet met een plan moeten komen om de acute zorg beter te bemensen en die daarmee open te houden. Helaas is er op veel verschillende plekken in de zorg een tekort aan personeel. Dat hebben we niet meteen opgelost. Wel pakken we deze problematiek met z'n allen en met urgentie op. Er dient in de hele keten brancheoverstijgend en regionaal samengewerkt te worden. Dat doen we met de verschillende programma's. Ik noem er één: het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn. Minister Helder discussieert daar met regelmaat met u over. Wat betreft de toekomstbestendige arbeidsmarkt zijn wij ook aan de slag om het werk zodanig anders te organiseren dat we het kunnen doen met de mensen die er wél zijn en op een manier waarop nog steeds goede persoonlijke zorg en ondersteuning geborgd kan worden. De minister voor Langdurige Zorg en Sport infor-

meert de Kamer voor de zomer over de voortgang van dit programma.

De heer Van der Staaij vroeg: de aanrijtijden van ambulances in een aantal dorpen op de Veluwe scoren al jaren slecht; welke mogelijkheden zijn er om hier verbetering in te brengen? Allereerst geldt de streefnorm die in de Regeling ambulancezorgvoorzieningen is opgenomen voor de hele veiligheidsregio, niet voor afzonderlijke locaties of gemeentes. Die streefnorm houdt in — u kent hem — dat bij een A1-melding in 95% van de gevallen binnen vijftien minuten een ambulance ter plaatse is.

Deze streefnorm is bovendien een onderdeel van het Kwaliteitskader Ambulancezorg, dat zich uitbreidt met meer facetten van kwaliteit dan alleen aanrijtijden. Dat wil zeggen dat een ambulance niet altijd binnen vijftien minuten ter plaatse hoeft te zijn om goede zorg te verlenen. Omgekeerd is vijftien minuten in sommige spoedeisende situaties nog te lang. De ambulancezorg kijkt dus ook zelf al naar een differentiatie. Met de nieuwe urgentie-indeling van Ambulancezorg Nederland is het de bedoeling dat de ambulance straks sneller ter plaatse is als het echt nodig is, en dat in andere gevallen iets meer tijd wordt genomen, ook om meteen de juiste zorg op de juiste plek in te zetten. Dat is allemaal nog in ontwikkeling, dus tot die tijd zijn RAV's wel gehouden aan de streefnorm van vijftien minuten.

Mevrouw Paulusma vroeg of er voldoende opleidingsplaatsen zijn en of we voldoende carrièreperspectief bieden. Voor alle medisch specialisten — uw Kamer weet het — is het aantal opleidingsplekken gelijk aan het advies van het Capaciteitsorgaan. Voor de verpleegkundige vervolgopleidingen, zoals voor ambulance-, SEH- of ic-verpleegkundigen, wordt niet gewerkt met deze opleidingen. Voor verpleegkundige vervolgopleidingen is in plaats daarvan sprake van diplomafinanciering. Deze loopt via een kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage. Ondanks het feit dat instellingen daarmee zelf kunnen bepalen hoeveel ze opleiden, zijn het aantal geïnteresseerde en geschikte instromers en het aantal opleidingsplekken niet altijd toereikend om de adviezen van het Capaciteitsorgaan ook voor deze beroepen te halen. Dat heeft enerzijds te maken met het achterblijven van de instroom en anderzijds met een hoge opleidingsdruk. De huidige beroepsgroep moet relatief veel opleiden, wat invloed heeft op de opleidingscapaciteit. Die uitdagingen zijn niet uniek voor de acute zorg. Er lopen verschillende programma's om dit breder aan te pakken. Ik verwijs opnieuw naar dat TAZ-programma.

Dan vroeg mevrouw ...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Paulusma van D66 een interruptie.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank voor de beantwoording, maar het ging mij met name om de opleidingsplaatsen in de hele keten. Ik ga een heel specifiek voorbeeld noemen. De ophoging van de opleidingsplaatsen voor physician assistants gaat stapsgewijs plaatsvinden. We zien daar een grote behoefte en ook een groot gat. Waarom doen we dat niet in één keer in plaats van stapsgewijs, om ervoor te zorgen dat de keten klaar is?

Minister Kuipers:

Ik herken dit. Dat raakt een beetje aan ... Eigenlijk wil je dat direct doen en is de financiering daarbij ook niet het probleem. Het probleem zit meestal in de opleidingscapaciteit. Bij veel van deze zaken betreft het heel erg hands-on opleiden; mevrouw Paulusma weet het als geen ander. Als de druk al hoog is, betekent dat dat je bijna in een soort vicieuze cirkel komt: de druk gaat omhoog, er wordt veel van de medewerkers in de directe patiëntenzorg gevraagd en daarmee is er minder tijd voor begeleiden. Dat moeten we adresseren. Soms kan dat ook door allerlei dingen op andere manieren te doen. Dat is ook onderdeel van het programma. We herkennen het niet alleen bij de physician assistants, maar ook bij een aantal andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld ok-assistenten, ic-personeel et cetera.

Mevrouw Tielen vroeg: ziet de minister de ontwikkelingen in de acute zorg waar we het vandaag over hebben als een probleem? Het antwoord is: ja, ik zie wel degelijk knelpunten in de acute zorg. Dat betekent dat we niet voor niets een beleidsagenda hebben opgesteld om te zorgen dat de acute zorg toekomstbestendig is, en dat er niet voor niets afspraken over gemaakt zijn in het IZA. Die beleidsagenda en het IZA bevatten tal van acties en afspraken. Cruciaal voor mij in al deze acties zijn de samenwerking in de keten en de samenwerking in de regio. Die onderwerpen zijn gisteren ook besproken.

De heer Drost vroeg het volgende. Het ziekenhuis is een grote werkgever in een regio. Het personeel wil vaak niet verder reizen. Welk risico ziet de minister als we de zorg verder centraliseren? Zorgvuldig omgaan met zorgmedewerkers en het behoud van het huidige personeel is een grote verantwoordelijkheid van werkgevers in de zorg. We hebben, zoals al gezegd, echt alle capaciteit nodig, zowel voor het leveren van de zorg nu als voor het opleiden van de zorgmedewerkers van de toekomst. Dat werd zojuist ook genoemd. Bij het anders inrichten van de acute zorg is het belangrijk dat werkgevers ook naar het effect op de medewerkers kijken. Dat is bijvoorbeeld onderwerp van gesprek — ik heb er in ieder geval naar gevraagd — in de situatie rond het Gelre ziekenhuis in de Stedendriehoek.

Mevrouw Van der Plas vroeg: wie gaat er solliciteren bij een ziekenhuis dat wordt afgeschaald en dat op het punt staat om gesloten te worden? Ik kan me zeer goed voorstellen dat als er onduidelijkheid is of jouw ziekenhuis of jouw beoogde werkgever blijft voortbestaan, dat een effect heeft op hetzij het solliciteren, dan wel andersom, namelijk dat je als je er werkt eerder elders gaat kijken. Daarom heb ik uw Kamer vorige week een brief gestuurd over een proces dat ik wil doorlopen om tot nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg te komen. In de randvoorwaarden heb ik nadrukkelijk de leefbaarheid in de regio, het behoud van zorgmedewerkers en het perspectief van en voor burgers opgenomen. Op deze manier verwacht ik rond de zomer van 2024 een besluit te kunnen nemen over normen waarbij zowel de toegankelijkheid als die andere aspecten betrokken zijn.

De heer Drost (ChristenUnie):

Ik heb een vraag over het personeel. Ik heb toevallig — dat was eigenlijk niet toevallig, maar goed — signalen uit Apeldoorn en Zutphen gekregen dat mensen wordt gevraagd om te verkassen naar Apeldoorn en dat ze dat

niet willen. De intentie is dan natuurlijk mooi. Ondernemers wordt gevraagd om er rekening mee te houden, maar het gebeurt in de praktijk niet of het loopt toch anders dan wij graag willen. Mijn vraag aan de minister is: hoe ziet hij dat dan? De tweede vraag, die ik dan gelijk maar stel, is: wat kunnen we er dan aan doen?

Minister Kuipers:

Ik herken dat niet. Ik heb zelf het beeld gekregen dat medewerkers die gevraagd worden om van Zutphen naar Apeldoorn over te gaan, dat in brede zin doen. De precieze aantallen weet ik niet; ik heb een kwalitatieve vraag en een kwalitatief antwoord daarop gekregen. Voor mij staat bovenaan dat medewerkers behouden blijven voor de zorg. Als dat betekent dat ze niet willen verplaatsen, maar wel actief willen blijven in de zorg, maar dan op een andere plek, dan is vanuit het brede zorgperspectief gezien in ieder geval die medewerker betrokken gebleven bij de zorg, en is het aantal medewerkers dat in de zorg werkt, gelijk gebleven.

De heer Drost (ChristenUnie):

Ik heb het van horen zeggen, hoor. Dat zeg ik erbij. Maar dat heb ik wel van een medewerker in Apeldoorn, die dat met zijn collega's besprak. Ik wil als het mag nog een andere vraag stellen. Ik sta hier nu toch. Die gaat over het ov, waar we het zojuist over hadden. Want natuurlijk zijn de fiets en het ov niet toereikend als de nood aan de man is. Maar het gaat mij juist om de mensen die afhankelijk zijn van ov. Die kunnen daar nu in Zutphen enigszins mee uit de voeten als het nodig is en ze naar een SEH moeten komen, maar die moeten straks naar andere locaties. Ik denk dat het belangrijk is — dat is mijn vraag aan de minister — dat dat meeweegt in alles wat daar gebeurt. Het is belangrijk dat we er zeker van zijn dat die mensen, die juist ook vaak weer in een knelgroep zitten, in de hoek waar de klappen vallen, er gewoon van uit kunnen gaan dat ze straks de zorg kunnen krijgen op de plek waar ze heen verwezen worden, en dat zij die plek met het ov kunnen bereiken.

Minister Kuipers:

Ik bedoelde die opmerking over ov en de echt ernstige levensbedreigende zorg niet als misplaatst en flauw, maar als een gezamenlijke constatering. Maar ov en bereikbaarheid raken wel degelijk aan het issue van leefbaarheid in een regio. In die zin nemen we het dus zeker mee.

De heer Drost (ChristenUnie):

Jazeker, het raakt aan leefbaarheid. Maar als we het over spoedeisende hulp hebben, is het soms ook meer dan dat. Dan gaat het over de kwaliteit van zorg, denk ik. Mensen moeten daar gewoon kunnen komen, ook als ze geen mensen om zich heen hebben die hen op dat moment met de auto kunnen brengen, als ze dus echt aangewezen zijn op het openbaar vervoer. Ik heb het over die groep mensen. We hebben het nu over Zutphen — u gaat er misschien op terugkomen — maar het geldt ook voor andere plekken waar we zorg concentreren. In het geval van Zutphen moet dit echt goed meegewogen worden.

Minister Kuipers:

Ik begrijp het. Ik weet ook uit ervaring dat mensen soms met ernstige acute problemen lopend of op de fiets binnenkomen. Ik herken dat; soms ben je verbaasd dat het kan gebeuren. Tegelijkertijd, kijkend naar het totale plaatje van de echt acute zorg, is ov een issue. Maar het is beter om het meer over de zorg in het algemeen, breed, te hebben.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Het is een issue, maar wel een belangrijk issue. We weten ook dat mensen sneller herstellen op het moment dat het fijn is, op het moment dat ze goede zorg krijgen en dat ook de omstandigheden kwalitatief goed zijn. Bezoek kunnen ontvangen kan heel belangrijk zijn. En omdat we het hier specifiek hebben over het verdwijnen van afdelingen of van ziekenhuizen in regio's, wil ik hier tegen deze minister zeggen dat het ov in een heel aantal regio's gewoon niet goed op orde is. Goed ov draagt natuurlijk bij aan kwaliteit van het leven in zo'n regio, maar zeker ook aan de kwaliteit van zorg.

Minister Kuipers:

Ik herken dat helemaal. Zo heb ik ook de vraag van de heer Drost geïnterpreteerd. Mijn antwoord van zojuist ging over bereikbaarheid voor een patiënt die acute zorg nodig heeft, en niet voor naasten die op bezoek komen als iemand is opgenomen. In bredere zin is bereikbaarheid een heel belangrijk issue voor zorgvoorzieningen, of dat nou een ziekenhuis is of een ander type instelling. Dat geldt niet alleen voor de persoon zelf, maar ook voor de naasten.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Mijn vraag gaat over het punt waar ik de heer Drost in zijn bijdrage ook het een en ander over hoorde zeggen. Als er dan afspraken worden gemaakt over de toekomst of over normen, kan dan expliciet de bereikbaarheid in brede zin worden meegenomen? Laten we dus niet alleen kijken hoelang een ambulance erover doet. Laten we ook de vraag stellen of dit soort belangrijke ziekenhuizen of andere zorglocaties echt goed bereikbaar zijn, voor patiënten natuurlijk, voor hun familie, maar natuurlijk ook voor medewerkers. Denk ook aan mensen die stage lopen, want studenten zijn heel vaak echt afhankelijk van het openbaar vervoer. Dat speelt wel degelijk een hele grote rol. Mijn verzoek is: neem dat expliciet mee in toekomstplannen die worden gemaakt, omdat dit echt een heel belangrijk punt is.

Minister Kuipers:

Ja, graag. We moeten het wel even scheiden. Het kader waar we het zojuist over hadden als alternatief voor een 45 minutenorm focust allereerst op de vraag wat nou reële tijden zijn. Wat moet je verwachten als je in een spagaat zit, want het gaat om de 45 minutenorm, er is sprake van een levensbedreigende situatie, en je moet ervoor zorgen dat de patiënt daadwerkelijk op de juiste plek komt? Ik noemde zojuist al een voorbeeld. Ik kan ook een ander voorbeeld noemen. Het is al gememoreerd door mevrouw Den Haan: 25 jaar na het oprichten van het traumacentrum in Nederland komt nog steeds ongeveer een op de drie ernstige ongevalspatiënten niet in een traumacentrum, mede omdat de normen erop gericht zijn om de patiënt

maar gewoon bij de dichtstbijzijnde SEH af te leveren, ook al weet het personeel dat dat niet het juiste is en je in sommige gevallen moet doorrijden naar het traumacentrum. Daar richt deze norm zich eerst op. Hoe gaan we daar nou mee om?

Dat raakt ook aan de vraag van de heer Van der Staaij. Hoe ga je dat doen? Moet je dan meer centra inrichten om die faciliteiten wel te hebben, of moet je kunnen zeggen dat het juist veilig kan en dat het goed genoeg is om elf traumacentra in Nederland te hebben, maar dat je accepteert dat soms 45 minuten niet goed is? We hebben het hier regelmatig over de Stedendriehoekregio. Rond de jaarwisseling las ik een bericht in het nieuws over een ernstig ongeval daar ter plaatse op de snelweg. Een ernstig ongeval betekent dat een auto op de snelweg met hoge snelheid ergens tegenaan gereden is. Als voormalig zorgmedewerker noem je dat een hoogenergetisch trauma. Als iemand met hoge snelheid ergens tegenaan rijdt, dan moet je dat per definitie categoriseren als ernstig trauma. Dan lees ik vervolgens op de NOS-app dat de patiënten naar het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn gebracht zijn en naar het ziekenhuis in Deventer. Ik lees het met mijn medische bril, ik weet niets van de situatie en ze krijgen daar ongetwijfeld heel goede zorg. Maar ik heb dus een bias en ik lees het en denk: ze hadden alle vier — het ging om vier patiënten in één auto — óf naar het Radboud óf naar Isala in Zwolle gemoeten, want dat zijn de traumacentra en daar staat het hele team gelijk klaar. Dat is de bias. In Nederland weten we dat het helpt bij je kansen om te overleven als je wel direct in een traumacentrum komt. Het helpt bij je kansen op volledig herstel. En ja, als je een ziekenhuis op 5 kilometer afstand hebt maar alles verdisconterend je overlevingskans groter is als je een grotere afstand rijdt, bijvoorbeeld naar Zwolle, dan moet je daar gelijk naartoe. Maar de normen zijn nu zo ingericht: zo snel mogelijk naar het dichtstbijzijnde, dan hebben we het goed gedaan. Daar wil ik graag naar kijken.

De voorzitter:

Helder. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Dat brengt mij automatisch — het is een mooie brug — bij het mapje over de situatie in het Gelre en de Stedendriehoek. Allereerst is de volgende vraag een aantal keren impliciet gesteld, maar er staat niet bij wie 'm gesteld heeft. De vraag is: welke zorg blijft er nog wel beschikbaar in Zutphen? Vanaf 1 juli vinden er in Zutphen geen acute operaties meer plaats. Voor deze zorg gaan patiënten vanaf 1 juli na stabilisatie naar de locatie van het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn of naar een ander ziekenhuis. Per 16 juli is het de bedoeling dat de cardio care unit, de ccu, in Zutphen sluit. Dat wil zeggen dat als er dan hartbewaking nodig is, dat gebeurt op de gecombineerde spoedeisende hulp en eersteharthulp. Verpleegkundigen van de huidige ccu en ic gaan daar dan deze zorg bieden. Over enkele maanden, als voldoende verpleegkundigen hiervoor zijn opgeleid, wordt deze zorg weer geboden op de verpleegafdeling cardiologie/neurologie.

Elektrocardioversies, dus hartritmebehandeling/elektroshock, blijven plaatsvinden in zowel Zutphen als Apeldoorn. De intensive care in Zutphen heeft twee bedden. Dat verhuist alleen qua locatie naar de spoedeisende hulp voor

kort verblijf. Dan kunnen patiënten gestabiliseerd en beademd worden. Patiënten die dan een langere ic-opname nodig hebben, kunnen na stabilisatie naar Apeldoorn of naar een ic in een ander ziekenhuis.

De hartkatheterisatiekamer in Zutphen sluit. Daarvoor worden patiënten dan behandeld in Apeldoorn. De stroke unit zoals dat heet, dat wil zeggen de unit voor behandeling van patiënten met een beroerte, blijft in Zutphen. De spoedeisende hulp in Zutphen blijft ook zeven dagen per week, 24 uur per dag open. Maar deze wordt later in het jaar in samenwerking met de huisartsen gecombineerd tot een spoedplein.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik denk dat het voor de mensen uit Zutphen nogal gekmakend is om vandaag van de minister te horen dat financiën niet het argument zouden zijn om delen van het ziekenhuis in Zutphen te sluiten, maar dat het echt om het gebrek aan personeel gaat. Ik heb hier een interview van ... Ik mag de naam van de man niet meer noemen hier in de Tweede Kamer, maar het betreft de hoogste baas van het ziekenhuis in Zutphen op dit moment. En de kop is: de pijn in ziekenhuizen is onvermijdelijk, zegt de naam die ik niet meer mag noemen. We kunnen het niet langer betalen, zegt hij. De sluiting was toch van de baan, wordt hem gevraagd. Hij zegt dan: "Plat gezegd staan we met onze rug tegen de muur. De financiële situatie is ernstig, we zitten in bijzonder beheer. Het moet anders, anders gaat het ziekenhuis onderuit." Minister, wat is het nu?

Minister Kuipers:

Het is en-en. Ik gaf al aan dat het Gelre ziekenhuis financiële problemen heeft. Die bestaan al een aantal jaren. Ik heb er zojuist in respons op een vraag van mevrouw Van den Berg ook al uitgebreid bij stilgestaan. Zijn de financiële problemen directe aanleiding om personeel van een verloskundefunctie te ontslaan? Ik gaf al aan dat ik het me niet kan voorstellen.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Een zekere baas van een ziekenhuis in Zutphen kan zich dat wel voorstellen, want die noemt dat als argument. Dan zou ik toch het volgende willen voorstellen. Als wij vandaag zeggen dat de financiën het probleem niet zouden moeten zijn, dan zouden wij dat hier toch moeten kunnen oplossen zodat we die sluiting terug kunnen draaien?

Minister Kuipers:

We moeten even twee dingen uit elkaar houden. Heeft het ziekenhuis financiële problemen, zonder dat ik de precieze details nu weet? Ik weet dat het die in het verleden had. Is dat een reden om vervolgens specifiek personeel dat je nodig hebt voor een belangrijk onderdeel van je ziekenhuis te ontslaan? Ik kan het me niet voorstellen. Ik heb het niet op deze manier gevraagd, maar in een gesprek met de bestuurders én met verloskundigen én met verpleegkundigen én met de gynaecoloog is letterlijk aangegeven: wij hadden al langer een personeelsprobleem, wij konden de roosters niet meer compleet krijgen, en daar hebben we op een gegeven moment een oplossing voor moeten zoeken. Neemt dat weg dat het ziekenhuis een financieel probleem

heeft? Nee. Alleen, die twee zaken op deze manier met elkaar verbinden zoals mevrouw Marijnissen dat doet, is niet mijn beeld.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik doe dat niet, minister. Dat doet de hoogste baas van het Gelre ziekenhuis, die op dit moment dat ziekenhuis aan het ontmantelen is. Daarom stel ik u die vraag.

Minister Kuipers:

Ik herken niet het beeld van "ontmantelen". Dat laat ik even aan mevrouw Marijnissen. We hebben het hier specifiek over geboortezorg en acute zorg in het ziekenhuis, maar dat is wat anders dan het hele ziekenhuis ontmantelen. En de quote die ik zojuist hoorde — ik ken het interview niet — verbindt het nog niet aan elkaar.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter, ik denk ... O sorry.

De voorzitter:

Excuus, laatste vraag mevrouw Marijnissen.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik stel hele korte vragen, voorzitter, omdat ik het heel belangrijk vind ...

De voorzitter:

Daarom krijgt u er ook wat meer.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Er zijn vandaag veel mensen hiernaartoe gekomen om hier duidelijkheid over te krijgen.

De voorzitter:

Absoluut.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Als de minister zegt dat financiële argumenten wat hem betreft niet de motivatie moeten of hoeven of kunnen zijn voor sluiting van zulke weliswaar cruciale onderdelen van een ziekenhuis, dan vind ik dat wel relevant. Dan mijn andere vraag aan de minister. In december nam de Tweede Kamer een motie aan die zei dat er geen ontmanteling, of hoe je het dan ook wilt noemen, in ieder geval geen sluiting van een onderdeel van een ziekenhuis, mag plaatsvinden vooraleer daar een onafhankelijk onderzoek naar is gedaan. Kan minister Kuipers dat onafhankelijk onderzoek in geval van het Gelre ziekenhuis overleggen?

De voorzitter:

Dat is de motie op stuk nr. 372 van 15 december 2022, van toenmalig Kamerlid de heer Hijink.

Minister Kuipers:

In een AMvB acute zorg is geregeld dat in het ROAZ afspraken moeten worden gemaakt over het aanbod van acute zorg bij sluitingen. Dan gaat het over de gevolgen van de sluiting voor de hele keten. Daar zijn alle zorgaanbieders in de keten en de regio bij aanwezig, en ook de verzekeraars. Voor de betrokkenheid van inwoners en gemeenten zijn er ook regels. Ik beschouw dat geheel als een adequaat onderzoek. De onafhankelijke toezichthouder IGJ ziet toe op de naleving van het proces uit de AMvB, ontvangt het concept continuïteitsplan en kan dit toetsen. Ook toezichthouder NZa ziet toe op naleving van de zorgplicht en borging van de toegankelijkheid van de zorg. Het Gelre ziekenhuis heeft een dergelijk continuïteitsplan opgesteld, in lijn met de wettelijke vereisten zoals opgenomen in de AMvB acute zorg.

De voorzitter:

Heeft de Kamer deze informatie ook ontvangen? Want de motie gaat over een onafhankelijk onderzoek en u interpreteert dit als een onafhankelijk onderzoek. Heeft de Kamer die informatie gekregen, vraag ik namens mevrouw Marijnissen.

Minister Kuipers:

De Kamer heeft het continuïteitsplan níét gekregen. Dat zou ook precedentwerking hebben. Los daarvan heeft het Gelre ziekenhuis zelf ook via een extern bureau over de hele organisatie onderzoeken laten doen, maar deze gegevens heb ik zelf niet tot mijn beschikking.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Dit kan écht niet. Die motie is aangenomen door een meerderheid in de Kamer. Wij kenden de AMvB. Ik weet wat er in de AMvB staat. Dat hoeft de minister mij niet uit te leggen. Maar daarnaast heeft de Kamer een motie aangenomen die zegt: eerst onafhankelijk onderzoek, voordat een deel van een ziekenhuis wordt gesloten. En dat onafhankelijk onderzoek is er niet. Dat is er niet bij het Gelre ziekenhuis. Als ik dat optel bij de mist die de minister hier creëert — "ik weet helemaal niets van financiële problemen; daarvoor zou het helemaal niet dicht moeten" — dan moet de conclusie vandaag toch zijn dat we als Tweede Kamer de duidelijke uitspraak moeten doen dat dit zo niet verder kan in Zutphen, dat die ontmanteling, of hoe u het ook wilt noemen, het sluiten van delen van ziekenhuizen, daar moet stoppen?

Minister Kuipers:

Op het moment dat een ziekenhuis het beschikbare personeel niet heeft om in dit geval voor iemand die binnenkomt met weeën, iemand die moet bevallen, de noodzakelijke zorg te verlenen, dan zeg ik: dan moet die zorg op dat moment daar stoppen en moet je op alle manieren proberen om het alsnog te regelen, maar je moet niet patiënten in behandeling nemen met personeel dat daarvoor niet gekwalificeerd is.

De voorzitter:

Echt de laatste vraag, mevrouw Marijnissen.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik heb hier een foto, die bij datzelfde krantenartikel staat. Daarop is een groot spandoek te zien dat in het ziekenhuis in Zutphen hangt. Daarop staat met koeienletters: "Pier zegt A maar doet B, Zutphense geboortezorg zegt nee." Wat was het geval? Er werd bedreigd met een sluiting. Dus ja, begrijpelijk dat mensen dan nog meer werkdruk ervaren en uitvallen door de stress. En dat dan vervolgens als argument gebruiken om de hele tent maar op te doeken? Ik vind dat dat geen pas geeft.

Maar even terug naar dat andere punt. Dat onafhankelijke onderzoek is er niet. Dat is een voorwaarde die hier is gesteld door een meerderheid van de Tweede Kamer. Dat onderzoek is er niet. Wat zegt de minister daarvan? Kijkt de minister daarvan weg? Zegt de minister "dat is dan wel een uitspraak van een meerderheid van de Kamer geweest, maar daar doe ik niks mee"? En val niet terug op die AMvB, want die kennen we al.

Minister Kuipers:

Voor mij is dat onafhankelijke onderzoek de IGJ en ook de NZa. Het zijn overigens ook de verzekeraars die daarnaar kijken, net als de regio. Er zijn ontzettend veel verschillende partijen. Dat heeft het Gelre ziekenhuis doorlopen. Wat de quote betreft waaruit blijkt dat de ene partij ja zegt en de andere partij nee: op het moment dat — ik ken dat ook uit andere situaties; we hebben dat in het verleden ook gezien — er tekorten zijn, de druk op het personeel toeneemt en de discussie gaat spelen over wat de oplossingen moeten zijn, escaleert de situatie soms. We hebben dat in het verleden ook gezien bij ziekenhuizen. Ik breng de situatie in het Havenziekenhuis in Rotterdam in herinnering: precies hetzelfde. Op het moment dat het niet goed gaat en er een tekort is, krijg je een situatie waarin het personeel, heel begrijpelijk, zegt: wij overwegen ergens anders een positie te zoeken. Dan krijg je, als je niet uitkijkt, al heel snel een situatie die je juist wilt voorkomen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ga even een paar jaar terug in de tijd, want ik wil een ander voorbeeld noemen: het ziekenhuis Pantein in Boxmeer. Wat is nu het grote verschil? Pantein zat ook in de problemen, maar Pantein trok zeer voortijdig zelf aan de bel bij het ministerie: het gaat niet goed met ons, we zoeken naar een oplossing. Daar is toen met het Radboud, het Canisius, met de banken, met de verzekeraars en met de hele eerste lijn naar een plan gekeken. Dat is allemaal op z'n pootjes terechtgekomen. Dat mis ik in dit hele gesprek. Men laat het water eerst tot aan de lippen komen. Dan komt het tot de neus en kunnen we geen kant meer op, dan moeten we wat. Er is dus niet gekeken.

Als je dan ook nog zegt "een onafhankelijk onderzoek" ... Wij hebben destijds die motie van de SP gesteund. Ik wil nog meedenken met de minister. We hebben inderdaad een Zorgautoriteit, een ROAZ en een inspectie. Als die algemene maatregel van bestuur goed zou zijn toegepast, zouden de gemeenteraad en het college inhoudelijke informatie en inhoudelijke antwoorden hebben gekregen.

Dan zouden ze misschien nog denken: we vinden dit of dat niet leuk, maar dat kunnen we nog wel begrijpen. Maar nu trekken ze te laat aan de bel en houden ze de kaarten tegen de borst, delen ze geen enkele inhoudelijke informatie en is er helemaal geen betrokkenheid van de gemeente.

Minister Kuipers:

Zonder nou de volledige tijdslijn te doorlopen — ik heb een deel van de tijdslijn voor mijn neus — wil ik er allereerst op wijzen dat situaties — we hebben het hier over acute zorg — soms acuut kunnen optreden, even los van het financiële probleem van het ziekenhuis, dat al veel langer bestaat. Natuurlijk was een van de opdrachten voor het bestuur om dat op te lossen. Daar sta je voor als bestuurder. Dat is een vraag van je raad van toezicht, van de banken, van de investeerders, van de verzekeraars. Maar als je desalniettemin voor een acute situatie wordt geplaatst ... Even een aantal dingen uit de tijdslijn. 2 februari: bespreking van de situatie in de raad van bestuur, het stafbestuur en de verpleegkundige adviesraad. 5 februari van dit jaar: bespreking met de zorgbesturen. 6 februari: bespreking met de medewerkers. 6 februari: overleg met en informeren van ROAZ Zwolle en alle omringende ziekenhuizen, eerstelijns verloskundigen, de huisartsengroepen, de ambulancediensten, de zorgverzekeraars, gemeentebesturen en de inspectie. Zo gaat de lijst nog even door. Het is dus een acute situatie. Nogmaals, ik wil van alles accepteren over dat het nog beter had gekund, maar ik wil wel wegblijven bij dat er helemaal niets gebeurd is. Het is een lange lijst van data. Op allerlei momenten is er met allerlei partijen gecommuniceerd.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik concludeer een paar dingen. Ten eerste heeft men jarenlang de kaarten tegen de borst gehouden en heeft men te lang gewacht om te zeggen: we moeten hier met z'n allen gaan spreken. Ten tweede. De lijsten die de minister geeft zijn wat mij betreft met name interne overleggen, binnen het ziekenhuis zelf. Dat is nog wat anders dan dat je actief met de inwoners wat gaat doen. Mijn vraag gaat erom dat we nu overal in het land bezig zijn met het maken van regiobeelden. Aan het eind van het jaar moeten er regioplannen zijn. Dat zijn integrale plannen voor de hele regio. Ik vind het eigenlijk het meest verbazend dat er nu even tussendoor wat gebeurt, terwijl we overal in het land bezig zijn met de integrale plannen. Is de minister het met het CDA eens dat je moet zeggen "nee, je gaat nu dus niet even een aparte, losgehaakte beslissing nemen, maar je kijkt in ieder geval eerst naar het hele regioplan, waarmee we overal in het land bezig zijn"?

Minister Kuipers:

Laat ik allereerst heel duidelijk zijn. Ik sta hier niet om de raad van bestuur van het Gelre ziekenhuis te verdedigen of te bekritisieren. Daar sta ik hier niet voor. Ik sta hier ook niet om patiëntenbelangen en andere zaken aan de kant te zetten. Ik wil alleen even een lijn aangeven. Nogmaals, ik ben er niet bij geweest, dus ik moet afgaan op de informatie die ik krijg. Dan moeten we dat gezamenlijk niet platslaan tot "er is niets gebeurd". Er is alleen intern overlegd en dan benoem ik de situatie en de communicatie die er geweest is. Over de vraag of dat voldoende is, kunnen we het hebben. Maar we kunnen niet alleen zeggen "ik noem een hele lijst op, en dan kan ik nog wel even doorgaan" en dat ver-

volgens samenvatten als "ik hoor dat het alleen maar intern is geweest". Dat is onjuist, dat klopt niet. Nogmaals, ik ben er niet bij geweest, maar ik neem aan dat deze informatie klopt. Daar moet ik even van uitgaan. Ik heb geen reden om te geloven dat dit niet zo is.

Dan ten aanzien van de regioplannen. Ja, die worden opgesteld. Tegelijkertijd kan men ook voor een situatie gesteld worden die vraagt om eerder te acteren. Je kunt niet bepaalde zorg overeind houden als je het personeel niet hebt. Je kunt niet een student of een medewerker zonder ervaring op de verloskamer zetten. Daar kan de inspectie niet mee akkoord gaan, daar kan ik niet mee akkoord gaan en daar zal ook geen enkele zorgbestuurder mee akkoord gaan. Als je met zo'n situatie geconfronteerd wordt, moet je wat doen, regioplan of niet.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik weet even de goede Nederlandse vertaling niet, maar ik vind dit een erg self-inflicted problem. Het is in ieder geval zelf georganiseerd. Ik was er 8 mei bij in Zutphen. Dan zeg ik: ja, men heeft daar gewoon geen inhoudelijke antwoorden gekregen. De minister zegt dat het niet kan, omdat je geen ijzer met handen kunt smeden — of hoe is de uitdrukking? Hij zegt: dat gaat nu niet, want er is gewoon geen personeel. Gaat de minister dan in ieder geval zorgen dat er alsnog fatsoenlijke inhoudelijke antwoorden komen en dat alsnog dit hele ziekenhuis betrokken gaat worden bij het opstellen van een integraal regionaal plan?

Minister Kuipers:

Zo'n plan is er. Dat heb ik al aangegeven. Dat wordt met de regio en alle partijen besproken. En ja, ik heb dat bij herhaling aangegeven. Dat heb ik persoonlijk gedaan op het moment dat ik in de regio op bezoek was en daar de bestuurders en ander personeel uit de hele regio gesproken heb. Mijn mensen hebben dat ook bij herhaling gedaan en de inspectie heeft dat ook gedaan.

De heer Bushoff (PvdA):

Toch nog even terug naar dat onafhankelijke onderzoek. Bij het Gelre ziekenhuis waren eerst de financiële problemen er en daarna de personele problemen. De minister zegt dat de personele problemen hebben geleid tot de situatie waar we nu in zitten en dat hij niet kan concluderen dat de financiële problemen daarmee te maken hebben. Toont dat niet juist het belang aan van zo'n onafhankelijk onderzoek om te weten wat nou de achterliggende problemen waren bij het Gelre ziekenhuis en om te achterhalen of bijvoorbeeld financiën wel degelijk een rol hebben gespeeld bij die latere personele problemen?

Minister Kuipers:

Zoals ik in eerdere antwoorden op vragen van mevrouw Van den Berg al aangaf, is de tijdvolgordelijkheid niet een bewijs dat die twee ook met elkaar te maken hebben. Ik gaf ook al een inhoudelijke argumentatie waarom ik er gewoon niet van uitga dat dit met elkaar te maken heeft.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dat was mijn vraag niet. Mijn vraag was juist: onderstreept het feit dat je dit niet weet niet juist het belang om daar onafhankelijk onderzoek naar te doen, zodat je het antwoord op die vraag — het antwoord dat de minister nu ook schuldig moet blijven — wél zou hebben?

Minister Kuipers:

Het antwoord daarop is: nee, dat onderstreept het niet. Het betreffende ziekenhuis heeft het personeel niet en ziet geen mogelijkheid om dat aan te trekken. Terwijl de tekorten er al zijn, wordt het probleem groter. Dan moet het ziekenhuis daar een oplossing voor zoeken, met alle partijen die daarvoor zijn.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dit vind ik best lastig, want de Kamer heeft in een motie gezegd: wij hechten wel heel erg veel belang aan zo'n onafhankelijk onderzoek, juist om goed te weten wat de problemen zijn en met de juiste oplossingen te kunnen komen. De minister geeft eigenlijk aan: dat onderzoek is niet gedaan, en bovendien vind ik het ook niet belangrijk. Zou de minister dan eigenlijk wel uitvoering willen geven aan die motie?

Minister Kuipers:

Naar mijn mening hebben we dat gedaan en is dat er ook. De inspectie, de NZa, de zorgverzekeraars, de regionale ziekenhuizen en het ROAZ hebben ernaar gekeken. Er is dus door ontzettend veel externe partijen naar gekeken.

De voorzitter:

Ik vraag de minister om nu verder te gaan en ook iets van snelheid te betrachten, want we hebben nog een paar blokjes en ook nog een tweede termijn van de kant van de Kamer.

Minister Kuipers:

Ja. Even kijken. Dan kom ik bij de vraag: is de minister bereid om in de AMvB betrokkenheid meer naar voren te laten komen in de besluitvorming, ook gezien de IZA-regio's? Ik ben van mening dat de betrokkenheid van inwoners en gemeenten op zich goed geregeld is in de AMvB. Ik raak ook even aan een vraag die mevrouw Westerveld stelde over participatie. De directe vertegenwoordiger in een regio en ook in een ROAZ is de DPG, of dat zijn de DPG'en, want sommige ROAZ-regio's omvatten meerdere veiligheidsregio's en meerdere DPG'en. In mijn eigen ervaring in het verleden als ROAZ-voorzitter was een DPG daarmee ook gewoon een cruciale vertegenwoordiger in een ROAZ. Ik herken wel dat dat lang niet allemaal zo is en dat de redenen, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van een DPG niet altijd voldoende gewaarborgd zijn. Ik kan dat ook wel zien in de discussie die we hier nu hebben, maar dat zag ik ook eerder. Misschien moeten we de opdracht van de DPG nog veel helderder omschrijven.

De voorzitter:

Ik wil aan de minister vragen om nu even een aantal vragen te beantwoorden. Daarna krijgt u als eerste de gelegenheid

voor een interruptie, mevrouw Westerveld. We moeten even iets meer doorgaan, want er zijn nog best veel vragen gesteld.

Minister Kuipers:

Dan doe ik even het hele blokje. Mevrouw Tielen vroeg of het feit dat er geen spoedzorg meer aanwezig is in Zutphen en de hele regio een probleem is of niet. Zoals ik al even benoemde, blijft er in Zutphen een aanbod van spoedzorg bestaan, 24/7, zeven dagen per week. Er is nu een spoedeisende hulp. Later in het jaar wordt er samen met de huisartsen een spoedplein ingericht. Dat wordt ook ingericht in samenwerking met specialisten, zoals intensivisten, longartsen en cardiologen. Andere spoedzorg blijft in de regio beschikbaar. Alle inwoners voor wie de locatie Zutphen het dichtstbijzijnde ziekenhuis is, kunnen binnen de geldende norm van 45 minuten per ambulance naar minstens vier andere SEH's of afdelingen acute verloskunde vervoerd worden, als dat nodig is.

Mevrouw Van der Plas zei dat bij de sluiting van afdelingen van ziekenhuizen als Zutphen besluiten worden genomen terwijl de gevolgen nog niet in kaart zijn gebracht. Na aankondiging van een voorgenomen besluit gaat de raad van bestuur aan de slag met het in kaart brengen van de gevolgen van plannen, zoals in dit geval het plan voor de acute zorg op de locatie in Zutphen. De gevolgen voor de zorg en dus ook voor de regio worden dan in kaart gebracht in een continuïteitsplan en worden ook in een ROAZ en met andere partijen besproken.

Mevrouw Van der Plas vroeg ook: vindt de minister dat omwonenden en de werkvloer in deze situatie voldoende gehoord zijn? Ik noemde zojuist al even een lijst van informatiemomenten die ik gehad heb — nogmaals, zonder dat ik daar zelf bij geweest ben. Ik ben op één apart moment daar geweest. Los daarvan heb ik van de inspectie geen signalen gekregen dat men onvoldoende gehoord is bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg. Het kan uiteraard wel zo zijn dat ondanks dat de zorgaanbieder zich inspant om omwonenden te bereiken, het besluit uiteindelijk anders uitvalt dan men zou wensen. Ik heb geen zicht op de mate waarin medewerkers worden gehoord. Ik vertrouw erop dat dat goed gebeurt. De zorgaanbieder heeft daar allereerst baat bij, want die is afhankelijk van gekwalificeerde en gemotiveerde medewerkers.

Dan kom ik op een vraag van mevrouw Westerveld. Is de minister bereid om de AMvB aan te scherpen en bestuurders ertoe te verplichten een inhoudelijk gemotiveerde reactie te geven op bezwaren uit de gemeente? In de Uitvoeringsregeling Wkkgz is al geregeld dat zorgaanbieders gemotiveerd moeten reageren op bezwaren van een gemeente, maar ik ben van harte bereid om te kijken naar eventuele aanvullingen, bijvoorbeeld door toe te voegen dat de motivering nadrukkelijk inhoudelijk van aard moet zijn.

De voorzitter:

Ik wil de minister vragen om dit blokje eerst even af te maken. Dan komt mevrouw Westerveld en dan u, mevrouw Van der Plas.

Minister Kuipers:

Ja. De heer Bushoff noemde dat het wijzigen van regels over het sluiten van acute zorg langs de Tweede Kamer moet. Ik ga ervanuit dat u hier de wet- en regelgeving bedoelt. De regels over het sluiten van het aanbod van acute zorg zijn vastgelegd in de AMvB en in de ministeriële regeling. Beide zijn in concept aan uw Kamer voorgelegd. Ik kan toezeggen dat ik toekomstige wijzigingen in deze regelgeving eveneens in concept aan uw Kamer zal voorleggen.

Mevrouw Van den Berg vroeg of de minister bereid is om te borgen dat besluiten over Zutphen pas genomen worden als er een integraal regioplan is, waarover eerst overleg met de gemeentes is geweest. Dat raakt aan de discussie die we zojuist al hadden. Laat ik daarbij benoemen dat de raad van bestuur van een ziekenhuis over de eigen bedrijfsvoering gaat. Ik ga daar als minister niet over.

Mevrouw Pouw-Verweij vroeg: garandeert de minister dat spoedeisende hulp in alle regio's overeind blijft, nu Zutphen sluit? Dat kan ik niet garanderen. Wat ik wel kan zeggen, is het volgende. Zolang de 45 minutennorm geldt, mag een SEH in de regel niet sluiten wanneer een ziekenhuis gevoelig is; dat is het geval als een ziekenhuis niet aan die 45 minutennorm voldoet. In dat geval komt een dergelijk ziekenhuis ook in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. Ik verwijs verder naar de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de betreffende ROAZ' en voor het borgen van de toegankelijkheid van spoedzorg.

Mevrouw Van der Plas vroeg naar de sluiting van de afdeling neonatologie in Zutphen. Wat doet dat met een kinder-afdeling? Op welk niveau is het ziekenhuis in Zutphen nog aantrekkelijk als werkgever? De neonatologie, evenals de acute verloskunde, verdwijnt inderdaad uit Zutphen en gaat naar Apeldoorn. Er verandert ook het een en ander voor de kindzorg in het algemeen. Er wordt beoogd om medio juli de verpleegafdeling kind en jeugd in Gelre Zutphen in een kinderdagbehandeling te veranderen, waar nog wel een groot deel van de kindzorg aanwezig zal blijven. Kinderen kunnen nog steeds terecht voor allerlei onderzoeken, behandelingen en planbare operaties waarvoor geen langdurige opname nodig is. Zutphen blijft ook open voor alle vormen van gynaecologische zorg.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De voorzitter:

Eerst mevrouw Westerveld en dan mevrouw Van der Plas. Mevrouw Pouw-Verweij had een andere vraag gesteld; ik geef haar zo de gelegenheid om de vraag zoals zij die had bedoeld te stellen. Maar eerst mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Mijn vraag gaat over de AMvB, de algemene maatregel van bestuur. Daar staan een aantal afspraken in over de manier waarop betrokkenen inspraak hebben. Ik ben ook medezeggenschapper geweest. Ik verwijs naar mevrouw Van der Berg, die aangaf dat ze ervaring heeft met ondernemingsraden. Ik heb als student heel lang in de medezeggenschap gezeten. Ik weet ook: als je sommige zaken niet héél precies in wet- en regelgeving vastlegt, ben je echt afhankelijk van de goede wil van bestuurders. Dat lees ik eigenlijk ook terug

in deze AMvB. Ik lees daar bijvoorbeeld het volgende in. Er wordt verwezen naar een traumacentrum, maar laten we een ziekenhuis als voorbeeld nemen. Er moet een overleg worden georganiseerd dat gericht is op het maken van afspraken op het moment dat een ziekenhuis, of bepaalde afdelingen daarvan, gesloten wordt. Er is een inspanningsverplichting. Er moet aantoonbaar een inspanning verricht zijn om betrokkenen goed te informeren. Maar het hangt natuurlijk wel heel erg af van de uitwerking. Ik zou de minister het volgende willen vragen. Als hij de verhalen uit Zutphen hoort en ook als hij hoort wat bijvoorbeeld het college van B en W daarover zegt, dan kunnen we toch niet volhouden dat wat er in die AMvB staat, goed is uitgewerkt in deze specifieke situatie?

Minister Kuipers:

Laat ik de vraag zo beantwoorden. Wat ik net als mevrouw Westerveld herken, is dat er in ieder geval veel discussie is tussen verschillende partijen over de vraag: wanneer en in hoeverre zijn wij geïnformeerd? Aan de ene kant hoor ik van regionale bestuurders: wij zijn veel te weinig geïnformeerd en weten eigenlijk niet precies waar het over gaat. Aan de andere kant zegt een betreffende zorgpartij het volgende, al weet ik de letterlijke bewoordingen niet meer. "Ik heb er ongelofelijk veel tijd aan besteed om op tal van bijeenkomsten uitleg te geven en het over oplossingen te hebben. De AMvB hebben jullie wel heel uitgebreid en complex gemaakt." De respons binnen een ROAZ-regio, waar ze in het verleden een vergelijkbare situatie hadden in een ander ziekenhuis, was als volgt. Daar was plotseling een tekort aan zorgcapaciteit. Daarmee was er in ieder geval een tijdelijke verandering van het zorgaanbod. In de ROAZ moest men daar wat mee. Men constateerde: maar gelukkig is het met de huidige AMvB al wel veel beter dan de situatie in het verleden. Om het dan samen te vatten en een stapje verder te gaan: concluderen we dat die AMvB op basis van deze ervaring in de praktijk nog verder aangescherpt kan worden? Daar ben ik het mee eens. Dat moet. Dat betekent bijvoorbeeld uiteindelijk ook wat ten aanzien van de verschillende partijen in het ROAZ en hun rollen. Ik noemde zojuist ook al even de rol van de DPG, maar ook die van de bestuurders in termen van: "Wat voor verdere informatie moet je dan verstrekken? Kunnen we gezamenlijk ook daadwerkelijk vastleggen dat we dit gedaan hebben en dat we van elkaar begrepen hebben wat het antwoord is?"

De voorzitter:

Ik wil de minister vragen om iets bondiger te antwoorden. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

We zullen straks zeker met een voorstel komen om die AMvB verder aan te scherpen. Ik ga ook even in op deze specifieke casus, omdat de AMvB er nu ligt en omdat er nog meer plekken zijn waar heel veel onzekerheid is over de toekomst van een ziekenhuis. Dan is het ook voor nu al heel belangrijk om te weten of datgene wat we nu met elkaar hebben afgesproken, goed ten uitvoer wordt gebracht. Daarom noem ik deze casus specifiek, want ik durf het antwoord wel te geven. Ik denk dat je datgene wat in die AMvB staat, op heel verschillende manieren kunt uitleggen, maar er wordt natuurlijk bedoeld dat er inspraak is en dat er naar betrokkenen geluisterd wordt. Als wij van

mensen daar, van het zorgpersoneel zelf, van mensen die in de buurt van het ziekenhuis wonen en die daar misschien kinderen hebben, van onze eigen raadsleden, van de verschillende partijen in deze Tweede Kamer en van de collega's horen dat ze sommige besluiten uit de krant moesten vernemen in plaats van dat direct contact mogelijk was, dan wil ik wel zeggen dat in ieder geval de geest van de in de AMvB genoemde regels niet wordt nageleefd. Ik hoop dat de minister dat ook hier kan zeggen.

De voorzitter:

Een oproep aan de leden om de interrupties echt een stuk korter te houden.

Minister Kuipers:

Ik denk dat ik dat zojuist feitelijk al zei, in die zin dat ik twee verschillende beelden krijg, maar dat de gevoelens bij burgers en het lokaal bestuur — "ben ik wel voldoende geïnformeerd?" - natuurlijk wel tellen. Het antwoord op die vraag is nee. Als een zorgbestuurder zegt dat hij de AMvB heeft uitgevoerd en als een ROAZ, de inspectie en de NZa zeggen dat de AMvB inderdaad is nageleefd, maar als er dan toch die beleving aan de andere kant is — die is ongelofelijk belangrijk — betekent dat dat we die AMvB moeten aanscherpen en verduidelijken.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Als we dan met elkaar constateren dat de afspraken over inspraak, betrokkenheid en democratische controle niet goed zijn nageleefd, maar dat zo'n besluit toch wordt doorgeduwed, zegt dat ook iets over het stelsel. Dat zegt ook dat we de regie eigenlijk zijn kwijtgeraakt op hoe wij de zorg hebben georganiseerd; met "we" bedoel ik natuurlijk ook deze minister. Want kennelijk hoeven bestuurders zich niet te houden aan de AMvB, die juist ging over inspraak, en kan een besluit toch worden doorgeduwed. Ik zie immers met de beste wil van de wereld niet dat dit ergens wordt teruggedraaid, al zou ik dat wel hopen.

Minister Kuipers:

Ik ben bang dat mevrouw Westerveld en ik elkaar hier kwijttraken. De AMvB is nageleefd. Dat is niet het antwoord van de bestuurder, maar het antwoord van de inspectie, het antwoord van de NZa en het antwoord van de zorgverzekeraars. Op alle manieren is de AMvB nageleefd, maar daarbij blijft er nog steeds een discrepantie tussen het beeld van naleving versus informatievoorziening. Informatievoorziening en inspraak zijn overigens wat anders dan de door mevrouw Westerveld genoemde medezeggenschap in de zin van uiteindelijk mee kunnen besluiten of iets gebeurt. Sorry voor het opnieuw lange antwoord, voorzitter, maar dan komen we echt ook op een heel ander zorgstelsel en ook in een andere discussie. Dus aanscherpen, ja, maar niet de conclusie dat de AMvB niet nageleefd is. De AMvB is nageleefd, als ik even afga op de input van onder andere de inspectie.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

De minister zegt: het is nageleefd, want dat hoor ik van iedereen. Dan noemt hij een aantal organisaties en de inspectie, maar de mensen zelf zeggen niet dat het zo is.

De mensen zelf zeggen dat ze niet worden gehoord. Dat kan de minister uitleggen als "dan krijgen ze misschien niet de inspraak die ze hadden gewild, maar ze zijn wel gehoord", maar we hebben hier vanmiddag buiten voorbeelden van mensen gehoord die bijvoorbeeld gewoon geen vragen mochten stellen. In de Achterhoek hebben acht gemeenten een brief geschreven. Die zijn niet betrokken in het ROAZ, in de regionale overlegstructuur. Daar zit van alles en iedereen in, wat prima is, maar die gemeenten krijgen, als er een besluit is genomen, gewoon te horen: zo gaan we het doen. Die gemeenten willen bijvoorbeeld ook in het ROAZ. De praktijk ...

De voorzitter:

Helder: de praktijk is anders.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

De praktijk is gewoon anders. Ik vind het raar dat de minister zijn ogen daarvoor sluit, afgaat op de vraag of er wel signalen zijn en ervan uitgaat dat het allemaal wel goed gaat omdat de inspectie niks heeft gemeld. Ik denk dat al deze mensen de minister kunnen vertellen dat de praktijk gewoon anders werkt. Waarom luistert u daar niet naar?

Minister Kuipers:

Dat doet mij en de antwoorden die ik zojuist gaf een beetje tekort. Juist om te zorgen dat zoiets zorgvuldig gaat, zijn naar aanleiding van incidenten in het verleden — het klinkt allemaal heel technisch — met een AMvB spelregels afgesproken waar alle partijen in een dergelijke situatie hun inzet op moeten plegen en waaraan zij moeten voldoen. Dat klinkt niet als een simpel afvinklijstje, maar echt als een hele beschrijving. Mevrouw Van der Plas, mevrouw Westerveld en andere Kamerleden gaven aan dat zelfs als je de spelregels hebt, het al anders is dan in het verleden. Toen hadden we helemaal niks. Kijk maar naar de discussie rondom het Slotervaart of andere. Nu hebben we die spelregels. Nog steeds is er veel ruimte voor verbetering. Dat onderschrijf ik.

Dat brengt me op een andere vraag, over vertegenwoordiging van de gemeentes in de ROAZ'en. Ik kan dat nu adresseren, maar ik kom daar straks ook nog op terug.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik heb een motie klaarliggen om de AMvB's te evalueren, en te kijken of ze wel het gewenste effect hebben en of — de minister geeft het net ook aan — ze misschien aangescherpt moeten worden. Mijn vraag aan de minister is: is hij bereid om daarnaar te kijken?

Minister Kuipers:

Kijken doe ik van harte, maar ik ken de inhoud van de motie niet. Zojuist gaf ik in antwoord op de vragen van mevrouw Westerveld al het volgende aan. Als ik kijk naar wat we aan de ene kant hebben qua AMvB en een aantal partijen versus wat aan de andere kant de beleving is, dan betekent het dat we van de situatie moeten leren en moeten zeggen: we moeten dit dus toch nog verder beschrijven. Ik benoemde al nadrukkelijk dat dat niet hetzelfde is als medezeggenschap. Dan gaan we echt een hele andere situatie creëren

waarin je echt aan de manier komt waarop we ons zorgstelsel hebben ingedeeld.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Vindt de minister het niet raar dat bijvoorbeeld de kleinere gemeenten in de Achterhoek waar de inwoners gebruik moeten maken van het ziekenhuis in Zutphen — in Doetinchem en Winterswijk heb je ook nog regionale ziekenhuizen — niet in zo'n ROAZ zitten, dus in zo'n regionale overlegstructuur?

De voorzitter:

Daar gaat de minister straks op in. Dat is het derde thema. Dan gaat het uitgebreid over het ROAZ.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Oké. Ja, dan wacht ik daar nog even op, denk ik.

Minister Kuipers:

Het is het volgende mapje.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

U komt erop terug.

De voorzitter:

Zeker. We gaan het samen bewaken. Dan mevrouw Pouw-Verweij, JA21.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik kwam al even aansnellen, want de minister las mijn vraag voor op een manier waarvan ik dacht: dat is niet hoe ik die heb gesteld.

Minister Kuipers:

Mijn excuus. Dan moet u die even ...

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dat geeft helemaal niet. De minister las voor dat ik gevraagd had of alle ziekenhuizen in alle regio's zouden blijven bestaan, terwijl mijn vraag heel erg specifiek ging over de zeven ziekenhuizen in deze regio, dus de kring om Zutphen heen. Daar ging het heel specifiek over. Ik wil dus eigenlijk graag weten of de minister de vraag verkeerd had gehoord en dus een ander antwoord heeft gegeven. Of heeft hij alleen mijn vraag verkeerd voorgelezen?

Minister Kuipers:

Nee, ik heb het antwoord gegeven dat bij uw vraag past. Er staat hier inderdaad: in alle regio's. Ik realiseer me dat nu ik het voorlees. Maar u bedoelde alle spoedeisende hulpen in deze regio. Overigens reikt die regio ver, tot aan Winterswijk. Het kwam al even voorbij.

Dan nog even aanvullend over uw vraag. U vroeg mij om een garantie. De garantie kan ik niet geven. Moet het aller-eerst binnen een ROAZ de inzet zijn? Ja. Dat staat nog los

van de individuele geografie. Laat ik dit dan wel in algemene zin zeggen. Op het moment dat meerdere ziekenhuizen in een ROAZ-regio hun acutezorgaanbod gaan veranderen, zijn er al heel snel meer situaties waarin zo'n ziekenhuis in het kader van die 45 minutennorm gevoelig is. Dat is niet hetzelfde als een absolute garantie, maar het is wel een ...

De voorzitter:

Ja, helder. Mevrouw Pouw-Verweij nog.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Nee, dat de minister geen garantie van uitkomst wil geven, is duidelijk. Dat kan ik me ergens ook nog wel voorstellen. Een garantie van inspanning zou dan wellicht wel wat zijn. Ik zou heel erg graag het volgende zien. Het gaat vandaag veel over Zutphen, maar ik heb ook Hoogeveen en Sneek genoemd. Er zijn veel meer ziekenhuizen. Als we zien dat in een regio één ziekenhuis bepaalde acute voorzieningen verliest en dat onvermijdelijk is — dat wordt volgens mij bediscussieerd, maar ik ga even mee in wat de minister erover zegt — dan zou ik graag willen dat we dan zeggen: we leveren wel de extra inspanning om extra te investeren in de schil die daaromheen zit. Dan proberen we in ieder geval te garanderen en leveren we de inspanningsgarantie dat we er extra op inzetten dat het geen domino-effect wordt en dat de ziekenhuizen daaromheen ook nog eens weg gaan vallen. Is dat iets wat de minister zou kunnen toezeggen?

Minister Kuipers:

Dat doen we al, in die zin dat als door veranderingen in het acutezorgaanbod andere ziekenhuizen opeens gevoelig worden — lees: op het moment dat daar de acute zorg zou verdwijnen, komen er meer Nederlandse burgers buiten die 45 minutenzone — daar dan automatisch die beschikbaarheidsbijdrage voor geldt. Alleen al zonder dat er iets omgevallen was, hebben veel meer ziekenhuizen voor dit jaar zo'n beschikbaarheidsbijdrage gekregen, omdat bij een nieuwe rijtijdenberekening van het RIVM bleek dat de gemiddelde aanrijtijd voor Nederlandse ziekenhuizen en SEH's met, ik geloof — ik zeg het uit mijn hoofd — 42 seconden was toegenomen. Ja, dan zijn er meer ziekenhuizen die een beschikbaarheidsbijdrage krijgen. Voor de ROAZ-plannen geldt idem dat op het moment dat er nog iets zou gebeuren, ook de verzekeraar aan tafel zit en die zegt: wat betekent dit bijvoorbeeld voor extra investeren in en betalen voor de capaciteit van geboortezorg in omringende ziekenhuizen?

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dat is dan in ieder geval al fijn om te horen. Dan heb ik nog een andere vraag op basis van wat de minister zei over het spoedplein waarbij "de huisartsen aan tafel zitten en het in samenspraak gaat met de intensivist en onder andere de longarts". Als ik hem niet correct citeer, moet hij mij verbeteren. Ik vroeg me af of de minister daar nog meer duidelijkheid over kon geven. Ik heb namelijk een beetje gezocht naar dat spoedplein. Het werd mij niet duidelijk waar dat nou op gericht is. Als het primair bij de huisartsen ligt, hebben we daar huisartsenposten voor, denk ik. Een intensivist vind ik fijn, maar ik zou daarbij zelf ook graag de neuroloog, de cardioloog, de kinderarts, de traumachirurg en noem ze allemaal maar op, aan bod zien komen. Ik denk

dat dit wat groter moet zijn dan alleen de intensivist. Ik vind de afstand tussen huisarts en intensivist wat groot. Mijn vraag is: wat zit ertussen en hoe gaat dat spoedplein er daadwerkelijk uitzien? Want zolang dat in het luchtledige hangt en je alleen weet wat er weggaat en niet wat ervoor terugkomt, heb je een heel naar, onzeker gevoel. Ik zou daar dus graag meer over horen.

Minister Kuipers:

Dit is een buitengewone kans voor mij om allerlei specialisten te noemen die dan tussen de huisarts en de intensivist zitten. Dat zouden intensivisten heel mooi vinden, denk ik, maar zo bedoelt u de vraag niet. Wat ze bedoelen met dat spoedplein is het volgende. Wij kunnen daar de reguliere spoedzorg doen. Dat doen we dan in gezamenlijkheid: eerste lijn huisarts en medisch specialisten. De verschillende specialismen van het ziekenhuis zeggen: wij staan er garant voor dat wij die zorg daar leveren. Ik noemde er een aantal, maar natuurlijk worden die andere ook betrokken, bijvoorbeeld als er een patiënt met een CVA is. En er is ook een mogelijkheid om patiënten op te nemen, inclusief opname voor intensieve zorg en stabilisatie als dat nodig is.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Maar wat u nu schetst, klinkt dan toch ook bijna weer als spoedeisende hulp. Waar zit dan het verschil tussen wat we nu hebben en waar we naartoe gaan met zo'n spoedplein? Want het klinkt heel mooi, maar ik denk dat iedereen een beetje aan zijn water voelt dat die spoedeisende hulp niet voor niets weggaat en dat we iets verliezen in die overgang. Ik snap dat de minister het rooskleurig schetst. Ik hoop dat het ook daadwerkelijk zo rooskleurig is. Maar wat raakt er verloren tussen die SEH en het spoedplein?

Minister Kuipers:

Wat er onder andere verloren raakt, is de langdurige opname na ic-zorg. Dat is de nasleep van de ic-zorg. Hartkatheterisaties raken verloren. De acute verloskunde raakt verloren. Er is een samenvoeging van eerste- en tweedelijnszorg. Die komen samen op één spoedpositie. Daar hebben ze de term "spoedplein" aan gegeven, maar ze doen het samen. Het is de combinatie van een SEH, maar dan voor een deel van de spoedzorg dat in volume groot is maar dat de zeer ernstige zorg mist, los van dat de patiënt wel opgenomen, geïntubeerd en gestabiliseerd kan worden en dat daar ook de intensivisten bij betrokken zijn.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik ben niet blij met het antwoord, maar ik denk dat het wel verduidelijking geeft, dus dank u wel daarvoor.

De heer Drost (ChristenUnie):

Ik ga toch nog één keer terug naar de spelregels die de minister noemde. Dat is de AMvB, maar dan in een woord dat we goed begrijpen. De minister heeft namelijk zijn interpretatie van die spelregels ook gegeven. Dat was volgens mij in antwoorden op vragen van mijn collega Bushoff en dan specifiek het punt van het betrekken van gemeenten bij besluiten. Zegt de minister: het moet wel op een moment in de tijd gebeuren dat het nog enigszins zin heeft? Dat zijn even mijn woorden. Ik hoor de minister zeggen: het is alle-

maal goed gegaan daar. Maar waarom is de minister daar zo zeker van? Want mijn beeld is namelijk: er kwam iets in de krant, toen kwam er ophef en toen werd er gesproken. Dat is volgens mij een hele andere volgorde dan de minister beoogt.

Minister Kuipers:

Nogmaals, ik ben er niet bij geweest. Dus ik ga uit van de tijdslijn waarover ik beschik. Er is op 2 en 5 februari van dit jaar intern gesproken. Op 6 februari is dat gebeurd met externe stakeholders en dat betrof het ROAZ, alle omliggende ziekenhuizen, de eerstelijnsverloskundigen, de huisartsen, de ambulancedienst, de verzekeraars, de gemeentebesturen en de inspectie. Op 7 februari was er een artikel in de Stentor. Dit is de tijdslijn die ik heb.

De heer Drost (ChristenUnie):

Het moment dat er dan nog enigszins wat mee gedaan kan worden — dit wordt dagen na elkaar gedaan — wordt dan ook arbitrair, maar dat is misschien weer een andere zaak.

Minister Kuipers:

Dan kom ik terug op het antwoord dat ik zojuist gaf. Je kunt als ziekenhuis, bestuurder, verpleegkundige of specialist voor dit soort situaties komen te staan. Je hebt al een krappe bezetting en iemand wordt ziek; je krijgt je 24/7-rooster niet rond en je moet iets.

De voorzitter:

Ik wil aan de minister vragen om eerst even alle antwoorden te geven aangaande het tweede thema, over ROAZ-beelden en -plannen en governance, en dan kijken we daarna of er nog vragen zijn blijven liggen. Het woord is aan de minister.

Minister Kuipers:

Ik kom dan bij de ROAZ-beelden en -plannen en governance. Mevrouw Westerveld heeft gevraagd hoe inwoners beter bij de ROAZ-plannen betrokken kunnen worden. In de criteria is opgenomen dat ROAZ-plannen actief getoetst worden bij de achterban, waaronder patiëntvertegenwoordigers, zorgprofessionals en andere medewerkers. In die criteria is ook opgenomen dat het burgerperspectief meegenomen moet worden bij het opstellen. Daarom heb ik daarnaast ook een subsidieregeling bij ZonMw voor juist die burgerparticipatie ingericht met als doel het verstevigen en borgen van werkzame elementen van de burgerparticipatie in de regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden met een gelijkwaardige rol voor de burgers.

Mevrouw Den Haan vroeg of ik erop kan toezien dat in het ROAZ ook de zorgprofessionals worden betrokken. Daar is inderdaad oog voor. Het is ook ontzettend belangrijk. In die criteria is ook opgenomen dat het gezamenlijk gebeurt, ook met een afvaardiging van relevante zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars, los van de burgers die ik net al noemde.

Mevrouw Den Haan vroeg ook: de ouderenzorg loopt vast en de vervolgzorg is moeilijk te regelen; hoe kunnen we dit beter op elkaar afstemmen? We hebben inderdaad in het Integraal Zorgakkoord afgesproken om te komen tot ROAZ-

plannen waarin de regio's op basis van het ROAZ-plan gaan kijken waar hun prioritaire opgaven zitten. Dan gaat het om plannen voor de toekomstbestendige acute zorg. Het ROAZ is een ketenoverleg waaraan naast partijen uit de acute zorg ook partijen uit de langdurige zorg en de wijkverpleging deelnemen. In het ROAZ-beeld wordt er naast de instroom in de acute zorg ook gekeken naar de demografie en de verwachte zorgvraag. Partijen spreken daarin af dat ze zich committeren aan de samengestelde opgaven.

Mevrouw Tielen vroeg of we in samenwerking met zorgpartijen en zorgverzekeraars komen tot een protocol voor regio's waarmee de spoedzorg gereorganiseerd moet worden. Daarvoor bestaat al een protocol. Dan hebben we het over de AMvB acute zorg en over wat daar eventueel voor aanpassing aan nodig is. Die beschrijft ook welke partijen aan tafel horen te zitten en hoe zij afspraken met elkaar dienen te maken. Daarmee zijn partijen binnen regio's het gewend om met elkaar afspraken te maken over de toegankelijkheid van acute zorg. Ik benoemde eerder bijvoorbeeld al de afspraken over de SEH-stops. Verder vragen we de ROAZ-regio's om de ROAZ-plannen op te stellen aan de hand van gezamenlijk opgestelde criteria, waarbij de ROAZ-voorzitter in de regio samen met de zorgverzekeraar die daar marktleider is, de initiator is om tot het ROAZ-plan te komen.

Mevrouw Tielen vroeg ook hoe inwoners, burgers en wethouders worden meegenomen in de besluitvorming. In de AMvB wordt expliciet genoemd dat het lokale bestuur er tijdig bij moet worden betrokken; we hadden het er zojuist al over. In de criteria voor ROAZ-plannen is opgenomen dat de besluitvorming rondom transformatieplannen opgesteld wordt met betrokkenheid van de achterban en dat de plannen dus ook actief worden getoetst bij een brede achterban. Dat gaf ik zojuist mede naar aanleiding van een vraag van mevrouw Den Haan al aan. Ook het burgerperspectief moet worden meegenomen.

Mevrouw Westerveld vroeg: hoe ziet de minister de democratische inspraak bij de beslissingen? Die heb ik zojuist ook al genoemd. Beslissingen over het aanbod van acute zorg zijn aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij maken afspraken over kwaliteit en toegankelijkheid. Daar dragen ze immers bij wet de verantwoordelijkheid voor. Democratische inspraak is van toepassing bij het maken van de wettelijke kaders voor deze beslissingen, zoals de Wkkgz, de 45 minuten norm en de Zorgverzekeringswet, waarin bijvoorbeeld de zorgplicht is geregeld.

De heer Van der Staaij vroeg: kan de minister aangeven hoe hij besluiten over de concentratie van acute zorg wil onderbouwen en erkent hij dat er een gebrek is aan goede data om überhaupt besluiten te kunnen nemen? Laat ik nog een keer benoemen dat ik voor het overgrote deel van de acute zorg niet inzet op concentratie; dat gaf ik in het begin, in mijn inleiding, ook al aan. Concentratie is aan de orde bij bepaalde complexe, levensbedreigende acute zorg, omdat dat bewezen beter is voor de kwaliteit. Qua volume gaat het maar om een zeer klein segment van de acute zorg. Ik wil dat patiënten met symptomen die wijzen op zo'n complexe aandoening, direct en tijdig in het juiste centrum worden geholpen. Het Zorginstituut stelt op mijn verzoek een medisch onderbouwde rapportage op over een aantal complexe en tijdkritische aandoeningen. Ik heb het Zorginstituut gevraagd binnen hoeveel tijd welk type zorg moet

worden verleend of beschikbaar moet zijn en aan welke kwaliteitskenmerken, inclusief volumennormen, die zorg dan moet voldoen. Die resultaten neem ik mee bij het opstellen van normen.

Mevrouw Agema en mevrouw Van den Berg zeiden: haal de acute zorg uit de marktwerking; financier die vanuit een beschikbaarheidsbijdrage. Ik vind dat er ruimte moet zijn in de wisselwerking tussen aanbieders, verzekeraars en patiënten, of breder, burgers, wat betreft de optimale inrichting van de acute zorg in de regio. Daarom zet ik in op ROAZ-beelden en -plannen. Daarbij moet eenieder zijn rol kunnen oppakken bij het organiseren en inkopen van de zorg. Ik denk dan ook niet dat het verstandig is om dit als overheid volledig te regelen via een beschikbaarheidsbijdrage. De NZa onderzoekt op dit moment hoe de acute zorg het best kan worden bekostigd, ook rekening houdend met de toegankelijkheid van acute zorg. Ik verwacht de resultaten rond het einde van dit jaar.

De heer Van der Staaij vroeg: kan de minister toezeggen dat er bij elk besluit een goede impactanalyse zal worden gemaakt over de bredere effecten van een mogelijk besluit? In het IZA is afgesproken dat ROAZ'en een impactanalyse uitvoeren bij voornemens tot differentiatie, concentratie en spreiding van acute zorg en dat ze daarbij ook stakeholders, waaronder inwoners, betrekken. Dergelijke voornemens worden besproken in het ROAZ, waarbij de gevolgen voor andere zorgaanbieders, zoals huisartsen of de wijkverpleging, worden betrokken. Inwoners worden erbij betrokken door de zorgaanbieders die het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie willen sluiten, conform de AMvB acute zorg. Dan hebben we deze vraag over de AMvB en de opvatting dat de betrokkenheid beter kan, gehad.

Voorzitter. Dan was er tot slot een vraag over de betrokkenheid van gemeentes. Mevrouw Van der Plas merkte zojuist op dat kleine gemeentes er niet bij betrokken zijn. Alle gemeentes, klein en groot, zijn betrokken via de DPG'en. Het aantal ROAZ-regio's is al genoemd. Er zijn 25 DPG'en, dus er zijn de nodige ROAZ-regio's waar meerdere DPG'en aan tafel zitten. Ik heb al aangegeven dat het waarschijnlijk belangrijk is om verder te verduidelijken wat de rol van de DPG is en wat gemeentes kunnen verwachten van hun DPG. Maar de DPG is echt de vertegenwoordiger voor alle gemeentes in de betreffende veiligheidsregio.

De voorzitter:

Er is nog een vraag blijven liggen van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Vorig jaar bespraken we mijn initiatiefnota om van de acute zorg een niet-economische dienst van algemeen belang te maken. Er is toen een motie ingediend: "verzoekt de regering te onderzoeken of het verstandig is om van de spoedeisendehulpdiensten, intensive cares en persoonlijke beschermingsmiddelen net als de ambulancedienst een niet-economische dienst van algemeen belang te maken, ten einde de continuïteit en kwaliteit van zorg beter te borgen ten tijde van toekomstige pandemieën, rampen of aanslagen". Die motie is aangenomen. Alleen de VVD, D66 en de SGP stemden tegen. Nu hoor ik de minister alleen zeggen dat de NZa onderzoek doet naar de vormgeving van de acute zorg, maar dat vind ik niet echt concreet. Ik

vind dat ook niet echt het uitvoeren van de motie, want de motie vroeg om te onderzoeken om de acute zorg uit de marktwerking te halen.

Minister Kuipers:

Ik gaf aan dat de NZa op dit moment onderzoekt hoe de acute zorg het best kan worden bekostigd, ook rekening houdend met toegankelijkheid. Dat gaat ook over de bekostiging.

De voorzitter:

Tot slot, mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat snap ik, maar de motie riep toch om te onderzoeken om de acute zorg uit de marktwerking te halen, om deze te financieren zoals we de ambulancedienst en de brandweer financieren. De opdracht die ik hier hoor van de minister aan de NZa is niet hetzelfde.

Minister Kuipers:

Als ik aan de NZa vraag om een onderzoek te doen naar hoe de acute zorg bekostigd kan worden, dan is dat wat er onderzocht wordt. Natuurlijk is een optie ook dat dat gaat via een dienst algemeen belang. Dat kan. Met een beschikbaarheidsbijdrage.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister kwam nog even terug op de vertegenwoordiging in het ROAZ. Ik had nog gepleit voor verpleegkundigen, verzorgenden en voor Zorgbelang. De minister zegt dat de DPG daar moet zitten, maar de DPG kijkt volgens mij ook weer met de medische blik daarnaar. Het gaat mij erom dat inwoners niet alleen kijken naar de medische insteek, maar ook naar andere aspecten van de kwaliteit van zorg. Hoe wil de minister dat dan borgen?

Minister Kuipers:

Ik hoorde eerder in de inbreng van mevrouw Van den Berg dat zij heel erg inzet op de medische inbreng. Ik moet in dit geval even putten uit mijn eerdere ervaringen als ROAZ-voorzitter en dan is dat totaal niet mijn afdronk van de inbreng in de langdurige samenwerking die ik met drie DPG'en had. Die DPG'en staan er voor burgers en voor gemeentes, dus ook voor de lokale overheid. Het zal vast niet hetzelfde zijn in iedere ROAZ-regio, dus ik sta ervoor open om verder te kijken naar een duidelijke omschrijving, zoals ik al aangaf, maar het is echt niet zo dat de DPG alleen kijkt naar het medische belang. Integendeel. Ze kijken allereerst naar het burgerbelang en naar de publieke gezondheid. Dat is ook hun sterke inbreng in ieder geval in sommige ROAZ.

De voorzitter:

De heer Bushoff, laatste vraag.

De heer Bushoff (PvdA):

Ja, laatste vraag, nog even over de marktwerking. In mijn betoog gaf ik aan dat het volgens mij verstandig zou zijn om de spoedeisende hulp uit de marktwerking te halen en te bekostigen via zo'n beschikbaarheidsbijdrage. Wellicht worden de minister en de PvdA het daar niet helemaal over eens. Zouden we het er wel over eens kunnen worden dat het zinvol is om bij het onderzoek naar alternatieven voor de 45 minuten norm ook te kijken naar het uitbreiden van de beschikbaarheidsbijdrage en hoe die bijdrage zich verhoudt tot de alternatieven die de minister onderzoekt voor de 45 minuten norm?

Minister Kuipers:

Ik wil dit niet door elkaar heen laten lopen. Dat zijn twee totaal verschillende aspecten. Als we dat direct door elkaar heen laten lopen, wordt het heel lastig. We kijken naar de 45 minuten norm. Dat betekent ook wat voor de noodzaak om bepaalde capaciteit te hebben. Los daarvan krijg ik een onderzoek van de NZa over bekostiging van acute zorg.

De voorzitter:

Heel kort nog.

De heer Bushoff (PvdA):

Ja, heel kort. Ik vind dit wat flauw, want de minister weet toch ook dat de beschikbaarheidsbijdrage wel degelijk samenhangt met die 45 minuten norm. Er zijn nu ziekenhuizen die, als ze zouden sluiten, ervoor zorgen dat mensen niet binnen die 45 minuten in het ziekenhuis terecht kunnen komen. Die ziekenhuizen kunnen rekenen op een beschikbaarheidsbijdrage. Dan is dat toch wel degelijk met elkaar verbonden? Zou de minister daarom toch in kunnen gaan op mijn vragen daarover?

Minister Kuipers:

Ik merk dat in een discussie verschillende elementen op verschillende momenten een verschillend gewicht krijgen. Dat snap ik op zich ook wel, want het klinkt zo makkelijk. Wat ik daarmee bedoel, is dat ik uw Kamer op het ene moment hoor zeggen dat het voor ziekenhuizen heel aantrekkelijk is om spoedzorg te leveren, omdat het zeer belangrijk is voor de doorstroom, en daarmee ook voor de financiële positie van een ziekenhuis. Voor een ziekenhuis dat daarbovenop nog een beschikbaarheidsbijdrage krijgt, geldt dat dus dubbel: zij krijgen een betaling van de rekening voor de zorg die ze leveren en ze krijgen nog extra geld, enkel en alleen voor het feit dat de voordeur open kan. Dat is fantastisch. Dat hebben we op goede gronden zo ingevoerd. Want in het totaal is de inzet om te kijken naar die 45 minuten norm niet om van die financiële regeling af te gaan. Mijn inzet om te kijken naar die 45 minuten norm is enkel en alleen gedreven vanuit de kwaliteit van zorg. Ik heb u een voorbeeld genoemd uit mijn eigen omgeving. Ik heb ook andere voorbeelden genoemd. De incentive is nu tegen kwaliteit: het zo snel afleveren van de patiënt op de dichtstbijzijnde SEH.

De voorzitter:

Dank u wel. We gaan nu verder naar het volgende thema: de zorgcoördinatie. Ik stel voor dat u eerst alle vragen even beantwoordt.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Allereerst een vraag van de heer Drost. Hoe wordt het zcc, het zorgcoördinatiecentrum, bemenst? Worden de regio's hierdoor niet leeggetrokken? Medewerkers van een zorgcoördinatiecentrum zijn vooral huidige medewerkers van bijvoorbeeld een Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding, een huisartsenpost of een meldkamer die voortaan in een ander verband worden ingezet. Het gaat dan om samenwerking ten behoeve van multitriage. Het is niet de bedoeling dat taken dubbel worden uitgevoerd, maar juist wel dat door samenwerking efficiënter en doelmatiger gebruikgemaakt kan worden van schaarse arbeidsmarktcapaciteit.

Mevrouw Paulusma vroeg: hoe realistisch is 2025 als startdatum, welke drempels zijn er en hoe ziet de minister de vraag om een landelijke regie? De datum van 1 januari 2025 staat nadrukkelijk en is afgesproken met alle partijen uit het Integraal Zorgakkoord. Een projectorganisatie van VWS is samen met betrokken partijen met dat doel voor ogen aan de slag met het realiseren van de landelijke randvoorwaarden voor zorgcoördinatie. Niet alle randvoorwaarden zullen op 1 januari 2025 al volledig gerealiseerd zijn. Bijvoorbeeld wet- en regelgeving moeten zorgvuldig zijn en kunnen meer tijd kosten. Maar dat betekent niet dat in de tussentijd niets kan of hoeft te gebeuren. Ook nu al kunnen regio's aan de slag met de implementatie van zorgcoördinatie. Pilots hebben immers uitgewezen dat in de praktijk al veel mogelijk en gaande is. Ik hecht er dan ook aan dat regio's dit voortvarend oppakken en zorgcoördinatie opnemen in hun ROAZ-plannen, zodat ook nu al stappen worden gezet. Ik ben erg blij met de steun van de zorgverzekeraars breed op dit terrein.

Mevrouw Tielen zei dat het realtime uitwisselen van gegevens over capaciteit tekortschiet en zij vroeg of ik dat kan verplichten. Ik gaf het zojuist al even aan: ook ik wil af van de vrijblijvendheid van het realtime aanleveren van capaciteitsgegevens. Ik deel wat dat betreft geheel de opmerking van mevrouw Tielen. Daarom zal ik in de komende periode bekijken of en hoe het mogelijk is om zorgaanbieders te verplichten die gegevens aan te leveren, zoals ik ook aangaf in mijn brief over zorgcoördinatie.

Mevrouw Den Haan gaf aan veel zorgen te horen over de implementatie en vroeg hoe ik die ga wegnemen. Gedurende de zomer verken ik met verschillende partijen hoe de projectorganisatie die de implementatie van zorgcoördinatie op zich neemt, er precies uit moet komen te zien. En dan hecht ik veel waarde aan de zorgen, vragen en onduidelijkheden die de betrokken partijen hebben, zoals ten aanzien van de gegevensuitwisseling, de bekostiging en de samenwerking tussen de meldkamer en het zorgcoördinatiecentrum, waarbij landelijke afspraken nodig zijn.

Mevrouw Den Haan vroeg ook hoe ik ga regelen dat er voor de periode tussen de afloop van de pilots en de structurele implementatie een financiële overbrugging komt. Die pilots werden op twee manieren bekostigd: door de ondersteuning van de projectorganisatie via een VWS-subsidie en door

de inkoop van de daadwerkelijk geleverde zorg door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben met de regio's die na afloop van de pilots hun activiteiten op het gebied van de zorgcoördinatie willen voortzetten, afspraken gemaakt over het continueren van de zorginkoop. Daarnaast heb ik de NZa gevraagd om deze zomer een advies uit te brengen over hoe zorgaanbieders per 2024 gezamenlijk een zorgcoördinatiecentrum kunnen financieren binnen de mogelijkheden van de huidige bekostigingsstructuur en om hiervoor een handreiking op te stellen en beschikbaar te stellen aan de veldpartijen. Dus met andere woorden: ik deel dat er ook een adequate financiering nodig is voor die continuering.

Mevrouw Van den Berg zei: zorgcoördinatie wordt top-down ingericht, in tegenstelling tot mijn breed gesteunde bottom-up motie van oktober. In mijn brief over de inrichting van zorgcoördinatie, van 12 mei jongstleden, heb ik een aantal landelijke kaders geschetst. Daar hebben de partijen ook nadrukkelijk om gevraagd. Binnen die kaders zijn partijen binnen de ROAZ-regio's echter vrij om zorgcoördinatie in te richten zoals zij passend vinden bij de regionale context en bestaande initiatieven. In het ROAZ zijn daarbij alle bij zorgcoördinatie betrokken partijen vertegenwoordigd. Juist doordat die partijen in het ROAZ samen bepalen waar en op welke manier de locaties voor zorgcoördinatie binnen een regio moeten worden ingericht, wordt zorgcoördinatie bottom-up ingericht.

Dan vroeg de heer Van der Staaij: herkent u dat het nu nog onduidelijk is in hoeverre zcc's een rol kunnen spelen? Nee, dat herken ik niet. Diverse pilots hebben meetbare resultaten opgeleverd die het potentieel van zorgcoördinatie aantonen. Deze lieten bijvoorbeeld zien dat bijna de helft van de mensen die nu in sommige regio's 112 bellen met een acute zorgvraag, beter op een andere manier geholpen zouden kunnen worden, bijvoorbeeld door het inzetten van een andere zorgverlener, of soms, in de helft van de gevallen in een enkele regio, zelfs door middel van digitale triage of een zelfzorgadvies. Wat ik wel herken, is dat sommige partijen in het zorgveld — dat kennen we in het zorgveld heel goed — hun zorgen uitspreken en op onduidelijkheden wijzen. Die moeten we adresseren. Maar dat er geen duidelijke resultaten zijn over zorgcoördinatie, herken ik dus niet.

Dan vroeg de heer Drost: de poortwachtersfunctie van de huisarts lijkt door zorgcoördinatie weg te vallen; moet hier beter over worden nagedacht? Het automatisch doorschakelen van alle telefonische hap-meldingen naar een zorgcoördinatiecentrum was een advies uit het door de partijen opgestelde adviesrapport. Dat heb ik overgenomen en ik sta daar zeker achter. Een deel van de kracht van de zorgcoördinatie zit namelijk in de multidisciplinaire triage en geldt juist ook voor meldingen waarvan in eerste instantie gedacht wordt dat ze monodisciplinair kunnen worden afgehandeld en die niet als multidisciplinair herkend worden. Dat vervangt dan volledig de huidige triage op de hap. De poortwachtersfunctie van de huisarts wordt gewoon behouden. Alleen de telefonische triage wordt verplaatst.

Zorgcoördinatie staat of valt met genoeg plekken in de regio; hoe wordt dat gegarandeerd? Zorgcoördinatie zorgt voor een betere benutting van de bestaande capaciteit door het beter reguleren van in-, door- en uitstroom. Dat kan

binnen de regio, of, als de druk in de hele regio te hoog is, bovenregionaal of zelfs landelijk.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg: kunt u in het ROAZ ook verpleegkundigen, verzorgenden, patiënten, burgers en kleinere gemeentes een vertegenwoordiging geven? Ik benoemde de DPG al. Met IZA-partijen, waaronder V&VN, de Patiëntenfederatie en de VNG, kijk ik naar de governance van het ROAZ en hoe daar verschillende belangen in kunnen worden meegenomen. Het ROAZ is en blijft wel het gremium waarin verantwoordelijke partijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, afspraken maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Medewerkers worden meegenomen in de interne afwegingen bij de zorgaanbieder. Dat is geregeld in de Wet op de ondernemingsraden, waarnaar mevrouw Van den Berg verwees. Ik ben er daarom geen voorstander van om standaard in het ROAZ de vertegenwoordigers van veel andere partijen op te nemen. De gemeente gaf ik al aan. Overigens ook voor uw beeld: een ROAZ bestaat ook nu al regelmatig uit 50, 60 of meer partijen. Het zijn dus al zeer grote overlegtafels, waar wel ook de regionale huisartsen in vertegenwoordigd zijn, maar andere specialismen veelal via hun zorgorganisatie. Dat geldt dus ook voor verpleegkundigen.

Dan was er nog een vraag van de heer Drost. Is er ruimte voor meerjarige contracten voor ziekenhuizen? Zijn er transformatiemiddelen bereikbaar? Ja, die ruimte is er. Er zijn ook ziekenhuizen die meerjarige contracten hebben. Daar ben ik ook voorstander van, want dat geeft zekerheid, vertrouwen, en maakt ook investeringen mogelijk. Als ziekenhuizen goede plannen hebben voor impactvolle transformaties, zijn er ook transformatiemiddelen beschikbaar. De marktleidende zorgverzekeraars beoordelen deze plannen aan de hand van het gezamenlijk opgestelde kader. In dat kader wil ik graag een voorbeeld noemen van ziekenhuizen die een voorstel ingediend hebben voor het op afstand monitoren van patiënten met chronische aandoeningen, zoals chronisch hartfalen en chronisch longlijden. Mevrouw Tielen heeft daar in het verleden ook vaak naar gevraagd.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, VVD. En dan mevrouw Paulusma, D66.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, voorzitter. We gaan nu toch weer een beetje over dat ROAZ door, net zoals in het vorige blokje. En ik heb daar even op zitten kauwen, want de minister had het de hele tijd over de DPG. Dat vind ik overigens een nare afkorting, dus laten we hem gewoon de "Directeur Publieke Gezondheid" noemen. De minister zegt eigenlijk dat die namens de gemeente staat voor het burgerperspectief. We hebben ook geconstateerd, en de minister bevestigde dat, dat aan de ene kant alle stappen gevolgd zijn, en dat de inspectie zegt "het klopt gewoon", maar dat de beleving heel anders is. Zou het niet kunnen zitten in dat de die Directeur Publieke Gezondheid misschien niet een voldoende — tja, hoe moet je dat zeggen? — duidelijke opdracht heeft vanuit de gemeenten om die rol ook te vervullen? Zou het daarin kunnen liggen? En moeten we daar dan niet ook eens nog wat meer handen en voeten aan geven?

Minister Kuipers:

Het antwoord daarop is: ja. Dat gaf ik zojuist ook al een beetje aan in de discussie naar aanleiding van de vragen van mevrouw Westerveld, omdat zij dat ook inbracht. Ik denk dat dat gewoon een duidelijke conclusie is. Ik gaf wat beelden van ervaringen, en ik weet het ook van verhalen van anderen. Maar ik weet dat er ook verschillen zijn tussen ROAZ-regio's en de DPG. Ik denk dat het heel goed mogelijk is om dat veel nadrukkelijker te beschrijven, en daarmee niet alleen duidelijkheid te geven aan een Directeur Publieke Gezondheid, aan een ROAZ en aan alle partijen, maar ook aan de gemeenten. En ik heb overigens onlangs ook naar aanleiding van een brief van sommige gemeenten nog een keer benoemd: u kunt natuurlijk als gemeente ook gewoon uw ROAZ-voorzitter en uw Directeur Publieke Gezondheid, en welke andere ook, uitnodigen. Ik heb dat in het verleden in een andere rol ook de nodige keren gedaan; dan kom je bij een gemeenteraad in de vergadering.

Mevrouw Paulusma (D66):

Nog even over die regionale coördinatiecentra, waarover ik in mijn betoog een aantal vragen heb gesteld. Een daarvan was over een van de aanbevelingen uit de pilots: er moet landelijke regie komen. Ik had daar even een debatje over met mevrouw Van den Berg: is dat van onder of van boven? Ik ben eigenlijk wel benieuwd wat de minister daarvan vindt.

Minister Kuipers:

Ja, dank. Ik heb dat zojuist geadresseerd, maar mijn excuses als ik niet helemaal duidelijk genoeg was. Ik was blij met de opmerking van mevrouw Paulusma, die daar in haar inbreng zo-even specifiek op wees. We hebben een ruim aantal pilots gedaan. Die pilots zijn uitgebreid geëvalueerd, met veel partijen: met Ambulancezorg Nederland, de ziekenhuizen en tal van partijen, ook de verzekeraars. Die zijn gezamenlijk met een advies onze kant op gekomen. Dat is waar u aan refereert. Daarbij zeggen ze nadrukkelijk dat we moeten zorgen voor een zekere uniformiteit en een duidelijk afsprakenkader. Ze zeggen: zorg dat er helderheid is en laat het niet alleen maar in de loop van lange tijd bottom-up, om die term even te gebruiken, ontstaan; natuurlijk is het prettig als men de mogelijkheid en de vrijheidsgraad heeft om iets aan te passen aan de lokale situatie, maar geef wel bepaalde kaders. Dat proberen we ook te doen.

De heer Van der Staaij (SGP):

Nog even over de zorgcoördinatiecentra. Ik baseerde me op het overzicht van de spoedzorg in Nederland van een aantal hoogleraren en SEH-artsen die nog de stand van de wetenschap op een rij hebben gezet. Ze zeggen dat ze dat nog niet echt terugzien. Misschien zijn de uitkomsten van de pilots waar de minister op doelt nog te vers. Ik zou in ieder geval willen vragen om te bevorderen dat hier ook wetenschappelijke inzichten zijn en dat het duidelijk is dat het beleid zich daarop gebaseerd verder ontwikkelt.

Minister Kuipers:

Dank aan de heer Van der Staaij. Ik herken het commentaar. Laat ik allereerst zeggen dat op het moment dat we zorgcoördinatiecentra invoeren, het echt moet gaan om goede monitoring van wat de effecten en resultaten zijn. Ik heb

de resultaten van sommige pilotregio's gezien. Dat zijn echt evaluaties van voordat we begonnen, tijdens en in de follow-up. Die zien eruit zoals het voorbeeld dat ik noemde, maar er zijn er veel meer. Ik herken ook de input van sommigen. U noemt SEH-artsen. Laat ik het zo zeggen: zorgcoördinatie zoals het gedaan is in die pilots en zoals het ook beoogd is, is breed omvattend. Ik benoemde in mijn inleiding bewust dat we ons realiseren dat de acute zorg in Nederland 24/7 vormgegeven wordt op heel veel locaties door heel veel mensen. Spoedeisende hulp en daarbinnen weer de spoedeisendehulparts — ik heb ongelofelijk veel respect voor wat ze doen en wat ze kunnen — is één onderdeelje. Wat die zorgcoördinatie bij uitstek liet zien, is dat als je partijen bij elkaar brengt, het voor veel patiënten mogelijk is om ze veel sneller op hun plek te brengen of een medewerker naar hen toe te brengen. Dan hoeven veel patiënten helemaal niet naar de spoedeisende hulp. Zij hoeven helemaal geen chirurg, neuroloog, internist of een andere specialist te zien. Zij kunnen misschien thuis gezien worden door de wijkverpleegkundige of door de PA, de physician assistant, waar mevrouw Paulusma het over had. Dus verbetering van kwaliteit, optimaal gebruik van capaciteit en schaarse medewerkers en dus ook het verminderen van werkdruk.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Als ik de minister hoor, klinkt het alsof het hele goede plannen zijn, maar toch ben ik daar niet helemaal gerust op. Dat heeft ermee te maken dat we hetzelfde zagen bij bijvoorbeeld de decentralisatie van de jeugdzorg. Daar was ook het idee om jongeren juist sneller en beter op een plek te brengen. Wat is er gebeurd? 30% van het budget gaat nu naar coördinatiekosten in plaats van naar de daadwerkelijke hulp. Dat constateert ook Berenschot in een rapport. Ik zie het ook in het onderwijs, waar ook heel veel goede plannen waren. Wat zien we gebeuren? Er zijn allerlei extra lagen ingebouwd met mensen die regelen dat kinderen onderwijs of hulp krijgen in plaats van daadwerkelijk het onderwijs of de zorg te geven. Mijn vraag aan de minister is hoe hij gaat voorkomen dat dit ook bij deze coördinatiecentra gaat gebeuren.

Minister Kuipers:

Allereerst deel ik met mevrouw Westerveld dat als je met een nieuwe oplossing komt, je er niet blind voor moet zijn dat iets wat op papier prachtig is of in pilots zeer succesvol is in de praktijk anders kan uitpakken. Daarom moeten we aan de ene kant de balans zoeken tussen duidelijke kaders en regels voor een landelijk format, zoals het gebruikmaken van eenzelfde systeem voor capaciteitsdata, en aan de andere kant ook lokale vrijheid geven. Vervolgens moeten we dan monitoren. Ben ik er dan honderd procent van overtuigd dat dit in alle regio's een succes is? Nee, ik denk dat we heel kritisch moeten kijken of dat ook daadwerkelijk zo is. Maar één: pilots kregen over de volle breedte veel positief advies van alle partijen. Twee. Laten we even conceptueel denken. Excuus, voorzitter, maar het helpt wel als we heel even conceptueel denken. Wat we nu doen in de zorg, is het volgende. Ik zei het gisteren ook al: met meer dan 45.000 zorgaanbieders, waarvan een groot deel in de acute zorg, delen we geen gegevens en geen capaciteitsoverzichten. Als je bij een willekeurige supermarktketen zo je voorraadbeheer zou doen — ik geef even een heel plat voorbeeld, waar je de zorg niet mee mag vergelijken — dan

zouden zij denken: jeetje, waar zijn jullie mee bezig? Zo doen wij het in de zorg.

De voorzitter:

Dank u wel, minister. Dan gaan we naar het laatste thema. Dat is de categorie overige. Daarin zijn nog enkele vragen gesteld.

Minister Kuipers:

Overig. Allereerst is er een vraag van mevrouw Tielen naar aanleiding van de motie over de toegevoegde waarde van een medisch generalist in het kader van passende zorg. Wanneer wordt deze motie uitgevoerd? Hier komt minister Helder op terug voor het commissiedebat Arbeidsmarktbeleid op 27 september.

Mevrouw Paulusma vroeg naar AI in de acute zorg: hoe zorgen we voor versnelling, onder andere ten aanzien van ambulances naar de juiste plek sturen? Is de Europese AI Act van toepassing? Ambulancezorg Nederland laat momenteel een onderzoek uitvoeren naar het gebruik en de voor- en nadelen van kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg. We hebben er al weleens bij stilgestaan dat dit op tal van plekken al wel gebruikt wordt, bijvoorbeeld voor standplaatsbepalingen die variabel zijn in de tijd. Ik heb uw Kamer eerder toegezegd dit overzicht voor de zomer te sturen, maar het onderzoek is helaas nog niet afgerond. U ontvangt dat dus van mij na het zomerreces. Ik zal op basis van dit onderzoek bekijken of het wenselijk en mogelijk is om het gebruik van AI in de ambulancezorg verder te stimuleren.

De Europese AI Act bevindt zich momenteel nog in de onderhandelingsfase. Voorspellende modellen voor de spoedeisende inzet van ambulancediensten vallen op basis van de huidige concepttekst binnen het bereik van de verordening. Als die tekst behouden blijft, zal de Europese AI Act dus van toepassing zijn en dat betekent dat er aanvullende eisen worden gesteld om de veiligheid van systemen te waarborgen.

Mevrouw Den Haan vroeg: kan de minister iets doen om de structurele bekostiging voor de Trauma Triage App te realiseren? Ik heb met de betrokken partijen afspraken gemaakt over hoe de aanbevelingen uit het advies van het Zorginstituut over multitraumazorg worden opgepakt. Een van die afspraken is dat VWS het initiatief neemt om alle partijen die een rol kunnen spelen bij de governance en de financiering van de Trauma Triage App bij elkaar te brengen om kansrijke opties te verkennen. Het eerste gesprek hierover staat begin juli gepland.

Dan vroeg mevrouw Den Haan nog wat we doen aan de doorontwikkeling van de wijkklinieken voor kwetsbare ouderen. Dat is een nieuw zorgconcept voor kwetsbare ouderen, die normaal gesproken in een ziekenhuis worden opgenomen voor acute medische problemen. Nog lang niet overal wordt zorg op deze manier geleverd. Minister Helder ondersteunt het lerend netwerk van wijkklinieken via een subsidie. Het is ook onderdeel van het Integraal Zorgakkoord. In het debat van 23 maart, over de ouderenzorg, is de motie van de leden Ellemeet en Bevers aangenomen die oproept om te kijken naar structurele financiering van het concept wijkkliniek. Minister Helder verkent samen met de

NZA en het Zorginstituut hoe structurele opschaling kan worden vormgegeven.

Dan vroeg mevrouw Tielen: kan de minister slimme zorg stimuleren? Zijn de afspraken in het IZA voldoende stevig? Zorg zelf, thuis en digitaal als het kan, is een belangrijk thema in het Integraal Zorgakkoord, het WOZO en in de context van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, maar wel altijd op basis van samen beslissen en de voorkeuren van inwoners, burgers en professionals. In het IZA zijn daarover concrete afspraken gemaakt, onder ander over de inzet van het platform voor digitale en hybride zorg en over de inzet op samen beslissen, inclusiviteit en digitale vaardigheden. De zorgverzekeraars zetten hier vol op in.

Mevrouw Den Haan vroeg hoe we ervoor kunnen zorgen dat ouderen beter afgestemde zorg krijgen en minder in de acute zorg terechtkomen. Allereerst is het van belang dat in de eerste lijn het gesprek met de ouderen en hun naasten wordt gevoerd over passende zorg in acute situaties. Als acute zorg nodig en wenselijk is, wordt bekeken of deze zorg vanuit de acute wijkverpleging of het eerstelijnsverblijf geleverd kan worden. Daarnaast zetten we in op initiatieven zoals de wijkkliniek, die al genoemd is. Ik heb al gezegd dat de NZa daar ook mee bezig is.

Mevrouw Tielen vroeg: hoe ziet u de rol van ziekenhuizen in deze tijd? Voor mij staat voorop dat elke patiënt in Nederland moet kunnen rekenen op dezelfde goede kwaliteit van zorg. Dat vraagt om samenwerking en om netwerkzorg. Ziekenhuizen zijn een belangrijke schakel, ook in de keten van de acute zorg. Zij hebben daarin ook een verantwoordelijkheid. Zij staan uiteraard in een gemeente, in een regio, en spelen een rol in de leefbaarheid en de werkgelegenheid. Met alle partijen in de keten en ook met zorgverzekeraars worden daar ROAZ-plannen, regioplannen, voor gemaakt.

Mevrouw Westerveld vroeg naar het eenzijdig besluiten over het sluiten van afdelingen en ziekenhuizen: hoe houdt dit zich tot de Grondwet? Een ziekenhuis of een afdeling die geen goede zorg kan bieden, draagt niet bij aan de volksgezondheid. Met het oog op de volksgezondheid heb ik de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg opgesteld, waarin kwaliteit en toegankelijkheid van zorg een belangrijk onderwerp vormen.

Mevrouw Van der Plas zei: acute zorg is breed; we moeten bouwen aan regionale netwerken in plaats van aan losse sectoren; we moeten er samen voor zorgen dat iedereen op de juiste plek terecht kan. Zij vroeg: hoe regelen we dat? Ik deel dat geheel met mevrouw Van der Plas. Vandaar de antwoorden van zojuist over zowel de regioplannen en -activiteiten en de versterking van de regio's — we hebben het net over een AMvB gehad — als de zorgcoördinatiecentra.

Mevrouw Agema zei dat het kabinet in 2030 50% van de ziekenhuizen wil sluiten. Daarmee doelt zij, naar ik aanneem, op een passage in een eerdere begroting die gaat over het bieden van de juiste zorg op de juiste plek, dat wil zeggen zo dicht mogelijk bij huis of zelfs thuis als dat kan en verder weg als dat nodig is. In die passage staat: "We willen dat in 2030 zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) wordt georganiseerd, samen met het netwerk van mensen". We zien nu al — dat

is een mooie ontwikkeling — dat mensen zorg thuis of in de buurt kunnen krijgen. Denk bijvoorbeeld aan controles via beeldbellen en monitoring op afstand. Dat is zorg waar mensen over het algemeen zeer blij mee zijn. Dat gebeurt nog beperkt. Er zijn veel initiatieven bij gekomen, maar dat moet verder uitbreiden.

De heer Van der Staaij vroeg: is er voldoende oog voor de nadelen en de risico's van de schaalvergroting en concentratie van reguliere acute zorg? Levert het nu daadwerkelijk betere kwaliteit op? Voor bepaalde complexe acute ziekenhuiszorg is het nodig om specifieke expertise en faciliteiten in huis te hebben. Er is vastgesteld dat voldoende behandelingen per jaar nodig zijn voor de beste uitkomsten voor de patiënt. Voor die complexe acute zorg is er sprake van concentratie. Voor het overige gaat het niet om concentratie en schaalvergroting, maar om de drie punten die ik in mijn inleiding al benoemde.

De heer Van der Staaij vroeg ook: is er voldoende oog voor de nadelen en risico's van schaalvergroting en concentratie van de reguliere acute zorg? Wat wij zoeken, juist ook in de reguliere acute zorg, is dat faciliteiten zo veel mogelijk dicht bij huis en veel vaker ook thuis worden geleverd. Mijn boodschap is heel vaak dat we moeten nadenken over het volgende. In een grijs verleden was de standaard: zorg thuis. Dan werd je alleen naar een instelling gebracht in bepaalde gevallen. Mevrouw Van den Berg had het over een initiatief uit het verleden in Dirksland. Mensen werden naar een instelling gebracht — daar komt de vaak voorkomende naam "gasthuis" vandaan — waar ze werden verpleegd. Dat gebeurde op het moment dat ze geen sociaal netwerk hadden of als ze verdacht werden van een overdraagbare aandoening, zoals lepra of tuberculose. Toen kwam de ziekenhuiszorg zoals we die nu hebben. Nog niet zo heel lang geleden in onze geschiedenis hebben we die geïnstitutionaliseerd. Nu moeten we weer omdenken: met de huidige technologie veel meer zorg leveren op een manier zoals we bij wijze van spreken tot 100 jaar geleden deden. Back to the future.

De voorzitter:

Deze zin zou een mooie afronding zijn geweest.

Minister Kuipers:

Ik ben bang dat ik nog een aantal vragen heb, voorzitter.

De meerjarige contracten heb ik benoemd. De heer Drost vroeg naar de financiële situatie bij kleine ziekenhuizen. Die is anders dan bij de grote ziekenhuizen. Dat ziekenhuizen in verschillende financiële situaties verkeren, kan vele oorzaken hebben. We hebben stilgestaan bij de financiële situatie van het Gelre ziekenhuis. We hebben in eerdere debatten weleens stilgestaan bij de financiële situatie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Ik zou er niet de conclusie aan willen verbinden dat geschillen worden veroorzaakt door de financiering of door de omvang van het ziekenhuis.

De heer Drost vroeg ook hoe meer samenwerking en minder concurrentie er voor de kleine ziekenhuizen uitzien. Nogmaals, we hebben alle capaciteit in de zorg hard nodig. Daarbij moet worden samengewerkt in netwerken. Dat

betekent ook: optimaal gebruikmaken, op alle manieren die er zijn, van de kleinere zorgaanbieders.

De heer Van der Staaij vroeg: is de minister bereid om de administratievastelendruk rond de transformatiegelden fors te verlagen? Kan het simpeler? Met alle ic-partijen hebben we daarvoor een beoordelingskader vastgesteld. Dat is een gezamenlijk product, met een handzaam indieningsformat en vragen en antwoorden. Ook worden er webinars georganiseerd, door zorgverzekeraars en VWS gezamenlijk, om het indienen van goede plannen te faciliteren en te stimuleren. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars nadrukkelijk aangegeven dat zij klaarstaan om zorgaanbieders te helpen bij het opstellen van plannen voor de impactvolle transformaties.

Mevrouw Den Haan vroeg: van de 80 ziekenhuizen hebben er 24 nog steeds geen geriater of specialist ouderengeneeskunde, kunt u aangeven hoe het er nu mee staat? Uit de meest recente inventarisatie van het RIVM — dat zijn cijfers over 2022 — blijkt dat van de 83 ziekenhuizen er 9 nog altijd niet aan deze eisen voldoen. Ik snap en onderschrijf de beweging van mevrouw Den Haan. Laat ik daarom in lijn met haar vraag nog een keer benoemen dat het daarbij niet eens gaat om het hebben van een dergelijke persoon op de spoedeisende hulp, maar het binnen 30 minuten telefonisch bereikbaar zijn van een dergelijke persoon. Het mag ook een verpleegkundige zijn met ervaring op het terrein van ouderengeneeskunde.

Mevrouw Agema vroeg: regel een goed salaris en opleidingsplaatsen. Voor een concurrerende salarisontwikkeling stelt VWS jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Het is aan sociale partners om met deze middelen cao's af te sluiten. Ten aanzien van de opleidingsplaatsen volg ik de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Ik heb daar zojuist ook al even bij stilgestaan.

Dan vroeg mevrouw Agema: er is een tekort aan SEH-artsen; waarom worden er niet meer opgeleid? VWS bekostigt de opleidingsplaatsen voor de medisch-specialistische opleidingen. Het Capaciteitsorgaan adviseert de benodigde instroom in de vervolgopleiding en heeft dit jaar in januari een nieuwe raming uitgebracht. Het advies van het Capaciteitsorgaan voor de medisch-specialistische opleiding wordt in z'n geheel overgenomen. Ook het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan voor de SEH-artsen wordt daarmee gevolgd.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dan wil ik de minister bedanken voor zijn eerste termijn. Ik stel voor dat we meteen doorgaan naar de tweede termijn. Ik geef het woord aan mevrouw Agema van de PVV.



Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. We hadden toch zeven minuten spreektijd? Dank u wel, voorzitter.

Ik heb vijf moties, dus daar begin ik dan maar mee.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de acute zorg uit de marktwerking te halen en te financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage zoals de ambulancedienst en brandweer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Agema, Pouw-Verweij, Van der Plas, Marijnissen en Bushoff.

Zij krijgt nr. 398 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de ziekenhuizen niet per 2026 weer op de nullijn te zetten (IZA),

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Agema, Pouw-Verweij en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 399 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de 45 minuten norm niet op te heffen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Agema, Pouw-Verweij en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 400 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er op dit moment 674 spoedeisendehulpartsen zijn, terwijl er 1.200 nodig zijn en er slechts 40 opleidingsplaatsen zijn;

verzoekt de regering een plan van aanpak te maken om deze kwetsbare situatie op te lossen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Agema, Pouw-Verweij, Van der Plas en Den Haan.

Zij krijgt nr. 401 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

spreekt uit dat de enige acceptabele stop in de acute zorg een stop is op het sluiten van spoedeisendehulpdiensten, intensive cares en hele ziekenhuizen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Agema, Pouw-Verweij en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 402 (29247).

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind het een heel zorgelijke ontwikkeling om te zien dat terwijl onze acute ziekenhuiszorg steeds meer verdrinkt en kopje-onder gaat, wij een minister hebben die de beweging die gaande is, nog een tandje bijzet in plaats van nu aan de noodrem te trekken. Ik vind het ook zorgelijk dat wij een regering hebben die hele grote bedragen, miljarden en miljarden, wegsnijdt. Dat doet ze bijvoorbeeld richting klimaat: 28 miljard euro voor, zoals nu blijkt, 0,0003 graad verandering, maar ook richting stikstof en noem maar op. Als je dat geld beschikbaar zou stellen voor de zorg, zou je een heel eind kunnen komen om die acute zorg wel in de benen te kunnen houden. We weten allemaal dat de minister vandaag een heleboel feiten heeft genoemd. Nou, ik kan ze allemaal weerleggen. Bijvoorbeeld de ova-ruimte voor extra loon. We weten allemaal dat daar niet genoeg inzet om ook die enorme inflatie van de afgelopen jaren te compenseren. Ik hoop dat op enig moment het licht gaat branden en het hart van de arts Kuipers gaat spreken, boven de koude bestuurder.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van der Plas, BBB.



Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Voorzitter. Ik heb drie moties. Dank aan de minister en zijn staf voor de beantwoording.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat tal van organisaties en sectoren zijn vertegenwoordigd in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, het zogenoemde ROAZ, waaronder ziekenhuizen, GGD's, verloskundigen en huisartsen, maar gemeenten in de regio's niet;

overwegende dat gemeenten alleen vertegenwoordigd zijn via een Directeur Publieke Gezondheid;

overwegende dat het uitvoeringsbesluit Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) opdraagt dat ziekenhuizen colleges van B en W moeten betrekken bij gedeeltelijke of gehele sluiting van het zorgaanbod;

overwegende dat het ongewenst is dat gemeenten, als zijnde de bevoegde instanties voor een brede maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid en zorg voor patiënten en andere inwoners, weinig tot geen invloed hebben op de besluitvorming in het zorglandschap;

overwegende dat gemeenten mogelijk nog meer geconfronteerd worden met het sluiten van afdelingen in streekziekenhuizen, of streekziekenhuizen als geheel, en dat dit een grote impact heeft op het sociale, maatschappelijke en economische landschap in de regio;

verzoekt het kabinet om in gesprek te gaan met de Vereniging Nederlandse Gemeenten om te kijken hoe gemeenten ook effectief een plek kunnen krijgen in het ROAZ,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Plas.

Zij krijgt nr. 403 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat ziekenhuizen soms zelfstandig en zonder overleg op een locatie, zoals in Zutphen, Meppel en Hoogeveen, acute verloskunde sluiten;

constaterende dat het aantal locaties met acute verloskunde al jaren fors daalt;

overwegende dat er op grond van de AMvB betrokkenheid en informeren van de betreffende ROAZ-regio bij een eventuele sluiting van een afdeling acute verloskunde wordt gevraagd, maar verloskundigen en samenwerkingspartners de besluitvorming niet als transparant ervaren;

verzoekt het kabinet een evaluatie uit te voeren van de AMvB om uit te zoeken of de aanpak gewenst is of dat er aanvullend beleid nodig is en expliciet te kijken of de inspraak van direct betrokkenen geborgd is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Plas.

Zij krijgt nr. 404 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat spoedeisendehulpdiensten (SEH) een essentiële rol spelen in het verlenen van spoedeisende medische zorg aan patiënten, het bieden van levensreddende interventies en het beoordelen van de urgentie van medische gevallen;

overwegende dat het sluiten van spoedeisendehulpdiensten leidt tot slechtere uitkomsten van zorg voor de patiënt en gezondheid van de burger;

overwegende dat het behoud van spoedeisendehulpdiensten niet alleen de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg verbetert, maar ook een belangrijke bijdrage levert aan de regionale economie en werkgelegenheid;

verzoekt de regering om financiering van acute zorg zo te maken dat er een gelijkwaardig speelveld is voor streekziekenhuizen, waarbij leefbaarheid een rol heeft in de financiering,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Plas.

Zij krijgt nr. 405 (29247).

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Dan geef ik het woord aan de heer Bushoff, PvdA.



De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Volgens mij gaf de minister zelf eigenlijk helemaal in het begin van zijn beantwoording vrij goed de kernvraag van dit debat weer. De minister zei op een gegeven moment: "Als de continuïteit van SEH's onder druk staat, kun je twee dingen doen: of investeren in middelen en mensen of de zorg anders organiseren. Ik zeg er nadrukkelijk bij dat het een het ander niet uitsluit, maar het maakt wel enorm veel uit waar je de prioriteit legt." Het moge duidelijk zijn dat de prioriteit van de PvdA zit in het investeren in mensen en middelen, zodat streekziekenhuizen niet hoeven te sluiten. Ik zou de minister willen oproepen om er helder over te zijn dat daar ook zijn prioriteit ligt, want die helderheid heeft de minister tot nog toe niet geboden.

Sterker nog, ik denk dat het zelfs nodig is om aan een soort noodrem te trekken om de verschraving van zorgvoorzieningen in Nederland een halt toe te roepen. Die noodrem moet eigenlijk uit drie onderdelen bestaan. Enerzijds bestaat die uit de acute zorg uit de marktwerking halen en die bekostigen via een beschikbaarheidsbijdrage. Daarvoor heb ik zelf

een motie voorbereid, maar mevrouw Agema had daar ook een goede motie voor en die teken ik dan graag. Die heb ik meegetekend met mevrouw Agema in het kader van minder moties. Dat is een.

Het tweede is dat je volgens mij moet zorgen dat de inwoners en het lokale bestuur beter betrokken zijn bij beslissingen rondom het acutezorglandschap. Dat gaat op dit moment echt niet goed. Daarvoor zal ik samen met het CDA een amendement indienen dat dat beter regelt. We dienen ook nog een ander amendement in met het CDA, namelijk een amendement dat regelt in de wet dat een aanpassing van de algemene maatregel van bestuur die eisen stelt aan wanneer een zorgvoorziening mag sluiten altijd via de Kamer gaat via een voorhangprocedure. Juist omdat het zo cruciaal is, vinden wij als PvdA en CDA dat ook zoiets langs de Kamer moet gaan en niet alleen belegd kan worden bij de minister.

Deze twee amendementen die wij zullen indienen, de PvdA en het CDA, moeten ervoor zorgen dat inwoners en lokale bestuurders beter betrokken worden bij keuzes rondom het sluiten of afschalen van acutezorgvoorzieningen in hun regio. Ik denk dat dat cruciaal is. Het andere amendement geeft ons als Kamer de gelegenheid om altijd in de toekomst ook gewoon met de minister te debatteren over wat nou de beste regels zijn rondom het sluiten van acutezorgvoorzieningen en wat niet goede regels zijn.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bushoff. Er is een interruptie van mevrouw Tielen, VVD.

Mevrouw Tielen (VVD):

Meneer Bushoff kondigt amendementen aan, maar ze zijn er nog niet.

De heer Bushoff (PvdA):

Nee. Er ligt nu natuurlijk geen wet voor. Er ligt wel een wet, namelijk de Wkkgz, waarin in artikel 3a geregeld is dat je bij AMvB regels kan stellen rondom die acutezorgvoorzieningen. Die wet is aangemeld voor plenaire behandeling. Daar gaan we het waarschijnlijk kort na de zomer over hebben, heb ik begrepen. Bij die wet dienen wij dus alvast die amendementen in. Ik heb ze in mijn eerste termijn dus alvast goed aangekondigd. Ik heb ze nu alvast aangekondigd. We kunnen daarover het debat voeren. Dan kunnen we daar na de zomer over stemmen, als de wet ter behandeling voorligt.

Mevrouw Tielen (VVD):

Maar ik kan nu dus nog niet aan het tekstvoorstel zien dat als de amendementen in werking zouden treden — laten we de casus Zutphen pakken — er dan een heel andere uitkomst zou komen dan de kant die het nu op lijkt te gaan.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik kan mevrouw Tielen van de VVD alvast melden dat het dan anders was gelopen dan nu. Dat durf ik met honderd procent zekerheid te zeggen. Waarom? Omdat we nu van de inwoners en de lokale bestuurders horen dat zij niet goed betrokken zijn. Een van de amendementen die wij

indienen, zou regelen dat zij wél goed betrokken zijn. Ik durf mijn hand er dus voor in het vuur te steken dat als dat amendement een meerderheid haalt, er inderdaad sprake van zou zijn dat lokale bestuurders en inwoners beter betrokken zouden zijn geweest bij deze casus.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bushoff. Dan geef ik het woord aan mevrouw Marijnissen, SP.



Mevrouw Marijnissen (SP):

Dank, voorzitter. Wat hier vandaag gebeurde, vind ik ongehoord. Ik zet het nog even op een rijtje. De Tweede Kamer nam een motie aan waarin heel duidelijk is gesteld dat er altijd een onafhankelijk onderzoek moet plaatsvinden vooraleer er overgegaan wordt tot sluiten van delen van een ziekenhuis. Ik heb het nog even teruggekeken, maar de motie is destijds door de minister ontraden. Dat was toen onder andere met de motivatie dat er al een AMvB was waarin dat geregeld werd. Desalniettemin heeft de Tweede Kamer in meerderheid besloten: ook al is er een AMvB, daarnaast willen wij altijd een onafhankelijk onderzoek bij sluiting van een deel van een ziekenhuis. Dat onafhankelijke onderzoek — ik heb ernaar gevraagd — is er niet voor het Gelre ziekenhuis in Zutphen.

Daarom hebben wij de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de acute verloskunde is gesloten en andere afdelingen van het Gelre ziekenhuis in Zutphen gesloten dreigen te worden;

overwegende dat er geen onafhankelijk onderzoek naar de gevolgen van sluiting heeft plaatsgevonden, zoals de aangenomen motie-Hijink (29247, nr. 372) opdraagt;

verzoekt het kabinet te bewerkstelligen dat in ieder geval tot er een onafhankelijk onderzoek ligt, geen verdere ontmanteling van het Gelre ziekenhuis in Zutphen plaatsvindt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Marijnissen.

Zij krijgt nr. 406 (29247).

Mevrouw Marijnissen (SP):

Voorzitter. Dan een algemene motie over het beleid van dit kabinet om de zorg te centraliseren. In onze optiek zal dat ertoe leiden dat op nog veel meer plekken de spoedeisende hulp en andere onderdelen gesloten zullen worden.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt het kabinet een stop in te stellen op het sluiten van (delen van) ziekenhuizen om goede zorg te waarborgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Marijnissen en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 407 (29247).

Mevrouw Marijnissen (SP):

Dan over het voorstel van de Partij van de Arbeid en het CDA. Wij juichen dat toe. Wij zullen dat vanzelfsprekend van harte ondersteunen. De SP pleit al sinds haar oprichting voor meer zeggenschap voor mensen over de zorg. Wij zien dit als een stap in de goede richting. Dit is een broodnodige stap. Wat ons betreft gaan we nog iets verder. Daarvoor heb ik de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het onwenselijk is dat zorgverzekeraars en zorgbestuurders kunnen besluiten over het sluiten van (delen van) ziekenhuizen;

verzoekt het kabinet met voorstellen te komen om gemeenten, personeel en patiënten instemmingsrecht te geven bij fusies en/of sluitingen van (delen van) ziekenhuizen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Marijnissen en Van der Plas.

Zij krijgt nr. 408 (29247).

Mevrouw Marijnissen (SP):

Helemaal tot slot, voorzitter. Daarna rond ik af. Omdat het argument van personeelstekort wordt opgevoerd in deze discussie, heb ik de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat personeelstekorten worden genoemd als reden om (delen van) ziekenhuizen te sluiten;

verzoekt het kabinet te investeren in fors betere arbeidsvoorwaarden voor zorgpersoneel door een hoger salaris,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Marijnissen.

Zij krijgt nr. 409 (29247).

Dank u wel, mevrouw Marijnissen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Tielen. O, nee, dat klopt niet. Mevrouw Van den Berg van het CDA was natuurlijk eerst. Excuus.



Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank je wel, voorzitter. Ik zei het al: mijn initiatiefnota is van vierenhalf jaar geleden. Ik was aanvankelijk heel blij met die algemene maatregel van bestuur. Die is echter triest uitgewerkt. Wat er nu gebeurt, heeft niks meer te maken met vooraf betrokken worden bij besluitvorming. Meneer Bushoff heeft al uitgebreid toegelicht waarom we amendementen indienen. Ik hoor ook dat er moties zijn. Dat is natuurlijk mooi. Die kan de minister echter naast zich neerleggen, en dat is niet het geval bij een amendement. Dat vinden we dus een sterker instrument.

Voorzitter. Het tweede punt dat ik had aangegeven, is dat niet alleen het medisch-inhoudelijke perspectief leidend moet zijn. Leefbaarheid is immers ook kwaliteit van zorg. Daarom dien ik de volgende twee moties in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat nabijheid van zorg van belang is voor de leefbaarheid van een regio, de gemoedsrust en daarmee het welzijn van mensen, alsmede de kwaliteit van de netwerkzorg;

constaterende dat het ROAZ bepalend is voor de inrichting van de acute zorg, maar dat verpleegkundigen en verzorgenden alsmede patiënten en burgers daarin niet vertegenwoordigd zijn, waardoor er geen integrale afweging plaatsvindt maar alleen op grond van medisch-inhoudelijk perspectief;

verzoekt de regering te borgen dat in iedere ROAZ een vertegenwoordiger komt van verpleegkundigen en verzorgenden, van Zorgbelang en van het netwerk gemeenten regionaal ziekenhuis,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van den Berg en Bushoff.

Zij krijgt nr. 410 (29247).

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan de tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat elke regio telt;

van mening dat nabijheid van acute zorg voor heel Nederland van groot belang is voor de kwaliteit van zorg, de regionale leefbaarheid en de gemoedsrust van inwoners;

overwegende dat de regering met de Kamerbreed aangenomen motie-Van den Berg/Ellemeet (29247, nr. 366) is verzocht bij het opstellen van de normen voor acute zorg nabijheid en leefbaarheid van een regio mee te nemen;

verzoekt de regering voor de begrotingsbehandeling in het najaar van 2023 de Kamer te informeren over de stand van zaken van uitvoering van deze motie en hoe het leefbaarheids criterium wordt vormgegeven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg.

Zij krijgt nr. 411 (29247).

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. Dan nog twee korte punten. De minister houdt eraan vast dat de zorgcoördinatie top-down wordt georganiseerd. Dan gaat het erom af te dwingen dat er één fysieke plek is. Ik hoop dat hij dat wil heroverwegen, ook naar aanleiding van mijn bottom-upmotie.

Het tweede punt, voorzitter. We hebben het vandaag eigenlijk niet over Zoetermeer gehad, maar daar dreigen nu de volgende dingen te gebeuren. Er wordt nu een onderzoek gedaan naar geboortezorg, maar dat is heel richtinggevend, gezien de opmerking dat het verplaatsten van de bevallingen past in de landelijke ontwikkeling van zorgconcentratie. Dit kan echt niet zo doorgaan.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Tielen, VVD.



Mevrouw Tielen (VVD):

Voorzitter. Dit is een belangrijk debat, al hadden we aan het begin een vollere tribune dan nu. Ik denk dat we een aantal stappen met elkaar hebben gedeeld. We hebben een aantal dingen misschien verduidelijkt. We hebben de minister ook een aantal dingen meegegeven. We hopen

dat we met elkaar een route inzetten naar zorg die beter past bij de behoeftes van deze tijd.

Nog even een opmerking over iets wat ik wel grappig vond. Laatst las ik ergens dat het Engelse woord "patient" eigenlijk "geduldig" betekent; heel logisch, als je erover nadenkt. Vroeger ging het dus over wachten. Als we het over deze tijd en over spoedzorg hebben: nee, het oplossen van je gezondheidsklachten moet snel en de kwaliteit van zorg moet hoog zijn.

Voorzitter. Ik had een motie voorbereid, maar in het inter-ruptiedebat zaten mevrouw Westerveld en ik eigenlijk op één lijn als het gaat om de betrokkenheid van nog anderen dan de zorgpartijen. Mevrouw Westerveld zal zo dan ook een motie voorlezen waar mijn naam ook onder staat.

Zelf heb ik nog een motie over het samenwerken tussen ziekenhuizen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat sommige ziekenhuizen kampen met financiële en personele uitdagingen;

overwegende dat samenwerking tussen ziekenhuizen een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit en toegankelijkheid van (spoed)zorg;

overwegende dat het voor ziekenhuizen niet altijd voor de hand ligt om intensieve samenwerkingen te initiëren;

verzoekt de regering om met zorgverzekeraars te overleggen op welke manier regionale samenwerking tussen ziekenhuizen sterker gestimuleerd kan worden teneinde kwaliteit, toegankelijkheid en personele beschikbaarheid van acute zorg te kunnen waarborgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Tielen.

Zij krijgt nr. 412 (29247).

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik ben, in het verlengde van de samenwerking, blij met de toezegging van de minister over het realtime delen van capaciteitsgegevens.

Mevrouw Paulusma gaat een motie indienen waar mijn naam ook onder staat en meneer Drost doet hetzelfde ten aanzien van de actieve inzet op goed werkgeverschap. Zo hopen we met elkaar de zorg weer een beetje te verbeteren.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Westerveld, GroenLinks.



Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dank, voorzitter. Ik wil beginnen met artikel 22 van de Grondwet, waarin staat dat de overheid maatregelen moet nemen ten bate van onze volksgezondheid. Het staat er trouwens iets anders. De minister gaf daarover aan dat slechte zorg daar natuurlijk niet aan bijdraagt. Dat weet ik, maar ik bedoelde met mijn punt het volgende. Op het moment dat wij regie over de zorg verliezen, op het moment dat zowel onze lokale gekozen volksvertegenwoordigers, onze gemeenteraadsleden, als wij er niets over te zeggen hebben wanneer een jeugdzorginstelling of een ggz-instelling sluit, wanneer mensen met een beperking hun huis uit moeten en wanneer zelfs hele ziekenhuizen kunnen sluiten zonder dat er enige democratische controle op is, vraag ik mij oprecht af hoe dat in verhouding staat tot artikel 22 van de Grondwet. Ik wil zo dadelijk heel graag een antwoord van de minister op dit punt.

Voorzitter. Ik heb samen met mevrouw Tielen ook een motie over democratische inspraak. Die lees ik voor.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat besluiten over de acute zorg grote impact hebben op de leefbaarheid van de regio;

overwegende dat bij het bepalen van acute zorg naast het medisch en financieel belang ook het maatschappelijk belang moet worden gewogen;

van mening dat gemeenten nu onvoldoende worden betrokken en het maatschappelijk belang bij besluiten over acute zorg onvoldoende is geborgd;

verzoekt de regering de regelgeving aan te scherpen en vast te leggen dat zorgaanbieders inhoudelijk gemotiveerd op aangedragen bezwaren en naar voren gebrachte visies afzonderlijk moeten reageren en indien er een negatief advies komt een vervolgoverleg te verplichten;

verzoekt de regering minimumvereisten te formuleren waar zo'n reactie van zorgaanbieders aan moet voldoen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Westerveld en Tielen.

Zij krijgt nr. 413 (29247).

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

De tweede motie gaat over bereikbaarheid. Die dien ik in met meneer Drost van de ChristenUnie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het belangrijk is dat zorglocaties ook in kleinere gemeenten en op het platteland bereikbaar zijn, voor patiënten, hun familie en voor zorgverleners;

constaterende dat de afgelopen jaren spoedeisendehulp-posten en ziekenhuislocaties zijn gesloten en de bereikbaarheid van zorg onder druk komt te staan, zeker voor huishoudens met een kleine portemonnee en mensen die niet in het bezit zijn van een auto;

constaterende dat mensen daardoor langer moeten reizen en vaker zijn aangewezen op het openbaar vervoer;

verzoekt de regering om per provincie een bereikbaarheidsanalyse te maken en specifiek in kaart te brengen in welke regio's ziekenhuizen, spoedeisendehulp-posten en huisartsenposten moeilijk te bereiken zijn met de fiets en het openbaar vervoer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Westerveld en Drost.

Zij krijgt nr. 414 (29247).

Dank u wel, mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Voorzitter. Ik heb nog één opmerking. Die gaat over zorgtekorten, personeelstekorten. Wij kregen laatst een petitie aangeboden waarin mensen ons er opnieuw op wezen dat stagevergoedingen heel vaak niet geregeld zijn. Ik weet dat het debat van vandaag daar niet over ging, maar ik wil het toch aan deze minister meegeven. Een belangrijk iets om juist jonge mensen te behouden is het regelen van een stagevergoeding of een reiskostenvergoeding.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Den Haan, Fractie Den Haan.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de minister voor het beantwoorden van de vragen.

Ik heb drie moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het belangrijk is dat de acute zorg toegankelijk en van kwalitatief hoogstaand niveau moet blijven

teneinde patiënten die acute zorg nodig hebben zo goed mogelijk te kunnen helpen;

constaterende dat de juiste zorg op de juiste plek van groot belang is en dit niet altijd betekent dat dit qua afstand zorg dichtbij is;

overwegende dat het van belang is dat mensen goed worden meegenomen in de plannen rondom het toegankelijk en betaalbaar houden van de acute zorg;

verzoekt de regering om in het kader van de ontwikkeling van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg ook in te zetten op communicatie hierover aan het brede publiek, en de Kamer hierover voor de begrotingsbehandeling te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Den Haan en Paulusma.

Zij krijgt nr. 415 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de 90%-norm is opgesteld voor patiënten die met een multitrauma eerst opgevangen en gestabiliseerd dienen te worden in een traumacentrum, maar dat die norm structureel niet wordt gehaald;

constaterende dat ambulancemedewerkers met de Trauma Triage App kunnen bepalen of iemand multitrauma heeft;

overwegende dat de Trauma Triage App een betrouwbaarheid heeft van 95%;

overwegende dat het voor patiënten met multitrauma cruciaal is voor de overlevingskansen om eerst opgevangen en gestabiliseerd te worden in een traumacentrum;

overwegende dat de ambulancezorg deze app moet bekostigen, maar er niet op afgerekend wordt als de 90%-norm niet wordt gehaald;

verzoekt de regering te onderzoeken hoe structurele bekostiging geregeld kan worden voor de Trauma Triage App, zodat de ambulancezorg geen belemmeringen heeft om de app te implementeren en te gebruiken, en de Kamer hierover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Den Haan.

Zij krijgt nr. 416 (29247).

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

De laatste motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in sommige regio's al een pilot is geweest met een zorgcoördinatiecentrum;

overwegende dat die zorgcoördinatiecentra gefinancierd werden uit het budget dat is uitgetrokken voor de pilots maar dat die nu ten einde lopen;

verzoekt de regering om de Kamer nader te informeren hoe geborgd wordt dat deze zorgcoördinatiecentra in de overbruggingsfase kunnen blijven bestaan, zodat deze belangrijke infrastructuur niet verloren gaat,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Den Haan.

Zij krijgt nr. 417 (29247).

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan geef ik het woord aan mevrouw Paulusma, D66.



Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording. Ook vandaag geldt weer, zoals heel vaak bij zorgonderwerpen maar zeker bij acute zorg, dat communicatie essentieel is. Het roept namelijk heel veel zorgen en misverstanden op. Ik ben dan ook blij dat de minister dat beaamde in zijn eigen betoog. Ik sta daarom ook onder de motie van mevrouw Den Haan.

Ik heb in mijn betoog ook aandacht gevraagd voor de informatieoverdracht, juist in een acute situatie. Op dat onderwerp ga ik een motie indienen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het in de acutezorgketen altijd van belang is dat relevante gegevens over de gezondheid van de patiënt, zoals de professionele samenvatting van de huisarts of medicatieoverzichten, direct beschikbaar zijn;

constaterende dat er op dit moment een wetsvoorstel wordt voorbereid dat de directe toegankelijkheid van noodzakelijke gegevens in het geval van spoedeisende zorg beoogt te verbeteren;

verzoekt de regering om samen met het veld te verkennen of actuele medicatieoverzichten van patiënten onder de reikwijdte van het aankomende wetsvoorstel om een opt-out in de acute zorg te realiseren, kunnen worden gebracht, zonder vertraging van de voorbereiding van het desbetreffende wetsvoorstel, en de Kamer over de uitkomst te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Paulusma en Tielens.

Zij krijgt nr. 418 (29247).

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik had nog een andere motie in voorbereiding, maar ik dacht: wellicht kan het ook worden afgedaan met een goede toezegging van de minister in zijn tweede termijn. Ik heb namelijk aandacht gevraagd voor professionals in de gehele keten. Ik noemde het voorbeeld van de physician assistants. De minister gaf in zijn beantwoording aan dat dat vooral lag aan capaciteit in de organisaties om ervoor te zorgen dat deze mensen op de juiste manier kunnen worden opgeleid. Wij krijgen juist de signalen dat mensen klaarstaan om mensen op te leiden en dat er ook plek is. Ergens schuren deze twee dingen. Ik hoop dat de minister daar wat meer duidelijkheid over kan verschaffen of wellicht met het veld in gesprek kan gaan om ervoor te zorgen dat dit misverstand uit de wereld kan worden geholpen.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan geef ik het woord aan de heer Drost, ChristenUnie.



De heer **Drost** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik kan me voorstellen dat de mensen uit Zutphen die hier vandaag waren, op een iets ander verloop of andere uitkomst van dit debat hadden gehoopt. Ik denk wel dat het goed is dat we er met elkaar over spraken. De spelregels waar de minister het over had, zitten me nog niet helemaal lekker. Ik ben er nog niet zo van overtuigd dat het allemaal goed gegaan is. Misschien is het binnen de huidige regels wel gelukt. Ik ben blij met de aankondiging van een aantal collega's dat we ernaar gaan kijken of we het willen veranderen. Dat bespreken we dan na de zomer.

Voorzitter. Ik heb twee moties, die ik graag indien. De eerste gaat over het personeel.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, ik zie dat mevrouw Marijnissen een interruptie heeft.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik sla even aan op de, denk ik, terechte analyse van de ChristenUnie dat de mensen uit Zutphen een andere uitkomst van dit debat hadden verwacht. Tegelijkertijd hoor ik u ook zeggen: na de zomer gaan wij praten over verbeteringen.

ringen voor de toekomst. Maar dat zal betekenen dat het voor delen van het Gelre ziekenhuis te laat is. Hoe kijkt u daarnaar?

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik denk dat de constatering van mevrouw Marijnissen dat het voor delen van het Gelre ziekenhuis te laat is, terecht is. Als ik heel eerlijk ben, denk ik dat dat ook al zo was voor we aan dit debat begonnen. Hier in Den Haag kunnen we natuurlijk uitermate weinig op het moment dat de zorgbestuurder besluit iets te doen. Maar dat is volgens mij ook de kern van uw kritiek op het systeem. Dat is hoe het gaat. Als we met elkaar hadden geconstateerd dat die spelregels niet goed waren gevolgd en als de minister dat had gezegd en toegegeven, dan hadden we misschien nog kunnen zeggen dat we pas op de plaats hadden mogen maken. Daarbij vraag ik me in alle eerlijkheid ook af of dat tot een andere uitkomst had geleid, gezien de situatie waarin het ziekenhuis verkeert. Ik denk dat dat het eerlijke verhaal is.

De **voorzitter**:

Tot slot, mevrouw Marijnissen.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ja, tot slot nog even mijn vraag. Wij hebben niet voor niks een motie ingediend met een oproep over dat onafhankelijke onderzoek waartoe deze Kamer al eerder heeft besloten. Dat zou mogelijk een waarborg kunnen zijn, maar ik ken de uitkomsten ook niet. Maar nu is het helemaal niet gedaan in Zutphen. Is er dan wel iets wat op steun van de ChristenUnie kan rekenen? Anders staan de mensen in Zutphen echt met lege handen.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik zal er serieus naar kijken, want er werd gerefereerd aan een motie van vorig jaar die ik niet goed ken, en waarvan ik ook niet weet wat de achtergrond ervan is. Ik hoorde de minister zeggen dat hij wel vindt dat er een onderzoek is gedaan. Ik moet dat even goed afwegen en dat zal ik doen, waarbij ik dus niet toezeg dat ik uw motie steun.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik was nog niet aan mijn motie begonnen, geloof ik.

De **voorzitter**:

Nee.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Oké.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat voor verzorgend en ondersteunend personeel werken op grotere afstand van huis minder vanzelfsprekend is dan voor artsen;

overwegende dat het gezien de personeelstekorten in de zorg belangrijk is dat bij het sluiten van een afdeling het personeel behouden blijft voor de zorg;

verzoekt de regering om aan de ROAZ'en te vragen om als acute zorg sluit ook aandacht te besteden aan het behoud van personeel voor de zorg, en om bij het opstellen van nieuwe normen van toegankelijkheid en kwaliteit te toetsen wat de gevolgen zijn voor het behoud van zorgpersoneel,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Drost en Tielen.

Zij krijgt nr. 419 (29247).

De heer **Drost** (ChristenUnie):

De tweede motie gaat over openbaar vervoer en toegankelijkheid, waarover ik het ook met de minister heb gehad.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de bereikbaarheid van acute zorg onder druk komt te staan mocht de spoedeisendehulp post in Zutphen sluiten;

overwegende dat een SEH ook goed bereikbaar moet zijn voor mensen zonder auto;

verzoekt de regering met betreffende partijen het belang van deze praktische bereikbaarheid te bespreken en te benadrukken dat bij een eventuele sluiting van de SEH in Zutphen de uitwijklocatie goed bereikbaar moet zijn met het openbaar vervoer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Drost en Westerveld.

Zij krijgt nr. 420 (29247).

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Drost. Dan geef ik het woord aan mevrouw Pouw-Verweij, JA21.



Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb twee moties. Ten eerste eentje over de termen die we gebruiken. Ik vond persoonlijk de term "spoedplein" erg onduidelijk. Ik begreep dat dat op andere locaties iets betekent als én een spoedeisende hulp, én een huisartsenpost én een apotheek; al die dingen samen. Dat is wat anders dan een soort huisartsenpost-plus, dus ik dacht: laten we voor iedereen duidelijk maken waar we het over hebben.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat termen als SEH, huisartsenpost+, spoedpost en dergelijke door elkaar heen worden gebruikt;

constaterende dat vaak niet duidelijk is wat hiermee bedoeld wordt, zoals het spoedplein in Gelre ziekenhuis in Zutphen;

overwegende dat het goed is om voor alle betrokkenen inzichtelijk te maken welke voorzieningen er zijn op welke plek en welke zorg daar wordt geleverd;

verzoekt de minister te overleggen met het zorgveld om tot een duidelijke definitie te komen voor deze termen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Pouw-Verweij, Van der Plas, Agema en Van der Staaij.

Zij krijgt nr. 421 (29247).

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

En dan nog een motie. We hebben het natuurlijk uitgebreid gehad over acute zorg staande houden en over spoedeisendehulpdiensten overhouden. Daarbij werd wel duidelijk dat het lang niet altijd alleen draait om de kwaliteit van de spoedeisendehulpdienst zelf, maar ook om allerlei andere factoren in het ziekenhuis. Daarover heb ik ook een motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er een beweging is in de richting van volwaardige ziekenhuizen met een ring van poliklinieken eromheen;

constaterende dat daardoor steeds meer spoedeisendehulpdiensten onder druk zullen komen te staan vanwege de redenering dat de afgewaardeerde ziekenhuizen patiënten niet de noodzakelijke medische zorg zouden kunnen leveren in de nasleep van een spoedopname;

constaterende dat veel van deze ziekenhuizen onder het huidige Kwaliteitskader Spoedzorgketen zonder problemen kunnen kwalificeren voor spoedeisende ziekenhuiszorg;

constaterende dat de minister niet kan garanderen dat SEH's die momenteel nog open zijn, dat ook in de toekomst zullen blijven;

verzoekt het kabinet erop toe te zien dat regionale ziekenhuizen niet op oneigenlijke gronden, zoals personeelstekorten, hun SEH verliezen vanwege aanvullende eisen die niet zijn opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Pouw-Verweij, Van der Plas, Agema en Van der Staaij.

Zij krijgt nr. 422 (29247).

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Pouw-Verweij. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Van der Staaij, SGP.



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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de minister ook danken voor zijn beantwoording. Er wordt nog een vervolg aan gegeven op een aantal punten waar ook de SGP aan hecht, zoals de aanscherping van de spelregels, ook voor de omgang met en de betrokkenheid van gemeenten. Er zijn ook amendementen aangekondigd.

Ik wil zelf in ieder geval nog op één bepaald punt een motie indienen. Dat heeft te maken met de aanvraag van transformatiegelden en de administratievelastendruk. De minister gaf aan dat er al van alles aan wordt gedaan — met handleidingen, webinars en begeleiding — om het allemaal doenbaar te maken. Toch laten signalen die we van de samenwerkende algemene ziekenhuizen krijgen, zien hoe lastig en tijdrovend het is. Vandaar de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de ziekenhuizen aangeven dat de aanvraag van transformatiemiddelen vanuit het Integraal Zorgakkoord bijna niet te doen is vanwege de grote administratievelastendruk;

verzoekt de regering om te bezien hoe het aanvragen en toekennen van transformatiemiddelen aanzienlijk kan worden vereenvoudigd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Staaij, Van der Plas en Pouw-Verweij.

Zij krijgt nr. 423 (29247).

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

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn aan de kant van de Kamer. De minister heeft aangegeven ongeveer tien minuten nodig te hebben om zich voor te bereiden. Ik schors tot 17.50 uur. Dan hebben we ietsje meer ruimte.

De vergadering wordt van 17.35 uur tot 17.48 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is de tweede termijn aan de kant van het kabinet. Het woord is aan de minister.



Minister Kuipers:

Voorzitter, dank u wel. Allereerst ga ik nog in op een aantal vragen en opmerkingen.

Er was een vraag van de heer Bushoff over investeren in mensen en middelen in plaats van sluiten. Laten we heel duidelijk zijn: alle inzet is gericht op investeren in mensen en middelen. Maar je moet ook gewoon constateren dat er, gelet op de manier waarop wij nu werken en de capaciteit die daar nu voor nodig is, onvoldoende mensen zijn. Ik noem het volgende even ter illustratie. Ooit, een lange tijd geleden, hadden wij als zorgbestuurders een keer een overleg met een hoofd van een hogeschool. De directeur van de desbetreffende hogeschool kwam bij ons. Een hele groep zorgbestuurders, in de volle breedte, zat in de zaal. De directeur zei op dat moment: "Beste zorgbestuurders. Ik vind het ontzettend leuk om hier te zijn. Ik ben blij dat u mij uitnodigt. Om heel duidelijk te zijn: ik snap wel waarom u mij vraagt. En laat ik dan ook maar heel direct een antwoord geven: de jonge mensen zijn op. Dat wil zeggen: ze worden gevraagd in de haven, ze worden gevraagd in de energietransitie, ze worden gevraagd op alle plekken en u vraagt er ook nog steeds meer in de zorg. U moet echt nadenken over andere manieren van werken." Ik citeerde hem even letterlijk: "De jonge mensen zijn op." Het was een opdracht aan ons, toen nog aan mij in een vorige rol, maar ook nu aan mij als minister en aan minister Helder. Die oproep kwam van opleidingen en was gericht aan ons. Het was echt een hele duidelijke.

Dan heb ik nog een vraag van mevrouw Westerveld over regie en de regio, over iets te zeggen hebben en de Grondwet. Ja, ik probeer juist veel meer om wel op zaken de regie te kunnen pakken, maar we moeten ook heel simpel constateren dat er grenzen zitten aan de mogelijkheden die wij binnen het huidige stelsel hebben. Gisteren heb ik uitgebreid over het stelsel gedebatteerd met een collega van

mevrouw Westerveld. Dus ik ga uiteindelijk niet over het bepalen welke zorg precies op welke locatie geleverd wordt.

Dan was er tot slot een vraag van mevrouw Paulusma, eigenlijk een vraag om een toezegging ten aanzien van opleidingen, capaciteit en ook physician assistants. Ik wil van harte toezeggen om die vraag door te geleiden naar minister Helder, want dit onderwerp zit in haar portefeuille, met de toelichting die mevrouw Paulusma erbij gaf.

Voorzitter. Dan kom ik bij de moties. De motie op stuk nr. 398 ontraad ik. Bij deze motie en een aantal andere moties verwijs ik ook naar het debat.

Ontraden geldt eveneens voor de motie op stuk nr. 399.

Hetzelfde geldt voor de motie op stuk nr. 400.

Hetzelfde geldt voor de motie op stuk nr. 401.

De motie op stuk nr. 402 is een spreek-uitmotie, voorzitter.

De motie op stuk nr. 403 ontraad ik op de manier waarop het er nu staat, maar ik kijk even naar mevrouw Van der Plas. Als de motie zou zijn "verzoekt het kabinet om in gesprek te gaan om te kijken hoe wij gemeenten beter kunnen betrekken bij", dan wil ik 'm van harte oordeel Kamer geven, maar dan moet de motie dus wel herschreven worden. Zoals het er nu staat, "een plek kunnen krijgen in", ontraad ik 'm en dan verwijs ik naar het debat.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Van der Plas erover na gaat denken.

Minister Kuipers:

Oké.

De voorzitter:

We gaan naar de motie op stuk nr. 404.

Minister Kuipers:

De motie op stuk nr. 404 wil ik van harte oordeel Kamer geven, maar dan wel bij de evaluatie zoals die gepland is. Dat is niet nu, maar pas over enige tijd, zoals destijds ook is afgesproken.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Van der Plas zich kan vinden in deze interpretatie. De motie op stuk nr. 404: oordeel Kamer.

Minister Kuipers:

De motie op stuk nr. 405 ontraad ik, voorzitter.

Ook de motie op stuk nr. 406 ontraad ik.

De motie op stuk nr. 407: ontraden.

De motie op stuk nr. 408 eveneens: ontraden.

De motie op stuk nr. 409 eveneens: ontraden.

De motie op stuk nr. 410 ontraad ik in de huidige vorm, voorzitter. Wat betreft de gemeenten wil ik de rol van de DPG verduidelijken. Dat heb ik ook al aangegeven. Ik snap de vraag van mevrouw Van den Berg en de heer Bushoff over het goed betrekken verpleegkundigen heel goed. Ik wil graag nagaan hoe professionals, inclusief verpleegkundigen, in werkgroepen in het kader van het ROAZ betrokken zijn. Uw verzoek met betrekking tot Zorgbelang, daar kan ik inkomen. Ik wil bezien hoe ik kan regelen dat zij aanwezig kunnen zijn bij het ROAZ. Als u de motie in die zin zou aanpassen, zou ik die oordeel Kamer kunnen geven, maar in de huidige vorm ontraad ik 'm.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan ga ik de komende dagen kijken hoe ik daar met de minister uit kan komen.

Minister Kuipers:

Oké, prima.

De motie op stuk nr. 411: oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 412: oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 413: oordeel Kamer.

Ik verzoek gaarne om de motie op stuk nr. 414 aan te houden. Ik geleid deze motie door naar de staatssecretaris van lenW, aangezien het haar beleidsterrein betreft.

De voorzitter:

Ik kijk even naar mevrouw Westerveld of zij bereid is om de motie aan te houden. Ja, dat is het geval.

Op verzoek van mevrouw Westerveld stel ik voor haar motie (29247, nr. 414) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Agema, PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

De minister geeft de motie op stuk nr. 398 ontraden en de motie op stuk nr. 412 oordeel Kamer. Dan heb ik nog wel een vraag aan de minister. Het dictum van de motie-Tielen vraagt om meer samenwerking, maar samenwerking en marktwerking is gewoon een contradictio in terminis, dus het lijkt mij toch van tweeën één. Als de minister oordeel Kamer geeft op de motie op stuk nr. 412, waarom dan niet op de motie op stuk nr. 398?

Minister Kuipers:

Dat is vrij duidelijk. Ik verwijs ook naar het debat. De motie op stuk nr. 412 zegt "verzoekt om met zorgverzekeraars te overleggen op welke manier regionale samenwerking tussen ziekenhuizen sterker gestimuleerd kan worden, teneinde de kwaliteit, toegankelijkheid en personele beschikbaarheid van acute zorg te waarborgen". De motie op stuk nr. 398 verzoekt om een hele andere stap, namelijk om de acute

zorg uit de marktwerking te halen en te financieren via een beschikbaarheidsbijdrage. Die ontraad ik, en dan verwijs ik naar het debat. Ik zei: de NZa onderzoekt momenteel opties voor bekostiging, inclusief beschikbaarheidsfinanciering, en nu een conclusie trekken is te vroeg.

De voorzitter:

Tot slot, mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, maar om te kunnen samenwerken zul je toch de acute zorg in de ziekenhuizen uit de marktwerking moeten halen. Want anders is het gewoon een soort van dogma voor de Bühne: we houden marktwerking, maar we gaan wel samenwerken. Dat mag niet eens van de ACM. Ziekenhuizen mogen niet samenwerken van de ACM, dus ...

Minister Kuipers:

Voorzitter, ik ... Sorry.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik hoop dat de minister begrijpt dat hij inconsequent is, dat het een contradictio in terminis is dat hij gaat zeggen dat er samengewerkt moet worden, maar dat hij niet voor het uit de marktwerking halen van de acute ziekenhuiszorg is. En dat hij eigenlijk gewoon het dogma blijft herhalen dat als hij het systeem niet verandert, als hij de marktwerkings-situatie niet verandert, hij ook niet kan zeggen dat die samenwerking moet, want dat mag niet eens.

Minister Kuipers:

Voorzitter, excuses. En ook excuses aan mevrouw Agema dat ik te vroeg inviel. Maar ik denk niet dat ik een dogma herhaal. En ik denk ook dat met de wijze van financiering van de spoedzorg, eens te meer in een situatie zoals we die nu hebben — en ook in de komende periode naar verwachting gewoon zullen houden — van meer vraag dan aanbod, samenwerking zeer goed mogelijk is. Dat doen we op allerlei manieren. Daar hebben we destijds, ondertussen 25 jaar geleden, ook bewust het ROAZ voor opgericht.

De voorzitter:

Dank u wel. We gaan naar de zeventiende motie, die op stuk nr. 414.

Minister Kuipers:

De motie op stuk nr. 414 van zojuist zou worden aangehouden.

De voorzitter:

Die wordt inderdaad aangehouden.

Minister Kuipers:

De achttiende motie, die op stuk nr. 415: oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 416: eveneens oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 417: eveneens oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 418: eveneens oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 419: eveneens oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 420: eveneens oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 421: eveneens oordeel Kamer.

En dan de 25ste motie, die op stuk nr. 422. Die ontraad ik, maar ik moet daar wel direct bij zeggen dat daar misschien mogelijk in de tekst nog iets is te doen. De verwarring zit gewoon in de tekst. Dat begint al bij "oneigenlijke gronden, zoals personeelstekorten". Tja, een personeelstekort is in ieder geval niet een oneigenlijke grond. Het is dus meer zoeken naar wat nou precies de bedoeling is, maar zoals de tekst hier is, kan ik er helaas niks mee.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dan kom ik natuurlijk graag even een toelichting geven. Om het maar meteen duidelijk te maken: het gaat ons niet om het personeelstekort op de SEH. Kijk, als een SEH niet voldoet aan de normen of als er te weinig mensen zijn om de SEH open te houden en de SEH dan dicht moet, lijkt me dat logisch. Maar er zijn in het debat allerlei andere factoren aangehaald over het ziekenhuis dat achter de SEH zit. En waar het ons dan met name om gaat, is dat als bijvoorbeeld de afdeling neurologie niet meer functioneert en daardoor omvalt, er wel degelijk nog een SEH in stand gehouden kan worden. Of wat al eerder genoemd werd: dat de ic-zorg van het hoogste niveau niet geleverd kan worden, of nazorg na de ic; allerlei van dat soort factoren. Dus als je ziet dat zo'n ziekenhuis eenmaal niet meer binnen de concentratie valt, gaan daar stukjes afbrokkelen. Dat afbrokkelen mag dan geen reden zijn om de SEH te sluiten, als de SEH sec nog voldoet aan de normen die er zijn. We willen die SEH's namelijk graag zo lang mogelijk openhouden. Maar personeelstekorten op de SEH's is uiteraard een ander verhaal. Dat valt hier niet onder. Verandert dat wat voor de minister?

Minister Kuipers:

Het verduidelijkt wel, dus dank. We lazen de motie een aantal keren en ik kwam er niet helemaal uit, maar dit verduidelijkt. Dan komen we nog steeds op het feit dat er allerlei stappen zijn voordat een partij bijvoorbeeld een SEH mag sluiten. Ze moeten ook heel goed beargumenteren waarom ze dat doen. Dat zijn al allerlei zaken die er zijn. Uiteindelijk is het niet aan de regering om te sturen op het wel of niet sluiten van een SEH of een onderdeel van de acute zorg. Dat raakt aan de discussie en het antwoord dat ik zojuist al gaf aan mevrouw Westerveld.

De voorzitter:

Dat is uitgewisseld.

Minister Kuipers:

Ik vind haar voor mij heel moeilijk uitvoerbaar, dus de motie op stuk nr. 422 ontraad ik.

De motie op stuk nr. 423 ontraad ik eveneens. Ik snap de inzet heel goed, maar daar hebben we al hele goede

afspraken over gemaakt met alle IZA-partijen. We bespreken dat beoordelingskader ook op bestuurlijk niveau. Zoals ik al benoemde in het debat, helpen we ook zorgverzekeraars.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank. Hiermee zijn we aan het einde gekomen van deze beraadslaging. Ik dank de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor zijn beantwoording. Ik dank de woordvoerders en de mensen op de publieke tribune. Dit waren volgens mij de mensen die er de hele tijd bij zaten, dus fijn dat u erbij was. Ook dank aan de mensen die op een andere manier het debat gevolgd hebben.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

We gaan volgende week stemmen over de ingediende moties. Ik schors de vergadering tot 19.00 uur. Dan starten we weer met een heel ander programma, namelijk een aantal tweeminutendebatten.

De vergadering wordt van 18.00 uur tot 19.00 uur geschorst.