

Vergaderjaar 2020–2021

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 325**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 16 december 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 3 juli 2020 over de Houtskoolschets acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 314).

De vragen en opmerkingen zijn op 30 september 2020 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 11 december 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## Inhoudsopgave

<b>I</b>	<b>Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	11
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	13
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	15
	Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	17
	Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie	19
<b>II</b>	<b>Antwoord/ Reactie van de Minister</b>	<b>20</b>

### **I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de nieuwe inrichting van de acute zorg met name gericht zal zijn op zes pijlers. Waren deze zes pijlers vastgesteld voorafgaand aan de gesprekken over de houtskoolschets en moeten deze nu verder ingevuld worden, of zijn deze ontstaan naar aanleiding van deze gesprekken? Waren de personen en partijen die hebben meegedacht over de houtskoolschets het unaniem eens dat de acute zorg rondom die zes pijlers ingericht moet gaan worden? Zo nee, kan de Minister aangeven over welke pijler(s) geen overeenstemming was? Kan de Minister aangeven hoe het verdere proces er nu uit zal gaan zien en wanneer de definitieve, uitgewerkte versie gereed zal zijn?

De vernieuwde inrichting en financiering van de acute zorg moeten nog verder uitgezocht en onderbouwd worden. Welke partijen is de Minister van plan daarbij (structureel) te betrekken, vragen de leden van de VVD-fractie, aangezien deze leden in de houtskoolschets vele potentiële partijen zien die in de toekomst bij de financiering en inrichting van de acute zorg betrokken zullen zijn.

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat nagedacht is over de toegankelijkheid van de acute zorg in relatie tot de krapte op de arbeidsmarkt. Deze leden lezen dat ondanks de kostendekkende financiering van het Ministerie van VWS gezien wordt dat ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid. Kan de Minister aangeven wat de oorzaak hiervan is? Is de financiering wel steevast volledig ingezet, en waar is dit geld terechtgekomen? Daarnaast vragen deze leden of er bij het uitwerken ook nieuwe plannen worden gemaakt om de arbeidsmarktproblematiek in de acute zorg op te lossen. Of vertrouwt de Minister op de resultaten van bestaande actieprogramma's, zoals Werken in de Zorg?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat het nu voor patiënten niet altijd duidelijk is waar zij terecht kunnen met een acute zorgvraag die niet levensbedreigend is. Deze leden zijn het eens met de stelling dat in stressvolle situaties verschillende «loketten» verwarring op kunnen leveren. Zij hebben echter hun vraagtekens bij het instellen van één nieuw landelijk nummer naast 112 voor patiënten met een niet-levensbedreigende acute zorgvraag. Hoe bepalen patiënten of overige betrokkenen of er sprake is van een levensbedreigende of niet-levensbedreigende acute zorgvraag? Brengt het instellen van een nieuw landelijk telefoonnummer niet juist meer verwarring voor de patiënt met zich mee?

De leden van de VVD-fractie lezen dat per regio bepaald zal moeten worden hoeveel spoedposten er komen, waar de spoedposten gaan komen, welke spoedposten er wel en niet de hele nacht open zijn en welke zorgprofessionals er standaard aanwezig zijn of op afstand mee kunnen kijken. Kan de Minister aangeven of al nagedacht is op basis van welke gegevens bepaald wordt waar de spoedposten in de toekomst komen te staan? Hoe wordt voorkomen dat er witte vlekken in Nederland ontstaan waardoor de tijdsafstand tot spoedzorg langer wordt dan de 45-minutennorm?

De Minister stelt in de houtskoolschets dat het ministerie de regie neemt in de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap. Elektronische gegevensuitwisseling wordt versneld door het bij wet afdwingen van eenheid van taal en techniek, zodat iedereen meedoet op dezelfde manier. Kan de Minister aangeven of hiermee alle knelpunten van gegevensuitwisseling in de acute zorg worden opgelost? Zo nee, welke knelpunten blijven er nog bestaan? Kan de Minister aangeven waar in het proces de wet nu staat? Wanneer kan de Kamer de wet verwachten? De leden van de VVD-fractie lezen dat naast het beschikbaar hebben van patiëntinformatie, er binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) een werkend systeem moet zijn dat 24/7 *realtime* inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg (inclusief intensive care (IC)-bedden) in de regio, zodat de Regionale ambulancevoorziening weet waar op een concreet moment naartoe moet worden gereden met een patiënt en ook de huisarts weet waar hij de patiënt naartoe kan verwijzen. Is de Minister voornemens om eenzelfde soort structuur op te zetten zoals het landelijk coördinatiecentrum patiëntenspreiding dat tijdens de COVID-19-pandemie is opgezet? In hoeverre zijn de door de zorgverzekeraars opgestelde regiobeelden ten behoeve van de nog te ontvangen contourennota betrokken bij het opstellen van de houtskoolschets?

De leden van de VVD-fractie lezen over aardig wat actieprogramma's en andere adviezen die van invloed zullen zijn bij de uitwerking van het «nieuwe» acute zorglandschap. Hoe houdt de Minister de samenhang van die adviezen, programma's en de houtskoolschets – en daarmee dus ook de voortgang van de uitwerking daarvan – in de gaten?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. De acute zorg staat onder druk, niet alleen door de huidige coronacrisis maar zeker ook door het beleid over de afgelopen jaren van deze regering. Het is daarom goed dat we met alle partijen bekijken hoe we de acute zorg opnieuw kunnen inrichten. Deze leden zien in de voorliggende houtskoolschets echter geen verbetering van het acute zorglandschap en hebben daarom de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie zien de lessen die we kunnen leren van de coronacrisis niet terug in deze houtskoolschets. Komt er een hernieuwde versie? Want het opnieuw inrichten van het acute zorglandschap zonder aandacht voor uitbreiding van IC-capaciteit, uitbreiding van zorgpersoneel, uitbreiding van laboratoria en testmogelijkheden et cetera heeft geen zin, aldus deze leden.

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet waarom er in de houtskoolschets klakkeloos van uit gegaan wordt dat het aantal spoedeisende hulp (SEH)-posten geconcentreerd moet worden. Als dit de visie is die ten grondslag ligt aan deze houtskoolschets, dan kan de schets gelijk de prullenbak in. Immers, door concentratie verdwijnen er ziekenhuizen met een eigen SEH en IC-afdeling. In plaats van volwaardige SEH-posten komen er nu regionale spoedhulpposten met minder diagnostische mogelijkheden. Volgens deze leden komen patiënten met complexe klachten en meervoudige aandoeningen hierdoor in de knel. Deze zullen op de regionale spoedhulpposten niet volledig behandeld kunnen worden of moeten alsnog doorgestuurd worden naar een volwaardige SEH bij een ziekenhuis dat vele kilometers verder ligt. Deze leden vinden dat een heel verkeerde ontwikkeling en kunnen daar niet mee instemmen.

De leden van de PVV-fractie missen in de houtskoolschets nadrukkelijk aandacht voor (oudere) patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen. Een gebroken heup kan immers naast een acuut trauma ook onderliggende oorzaken hebben, zoals kanker, botontkalking, evenwichtsstoornissen et cetera. Deze leden vinden het daarom essentieel dat de acute zorg zo wordt ingericht dat een trauma niet op zichzelf wordt behandeld, maar dat er altijd rekening wordt gehouden met meervoudige onderliggende chronische ziektes. Is de Minister het met deze leden eens?

De leden van de PVV-fractie vragen zich daarnaast af wat de rol van de huisartsenpost wordt bij het invoeren van een regionale zorgmeldkamer bij niet acute zorg. Deze leden hebben ook twijfels wat nu het voordeel is voor de patiënt om te bellen met een regionale zorgmeldkamer boven de nu bestaande praktijk, namelijk bellen met de huisarts. De inrichting van regionale zorgmeldkamers komt op deze leden nogal bureaucratisch over, een papieren oplossing voor een niet-bestaand probleem. Welke onderzoeken zijn gebruikt voor dit idee? Deze leden missen hier een gedegen analyse en onderbouwing, graag krijgen zij deze alsnog.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de houtskoolschets acute zorg. Deze leden onderschrijven de doelstelling om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg in de toekomst te behouden. De houtskoolschets heeft in haar huidige vorm echter veel elementen van een landelijke blauwdruk en centralisatie. De houtskoolschets schetst een concentratie van SEH-locaties, met als gevolg een reductie van het aantal ziekenhuizen met een eigen SEH en IC. Hiervoor in de plaats komen spoedhulpposten in de regio die de toegang tot spoedzorg moeten waarborgen, maar die slechts beperkte diagnostische mogelijkheden krijgen. Een patiënt komt echter niet binnen bij een SEH met een diagnose, maar met een klacht. Voor het stellen van een goede diagnose is een bepaalde expertise nodig. En als patiënten op basis van de diagnose hoogcomplexere zorg nodig blijken te hebben, dan moet naar de mening van deze leden geborgd zijn dat deze tijdig beschikbaar en bereikbaar is. Iedereen in Nederland verdient immers goede zorg, het zou niet moeten uitmaken waar je woont. Deze leden hebben daarom de volgende vragen over deze houtskoolschets.

De leden van de CDA-fractie vragen ten eerste welk probleem de Minister met de herinrichting van de acute zorg wil oplossen. Is het niet beter om de problemen in de acute zorg zoals beschreven in de schets (voorkomen van acute zorg, het is niet altijd duidelijk waar je naartoe moet, de integrale samenwerking kan beter, personeelstekort) aan te pakken in het huidige systeem in plaats van het systeem opnieuw in te richten? Is het bijvoorbeeld mogelijk om aan de hand van regiobeelden de acute zorg door te ontwikkelen om regionaal de acute zorg patiëntgericht en toekomstbestendig te organiseren, en hierbij geen landelijke blauwdrukken, maar juist regionaal maatwerk in te bouwen en afstemming die daadwerkelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt in de regio? Is het niet beter om hierbij rekening te houden met de regio-indelingen?

De Minister schrijft dat hij het versturen van deze houtskoolschets als een startpunt ziet en dat hij het belangrijk vindt dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap kan rekenen op draagvlak bij de partijen die bij de acute zorg betrokken zijn. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regionale partijen en de burgers in het vervolg worden betrokken bij de uitdagingen die er zijn in het toegankelijk houden van de spoedzorg en bevallingszorg in Nederland.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel informele bijeenkomsten er zijn geweest. Klopt het dat er slechts een enkele grote bijeenkomst is geweest met veel organisaties tegelijkertijd?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister de spoedzorg en bevallingszorg toegankelijk denkt te houden voor burgers in de meer rurale gebieden van Nederland. Hoe voorkomt de Minister dat er door de gesuggereerde verdere concentratie van spoedzorg en vooral ook de verloskunde «witte vlekken» in Nederland ontstaan, waar de afstand tot spoedzorg en bevallingszorg (die niet opgevangen kan worden in een spoedhulp post) langer wordt dan de 45-minutennorm? Hoe wordt geborgd dat met concentratie van hoogcomplex acute zorg rijtijden niet te lang worden voor patiënten met acute hart- en vaataandoeningen? In hoeverre zijn er risicoanalyses gemaakt voor behandelingen waarbij tijd een belangrijke factor is, zoals voor een herseninfarct?

De leden van de CDA-fractie vragen welke SEH-posten straks nog voldoen aan de nieuwe definitie. Wat betekent dit voor aanrijtijden en bereikbaarheid van zorg in de regio? Dat er bijvoorbeeld in Rotterdam meerdere ziekenhuizen zijn die naar de burens kunnen doorverwijzen, geldt immers niet voor Zuidwest-Nederland.

De leden van de CDA-fractie constateren al langer dat sommige spoedposten al overvol zijn en meerdere keren per week stops moeten instellen. Deze leden vragen daarom opnieuw om het aantal stops per ziekenhuis in kaart te brengen.

Als er veel minder locaties komen, moeten zorgmedewerkers steeds verder reizen naar hun werk dan wel stroomt de regio leeg. De leden van de CDA-fractie vragen wat de voorstellen betekenen voor leefbaarheid van regio's en voor de arbeidsmarkt. Deze leden vragen tevens hoe de Minister het verlies van werkgelegenheid en kwaliteit van de leefomgeving compenseert, mochten er in de regio ziekenhuizen verdwijnen.

Op dit moment worden in heel Nederland via de ROAZ-structuur afspraken gemaakt om de IC-capaciteit te vergroten. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom er enerzijds in Nederland via de bestaande ROAZ-structuur wordt opgeschaald en tegelijkertijd door de Minister wordt voorgesteld om in Nederland de

spoedzorg juist weer te concentreren. Neemt de Minister hiermee niet hele grote risico's?

De houtskoolschets gaat uit van het opzetten van spoedhulpdiensten en het reduceren van het aantal ziekenhuizen met een SEH en IC. De leden van de CDA-fractie vragen of voor een dergelijk scenario is nagedacht over de financiële consequenties voor het vastgoed van de ziekenhuizen die moeten afschalen en de kosten die moeten worden gemaakt om de spoedhulpdiensten in de regio op te zetten en bij andere ziekenhuizen de IC-capaciteit uit te breiden. Deze leden vragen tevens op welke manier de houtskoolschets het huidige mandaat en de huidige afspraken over de governance in de ziekenhuissector bewaakt. Wordt er een scenario uitgewerkt waarbij de transformatie van de acute zorg plaatsvindt vanuit een integrale benadering en regionale samenwerking?

In de integrale spoedhulpdiensten die in de houtskoolschets worden voorgesteld zouden huisartsen en ziekenhuisspecialisten moeten gaan samenwerken. De leden van de CDA-fractie stellen juist dat de duidelijke scheiding tussen die twee goed werkt. Een huisarts handelt immers terughoudend totdat duidelijk is dat er echt iets met een patiënt aan de hand is, een medisch specialist doet juist onderzoek totdat hij medische problemen bij een patiënt kan uitsluiten. Deze leden vragen of de Minister met hen van mening is dat hiermee mogelijk de ziekenhuiszorg de huisartsenzorg zal gaan verdringen en dat dit zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid niet ten goede zal komen.

Mensen kunnen wel omgaan met verandering als ze comfort krijgen dat het anders maar nog steeds goed wordt georganiseerd. Een spoedpost betekent echter dat er minder expertise aanwezig is. De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt geborgd dat mensen adequaat worden opgevangen, gediagnosticeerd en gestabiliseerd.

De leden van de CDA-fractie constateren wel met tevredenheid dat de motie van het lid Van den Berg over één nationaal spoednummer voor niet levensbedreigende acute zorgvragen (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 46) in de houtskoolschets wordt overgenomen. Deze leden vragen echter wel welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat er meer zelfverwijzers komen door invoering van dit centrale nummer. Hoe wordt de triage hierbij vormgegeven? Wordt overigens ook overwogen om de meldcentra hun triagedata te laten delen, zodat met behulp van ervaringen en kunstmatige intelligentie de triage in de toekomst nog veel scherper te krijgen is?

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte welke aanpassingen er aan de houtskoolschets zijn gemaakt naar aanleiding van alle ervaringen uit de coronacrisis.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg, waar voormalig Minister voor Medische Zorg Bruins veelvuldig naar verwees. Deze leden ontvangen graag op diverse punten nadere onderbouwing van denkrichtingen, voorgenomen keuzes of punten waarop de houtskoolschets nu eigenlijk nog erg op de vlakte blijft. Zij hebben in dit verband nog verschillende vragen. Hopelijk worden met de beantwoording de precieze contouren en implicaties van de houtskoolschets helderder.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister een aantal vraagstukken ziet voor het acute zorglandschap, bijvoorbeeld dat de acute zorg thuis niet groots wordt opgepakt. Wat bedoelt de Minister hiermee? Kan zij aangeven op welke onderdelen zij vindt dat de acute zorg thuis niet groots wordt opgepakt? Wie is daar in haar optiek verantwoordelijk voor?

De leden van de D66-fractie hebben voorts vragen over de opzet van de houtskoolschets. Deze leden lezen dat ervoor is gekozen «eigenlijk andersom» te werken, waarbij met de houtskoolschets eerst een toekomstbeeld wordt geschetst en vervolgens gaat worden uitgewerkt hoe het ministerie daar, met betrokkenen, gaat komen. Deze leden lezen tevens: «De vernieuwde inrichting en financiering van de acute zorg die we in dit stuk beschrijven zullen we verder moeten uitzoeken en onderbouwen. Simpel gezegd: we hebben meer feiten en cijfers nodig en meer inzicht in de daadwerkelijk effecten in de praktijk». Vooropgesteld: deze leden onderschrijven dat het waardevol is dat er een schets ligt voor de acute zorg, die als vertrekpunt kan dienen voor de discussie over een toekomstbestendige acute zorg. Maar dit heeft wel lang geduurd. Bij het lezen van deze aanpak vragen deze leden zich dan ook af: wat waren de nadelen geweest van de gebruikelijke route, waarbij je eerst mede aan de hand van data de precieze problemen analyseert om vervolgens tot een visie te komen? Was dit niet mogelijk in hetzelfde tijdsbestek? In hoeverre is de voorgestelde inrichting van de acute zorg nu onderbouwd aan de hand van data, zowel met betrekking tot de probleemschets als de oplossingsrichtingen? In hoeverre is er rekening gehouden met de financiële en juridische implicaties van voorstellen? Bestaat door de gekozen aanpak niet het risico dat straks bij de nadere uitwerking zich onoverkomelijke knelpunten voordoen, die tot ingrijpende aanpassing van de nu geschetste visie leiden? Hoe wordt de Kamer betrokken in het verdere proces van visieontwikkeling op dit punt? Deze leden vragen dat mede omdat ingrijpende onderdelen zoals de financiering en regie nu nog nagenoeg niet zijn uitgewerkt, zoals ook blijkt uit de verhouding ten opzichte van de rest van de schets. Kan de Minister tevens toelichten met welke externe partijen is gesproken voor het opstellen van de houtskoolschets?

De leden van de D66-fractie constateren dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is meegenomen in deze houtskoolschets. Kan de Minister schematisch weergeven hoe de bestaande crisisstructuur en acute zorg van de ggz aansluiten op deze houtskoolschets? Zijn er voornemens om naar aanleiding van deze houtskoolschets aanpassingen te doen in de bestaande structuur van acute zorgverlening in de ggz? Zo ja, is dit wenselijk en hoe zien deze aanpassingen er vervolgens uit? De Staatssecretaris voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft tijdens een algemeen overleg van 8 juni jl.<sup>1</sup> over de ggz gemeld dat hij bezig is met een visie op de ggz. Hoe verhoudt deze visie zich tot de houtskoolschets acute zorg?

De leden van de D66-fractie lezen in paragraaf 2.2. dat het in de avond- en nachturen op veel spoedeisende hulplocaties en huisartsenposten te stil is, waar het op andere momenten erg druk is en ook steeds vaker «stops» nodig zijn. Door de krapte op de arbeidsmarkt kunnen we dit ook niet zo blijven organiseren, lezen deze leden. Zij zien zelf ook graag dat waar mogelijk beide voorkomen worden. Maar in hoeverre is het mogelijk wat aan die stilte te doen, zo vragen zij. Is het niet zo dat het, ongeacht de vormgeving, inherent is aan de acute zorg dat de toestroom van patiënten onregelmatig is? En dat het in de avond rustig kan zijn, maar voor levensbedreigende gevallen toch expertise in huis aanwezig moet zijn?

<sup>1</sup> Kamerstukken 25 424, 29 325 en 32 793, nr. 547

Juist om deze reden wordt toch door de Minister en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving nagedacht over een bekostiging op basis van beschikbaarheid? In hoeverre kan de (op hoofdlijnen) voorgestelde inrichting van het acute zorglandschap bijdragen aan het verkleinen van de verschillen in toestroom van patiënten?

De leden van de D66-fractie zien voorts graag een reflectie op de beschreven krapte op de arbeidsmarkt in de acute zorg. Deze leden constateren dat ondanks het advies van het Capaciteitsorgaan om flink meer op te leiden en ondanks de kostendeekkende financiering vanuit het ministerie, ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid. Kan de Minister nader ingaan op de oorzaken daarvan? Wat draagt deze schets bij aan het verhelpen of verkleinen van het arbeidsmarktprobleem in de acute zorg? Wanneer komt de Minister met concrete maatregelen, specifiek toegesneden op de acute zorg? Kan de Minister een parallel trekken met het bestaande brede Actieprogramma Werken in de Zorg? En kan de Minister ingaan op de onverminderd hoge uitstroom van medewerkers ondanks dit programma? Vooralsnog lezen deze leden slecht een abstracte analyse over mogelijke oplossingen zoals het «anders beleggen van de verantwoordelijkheden, het inzetten op meer en anders opleiden». Graag ontvangen zij concretere actiepunten.

De leden van de D66-fractie kunnen zich goed vinden in het geschetste beeld in hoofdstuk 3 over het zo veel mogelijk voorkomen van acute zorg. Voorkomen is beter dan genezen. Voor deze leden is dit een leidend uitgangspunt, ook in het zorg-hoofdstuk van hun verkiezingsprogramma. Als we willen voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op de acute zorg, is het van groot belang dat wordt ingezet op zaken als valpreventie, respijtzorg en een goede samenwerking tussen het sociale en medische domein. Wel vragen deze leden zich na het lezen van dit hoofdstuk af: welke rol ziet de Minister daarbij voor zichzelf weggelegd? Hoe wil de Minister de verschillende elementen die worden genoemd in dit hoofdstuk concreet mogelijk maken, ondersteunen of aanjagen? Hoe staat de Minister tegenover het idee om valpreventie landelijk op te schalen, ook naar plekken waar dit nu nog niet wordt aangeboden?

De leden van de D66-fractie hebben bij het lezen van hoofdstuk 4 over de inrichting van het nieuwe acute zorglandschap de nodige vragen, allereerst over meer acute zorg thuis. Deze leden lezen onder meer: «Of denk aan ambulancepersoneel dat thuis langskomt, de patiënt behandelt en weer terugrijdt naar de standplaats.» Is een dergelijke suggestie reëel, gelet op de arbeidsmarktproblematiek en de aanrijtijden die nu in sommige regio's al behoorlijk onder druk staan? Hoe verhoudt het geschetste beeld over meer acute zorg thuis zich in algemene zin tot de arbeidsmarktproblematiek in de acute zorg? Voorts lezen deze leden dat het een nieuwe en gewenste ontwikkeling zou zijn dat er naast acute intramurale crisisplekken ook acute crisisteams komen die hulp of zorg bij ouderen thuis kunnen opschalen als de oudere niet zonder toezicht thuis kan blijven wonen. Is dit een taakverzwaring, of vraagt dit om het aantrekken van nieuw personeel?

De leden van de D66-fractie hebben tevens vragen over de regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorgvragen. Het geschetste beeld dat mensen nu vaak niet weten waar ze heen moeten voor een (semi-)acute zorgvraag, wie dat bepaalt, hoe het financieel geregeld is en welk nummer ze moeten bellen, is deze leden niet onbekend. De regionale zorgmeldkamer voor niet levensbedreigende acute zorgvragen zou in dat opzicht wellicht uitkomst kunnen bieden. Deze leden vragen zich alleen af hoe de Minister er zorg voor zou willen dragen



dat dit nummer goed landelijk bekend wordt. En vooral: hoe wil de Minister zorgen dat mensen dit nummer daadwerkelijk gaan gebruiken? Bestaat niet het risico dat mensen toch gewoon 112 bellen voor een ambulance als iemand bijvoorbeeld zijn of haar been heeft gebroken? Denkt de Minister in dit kader aan een campagne? Hoe denkt de Minister het gewenste gedragseffect te stimuleren om een dergelijke zorgmeldkamer daadwerkelijk tot een succes te maken? Voorts zijn deze leden benieuwd hoe de zorgmeldkamers praktisch te realiseren zijn. Aan hoeveel meldkamers denkt de Minister, is hier nieuw personeel voor nodig en hoe wil de Minister dit bewerkstelligen, gelet op de arbeidsmarkttekorten? Wil de Minister het aantal fte voor de 112-meldkamer afschalen? Verwacht de Minister dat triagisten en ander personeel interesse hebben in deze meldkamers, ten opzichte van hun huidige werk dat ziet op levensbedreigende acute zorgvragen? Deze leden steunen het idee om bij de mogelijk op te richten regionale zorgmeldkamers ook ggz zorgprofessionals te betrekken. Zij willen benadrukken dat het belangrijk is om integraal te kijken naar de problemen die niet altijd duidelijk psychisch of somatisch van aard zijn. Hoe verhouden de regionale zorgmeldkamers zich tot de meldkamers die aanwezig zijn bij crisisdiensten? Zou triage voor ggz daadwerkelijk gaan plaatsvinden in de regionale meldkamer of worden mensen direct doorverbonden met een lokale crisisdienst? Niet alle spoedvragen vragen direct hulp van een crisisdienst, maar de reguliere ggz is niet altijd tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW) beschikbaar. Toch stelt de Houtskoolschets dat de regionale meldkamer ggz-professionals ambulante kan inzetten. Hoe zou ervoor worden gezorgd dat ambulante ggz-professionals kunnen worden ingezet tijdens de ANW-uren en wat is daarbij de rol van de meldkamer?

De leden van de D66-fractie hebben voorts verschillende vragen over het voorstel voor een goede spreiding van integrale spoedposten en de verhouding tot het onlangs verschenen advies van de Gezondheidsraad over de 45 -minutennorm in de spoedzorg. Deze leden begrijpen dat er, zeker met de toenemende kwaliteitseisen, een transitie gaande is in het medisch zorglandschap voor wat betreft spoedeisende hulpen en spoedposten. Zorgkwaliteit is leidend. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis biedt bij een levensbedreigende situatie niet altijd de beste overlevingskansen en wordt daarom in de praktijk ook al geregeld voorbij gereden, bijvoorbeeld omdat in een ander ziekenhuis specifieke expertise aanwezig is. Het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm onderstreept dit. Kan de Minister reflecteren op het advies van de Gezondheidsraad en de implicaties die dit heeft voor de nadere uitwerking van de Houtskoolschets? De Gezondheidsraad concludeert dat er geen medisch-wetenschappelijke argumenten zijn voor het aanhouden van deze norm voor ziekenhuisspreiding ten behoeve van acute zorg. Er is eerder sprake van kritieke tijdsintervallen dan een eenduidige limiet. Bevestigt dit volgens de Minister dat niet ieder ziekenhuis over een spoedeisende hulp zou hoeven te beschikken, maar dat een spoedpost soms ook kan volstaan? Is de Minister voornemens de 45-minutennorm los te laten op basis van dit advies? Komt hier een nieuwe norm of nieuwe normen voor in de plaats? Geven de kritieke tijdsintervallen die de Gezondheidsraad benoemt anderzijds niet ook aan dat afstand enige rol blijft spelen? Deelt de Minister in het licht van het advies van de Gezondheidsraad de mening dat de aanrijtijd van ambulances en de zorg ter plekke belangrijker is dan de precieze afstand en rijtijd tot aan het dichtstbijzijnde ziekenhuis? Zo ja, hoe wil de Minister concreet inzetten op een verbetering van de aanrijtijden van ambulances? Welke mogelijkheden ziet de Minister daarnaast om meer hoogwaardige zorgverlening op locatie mogelijk te maken?

De leden van de D66-fractie ontvangen verder graag een nadere concreetisering van het idee voor een goede spreiding van integrale spoedposten. Hoeveel spoedposten heeft de Minister ruwweg voor ogen? Op hoeveel plekken zou de Minister willen dat een spoedeisende hulp op termijn een spoedpost wordt? En binnen welke termijn heeft zij de geschetste transitie voor ogen? Deze leden begrijpen dat de spoedpost ergens tussen een huisartsenpost en spoedeisende hulp zit qua faciliteiten. Wat betekent dit voor de bekostiging en het benodigde personeel? Welke schotten zouden concreet moeten worden weggenomen? Hoe denkt de Minister verder tot overeenstemming te kunnen komen met veldpartijen over de vraag waar een spoedeisende hulp komt of mag blijven, en waar een spoedpost? Deze leden lezen dat dit per regio zal moeten worden bepaald. Is de Minister voornemens dit zelf te bepalen en af te dwingen of over te laten aan het veld? En wie dan binnen het veld? Kortom, wie krijgt de regie voor nadere uitwerking van deze plannen? Kan de Minister tevens ingaan op de financiële consequenties die een overstap van spoedeisende hulp naar spoedpost teweegbrengt voor ziekenhuizen? Kan dit in sommige gevallen aanzienlijke positieve of negatieve financiële gevolgen hebben?

De leden van de D66-fractie vinden het positief dat in de schets van de Minister ook mensen met psychische klachten terecht kunnen bij integrale spoedposten. Deze leden zien wel een risico voor deze patiënten als de spoedposten geïntegreerd zijn met ziekenhuizen. Er bestaat dan immers een kans dat mensen met psychische klachten worden doorverwezen naar een spoedeisende hulp in plaats van adequate zorg vanuit een crisisdienst. Soms is deze doorverwijzing gelegitimeerd en deze leden zijn het eens met de Minister dat de samenwerking kan zorgen voor minder stigmatisering en het verbeteren van samenwerking tussen verschillende disciplines. Denkbaar is echter wel dat er situaties zijn waarin patiënten met psychische klachten teveel prikkels ervaren op een spoedeisende hulp en dat er belastende en overbodige somatische diagnostiek wordt verricht. Hoe wordt voorkomen dat deze patiënten onterecht op een spoedeisende hulp van een ziekenhuis komen? Wat zijn de verhoudingen tussen de crisisdienst en de spoedeisende hulp in deze situatie?

De leden van de D66-fractie constateren dat hoofdstuk 5 over de randvoorwaarden van de transformatie naar een nieuw acuut zorglandschap tamelijk abstract is. Op het punt van gegevensuitwisseling lezen deze leden niets anders dan reeds is afgesproken door de Kamer en Minister. Is zij nog van plan de bakens te verzetten op het punt van gegevensuitwisseling in de acute zorg. Zo ja, hoe? Daarnaast delen deze leden het uitgangspunt dat er glasheldere en handhaafbare normen moeten komen. Wat betekent dit in de praktijk? Komen er nieuwe normen op het gebied van bereikbaarheid en beschikbaarheid? En hoe zit het met de bestaande kwaliteitskaders in de acute zorg? Wil de Minister dat deze worden herzien?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister hint op een belangrijke rol voor de grootste of grootste twee verzekeraars en het ROAZ. Welke rol ziet de Minister voor zichzelf weggelegd? Wie zou volgens de Minister in de lead moeten zijn? Hoe voorkomen we dat het bij een schets voor de acute zorg blijft en er de komende jaren uiteindelijk te weinig werkelijke stappen naar een toekomstbestendige acute zorgketen worden gezet? Naast de vraag wie de regie krijgt, is het deze leden ook nog niet duidelijk hoe de financiering zou moeten worden vormgegeven en welke financiële impact de plannen (ruwweg) hebben. Kan de Minister dit nader toelichten? Deze leden lezen dat uit een aantal gesprekken met mensen uit de praktijk naar voren kwam dat betalen voor beschikbaarheid en integrale financiering draagvlak heeft. Welke mensen zijn dit?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister voorts in te gaan op de relatie van de houtskoolschets met het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) getiteld «Van deelbelangen naar gedeeld belang. Een handreiking voor regie op toegankelijke acute zorg». Waar zitten de raakvlakken en op welk punt wijkt deze schets juist af van het advies van de RVS? Kan de Minister tevens aangeven hoe zij tegenover de uitwerking van een betaling op basis van beschikbaarheid in dit advies kijkt? Deze leden lezen in de schets dat er oog moet blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te leveren. Hoe wil de Minister dit borgen? Deze leden zien als potentieel risico van financiering op basis van beschikbaarheid dat het financieel lonend wordt om patiënten sneller door te geleiden naar een afdeling in het ziekenhuis waar niet op basis van beschikbaarheid maar op basis van behandeling wordt gefinancierd. Deelt de Minister dit?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de door de Minister voor Medische Zorg gemaakte houtskoolschets over de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg. Deze leden zijn verheugd nu voor het eerst van gedachten te kunnen wisselen over het gepresenteerde discussiestuk.

De eerste analyse, ook wel de noodzaak voor de houtskoolschets, is volgens de leden van de GroenLinks-fractie symptomatisch voor het doorgeslagen marktdenken in de zorg: het is vaak te druk of te stil op de spoedeisende hulp. Het voordeel van marktwerking zou toch moeten zijn dat vraag en aanbod zo efficiënt mogelijk verdeeld zouden worden, als het ware gestuurd door een onzichtbare hand? Als het regelmatig te druk of juist te stil is, dan kan wel geconcludeerd worden dat, ten minste voor de acute zorg, marktwerking niet het beste sturingsprincipe is. Om wel goed te kunnen sturen, eenduidig te kunnen financieren en samenwerking te stimuleren moeten er strakke afspraken worden gemaakt in de regio tussen alle partijen en een of twee zorgverzekeraars. Klopt het dat daarmee eigenlijk regionale acute zorgtafels worden gerealiseerd? Zou dat niet ook een goed systeem zijn voor planbare zorg? Veel van de problemen binnen de acute zorgketen, zoals een tekort aan werknemers, weinig slimme zorg thuis en samenwerking binnen de keten, spelen toch ook binnen de rest van de zorg? De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de houtskoolschets dat er een of twee verzekeraars aan de regionale acute zorgtafels komen te zitten en dat er van de rest van de verzekeraars congruent gedrag wordt verwacht. Op welke manieren kan dat congruent gedrag worden afgedwongen? Ook vragen deze leden wat in de ogen van de Minister de voor- en tegenargumenten zijn van een systeem met één verzekeraar en van een systeem met twee verzekeraars. Tevens vragen zij hoe de Minister zich de contractering en verdeling van de budgetten voor zich ziet. Worden de budgetten verdeeld aan dezelfde tafel waar strakke afspraken worden gemaakt over de organisatie van de acute zorg of moeten de verschillende aanbieders van acute zorg individueel afspraken maken met de grootste verzekeraar (of grootste twee verzekeraars)?

Met betrekking tot de financiering op basis van beschikbaarheid hebben de leden van de GroenLinks-fractie nog een enkele vraag. Op zich lijkt het logisch om de financiering in de hele acute keten in bepaalde mate te harmoniseren, waarbij de acute zorg dus net zoals de ambulancezorg op basis van beschikbaarheid wordt betaald. Deze leden vragen zich wel af hoe de budgetten dan worden bepaald. Worden de tarieven dan door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaald of moeten de zorgaanbieders en verzekeraars daar onderling uit komen? Als de tarieven door de NZa worden bepaald, wat wordt dan precies de rol van de verzekeraars? Of

wordt het net zoals bij de ambulancevoorziening, waar deels op basis van productie en deels op basis van beschikbaarheid wordt betaald?

De leden van de GroenLinks-fractie zouden ook graag zien dat de financiële schotten binnen de zorg worden afgebroken en zien ook wel de potentie van strakke afspraken binnen het ROAZ met een of twee verzekeraars. Toch maken deze leden zich zorgen over een potentieel nieuw schot. Binnen de houtskoolschets lijken de acute zorg en de electieve zorg nu gescheiden, waarbij de afspraken binnen de regio alleen worden gemaakt door partners binnen het ROAZ. Toch zijn de meeste partijen in het ROAZ ook zorgaanbieders die andere zorg verlenen. Is er met het huidige systeem dan niet de mogelijkheid dat er een nieuw schot wordt gecreëerd tussen planbare en acute zorg? In hoeverre kan dat volgens de Minister schadelijk zijn, aangezien de acute en planbare zorg toch ook vaak in elkaars verlengde liggen?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook nog een vraag over de verhouding tussen ziekenhuizen en integrale spoedposten. Het zijn vaak mensen met chronische aandoeningen die acuut zorg nodig hebben. Zolang spoedposten verbonden zijn aan ziekenhuizen, zijn er ook specialisten in huis die specifieke expertise hebben en de acute zorgvraag in het perspectief van het langere behandeltraject van de zorgvrager kunnen plaatsen. Hoe blijven de integrale spoedposten verbonden met de ziekenhuizen? Of zijn deze in principe altijd gevestigd in een ziekenhuis?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich ook af hoe de verdeling van integrale spoedposten zich verhoudt tot het ziekenhuislandschap. Er zijn nu ruwweg twee manieren om in een ziekenhuis opgenomen te worden. De eerste is via een verwijzing van de huisarts voor niet-acute zorg en de tweede is via de spoedeisende hulp. Op het moment dat ziekenhuizen hun spoedeisende hulp verliezen, kan dat grote gevolgen hebben voor de financiële gezondheid van zo'n ziekenhuis. Hoe wordt de koppeling gemaakt binnen het systeem in de houtskoolschets en het ziekenhuislandschap en blijven de ziekenhuizen in de regio behouden? In de houtskoolschets wordt ook een concentratie van SEH-locaties geschetst, met een reductie van het aantal ziekenhuizen met een SEH en een IC. Kunnen al deze ziekenhuizen in de regio wel blijven bestaan als ze mogelijk hun SEH en IC verliezen? Welke waarborgen kunnen hiervoor worden ingebouwd?

In de houtskoolschets acute zorg valt te lezen dat er ook meer acute zorg thuis verleend moet worden. Hierbij moet worden gedacht aan een wijkverpleegkundige en een verloskundige die bij de cliënt thuis komen. De leden van de GroenLinks-fractie onderschrijven dat het fijn kan zijn voor de zorgvrager als de zorgverlener naar zijn of haar huis komt. Toch vragen deze leden zich af in hoeverre dit haalbaar is. Zoals ook in de houtskoolschets staat beschreven, is de arbeidsmarktproblematiek een van de knelpunten binnen de acute zorg. Zijn er wel voldoende zorgverleners en hebben die wel voldoende tijd om bij zorgvragers thuis langs te gaan? Wat is er extra nodig aan verloskundigen en wijkverpleegkundigen om deze functie binnen het voorgespiegelde acute zorglandschap te kunnen vervullen? Hoe verhoudt zich acute zorg thuis qua kosten tot acute zorg op een spoedpost? Op een spoedpost zijn er natuurlijk extra materiële kosten, maar kan wel efficiënter met personeel omgegaan worden.

Een belangrijk deel van de Houtskoolschets acute zorg gaat over het voorkomen van acute zorg. De leden van de GroenLinks-fractie vinden het sowieso een goed idee om in te zetten op het voorkomen van acute zorg. In de houtskoolschets staat dat de samenwerking tussen het sociaal

domein en het medische domein goed moet zijn om een deel van de acute zorg te voorkomen. Nu valt alleen de planbare zorg vanuit het medische domein, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning niet onder de acute zorg. Op welke wijze zullen deze aanbieders van zorg wel betrokken worden bij de overleggen van het ROAZ en hoe wordt deze samenwerking gefinancierd? Of worden er bij het ROAZ ook afspraken gemaakt om acute zorg te voorkomen met partijen die daar dan een rol in spelen?

Mocht acute zorg niet voorkomen kunnen worden, dan is goede triage belangrijk, zo valt te lezen in de houtskoolschets. Hierover hebben de leden van de GroenLinks-fractie nog wel een aantal vragen. Hoewel één landelijk nummer een hoop onduidelijkheid kan voorkomen, kan het ook in de weg staan voor ouderen die al weten welke zorgverlener ze moeten hebben. Kunnen bijvoorbeeld ouderen in dat nieuwe systeem ook nog direct contact opnemen met zorgverleners, of is het de bedoeling dat er altijd naar het ene nummer wordt gebeld?

In de houtskoolschets staat dat de werkzaamheden van de zorgverleners kunnen veranderen bij de voorgestelde wijzigingen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich daarom af in hoeverre zorgverleners zelf zijn betrokken bij het maken van de houtskoolschets. Specifiek: zijn vertegenwoordigers van huisartsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, spoedeisendehulpartsen, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en gerieters geraadpleegd? Zo ja, hoe keken zij tegen de voorgestelde veranderingen aan? In andere woorden, als acute zorg wordt georganiseerd zoals in het houtskoolschets is voorgesteld, worden zorgverleners dan beter in staat gesteld om goede zorg te verlenen of voorzien zorgverleners zelf nu al knelpunten en hoe wordt dan aan deze knelpunten tegemoetgekomen?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. Deze leden hebben naar aanleiding van deze houtskoolschets alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

#### *Samenvatting*

De leden van de SP-fractie vinden het een goede stap dat er serieus nagedacht wordt over de toekomst van de acute zorg qua inrichting en financiering. Wel vragen deze leden wat er precies gedaan wordt met de ontvangen reacties in de consultaties. Hoe worden deze reacties precies gewogen? Wie neemt de uiteindelijke beslissing? Is het een vorm van «de meeste stemmen winnen»? Zijn bepaalde mogelijke veranderingen/suggesties al bij voorbaat uitgesloten/geen optie?

#### *Betalen voor beschikbaarheid in de regio*

In de houtskoolschets wordt aangegeven: «We vinden dat acute zorg een cruciale voorziening is en hechten veel waarde aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg, daarom kijken we of betalen voor beschikbaarheid van bepaalde acute zorgvoorzieningen een logische route is». Wordt dit dan een onderwerp in de consultatie of wordt hierbij een ander pad belopen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Welke partij wordt hier precies bedoeld met «we»?

### *1.1 De houtskoolschets is een discussiestuk*

Op een aantal plaatsen in de houtskoolschets wordt verwezen naar de geleerde lessen van de coronacrisis. Welke COVID-19-lessen zijn of worden meegenomen in de uitwerking, zo vragen de leden van de SP-fractie.

### *2.1 We kunnen niet niks doen*

Er worden verschillende belangrijke randvoorwaarden benoemd. De zorg moet bijvoorbeeld kwalitatief goed én betaalbaar zijn. De leden van de SP-fractie zijn in dit kader benieuwd welke weging tussen deze twee randvoorwaarden gemaakt zal worden. Hoe krijgt deze weging vorm?

### *3.2 Samenwerking tussen het sociaal en het medisch domein*

In deze paragraaf wordt de «wijkkliniek» geopperd. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting op dit idee. Komt er dan in iedere wijk een dergelijke wijkkliniek? Wie werken er in de wijkkliniek? Hoe wordt in dit kader gedacht over het oprichten van Zorgbuurthuizen (zoals door de SP voorgesteld)? Wordt deze optie expliciet meegenomen in de verdere uitwerkingen? Wat is op dit onderwerp trouwens de voortgang? Zitten er als Zorgbuurthuizen in de pijpleiding? En hoe zit het bijvoorbeeld met wetswijzigingen die nodig worden geacht?

### *4.3 Regionale zorgmeldkamers voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen*

Als één van de pijlers voor de inrichting van het acute zorglandschap wordt genoemd de «regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg». De leden van de SP-fractie vragen zich af of dit een wenselijke ontwikkeling is wanneer er één centraal nummer komt voor alle niet-levensbedreigende acute zorgvragen in plaats van alle nu bestaande nummers. We hebben nu immers de huisarts en huisartsenposten om de ernst te beoordelen als iets in eerste instantie minder spoedeisend is naast 112. Gaat er geen nieuwe verwarring ontstaan voor gebruikers van respectievelijk dit nummer en 112? Is het niet wenselijker meer te investeren in de bereikbaarheid van de huisartsen en huisartsenposten dan weer iets nieuws te bedenken? Wat vinden de hulpverleners die de zorg moeten leveren en de patiënten die de zorg moeten ontvangen nu van al deze plannen?

### *4.4 Een goede spreiding van integrale spoedposten*

In deze paragraaf wordt beschreven dat veel meer acute zorg voorkomen kan worden of thuis kan plaatsvinden. Kan het verwachte «veel meer» nader gespecificeerd/gekwantificeerd worden, zo vragen de leden van de SP-fractie. Welk deel van de acute zorg kan voorkomen dan wel naar thuis verplaatst worden?

Er worden veel plannen beschreven rondom de spoedposten en de spoedeisende hulp. Aangegeven wordt dat de huisartsenpost zoals die nu bestaat zal verdwijnen, maar dat de zorg die daar geleverd niet zal verdwijnen. Waarom precies is het idee om de huisartsenposten geheel te schrappen in plaats van een betere samenwerking? De leden van de SP-fractie vragen wat de gevolgen hiervan zijn als het gaat om aantallen, beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende hulpposten.

Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat tussen locaties/regio's verschillende afspraken kunnen gelden qua aantallen spoedeisende hulpdiensten, reisafstanden of reistijden? Er zal toch wel een minimale landelijke eis gaan gelden? Kan in ieder geval gegarandeerd worden dat er niet meer spoedeisende hulpdiensten gesloten worden?

#### *4.10 De zorgprofessional in het acute zorglandschap*

Alle wijzigingen zoals beschreven in de houtskoolschets zullen zonder twijfel leiden tot een veranderende rol voor de zorgprofessionals, zo menen de leden van de SP-fractie. Aangegeven wordt dat nog niet goed ingeschat kan worden wat de invloed is van de wijzigingen op de vraag naar personeel. Kan er al wel iets gezegd worden over de verwachte veranderingen met betrekking tot de druk op personeel (de werkdruk)?

#### *5.2 Data moet stromen*

Een punt dat de coronacrisis ons heeft geleerd is dat er weinig inzicht is in de (beschikbare) capaciteit van verschillende ziekenhuizen. Voor de ideeën uit de houtskoolschets is een goed inzicht hierin erg belangrijk. De leden van de SP-fractie vragen hoe dit brede inzicht in beschikbare capaciteit vergroot wordt.

#### *5.3 Glasheldere en handhaafbare normen*

De leden van de SP-fractie zijn zeer benieuwd naar de uitkomsten van het onderzoek van de Gezondheidsraad naar de vraag of er een relatie bestaat tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is. De leden vragen om een uitgebreide aparte reflectie op dit rapport, waarin ook de analyses van de SP op dit punt worden meegenomen<sup>2</sup>.

#### *5.5 Strakke afspraken in de regio*

De leden van de SP-fractie delen de opvatting dat de zorgvraag per regio kan verschillen en het aanbod daarop aangepast moet worden. Wel vragen deze leden in hoeverre de zorg tussen de verschillende regio's kan en mag verschillen. Zijn hier reeds ideeën over?

Aangegeven wordt dat zorgverzekeraars via de contractering een stuwende rol kunnen spelen. De leden van de SP-fractie vragen zich af of, nu de hele toekomst van de acute zorg vormgegeven dient te worden en onderwerp is van discussie, ook de rol van de zorgverzekeraars onderwerp van discussie is en of de zorgverzekeraar kan veranderen of zelfs verdwijnen. Is in deze discussie ook de rol van de zorgverzekeraar onderwerp van gesprek of wordt die als vast gegeven gezien?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg. Deze leden onderschrijven het doel van de houtskoolschets, namelijk het toegankelijk en betaalbaar houden van kwalitatief hoogwaardige acute zorg. Zij hebben een aantal vragen die zij graag beantwoord zien.

De voorstellen in de houtskoolschets beogen problemen als onnodig gebruik van acute zorg, onduidelijkheid over het juiste loket, personeelstekort en verbetering van samenwerking op te lossen. Heeft herinrichting

<sup>2</sup> SP, 20 januari 2020, «Een ziekenhuis dichtbij in 20 minuten» (<https://www.sp.nl/rapport/2020/ziekenhuis-dichtbij-in-20-minuten>).

de voorkeur ten opzichte van het aanpakken van deze problemen binnen het huidige systeem? Is onderzocht hoe het instellen van één landelijk noodnummer in Nederland zal gaan werken? Is daarbij rekening gehouden met de ervaringen in Denemarken, waarbij het instellen van een noodnummer leidde tot een toename van SEH-bezoek, of in het Verenigd Koninkrijk, waar het aantal zelfverwijzers is gestegen? Wat is de verwachting voor Nederland? In hoeverre draagt deze herinrichting van het systeem van acute zorg bij aan het oplossen van personeelstekorten in de acute zorg? Op welke wijze zullen de voorgestelde veranderingen hieraan bijdragen? Welke cijfers liggen hieraan ten grondslag? Welke impact zullen de voorgestelde ontwikkelingen hebben op het aantal benodigde gespecialiseerde verpleegkundigen, triagisten en huisartsen? In hoeverre maken de voorgestelde ontwikkelingen het werken in de zorg aantrekkelijker? In hoeverre hebben zorgmedewerkers input geleverd voor de voorliggende schets? In hoeverre kunnen zorgmedewerkers meepraten over de verdere uitwerking van de houtskoolschets?

In de houtskoolschets wordt meerdere malen de belangrijke taak van triagisten benoemd. Hoe zal de regionale zorgmeldkamer worden ingericht? Kan precies worden aangegeven hoe de triagisten te werk gaan? Is het de bedoeling dat de Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt gebruikt? Hoe wordt rekening gehouden met het feit dat de kwaliteit van deze standaard niet altijd even goed is? Hoe zal worden voorkomen dat overtriage plaatsvindt, met hogere patiëntaantallen en overbelasting van huisartsenposten, of dat bij oudere patiënten die klachten vaak atypisch presenteren, juist ondertriage plaats vindt? Zal nog worden onderzocht welke wijze van triage optimaal is en welke zorgprofessionals het beste kunnen worden ingezet? Zo nee, waarom niet?

In hoeverre zijn de ervaringen van de corona-crisis meegenomen in de totstandkoming van de houtskoolschets?

In de houtskoolschets wordt voorgesteld om acute zorg verder te concentreren in spoedposten en SEH-posten. Acute zorg zal in minder ziekenhuizen plaats vinden. Wat zullen de gevolgen zijn voor patiënten in rurale gebieden en krimpregio's? In hoeverre wordt hier prioriteit gegeven aan de doelmatigheid en efficiëntie van de acute zorg in plaats van aan de beschikbaarheid van acute zorg? Hoe zal worden voorkomen dat een toenemende concentratie van spoedzorg leidt tot «witte vlekken» in Nederland, plekken waar de afstand tot spoedzorg langer wordt dan de norm van 45 minuten? In de houtskoolschets staat omschreven dat nog moet worden bepaald waar spoedposten komen, hoeveel per regio, met welke openingstijden en hoe zij worden ingericht. Hoe zal dit worden bepaald? Betekent verdere concentratie van spoedposten dat meer mensen een langere afstand moeten afleggen naar de dichtstbijzijnde spoedpost? Hoe zal dit bijdragen aan de patiënttevredenheid? Hebben patiënten kunnen bijdragen aan de houtskoolschets? Zo ja, op welke wijze?

In hoeverre zal een verdere concentratie van de bevallingszorg eraan bijdragen dat er «witte vlekken» ontstaan met betrekking tot bevallingszorg? Hoe denkt de Minister bevallingszorg toegankelijk te houden voor vrouwen in dunbevolkte regio's? Zal een verdere concentratie van bevallingszorg ertoe leiden dat de keuzevrijheid van vrouwen om zelf te bepalen hoe en waar zij willen bevallen in het geding komt? In de schets staat benoemd dat wanneer eigen bijdrage voor bevallen in het ziekenhuis of in een geboortecentrum deze beweging in de weg staat, gekeken moet worden naar een oplossing. Wat voor een oplossing wordt hier bedoeld?



Is bij de totstandkoming van de houtskoolschets voldoende rekening gehouden met het feit dat acute zorg ook chronische zorg is die niet enkel via de SEH, huisartsenpraktijk of spoedpost wordt behandeld? In hoeverre wordt rekening gehouden met het feit dat het merendeel van de patiënten op de SEH een onderliggende chronische ziekte heeft en dat de acute klachten gezien kunnen worden als een verslechtering van de chronische ziekte? De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het voor een toekomstbestendig zorgstelsel essentieel is dat dit zo wordt ingericht dat een acute zorgvraag niet op zichzelf wordt behandeld, maar altijd wordt gezien binnen het behandeltraject van een chronische patiënt. In hoeverre wordt hier rekening mee gehouden?

Hoe wordt de rol van regiebehandelaar gezien binnen deze houtskoolschets? Er kan een toename verwacht worden van oudere patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie, die soms ook met een combinatie van sociale factoren of psychische problemen te maken hebben. Een regiebehandelaar zou voordelen kunnen hebben als aanspreekpunt. In hoeverre zou deze regietaak ook bij medisch specialisten kunnen worden neergelegd? Hoe zal worden gezorgd voor duidelijke regie en een duidelijk aanspreekpunt bij deze groep patiënten?

Momenteel zijn er 83 SEH's in Nederland. Welk deel hiervan dreigt te verdwijnen op basis van de voorstellen gedaan in de houtskoolschets? Op basis van kwaliteitsoverwegingen zal het aantal SEH-locaties worden bepaald, zo staat in de schets. Om welke overwegingen gaat het? Hoeveel ziekenhuizen zullen mogelijk als gevolg van verdere concentratie van SEH-voorzieningen hun SEH-afdeling kwijtraken? Welke impact heeft dat op deze ziekenhuizen? Voorziet de Minister sluiting van regionale ziekenhuizen als gevolg van een verdere concentratie van spoedzorg?

In hoeverre zal bij de doorontwikkeling van de houtskoolschets acute zorg rekening gehouden worden met regiobeelden en de behoefte van de patiënt in de regio? Hoe zal de input geleverd tijdens de consultatie worden meegewogen bij verdere uitwerking van de houtskoolschets?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de Houtskoolschets acute zorg en hebben hierbij een aantal opmerkingen en vragen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het van groot belang dat er in heel Nederland goede acute zorg beschikbaar is. De afgelopen jaren zijn er steeds meer spoedeisende hulpposten gesloten, waardoor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio onder druk staat. Bovendien kan het wegvallen van spoedeisende hulpposten ertoe leiden dat ziekenhuizen niet meer zelfstandig kunnen voortbestaan. Het is daarom belangrijk dat er wordt nagedacht over de organisatie van de acute zorg voor de toekomst, ook met het oog op de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de medisch-specialistische zorg in brede zin.

Deze leden hebben hierbij specifieke zorgen over de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de acute (geboorte)zorg voor burgers in rurale gebieden in de regio. Kan de Minister schetsen hoe zij de acute zorg in de regio in de toekomst voor zich ziet?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister naar de effecten die zij verwacht van het anders organiseren van de acute zorg voor de regionale ziekenhuizen. Verwacht zij dat ziekenhuizen zullen moeten sluiten als gevolg van een verdere concentratie van de spoedeisende

hulpdiensten? En kan de Minister aangeven waarmee zij rekening houdt als het gaat om het vermindering van het aantal spoedeisende hulpdiensten in Nederland?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat er momenteel in heel Nederland via de ROAZ'en afspraken gemaakt worden om de IC-capaciteit te vergroten. Deze leden vragen de Minister of deze opschaling via de bestaande ROAZ-structuur niet op gespannen voet staat met het plan om de acute zorg in Nederland meer en meer te concentreren. In hoeverre wordt de actuele corona-aanpak meegenomen bij de uitwerking van de houtskoolschets?

Genoemde leden zijn verheugd te horen dat er één landelijk telefoonnummer komt voor niet-levensbedreigende acute zorg. Dit betekent echter dat zorgvuldige triage nog belangrijker wordt. Kan de Minister toelichten op welke wijze de triagist te werk gaat, hoe de kwaliteit wordt geborgd en hoe wordt voorkomen dat er sprake is van overtriage, die leidt tot hogere patiëntaantallen en overbelasting, of van ondertriage, bijvoorbeeld doordat oudere patiënten hun klachten vaak op atypische wijze presenteren?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister hoe zij wil voorkomen dat het landelijke telefoonnummer ertoe zal leiden dat de afstand tussen patiënt en de eigen zorgverleners groter wordt, aangezien er een nieuwe tussenlaag wordt gecreëerd waarbij de zorgverleners niet meer altijd rechtstreeks bereikbaar zijn.

Deze leden vragen hoe burgers worden geïnformeerd over het verschil tussen een spoedpost en een spoedeisende hulpdienst en over wanneer ze welk telefoonnummer moeten bellen. Komt er een voorlichtingscampagne?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister nader in te gaan op de locatie van de spoedposten. Zal dit altijd in een ziekenhuis zijn of is het ook mogelijk om spoedposten in te richten in gezondheidscentra? Zij vragen of er straks uniforme eisen zullen komen waaraan elke spoedpost of een spoedeisende hulpdienst moet voldoen. Of is hierin differentiatie mogelijk?

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met instemming kennisgenomen van het feit dat ook de acute zorg integraal wordt meegenomen in het acute zorglandschap. Deze leden vragen of hierbij ook de link met de crisisdienst ggz wordt gelegd en of er altijd zal worden geborgd dat er voldoende mogelijkheden zijn voor een crisisopname.

Deze leden vragen hoe de inzet van burgerhulpverleners en de beschikbaarheid van automatische externe defibrillatoren (AED's) worden meegenomen bij de uitwerking van de houtskoolschets.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister regionale partijen en burgers wil betrekken bij het oplossen van de dilemma's bij het toegankelijk houden van de acute zorg in de regio.

Tot slot vragen de leden van de ChristenUnie -fractie de Minister om bij de uitwerking in ieder geval ook oog te houden voor de waardering, betrokkenheid en zeggenschap van zorgprofessionals, met name verpleegkundigen. Hoe worden zij concreet betrokken bij de uitwerking en welke ruimte hebben zij daarbij om nog input te geven?

## Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

Voor ons ligt een houtskoolschets – en dat klopt, want het is hier en daar nog heel vaag. Het is jammer dat de internetconsultatie nog niet is afgerond. De leden van de 50PLUS-fractie zijn heel benieuwd hoe er in het veld over wordt gedacht.

De leden van de 50PLUS-fractie zijn te spreken over de gedachte van de integrale spoedposten zodat niet-levensbedreigende acute zorg dichterbij komt. Dit kan alleen werken wanneer er voldoende spreiding is zodat de spoedpost ook goed bereikbaar is, ook in landelijke gebieden. De integrale spoedposten zijn ook overdag open. Hoe verhoudt zich dat tot de huisartsenposten, die ook overdag bereikbaar zijn? Wat is de rol van de huisarts en de huisartspraktijk in de acute zorg overdag? Hoe is het duidelijk voor de gebruiker waar hij of zij naartoe moet met zijn of haar zorgvraag? Op basis van welke criteria wordt bepaald waar een spoedpost komt te liggen en welke spoedposten in de nacht open zijn? Kan de Minister daar al iets over zeggen? Er zullen volumennormen worden bepaald. Is dat geen risico voor minder dichtbevolkte gebieden? Ook daar moet de acute zorg goed bereikbaar zijn. Voor de huisarts betaal je geen eigen bijdrage, bij het ziekenhuis wel. Hoe gaat dat straks bij de spoedposten? Moet daar wel of geen eigen bijdrage worden betaald? In de schets staat dat de spoedposten ook zwangerschappen begeleiden. Betekent dat ook dat je daar kunt bevallen?

De leden van de 50PLUS-fractie zien de voordelen van één landelijk nummer voor niet-acute zorgvragen, maar hebben daarover nog een aantal vragen. In andere landen waar een landelijk nummer werd opgericht, was een flinke toename te zien van het aantal SEH-bezoeken. Ook is het de vraag of een landelijk nummer niet een extra laag creëert en zorgverleners minder toegankelijk maakt. Gaat de Minister eerst onderzoeken of een landelijk nummer daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering van de huidige situatie?

Om de keten vloeiend te laten verlopen is informatieoverdracht van essentieel belang. Dat levert nog steeds problemen op, onder andere omdat ICT-systemen niet op elkaar zijn afgestemd. ICT-bedrijven houden dat soms bewust tegen. Wanneer gaat de Minister hier iets aan doen?

Een aangenomen motie van het lid Geleijnse (50PLUS) uit 2018 vroeg om ziekenhuizen informatie over actuele bedden capaciteit met elkaar uit te laten wisselen (Kamerstuk 31 016, nr. 181). Tijdens de coronacrisis werd nog eens benadrukt hoe essentieel dat is en is een systeem geïntroduceerd dat dat mogelijk maakte. Kan er voortgeborduurd worden op dat systeem en kunnen andere betrokken partijen daarop aansluiten? Welke lessen zijn er geleerd tijdens de coronacrisis die meegenomen kunnen worden in het verder ontwikkelen van dat systeem?

In de houtskoolschets wordt een groot beroep gedaan op de gemeenten als het gaat om het voorkomen van acute zorg en de zorg na een spoedopname. Er wordt steeds meer op het bord van de gemeenten gelegd. Worden zij hiervoor gecompenseerd? De leden van de 50PLUS-fractie zijn benieuwd naar de reactie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Toenmalig Minister voor Medische Zorg Bruins heeft in functie besloten de ambulancevoorziening een niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB) te maken. In de Houtskoolschets acute zorg zou daar nader op ingegaan worden en bekeken worden of de NEDAB-aanwijzing voor meer onderdelen van de acute zorg zou kunnen gelden. Daar lezen

de leden van de 50PLUS- fractie niets over. Zou de huidige Minister voor Medische Zorg daar meer duidelijkheid over kunnen geven?

Ambulances zullen uitgebreid moeten worden als er, zoals in de schets vermeld staat, al meer onderzoek gaat plaatsvinden in de ambulance zelf. Daar zijn kosten aan verbonden en van ambulancepersoneel wordt meer verwacht. Zijn zij daartoe opgeleid en wat vindt het ambulancepersoneel zelf van deze richting?

De houtskoolschets vraagt om nauwe samenwerking over domeinen heen. In hoeverre zijn de schotten tussen die verschillende domeinen een belemmering?

De leden van de 50PLUS-fractie juichen het concept van de wijkkliniek toe, maar vragen zich af hoe dat in de praktijk wordt vormgegeven. Zijn voldoende huidige verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorginstellingen hiervoor geschikt? Wat zijn de voorwaarden bij het bepalen van de spreiding van die wijkklinieken in de gemeenten?

Ten slotte vinden de leden van de 50PLUS-fractie het belangrijk dat iedereen in Nederland toegang tot spoedzorg heeft binnen de 45-minutennorm. Wordt dat met deze houtskoolschets voldoende gewaarborgd?

## **II Antwoord / Reactie van de Minister**

Voordat ik de vragen beantwoord, die de leden van uw Kamer hebben gesteld over de Houtskoolschets acute zorg, wil ik graag toelichten hoe het proces rond de houtskoolschets eruitziet. De leden van verschillende fracties hebben daarover vragen gesteld.

Op 3 juli jl. heeft de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport de houtskoolschets aan de Tweede Kamer aangeboden. De houtskoolschets beschrijft een perspectief op een toekomstige inrichting en bekostiging van het acutezorglandschap. Het is bedoeld als een stip op de – niet al te verre – horizon.

De houtskoolschets geeft een beeld van wat nodig is om de acute zorg in de toekomst voor iedereen goed en veilig te kunnen blijven aanbieden. Deze schets is richtinggevend voor de discussie over de toekomstige inrichting en financiering van het acutezorglandschap.

De houtskoolschets is geschreven om een aantal vraagstukken in de praktijk van de acute zorg te adresseren: het is soms te druk of juist te stil, het is niet altijd duidelijk waar je als patiënt heen moet, de integrale samenwerking kan beter en het is moeilijk om steeds voldoende zorgprofessionals te vinden. De ervaringen in de COVID-19 crisis laten zien dat deze vraagstukken onverminderd actueel zijn. Op dit moment zijn de implicaties van de houtskoolschets, bijvoorbeeld voor aantallen zorgvoorzieningen en de locatie ervan, nog niet te duiden. Dit is onderdeel van nadere uitwerking.

De houtskoolschets is tot stand gekomen na gesprekken met zorgprofessionals, met patiënten, met het openbaar bestuur en met bestuurders die bij de acute zorg betrokken zijn. Ik vind het van groot belang dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acutezorglandschap kunnen rekenen op draagvlak bij betrokkenen. Daarom is, direct nadat de houtskoolschets aan uw Kamer is aangeboden, ook een consultatietraject gestart. Oorspronkelijk was aan partijen en belangstellenden gevraagd vóór 1 november te reageren op de houtskoolschets. Ik heb echter signalen ontvangen van partijen in de acute zorg dat ze in verband met de

werkzaamheden in het kader van de COVID-19 crisis, meer tijd nodig hebben voor hun reactie. Vanwege het belang dat ik hecht aan draagvlak bij betrokken partijen, heb ik de reactietermijn voor de internetconsultatie verlengd tot 1 januari 2021. Daarna zal ik alle reacties samenvatten, bundelen en aanbieden aan uw Kamer. Ik streef ernaar uw Kamer hierover voor het verkiezingsreces te informeren.

Vanwege zowel de werkzaamheden als de maatregelen in het kader van de COVID-19 crisis, zijn we niet het land ingegaan, zoals eerder was toegezegd aan uw Kamer, om gesprekken in de regio te voeren.

Definitieve besluitvorming over de toekomstige inrichting en bekostiging is aan het nieuwe kabinet. Ten behoeve daarvan wordt – nadat de internetconsultatie is afgerond – een aantal onderwerpen nader verkend, onderbouwd en uitgewerkt. Daarbij valt te denken aan onderwerpen zoals de zorgmeldkamer, de spoedposten, de bekostiging van de acute zorg en hoe de sturing over de inrichting van het acutezorglandschap exact moet worden vormgegeven.

Bij deze verdere invulling van de herinrichting van het acutezorglandschap, zal het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving over de organisatie en financiering van acute zorg in Nederland worden meegenomen. Evenals het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm in de spoedzorg.

De vragen van leden van uw Kamer over de uitwerking van de houtskoolschets, kunnen op dit moment nog niet worden beantwoord. Het is evenwel duidelijk dat deze vragen van een antwoord moeten zijn voorzien als een nieuw kabinet besluiten over het toekomstig acutezorglandschap voorlegt aan uw Kamer.

Daarnaast – zo blijkt ook uit vragen van de leden van uw Kamer – staat besluitvorming over het acutezorglandschap niet op zich, maar moet deze in het bredere perspectief worden gezien van bijvoorbeeld ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg of de coördinatie en regie van zorg in algemene zin. Deze thema's komen ook aan de orde in de discussienota met betrekking tot de contourennota waarin de bewegwijzering van de toekomst van de gezondheidszorg wordt beschreven.

Naast de vormgeving van de hiervoor genoemde visietrajecten zet ik mij ook hier en nu in voor de toegankelijkheid van de acute zorg. Dit doe ik onder meer met de algemene maatregel van bestuur (amvb) acute zorg. Wanneer de Aanpassingswet toetreding zorgaanbieders in werking treedt, worden in deze amvb op grond van artikel 3a Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) eisen gesteld aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Vanzelfsprekend kan de implementatie van de houtkoolschets er op termijn toe leiden dat regelgeving wordt aangescherpt of dat nieuwe regelgeving nodig is.

Ten slotte wil ik aangeven dat ik signalen heb ontvangen over de naamgeving van de zorgmeldkamer. Deze zou mogelijk tot onduidelijkheid leiden. Naar aanleiding daarvan heb ik besloten deze term aan te passen. In de nadere uitwerking zal worden bezien welke term het meest passend is. In deze beantwoording van de vragen van de leden van uw Kamer, zal het woord zorgmeldkamer nog wel gebruikt worden.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

#### **Vraag 1**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de zes pijlers voorafgaand aan de gesprekken over de houtskoolschets waren vastgesteld of dat deze zijn ontstaan naar aanleiding van de gesprekken. Ook vragen zij of de personen en partijen die hebben meegedacht over de houtskoolschets het*

*unaniem eens waren dat de acute zorg rondom die zes pijlers ingericht moet gaan worden. En zo nee, of de Minister kan aangeven over welke pijler(s) geen overeenstemming was.*

De vraag die gesteld is tijdens vele gesprekken met patiëntvertegenwoordiging, met het openbaar bestuur en met zorgprofessionals en bestuurders was: Hoe zouden we het acutezorglandschap inrichten en financieren als we helemaal opnieuw zouden kunnen beginnen en we geen rekening hoeven te houden met belangen en de huidige inrichting van het acutezorglandschap? Deze vraag was de basis voor de gesprekken en de houtskoolschets is opgesteld aan de hand van de uitkomsten van die gesprekken. De zes pijlers van de houtskoolschets zijn daarmee niet van tevoren vastgesteld maar zijn het resultaat van een gesprekstraject. Elke partij heeft afzonderlijk de belangrijkste punten aangedragen. Wat de gesprekspartijen vinden van de zes pijlers zal moeten blijken uit de openbare internetconsultatie.

Oorspronkelijk was voorzien dat de termijn voor het geven van een reactie in het kader van de consultatie zou lopen tot 1 november. Recent heb ik echter signalen ontvangen van partijen in de acute zorg dat ze in verband met de werkzaamheden voor COVID-19, meer tijd nodig hebben voor hun reactie. Ik vind het belangrijk dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acutezorglandschap kan rekenen op draagvlak bij de partijen die bij de acute zorg betrokken zijn. Daarom heb ik de reactietermijn voor de internetconsultatie verlengd tot 1 januari 2021. Daarna zal ik, zoals eerder toegezegd, alle reacties samenvatten, bundelen en aanbieden aan uw Kamer.

#### Vraag 2

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe het verdere proces van de houtskoolschets eruit zal zien, wanneer de definitieve, uitgewerkte versie gereed zal zijn en welke partijen (structureel) betrokken zullen worden bij de uitwerking van de vernieuwde inrichting en financiering van de acute zorg.*

De houtskoolschets acute zorg is een richtinggevend discussiedocument. Dit document bevat een eerste aanzet voor een toekomstige inrichting en financiering van de acute zorg. De volgende stap in het verdere traject is de hierboven al genoemde internetconsultatie. Ik streef ernaar om uw Kamer voor het verkiezingsreces te informeren over de uitkomsten. Er zal bekeken moeten worden welke consequenties de reacties hebben voor de plannen zoals beschreven in de houtskoolschets.

Definitieve besluitvorming over de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg zal aan het nieuwe kabinet zijn.

Deze besluitvorming vergt natuurlijk ook verdere concretisering en onderbouwing. Denk daarbij aan onderwerpen zoals de spoedposten, de bekostiging van de acute zorg en hoe de sturing over de inrichting van het acutezorglandschap exact moet worden vormgegeven. Hierbij is ook de samenhang met de contourennota, de verschillende lopende programma's zoals de arbeidsmarktaanpak, adviezen zoals van de Gezondheidsraad<sup>3</sup> en Raad van Volksgezondheid en Samenleving<sup>4</sup> en de geleerde lessen van de COVID-19 crisis van belang.

<sup>3</sup> Gezondheidsraad «45-minutennorm in de spoedzorg».

<sup>4</sup> Raad van Volksgezondheid en Samenleving «Van deelbelangen naar gedeeld belang; een handreiking op regie voor toegankelijke acute zorg».

Momenteel lopen er trajecten op het gebied van acute zorg die zich zullen verhouden tot de plannen in de houtskoolschets. Zo hecht ik veel waarde aan de toegankelijkheid van de acute zorg en mede daarom werk ik aan een algemene maatregel van bestuur (amvb) acute zorg. Indien de Aanpassingswet toetreding zorgaanbieders in werking treedt, dienen in deze amvb op grond van artikel 3a Wkkgz eisen gesteld te worden aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Implementatie van de in de houtskoolschets voorgestelde spoedposten, kan ertoe leiden dat deze amvb en de daarop gebaseerde ministeriële regeling worden aangepast om regels te stellen aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de spoedposten.

Het concretiseren en uitwerken van de houtskoolschets vergt nauwe samenwerking met partijen die een rol spelen in het acute zorglandschap; zowel op landelijk als regionaal niveau, zowel in de uitvoering als beleidsmatig, zowel als zorgverlener als zorggebruiker. De betrokkenheid van burgers, zorgprofessionals, regionale en landelijke partijen vind ik dan ook essentieel om de toekomstige inrichting van de acute zorg goed vorm te kunnen geven. Zij zullen dus betrokken worden bij de verdere uitwerking. Ik zal uw Kamer op geëigende momenten informeren over de voortgang.

### Vraag 3

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de oorzaak is van dat ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid, ondanks kostendekkende financiering van het Ministerie van VWS. Daarnaast vragen ze of deze financiering wel steevast volledig is ingezet en waar het geld is terechtkomen. Ook vragen ze of er bij het uitwerken ook nieuwe plannen worden gemaakt om de arbeidsproblematiek in de acute zorg op te lossen, of dat de Minister vertrouwt op de resultaten van bestaande actieprogramma's zoals Werken in de Zorg.*

Voor wat betreft de verpleegkundige en medisch ondersteunende beroepen (FZO-beroepen) zien we dat ziekenhuizen de adviezen van het Capaciteitsorgaan niet opvolgen. Juist voor de cruciale beroepen, zoals operatieassistenten, anesthesiemedewerkers, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen, is de instroom in de opleidingen veel lager dan de geadviseerde instroom. Dit terwijl ziekenhuizen moeite hebben om voldoende personeel met juist deze achtergrond aan te trekken. Zoals ik u in de vorige voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de Zorg heb gemeld, heb ik ziekenhuizen opgeroepen om zich meer in te spannen om de instroom in de opleidingen flink te laten stijgen.<sup>5</sup> De ziekenhuizen hebben een Taskforce opgericht die in de zomer van 2019 een aantal adviezen heeft uitgebracht aan de ziekenhuizen om de instroom in de opleidingen te verhogen. De implementatie van deze adviezen loopt op dit moment en heeft tot doel dat de geadviseerde instroom door het Capaciteitsorgaan ook wordt opgevolgd door de ziekenhuizen.

De opleidingen worden gefinancierd vanuit de beschikbaarheidsbijdragen medische vervolgoopleidingen. De financiering van de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde opleidingsaantallen wordt door VWS gegarandeerd. Bij het opleiden is er sprake van diploma financiering. Wanneer het diploma voor de ziekenhuisopleiding is behaald krijgt het ziekenhuis de kosten voor de opleiding (inclusief verletkosten) uitbetaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hiervoor zijn vaste normbedragen per opleiding. Voor opleidingen die langer dan twee jaar duren krijgt het ziekenhuis ook een bedrag als de student instroomt in de opleiding. Dit

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 391.

gebeurt tevens door middel van de beschikbaarheidsbijdragen medische vervolgopleidingen en ook hier zijn normbedragen voor. De financiering is dus niet het knelpunt.

De tekorten op de arbeidsmarkt zullen ook onderdeel zijn van de uitwerking van de houtskoolschets acute zorg. In de uitwerking wordt tevens de afweging gemaakt voor aanvullende maatregelen voor de acute zorg, in samenhang met bestaande actieprogramma's, zoals Werken in de Zorg, met afspraken zoals het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg en met de contourennota.

#### Vraag 4

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe patiënten of overige betrokkenen bepalen of er sprake is van een levensbedreigende of niet-levensbedreigende acute zorgvraag. Ook vragen zij of het instellen van een nieuw landelijk telefoonnummer niet juist meer verwarring voor de patiënt met zich mee brengt.*

Momenteel moeten patiënten ook al de afweging maken of zij te maken hebben met een levensbedreigende situatie, in dat geval bellen zij met 112. Dit verandert niet met de komst van een zorgmeldkamer. Ook in de toekomstige inrichting van het acutezorglandschap, zoals beschreven in de houtskoolschets, moet men in een levensbedreigende situatie 112 bellen. Daarnaast wordt een nieuw nummer ingericht voor alle andere, niet levensbedreigende, acute zorgvragen. Er is één centraal nummer voor vragen over acute zorg; of het nu gaat om acute medisch specialistische zorg, wijkverpleging of ggz. Wanneer de patiënt het nieuwe nummer belt, wordt de patiënt automatisch doorverbonden naar de juiste regionale zorgmeldkamer. Daarnaast kan de patiënt overdag ook zelf de eigen huisarts bellen.

Het is de intentie om met een nieuw landelijk nummer de duidelijkheid voor de patiënt te vergroten. Of dat zo is c.q. hoe dat kan worden bereikt zal nadrukkelijk worden gezien in het uitwerkingstraject.

In de zorgmeldkamer behandelen medische triagisten de (acuut ervaren) zorgvraag van de patiënt. Als er geen sprake is van een levensbedreigende situatie, kan er wat meer tijd genomen worden voor de triage waardoor de patiënt veel vaker direct op de juiste plek en bij de juiste zorgprofessional terecht komt. Dit kan in acute situaties heel belangrijk zijn.

#### Vraag 5

*De leden van de VVD-fractie vragen of al nagedacht is op basis van welke gegevens bepaald wordt waar de spoedposten in de toekomst komen te staan. Ook vragen zij hoe wordt voorkomen dat er witte vlekken in Nederland ontstaan waardoor de tijdsafstand tot spoedzorg langer wordt dan de 45-minutennorm.*

De borging van de toegankelijkheid van de acute zorg is een belangrijk element van de nadere uitwerking van de houtskoolschets.

#### Vraag 6

*De leden van de VVD-fractie vragen of met het bij wet afdwingen van eenheid van taal en techniek voor elektronische gegevensuitwisseling alle knelpunten van gegevensuitwisseling in de acute zorg kunnen worden opgelost en zo niet, welke knelpunten er dan nog blijven bestaan. Ook vragen ze waar de wet nu in het proces staat en wanneer de Kamer de wet kan verwachten.*



Met het wetsvoorstel «Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg» wil ik dat er een verplichting komt voor het elektronisch kunnen uitwisselen van bepaalde gegevens over een cliënt of patiënt in situaties wanneer het noodzakelijk is dat zorgaanbieders over deze gegevens beschikken. Bovendien wil ik bij een verplichte elektronische gegevensuitwisseling ook specificeren waar die uitwisseling aan moet voldoen. Dat doe ik via de lagere regelgeving. Daarvoor is het nodig dat de digitale uitwisselingen gestandaardiseerd op taal en techniek plaatsvinden, zodat goede informatie veilig kan worden gedeeld en gebruikt. Dat betekent dat er wettelijke eisen worden gesteld: de «afsprakenset voor taal en techniek». Die afsprakenset voor taal en techniek gaat over hoe die gegevens uitgewisseld moet worden. Welke gegevens er uitgewisseld moeten worden voor goede zorg wordt door het veld vastgelegd in kwaliteitsstandaarden die ingeschreven worden in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland.

Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd, verwacht ik dat ik begin volgend jaar het wetsvoorstel aan uw Kamer kan aanbieden. Daarmee zijn op dit moment nog niet alle knelpunten van gegevensuitwisseling in de acute zorg opgelost. Er zijn bijvoorbeeld nog technische en juridische vraagstukken om op te lossen om ook op korte termijn uitwisseling mogelijk te maken.

Op dit moment wordt er al in een aantal programma's aan gewerkt om elektronische gegevensuitwisseling te verbeteren. Zo wordt er op initiatief van onder andere InEen (koepel voor eerstelijnszorg) en de Patiëntenfederatie gestart met een programma voor de implementatie van de richtlijn «Gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp». De implementatie van deze richtlijn maakt het onder andere mogelijk dat gegevens van huisartsenpost (HAP) naar spoedeisende hulp (SEH) elektronisch verzonden kunnen worden. Daarnaast werk ik aan de formulering én uitrol van de juiste toestemmingsvraag voor gegevensuitwisseling bij spoed en onderzoek ik wat er kan binnen het huidige wettelijke kader.

In het eerste kwartaal van 2021 ontvangt u van mij een separate Kamerbrief over de voortgang op gegevensuitwisseling bij spoedzorg. In de huidige trajecten wordt er dus al flink ingezet op het mogelijk maken van brede elektronische gegevensuitwisseling in de acute zorg en ik blijf het belangrijk vinden dat dit snel wordt geregeld.

Vraag 7

*De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister voornemens is om eenzelfde soort structuur op te zetten zoals het landelijk coördinatiecentrum patiëntenspreiding dat tijdens de COVID-19-pandemie is opgezet voor realtime inzicht in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg (inclusief intensive care (IC)-bedden).*

Het is op dit moment nog te vroeg om te kunnen zeggen of eenzelfde soort structuur zoals het landelijk coördinatiecentrum patiëntenspreiding (LCPS) tijdens de COVID-19 crisis gebruikt gaat worden om 24/7 inzicht te krijgen in de beschikbare capaciteit. We zullen voor de verdere uitwerking van de houtskoolschets goed naar voorbeelden uit de praktijk kijken.

Vraag 8

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de door de zorgverzekeraars opgestelde regiobeelden ten behoeve van de nog te ontvangen contourennota zijn betrokken bij het opstellen van de houtskoolschets.*

De houtskoolschets is gebaseerd op gesprekken die gevoerd zijn met verschillende partijen, waaronder zorgverzekeraars. In deze gesprekken is de visie van de zorgverzekeraars ten aanzien van de regio ook aan bod gekomen. De regiobeelden zijn op hoofdlijnen meegenomen, maar de afzonderlijke regiobeelden van de zorgverzekeraars zijn (nog) niet geanalyseerd ten behoeve van de houtskoolschets. Zoals in hoofdstuk 7 van de houtskoolschets is aangegeven, zal verder uitgewerkt moeten worden op welke manier de informatie uit de regiobeelden gebruikt kan worden. Het acutezorglandschap is nu niet overal hetzelfde en zal er ook niet overal hetzelfde uit gaan zien. Voor het maken van afspraken over de inrichting van het acutezorglandschap kiezen we voor een regionale benadering in de bestaande elf ROAZ-regio's. Bij de uitwerking van deze regionale benadering zullen de regiobeelden betrokken worden.

Vraag 9

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de Minister de samenhang tussen de houtskoolschets en andere adviezen en programma's, en daarmee ook de voortgang van de uitwerking daarvan, in de gaten houdt.*

Op dit moment loopt de internetconsultatie tot 1 januari 2021. Ik streef ernaar om uw Kamer voor het verkiezingsreces te informeren over de uitkomsten. In de verdere uitwerking van de houtskoolschets is uiteraard de samenhang met de contourennota, de verschillende lopende programma's zoals de arbeidsmarktaanpak, adviezen zoals van de Gezondheidsraad<sup>6</sup> en Raad van Volksgezondheid en Samenleving<sup>7</sup> en de geleerde lessen van de COVID-19 crisis van belang. In het concretiseren en uitwerken van de houtskoolschets worden deze adviezen en programma's vanzelfsprekend betrokken en ik zal uw Kamer op geëigende momenten informeren over de voortgang.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

Vraag 10

*De leden van de PVV-fractie vragen of er een hernieuwde versie van de houtskoolschets komt.*

De houtskoolschets acute zorg is een richtinggevend discussiedocument. Dit document bevat een eerste aanzet voor de toekomstige inrichting en financiering van de acute zorg. Ik vind het van groot belang dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap kunnen rekenen op draagvlak bij betrokkenen. Daarom is, direct nadat de houtskoolschets aan uw Kamer is aangeboden, ook een consultatietraject gestart. Deze internetconsultatie loopt tot 1 januari 2021. Daarna zal ik alle reacties samenvatten, bundelen en aanbieden aan uw Kamer. Ik streef ernaar uw Kamer hierover voor het verkiezingsreces te informeren. Definitieve besluitvorming over de inrichting en financiering van de acute zorg is aan het nieuwe kabinet. Ten behoeve daarvan wordt – nadat de internetconsultatie is afgerond – een aantal onderwerpen nader verkend, onderbouwd en uitgewerkt. De houtskoolschets wordt vervolgens geconcretiseerd en uitgewerkt, uiteraard in samenwerking met betrokken partijen.

Vraag 11

*De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister het met de leden van de PVV-fractie eens is dat het essentieel is dat de acute zorg zo wordt ingericht dat een trauma niet op zichzelf wordt behandeld, maar dat er*

<sup>6</sup> Gezondheidsraad «45-minutennorm in de spoedzorg».

<sup>7</sup> Raad van Volksgezondheid en Samenleving «Van deelbelangen naar gedeeld belang; een handreiking op regie voor toegankelijke acute zorg».

*altijd rekening wordt gehouden met meervoudige onderliggende chronische ziektes.*

Ik ben het daarmee eens, waarbij ik wil benadrukken dat ik niet ga over de precieze invulling van de behandeling van patiënten met een acuut trauma. Dit is aan de zorgprofessionals.

Vraag 12

*De leden van de PVV-fractie vragen wat de rol van de huisartsenpost en huisarts wordt bij het invoeren van een regionale zorgmeldkamer bij niet acute zorg en welke onderzoeken zijn gebruikt voor dit idee.*

De houtskoolschets beschrijft dat de huidige huisartsenposten zullen opgaan in spoedposten met één integraal spoedplein waar de patiënt terecht kan voor zowel acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplex, niet levensbedreigende acute medisch specialistische zorg. In de huidige situatie kan een patiënt die overdag acute huisartsenzorg nodig heeft bij de eigen huisarts terecht. Dit willen we in de toekomstige situatie ook behouden. De huisarts blijft poortwachter en kan veel instroom in de tweedelijns acute zorg voorkomen.

In het toekomstige acute zorglandschap kan de patiënt bij niet levensbedreigende acute zorgvragen één landelijk telefoonnummer bellen waarna de patiënt automatisch wordt doorverbonden naar de juiste regionale zorgmeldkamer. Daarnaast kan de patiënt overdag ook zelf de eigen huisarts bellen.

In de zorgmeldkamer behandelen medische triagisten de (acuut ervaren) zorgvraag van de patiënt. Als er geen sprake is van een levensbedreigende situatie, kan er wat meer tijd genomen worden voor de triage waardoor de patiënt veel vaker direct op de juiste plek en bij de juiste zorgprofessional terecht komt. Dit kan in acute situaties heel belangrijk zijn. Het resultaat kan zijn dat de patiënt doorgeschakeld wordt met de eigen huisarts of dat er een afspraak wordt gemaakt op het spreekuur van de eigen huisarts. De rol van de huisarts en huisartsenspoedzorg overdag in relatie tot de zorgmeldkamer zal verder uitgewerkt moeten worden.

Na het verwerken van de reacties op de internetconsultatie zal de houtskoolschets geconcretiseerd en uitgewerkt worden, uiteraard in samenwerking met betrokken partijen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

Vraag 13

*De leden van de CDA-fractie vragen welk probleem de Minister met de herinrichting van de acute zorg wil oplossen. Ook vragen zij of het niet beter is om de problemen in de acute zorg zoals beschreven in de schets (voorkomen van acute zorg, het is niet altijd duidelijk waar je naartoe moet, de integrale samenwerking kan beter, personeelstekort) aan te pakken in het huidige systeem in plaats van het systeem opnieuw in te richten. Daarbij vragen ze of het bijvoorbeeld mogelijk is om aan de hand van regiobeelden de acute zorg door te ontwikkelen om regionaal de acute zorg patiëntgericht en toekomstbestendig te organiseren en hierbij geen landelijke blauwdrukken, maar juist regionaal maatwerk in te bouwen die de behoefte van de patiënt in de regio beantwoordt. Zij vragen of het niet beter is om hierbij rekening te houden met regio-indelingen.*

De houtskoolschets acute zorg beschrijft een beeld van een toekomstige inrichting en financiering van het acutezorglandschap. Hierbij was het uitgangspunt niet om uit te gaan van de huidige situatie, maar om een voorstelling te maken van de ideale inrichting van het acutezorglandschap. Bij de verdere uitwerking van de houtskoolschets zal moeten blijken hoe bepaalde ideeën ingericht zouden moeten worden en welk effect ze hebben op de huidige praktijk. In deze uitwerkingen zullen analyses worden gemaakt met meer feiten en cijfers en verdere gesprekken worden gevoerd met relevante partijen. Op die manier zullen we meer inzicht krijgen op de effecten in de praktijk. Ik ben het eens met de leden van de CDA-fractie dat regionaal maatwerk hiervoor belangrijk is. De inrichting van de acute zorg moet voldoen aan de zorgvraag van de inwoners van de regio. Om dit regionaal goed in te richten, kunnen regiobeelden behulpzaam zijn. Er zal landelijk richting gegeven moeten worden om het totale acutezorglandschap in Nederland goed in te richten. Ruimte voor regionaal maatwerk is daarin zelfs essentieel, omdat het gaat om de juiste zorg op de juiste plek.

#### Vraag 14

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regionale partijen en de burgers in het vervolg worden betrokken bij de uitdagingen die er zijn in het toegankelijk houden van de spoedzorg en bevallingszorg in Nederland.*

Het concretiseren en uitwerken van de houtskoolschets vergt nauwe samenwerking met partijen die een rol spelen in het acute zorglandschap; zowel op landelijk als regionaal niveau, zowel in de uitvoering als beleidsmatig, zowel als zorgverlener als zorggebruiker. De betrokkenheid van burgers, zorgprofessionals, regionale en landelijke partijen vind ik essentieel om de toekomstige inrichting van de acute zorg goed vorm te kunnen geven. Zij zullen betrokken worden bij de verdere uitwerking. Ik zal uw Kamer op geëigende momenten informeren over de voortgang.

#### Vraag 15

*De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel bijeenkomsten er zijn geweest en of er slechts een aantal grote bijeenkomsten met veel partijen tegelijkertijd hebben plaatsgevonden.*

Er hebben van oktober 2019 t/m januari 2020 circa 70 afzonderlijke gesprekken plaatsgevonden met organisaties en personen in het veld. Na het voeren van deze individuele gesprekken is een eerste denkrichting ontstaan. Om deze denkrichting te toetsen en verder in te vullen hebben vervolgens vijf sessies plaatsgevonden op bestuurlijk niveau met meerdere partijen tegelijkertijd. Tevens loopt op dit moment een openbare internetconsultatie.

#### Vraag 16

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister denkt de spoedzorg en bevallingszorg toegankelijk te houden voor burgers in de meer rurale gebieden van Nederland en hoe zij voorkomt dat er door de gesuggereerde verdere concentratie van spoedzorg en vooral ook de verloskunde «witte vlekken» in Nederland ontstaan, waar de afstand tot spoedzorg en bevallingszorg (die niet opgevangen kan worden in een spoedhulp) langer wordt dan de 45-minutennorm. Daarnaast vragen de leden hoe er wordt geborgd dat met concentratie van hoogcomplex acute zorg rijtijden niet te lang worden voor patiënten met acute hart- en vaatandoeningen en in hoeverre er risicoanalyses zijn gemaakt voor behandelingen waarbij tijd een belangrijke factor is zoals voor een herseninfarct.*

De houtskoolschets acute zorg beschrijft een beeld van een toekomstige inrichting en financiering van het acutezorglandschap. Er zijn meer feiten en cijfers nodig en meer inzicht in de daadwerkelijke effecten in de praktijk om dergelijke beslissingen voor locaties van spoedposten en spoedeisende hulpposten te kunnen maken. Daarin zal er uiteraard aandacht zijn voor patiënten met acute hart- en vaataandoeningen en andere aandoeningen of behandelingen waarvoor tijd een belangrijke factor is. Ik hecht veel belang aan het borgen van de toegankelijkheid van de acute zorg.

**Vraag 17**

*De leden van de CDA-fractie vragen welke SEH-posten straks nog voldoen aan de nieuwe definitie en wat dit betekent voor aanrijtijden en bereikbaarheid van zorg in de regio.*

Het is van groot belang dat iedereen in Nederland goede toegang heeft tot acute zorg. Aangezien er grote verschillen zijn tussen de regio's, zal er per regio gekeken moeten worden hoeveel SEH's voor hoog-complexe zorg er nodig zijn, en wat daarvan de optimale spreiding is.

Definitieve besluitvorming over de toekomstige inrichting en financiering van de acute zorg is aan het nieuwe kabinet. Deze besluitvorming vergt natuurlijk ook verdere concretisering en onderbouwing waarvoor feiten en cijfers worden verzameld en gesprekken zullen worden gevoerd met betrokken partijen.

**Vraag 18**

*De leden van de CDA-fractie vragen om het aantal stops per ziekenhuis in kaart te brengen.*

Ik verwijs hiervoor graag naar de brief die uw Kamer hierover heeft ontvangen, op 1 oktober 2019<sup>8</sup>. Het onderzoek van de NZa naar het aantal stops en de toegankelijkheid van de acute zorg is bijgevoegd bij die brief. In dit onderzoek heeft de NZa de data geanalyseerd van vier ROAZ-regio's die consequent stops registreren. Over de andere regio's zijn er geen betrouwbare data beschikbaar. De NZa gaf aan dat de SEH's in de vier onderzochte regio's in de periode 2018 – begin 2019 in gemiddeld 97% van de tijd geen SEH-stop hadden. Omdat de druk in de acute zorg de komende jaren blijft toenemen, blijft de NZa de ontwikkelingen de komende jaren nauwgezet volgen en zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht waar dat nodig is. De afgelopen periode heeft de NZa met de zorgverzekeraars gesproken over de manier waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht in het kader van de acute zorg. Na ontvangst van de uitkomsten hiervan zal ik deze uiteraard aan uw Kamer doen toekomen. Begin 2021 volgt een nieuwe monitor acute zorg van de NZa, met een actueel kwantitatief inzicht in de ontwikkelingen binnen de acute zorg. Hierin zal de NZa ook weer aandacht besteden aan de SEH-stops. Ook deze monitor zal ik uiteraard aan uw Kamer doen toekomen.

**Vraag 19**

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de voorstellen over minder locaties betekenen voor leefbaarheid van regio's en voor de arbeidsmarkt. Daarnaast vragen ze hoe de Minister het verlies van werkgelegenheid en kwaliteit van de leefomgeving compenseert, mochten er in de regio ziekenhuizen verdwijnen.*

De aantallen locaties van de verschillende acute zorginstellingen en de plekken ervan zijn onderdeel van de uitwerking van de houtskoolschets waarover met de relevante veldpartijen zal worden overlegd. Dit betekent

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 291.

dat er niet per se sprake zal zijn van een afname van het totaal aantal locaties. Er kan zelfs sprake zijn van dat er meer zorglocaties komen dan dat er nu zijn. Bij de uitwerking van de houtskoolschets zal ook aandacht zijn voor de arbeidsmarktproblematiek binnen de zorg.

#### Vraag 20

*De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom er enerzijds in Nederland via de bestaande ROAZ-structuur wordt opgeschaald en tegelijkertijd door de Minister wordt voorgesteld om in Nederland de spoedzorg juist weer te concentreren. De leden vragen of de Minister hiermee geen grote risico's neemt.*

Op dit moment wordt de ROAZ-structuur gebruikt voor de opschaling van de IC-capaciteit tijdens de COVID-19 crisis. We hebben gemerkt dat dit goed werkt. In de houtskoolschets heb ik aangegeven dat de ROAZ'een grotere rol zouden kunnen krijgen in het maken van afspraken over de inrichting van het acutezorglandschap in de regio. In het vervolgproces zal bekeken worden hoe dit vorm kan krijgen.

De houtskoolschets beschrijft dat uitsluitend de hoog-complexe acute zorg geconcentreerd zal worden om de beste kwaliteit te borgen. Het overgrote deel van de acute zorg kan nog steeds in de buurt verleend worden. Het is dan ook niet per definitie de bedoeling dat er minder locaties komen waar acute zorg geleverd kan worden. De triagist in de zorgmeldkamer zal bepalen of de patiënt gezien moet worden op de spoedpost of op de SEH voor hoog-complexe zorg. Op de SEH zit 24/7 het beste team klaar. Deze concentratie gebeurt op basis van kwaliteit.

#### Vraag 21

*De leden van de CDA-fractie vragen of voor het opzetten van de spoedposten en het reduceren van het aantal ziekenhuizen met een SEH en IC, is nagedacht over de financiële consequenties voor het vastgoed van de ziekenhuizen die moeten afschalen en de kosten die moeten worden gemaakt om de spoedhulpdiensten in de regio op te zetten en bij andere ziekenhuizen de IC-capaciteit uit te breiden. Deze leden vragen tevens op welke manier de houtskoolschets het huidige mandaat en de huidige afspraken over de governance in de ziekenhuissector bewaakt. Wordt er een scenario uitgewerkt waarbij de transformatie van de acute zorg plaatsvindt vanuit een integrale benadering en regionale samenwerking?*

De financiële consequenties van de voorstellen in de houtskoolschets zijn nog niet doorgerekend. Hetzelfde geldt voor de effecten op de governance-afspraken in de ziekenhuissector. De doorrekening is onderdeel van de nadere uitwerking van de houtskoolschets.

#### Vraag 22

*De leden van de CDA-fractie vragen of mogelijk de ziekenhuiszorg de huisartsenzorg zal gaan verdringen als huisartsen en ziekenhuispecialisten gaan samenwerken in de spoedposten wat van invloed kan zijn op de kwaliteit en betaalbaarheid.*

In de toekomstige inrichting van het acutezorglandschap is het uitgangspunt dat de patiënt behandeld wordt door de meest geschikte zorgprofessional. De triagist in de zorgmeldkamer bepaalt of de patiënt naar de spoedpost moet komen en door welke professional gezien kan worden. Dit kan een zorgprofessional zijn die laagcomplexe acute (huisartsen)zorg kan verlenen, een zorgprofessional die meer complexe acute zorg kan verlenen of een zorgprofessional die acute geestelijke gezondheidszorg kan verlenen. Of misschien moet de zorg in samenwerking tussen huisarts en spoedeisende arts verleend worden.

In de houtskoolschets wordt voorgesteld om de acute zorg integraal te gaan financieren zodat bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en de spoedeisende hulp, verdwijnen. Daarbij moet oog blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te verlenen. Er zal bekeken moeten worden wat de voor- en nadelen zijn wanneer de acute zorg integraal gefinancierd wordt, en welke effecten het heeft. Zorgt dit ervoor dat zorgprofessionals beter met elkaar kunnen samenwerken en dat de patiënt sneller door de juiste persoon geholpen kan worden? Ik ga onderzoeken of dit duidelijkheid creëert voor zowel patiënten als zorgprofessionals en of door te betalen voor beschikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen in een regio het integraal werken wordt bevorderd. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de wisselwerking in de electieve zorg. Wat is het effect van het financieren op beschikbaarheid in de acute zorg op de financiering van de electieve zorg? En wat betekent dit voor patiënten?

Voorop staat dat de bekostiging van de acute zorg de juiste sturing moet geven om deze zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te organiseren.

#### Vraag 23

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt geborgd dat mensen adequaat worden opgevangen, gediagnosticeerd en gestabiliseerd.*

Goede triage in de zorgmeldkamer zal ervoor zorgen dat patiënt op de juiste plek worden opgevangen, zodat daar de juiste diagnostisering en stabilisering plaatsvindt. Op de spoedpost kan de meeste zorg nog gewoon gegeven worden, er zijn verschillende zorgprofessionals aanwezig met expertise die nodig is voor het verlenen van acute zorg. De kwaliteit van zorg komt daarbij niet in het geding. Patiënten met een hoog-complexe acute zorgvraag worden naar een SEH verwezen, waar een compleet team klaarstaat om hoog-complexe acute zorg te verlenen. Beide vormen van acute zorg moeten uiteraard voldoen aan de kwaliteitsstandaarden.

#### Vraag 24

*De leden van de CDA-fractie vragen welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat er meer zelfverwijzers komen door invoering van het centrale nummer. Ook vragen zij hoe de triage wordt vormgegeven en of ook overwogen wordt om de meldcentra hun triagedata te laten delen, zodat met behulp van ervaringen en kunstmatige intelligentie de triage in de toekomst nog veel scherper te krijgen is.*

Om dit systeem zo goed mogelijk te laten werken, is goede triage ontzettend belangrijk. Hoe dit vormgegeven gaat worden zal nog uitgewerkt moeten worden in het traject dat volgt.

#### Vraag 25

*De leden van de CDA-fractie vragen welke aanpassingen er aan de houtskoolschets zijn gemaakt naar aanleiding van alle ervaringen uit de coronacrisis.*

Aangezien de COVID-19 crisis nog niet voorbij is, is moeilijk om definitief te bepalen welke ervaringen en lessen er zijn voor het toekomstige acutezorglandschap.

Wel hebben we al enkele ontwikkelingen kunnen zien de afgelopen tijd. Met name tijdens de eerste golf heeft de digitale zorg een enorme vlucht genomen. Uiteraard is digitale zorg of zorg op afstand niet bij elke aandoening een oplossing, maar het kan in veel gevallen ondersteuning

bieden. We hebben gezien dat het geven van zorg op afstand en de digitale zorg wel degelijk werkt. Ook hebben in deze crisis de ROAZ'en de regierol in de regio goed opgepakt. Deze rol zouden zij ook buiten de crisistijd kunnen vervullen, zoals beschreven staat in de houtskoolschets. We hebben kunnen zien dat (regionale) samenwerking in de zorg goed werkt. Dit zou verder uitgebouwd kunnen worden, ook buiten crisistijden.

In de uitwerking van de houtskoolschets zullen we de tot dan geleerde lessen er ervaringen uit de COVID-19 crisis betrekken.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

#### Vraag 26

*De leden van de D66-fractie vragen wat de Minister bedoelt met dat de acute zorg thuis niet groots wordt opgepakt, of zij kan aangeven op welke onderdelen zij vindt dat de acute zorg thuis niet groots wordt opgepakt en wie daar in haar optiek verantwoordelijk voor is.*

Op dit moment wordt veel laagcomplex acute zorg in het ziekenhuis of elders in de zorgketen opgelost. Deze zorg zou thuis geboden kunnen worden om de instroom in de acute zorg te verminderen. Dat zorgt ervoor dat de druk op de zorg vermindert, efficiënter met tijd en personeel kan worden omgegaan en het vaak voor de patiënt prettiger is omdat hij of zij in de eigen omgeving kan blijven. Het gaat dan om bijvoorbeeld wondverzorging of gynaecologische zorg. Deze acute zorg kan beter en meer thuis worden opgepakt door bijvoorbeeld meer gebruik te maken van digitale toepassingen en meer inzet van wijkverpleegkundigen met specialisatie in acute zorgsituaties. Hoe dit wordt vormgegeven en wie daarvoor verantwoordelijk is, zal nader worden uitgewerkt.

#### Vraag 27

*De leden van de D66-fractie vragen wat de nadelen waren geweest van de gebruikelijke route, waarbij je eerst mede aan de hand van data de precieze problemen analyseert om vervolgens tot een visie te komen? Was dit niet mogelijk in hetzelfde tijdsbestek? In hoeverre is de voorgestelde inrichting van de acute zorg nu onderbouwd aan de hand van data, zowel met betrekking tot de probleemschets als de oplossingsrichtingen? Daarnaast vragen deze leden in hoeverre er rekening is gehouden met de financiële en juridische implicaties van voorstellen? Bestaat door de gekozen aanpak niet het risico dat straks bij de nadere uitwerking zich onoverkomelijke knelpunten voordoen, die tot ingrijpende aanpassing van de nu geschetste visie leiden? Hoe wordt de Kamer betrokken in het verdere proces van visieontwikkeling op dit punt?*

Er is nadrukkelijk voor gekozen om voor de vraag over hoe het acutezorglandschap er in de toekomst uit zou kunnen zien, niet te redeneren vanuit data over het huidige zorglandschap. In plaats daarvan is een open dialoog gestart met zoveel mogelijk betrokkenen uit de praktijk: patiënten, professionals, bestuurders, wethouders, brancheorganisaties en innovators. Op deze manier konden we eerst veel informatie en ideeën ophalen van partijen die betrokken zijn bij de acute zorg. Daarnaast is voor het proces dat gaat volgen, het daadwerkelijk inrichten van het toekomstige acutezorglandschap, van belang om een gezamenlijk toekomstbeeld te hebben. Deze stip op de horizon zorgt ervoor dat we ons niet bij alles afvragen óf het wel kan maar juist hoe we met elkaar het toekomstbeeld kunnen gaan bereiken.

Definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging van de acute zorg door het nieuwe kabinet vereist inderdaad inzicht in de financiële en juridische implicaties van de voorstellen.



Vraag 28

*De leden van de D66-fractie vragen of de Minister kan toelichten met welke externe partijen is gesproken voor het opstellen van de houtskoolschets?*

Er zijn voorafgaand aan het opstellen van de houtskoolschets circa 70 gesprekken gevoerd met afzonderlijke organisaties en personen. Daarbij kunt u denken aan artsen met verschillende expertises, verpleegkundigen, verloskundigen, patiënten, consultants, toezichthouders, openbaar bestuur etc. Na het ontwikkelen van een eerste denkrichting zijn sessies georganiseerd op bestuurlijk niveau om het eerste beeld te toetsen en verder uit te denken. Deze sessies zijn georganiseerd met zorgprofessionals, zorgkoepels, openbaar bestuur en innovators.

Vraag 29

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de huidige acute ggz zich verhoudt tot de houtskoolschets acute zorg. Tevens vragen deze leden of er naar aanleiding van de houtskoolschets aanpassingen worden voorzien in de acute ggz en hoe deze er in dat geval uit komen te zien. Tot slot vragen de leden naar de verhouding tussen de visie zorglandschap ggz en de houtskoolschets acute zorg.*

De acute zorgverlening in de ggz is sinds 1 januari 2020 ingrijpend aangepast, teneinde de kwaliteit en beschikbaarheid te verbeteren. Sinds die datum is de generieke module Acute psychiatrie (GMAP) van kracht die zowel effect heeft op de organisatie van de zorg als inhoud van de zorg. De bekostiging van de acute ggz gaat al uit van beschikbaarheid in de regio en sluit daarmee aan op de richting die de houtskoolschets aangeeft. De implementatie van de genoemde modules verloopt gefaseerd, een eerste inzicht in het verloop en de ontwikkelingen daarin wordt in 2022 verwacht.

De houtskoolschets betreft een toekomstbeeld en schetst mogelijke verdere ontwikkelingen en verbeteringen, ook op het terrein van de acute ggz. We zullen aan de hand van de uitkomsten en stappen die zijn gezet met de eerdergenoemde module samen met de veldpartijen bezien welke verdere aanscherpingen aangewezen zijn in het licht van de besluitvorming van het nieuwe kabinet over het zorglandschap.

Bij het opstellen van de visie zorglandschap ggz zal de Staatssecretaris vanzelfsprekend rekening houden met samenhang met de houtskoolschets acute zorg.

Vraag 30

*De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre het mogelijk is wat aan de stilte op spoedeisende hulplocaties en huisartsenposten te doen. Deze leden vragen of het niet, ongeacht de vormgeving, inherent is aan de acute zorg dat de toestroom van patiënten onregelmatig is? En dat het in de avond rustig kan zijn, maar voor levensbedreigende gevallen toch expertise in huis aanwezig moet zijn? Juist om deze reden wordt toch door de Minister en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving nagedacht over een bekostiging op basis van beschikbaarheid? In hoeverre kan de (op hoofdlijnen) voorgestelde inrichting van het acute zorglandschap bijdragen aan het verkleinen van de verschillen in toestroom van patiënten?*

De instroom in de acute zorg is inderdaad onregelmatig en bij levensbedreigende situaties moet er de juiste zorg voor de patiënt beschikbaar zijn. Naast de instroom van patiënten, is ook de doorstroom en uitstroom van belang om de druk op de acute zorg te verkleinen. De houtskoolschets

bevat voorstellen om de instroom te beperken. Zo kan het voorkomen van acute zorg beter, kan het verlenen van acute zorg in de thuissituatie beter en kan het voor de patiënt duidelijker waar hij heen moet. Het acutezorglandschap moet anders worden ingericht en de inzet van professionals moet anders worden georganiseerd om voor elke inwoner in Nederland de juiste zorg in levensbedreigende situaties te kunnen leveren. In de uitwerking van de houtschoolschets wordt hier aandacht aan besteed. Bij verdere uitwerking in het licht van definitieve besluitvorming over het zorglandschap zal ook aandacht moeten worden besteed aan de uitwerking van de bekostiging van de acute zorg. Het advies van de RVS zal hierin worden meegenomen. Voorop staat dat de bekostiging van de acute zorg de juiste sturing moet geven om deze zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te organiseren.

#### Vraag 31

*De leden van de D66-fractie vragen om een reflectie op de beschreven krapte op de arbeidsmarkt in de acute zorg, wat de oorzaken zijn van dat ziekenhuizen de afgelopen jaren niet voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel hebben opgeleid, ondanks kostendekkende financiering van het Ministerie van VWS en wat deze schets bijdraagt aan het verhelpen of verkleinen van het arbeidsmarktprobleem in de acute zorg. Daarnaast vragen ze wanneer de Minister komt met concretere maatregelen specifiek toegesneden op de acute zorg, of zij een parallel kan trekken met het bestaande brede Actieprogramma Werken in de Zorg en of zij kan ingaan op de onverminderd hoge uitstroom van medewerkers ondanks dit programma. Ten slotte vragen de leden van de D66-fractie of de Minister concretere actiepunten wil sturen voor mogelijke oplossingen.*

Voor wat betreft de verpleegkundige en medisch ondersteunende beroepen (FZO-beroepen) zien we dat ziekenhuizen de adviezen van het Capaciteitsorgaan niet opvolgen. Juist voor de cruciale beroepen, zoals operatieassistenten, anesthesiemedewerkers, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen, is de instroom in de opleidingen veel lager dan de geadviseerde instroom. Dit terwijl ziekenhuizen moeite hebben om voldoende personeel met juist deze achtergrond aan te trekken. Zoals ik u in de vorige voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de Zorg heb gemeld, heb ik ziekenhuizen opgeroepen om zich meer in te spannen om de instroom in de opleidingen flink te laten stijgen.<sup>9</sup> De ziekenhuizen hebben een Taskforce opgericht die in de zomer van 2019 een aantal adviezen heeft uitgebracht aan de ziekenhuizen om de instroom in de opleidingen te verhogen. De implementatie van deze adviezen loopt op dit moment en heeft tot doel dat de geadviseerde instroom door het Capaciteitsorgaan ook wordt opgevolgd door de ziekenhuizen.

De opleidingen worden gefinancierd vanuit de beschikbaarheidsbijdragen medische vervolgoopleidingen. De financiering van de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde opleidingsaantallen wordt door VWS gegarandeerd. Bij het opleiden is er sprake van diploma financiering. Wanneer het diploma voor de ziekenhuisopleiding is behaald krijgt het ziekenhuis de kosten voor de opleiding (inclusief verletkosten) uitbetaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hiervoor zijn vaste normbedragen per opleiding. Voor opleidingen die langer dan twee jaar duren krijgt het ziekenhuis ook een bedrag als de student instroomt in de opleiding. Dit gebeurt tevens door middel van de beschikbaarheidsbijdragen medische vervolgoopleidingen en ook hier zijn normbedragen voor. De financiering is dus niet het knelpunt.

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 391.

Bij verdere besluitvorming over het zorglandschap moet ook rekenschap worden gegeven van de tekorten op de arbeidsmarkt en het beleid dat erop is gericht deze tekorten terug te dringen. De tekorten op de arbeidsmarkt zullen ook onderdeel zijn van de uitwerking van de houtskoolschets acute zorg. Een specifiek aandachtspunt bij de tekorten is de uitstroom van zorgprofessionals. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de keuze voor een baan buiten de zorg niet zozeer is gebaseerd op de inhoud van het werk, maar meer op de omstandigheden. In de brief van de Minister en de Staatssecretaris van VWS en mijzelf over het brede pakket voor werken in de zorg, lichten we dit nader toe.<sup>10</sup> Dat geldt eveneens voor de investering die we daarop de komende jaren willen doen, gericht op betere loopbaanontwikkeling, meer ruimte en tijd voor de professional en meer zeggenschap

In de uitwerking wordt tevens de afweging gemaakt over eventuele aanvullende maatregelen voor de acute zorg, in samenhang met bestaande actieprogramma's, zoals Werken in de Zorg, met afspraken zoals het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg en met de contourennota.

#### Vraag 32

*De leden van de D66-fractie vragen welke rol de Minister voor zichzelf ziet bij het voorkomen van acute zorg en hoe de Minister tegenover het idee staat om valpreventie landelijk op te schalen.*

Preventie is van groot belang voor het voorkomen van acute zorg. Wie hierbij welke rol heeft in het acutezorglandschap, zal nader moeten worden uitgewerkt. Wel wordt er al op meerdere manieren invulling gegeven aan het landelijk opschalen van preventie. Er is al veel bekend over wat werkt bij valpreventie. En er zijn meerdere (kosten) effectieve programma's beschikbaar. Het gaat daarbij vaak om een combinatie van verschillende activiteiten, waaronder een gericht beweegprogramma, medicatieaanpassingen, aanpassingen in de woning, vitamine D en eiwitrijk eten en verbetering van het zichtvermogen. Dat vraagt samenwerking op lokaal niveau. Het wordt gestimuleerd dat actuele kennis en kunde over effectieve valpreventie wordt ontwikkeld, bijgehouden, gedeeld en (lokaal) wordt gebruikt. Dit wordt onder andere gedaan via VeiligheidNL en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Daarnaast wordt samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het gebied van preventie gestimuleerd. Zij kunnen hiervoor tot en met oktober 2021 financiële ondersteuning aanvragen via de subsidieregeling voor Preventiecoalities. Preventiecoalities kunnen voor maximaal 3 jaar subsidie aanvragen. Dat betekent dat tot uiterlijk 2024 preventiecoalities via de subsidie ondersteund kunnen worden. De evaluevaluatie van het programma gebeurt in 2021. Ook wordt de mogelijkheid onderzocht om veelbelovende preventieve behandelingen, waaronder valpreventie, op te nemen in het pakket. Dit is geen doel op zich, maar kan bijdragen aan de benutting van valpreventie.

#### Vraag 33

*De leden van de D66-fractie vragen of een suggestie uit de houtskoolschets, «Of denk aan ambulancepersoneel dat thuis langskomt, de patiënt behandelt en weer terugrijdt naar de standplaats», reëel is gelet op de arbeidsmarktproblematiek en de aanrijtijden die nu in sommige regio's al behoorlijk onder druk staan. Ook vragen ze hoe het geschetste beeld over meer acute zorg thuis zich in algemene zin verhoudt tot de arbeidsmarktproblematiek in de acute zorg.*

<sup>10</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 411.

De houtskoolschets beschrijft een beeld over meer acute zorg thuis. Dat heeft vooral betrekking op laagcomplex acute zorg die thuis kan worden gegeven. Dat kan nu al, maar dit kan nog substantieel worden uitgebreid om de instroom in de acute zorg te verminderen. Bijvoorbeeld door ambulancepersoneel, die door middel van een mobiel zorgconsult de patiënt thuis kan behandelen en dus niet naar een ziekenhuis hoeft te rijden. Ik zie dit als welkome vormen van zorgdifferentiatie die mogelijk de druk op de ambulancezorg en op ambulanceverpleegkundigen kunnen verlichten. Zorgdifferentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: het biedt nieuwe groeimogelijkheden voor medewerkers om, in het kader van duurzame inzetbaarheid, actief loopbaanbeleid te voeren en is het een belangrijk middel om de krapte op de arbeidsmarkt te adresseren. Voor de aanrijtijden zou dit gunstig kunnen zijn, doordat met de juiste inzet van de juiste zorgprofessional de patiënt thuis behandeld kan worden en niet – ten onrechte – naar het ziekenhuis hoeft te worden vervoerd. In de verdere uitwerking van het acutezorglandschap vereist dit onderwerp, uiteraard in gesprek met veldpartijen, nadrukkelijk de aandacht.

Vraag 34

*De leden van de D66-fractie vragen of de gewenste ontwikkeling beschreven in de houtskoolschets van het creëren van acute crisisteam naast intramurale crisisplekken die hulp of zorg bij ouderen thuis kunnen opschalen als de oudere niet zonder toezicht thuis kan blijven wonen een taakverzwaring is of dat dit vraagt om het aantrekken van nieuw personeel.*

Deze vraag kan op dit moment nog niet worden beantwoord en moet verder worden uitgewerkt in het licht van verdere besluitvorming over het acutezorglandschap. Zoals ook beschreven in de houtskoolschets wordt op dit moment al op enkele plekken in het land geëxperimenteerd met acute crisisteam, zoals in Nieuwegein via ZorgSpectrum. Daar heet dit het Multidisciplinair Geriatrisch Team, elders worden ook anderen namen gebruikt zoals het FACT-team ouderen. De ervaringen uit deze experimenten – waaruit ook zal blijken wat er nodig is wat betreft de inzet van personeel – kunnen worden betrokken bij de uitwerking.

Vraag 35

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de Minister er zorg voor zou willen dragen dat het nummer voor acute niet levensbedreigende zorg goed landelijk bekend wordt en hoe de Minister wil zorgen dat mensen dit nummer daadwerkelijk gaan gebruiken. Zij vragen of de Minister in dit kader aan een campagne denkt. En hoe de Minister het gewenste gedragseffect wil gaan stimuleren om een dergelijke zorgmeldkamer daadwerkelijk tot een succes te maken.*

Ik ben het eens met de leden van de D66-fractie dat het nummer landelijk goede bekendheid moet krijgen en dat het daarbij belangrijk is dat mensen weten waarvoor ze naar het nummer kunnen bellen. Hoe dit nummer bekendheid gaat krijgen, vergt nadere uitwerking bij verdere besluitvorming over het acutezorglandschap.

Vraag 36

*De leden van de D66-fractie vragen aan hoeveel meldkamers de Minister denkt en of hier nieuw personeel voor nodig is. Zij vragen hoe de Minister dit wil bewerkstelligen, gelet op de arbeidsmarkttekorten. Zij vragen of de Minister het aantal fte voor de 112-meldkamer afschalen wil afschalen. Ook vragen zij of de Minister verwacht dat triagisten en ander personeel interesse hebben in deze meldkamers, ten opzichte van hun huidige werk dat ziet op levensbedreigende acute zorgvragen.*

De inrichting van de zorgmeldkamers moet nog nader uitgewerkt worden voorafgaand aan definitieve besluitvorming hierover.

Vraag 37

*De leden van de D66 fractie vragen hoe de regionale zorgmeldkamers zich verhouden tot de bestaande meldkamers van de crisisdiensten ggz. Voorts vragen zij waar de triage voor de ggz plaats zal vinden. En tot slot willen zij weten op welke manier ambulante ggz professionals kunnen worden ingezet tijdens de ANW-diensten, en in relatie tot de rol van de meldkamer.*

In de generieke module Acute psychiatrie (GMAP) is een van de beoogde verbeteringen de triage op de meldkamer. Dat kan vormgegeven worden door een medewerker van de crisisdienst op de meldkamer maar ook door een directe doorschakeling met de betrokken crisisdienst. Regionaal wordt hier al succesvol mee geëxperimenteerd. De inzet van de houtskoolschets om bij de mogelijke op te richten regionale zorgmeldkamers ook ggz-expertise te betrekken, is hiermee in lijn. De precieze en praktische inrichting en organisatie vergt nadere uitwerking, in afstemming met het veld bij definitieve besluitvorming over het acute-zorglandschap.

Vraag 38

*De leden van de D66-fractie vragen of de Minister kan reflecteren op het advies van de Gezondheidsraad en de implicaties die dit heeft voor de nadere uitwerking van de houtskoolschets. Daarnaast vragen ze of de conclusie van de Gezondheidsraad (dat er geen medisch- wetenschappelijke argumenten zijn voor het aanhouden van de 45-minutennorm voor ziekenhuisspreiding ten behoeve van acute zorg en dat er eerder sprake is van kritieke tijdsintervallen dan een eenduidige limiet) bevestigt dat niet ieder ziekenhuis over een spoedeisende hulp zou hoeven beschikken, maar dat een spoedpost soms ook kan volstaan. Ook vragen ze of de Minister voornemens is om de 45-minutennorm los te laten op basis van dit advies, of er een nieuwe norm of nieuwe normen voor in de plaats komen en of de kritieke tijdsintervallen die de Gezondheidsraad benoemd anderzijds niet ook aangeven dat afstand enige rol blijft spelen. De leden vragen ook of de Minister in het licht van het advies de mening deelt dat de aanrijtijd van ambulances en de zorg ter plekke belangrijker is dan de precieze afstand en rijtijd tot aan het dichtstbijzijnde ziekenhuis en zo ja, hoe de Minister dan concreet wil inzetten op een verbetering van de aanrijtijden van ambulances. Ten slotte vragen ze welke mogelijkheden de Minister ziet om daarnaast meer hoogwaardige zorgverlening op locatie mogelijk te maken.*

De Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht over de 45-minutennorm. Dit advies zal worden meegenomen in het proces dat volgt na de internetconsultatie.

Welke mogelijkheden er zijn om meer hoogwaardige zorgverlening op locatie mogelijk te maken, zal onderdeel zijn van nadere uitwerking.

Vraag 39

*De leden van de D66-fractie vragen een nadere concretisering van het idee voor een goede spreiding van integrale spoedposten. Hoeveel spoedposten heeft de Minister ruwweg voor ogen? Op hoeveel plekken zou de Minister willen dat een spoedeisende hulp op termijn een spoedpost wordt? En binnen welke termijn heeft zij de geschetste transitie voor ogen? Wat betekent dit voor de bekostiging en het benodigde personeel? Welke schotten zouden concreet moeten worden weggenomen? Hoe denkt de Minister verder tot overeenstemming te kunnen komen met*

*veldpartijen over de vraag waar een spoedeisende hulp komt of mag blijven, en waar een spoedpost? Deze leden lezen dat dit per regio zal moeten worden bepaald. Is de Minister voornemens dit zelf te bepalen en af te dwingen of over te laten aan het veld? En wie dan binnen het veld? Kortom, wie krijgt de regie voor nadere uitwerking van deze plannen? De leden van D66 vragen tevens of de Minister in kan gaan op de financiële consequenties die een overstap van spoedeisende hulp naar spoedpost teweegbrengt voor ziekenhuizen? Kan dit in sommige gevallen aanzienlijke positieve of negatieve financiële gevolgen hebben?*

Veel onderwerpen, zoals de bekostiging van de acute zorg, de financiële gevolgen van de houtskoolschets en wie de sturing moet krijgen over de inrichting van het acutezorglandschap, worden nog nader uitgewerkt.

Vraag 40

*De leden van de D66-fractie vragen hoe voorkomen kan worden dat patiënten met psychische klachten onterecht op een spoedeisende hulp van een ziekenhuis komen en wat de verhoudingen zijn tussen de crisisdienst en de spoedeisende hulp in de situatie van integrale spoedposten?*

Voor mensen die een beroep doen op de acute ggz is het van belang om zoveel mogelijk te de-escaleren en rust te bieden zodat mensen zich kunnen stabiliseren. Dat vergt bepaalde vaardigheden en stelt voorwaarden aan de (fysieke) omgeving. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit te ondervangen, het is belangrijk om in de verdere uitwerking hiermee rekening te houden. De opzet die geschetst wordt kan bijdragen aan het verder terugdringen van het stigma op psychische aandoeningen en biedt de mogelijkheid voor een meer integrale blik en behandeling. De verhouding tussen de crisisdienst ggz en de spoedeisende hulp in de situatie van integrale spoedposten maakt onderdeel uit van de nadere uitwerking voor verdere besluitvorming over het acutezorglandschap. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit vorm te geven. De acute zorgverlening in de ggz is sinds 1 januari 2020 ingrijpend aangepast, teneinde de kwaliteit en beschikbaarheid te verbeteren. Sinds die datum is de generieke module Acute psychiatrie (GMAP) van kracht die zowel effect heeft op de organisatie van de zorg als inhoud van de zorg. De bekostiging van de acute ggz gaat al uit van beschikbaarheid in de regio en sluit daarmee aan op de richting die de houtskoolschets aangeeft. De implementatie van de genoemde modules verloopt gefaseerd, een eerste inzicht in het verloop en de ontwikkelingen daarin wordt in 2022 verwacht.

De houtskoolschets schetst mogelijke verdere ontwikkelingen en verbeteringen, ook op het terrein van de acute ggz. Bij verdere besluitvorming over het acutezorglandschap moet, samen met de veldpartijen, worden gezien welke verdere aanscherpingen aangewezen zijn.

Vraag 41

*De leden van de D66-fractie vragen of de Minister nog van plan is om de bakens te verzetten op het punt van gegevensuitwisseling in de acute zorg en zo ja, hoe.*

Met het wetsvoorstel «Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg» wil ik dat er een verplichting komt voor het elektronisch kunnen uitwisselen van bepaalde gegevens over een cliënt of patiënt in situaties wanneer het noodzakelijk is dat zorgaanbieders over deze gegevens beschikken. Bovendien wil ik bij een verplichte elektronische gegevensuitwisseling ook specificeren waar die uitwisseling aan moet voldoen. Dat doe ik via de lagere regelgeving. Daarvoor is het nodig dat de digitale uitwisselingen gestandaardiseerd op taal en techniek plaatsvinden, zodat goede

informatie veilig kan worden gedeeld en gebruikt. Hiervoor worden wettelijke eisen gesteld via de «afsprakenet voor taal en techniek». Die afsprakenet voor taal en techniek gaat over hoe die gegevens uitgewisseld moet worden. Welke gegevens er uitgewisseld moeten worden voor goede zorg wordt door het veld vastgelegd in kwaliteitsstandaarden die ingeschreven worden in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland.

Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd, verwacht ik dat ik begin volgend jaar het wetsvoorstel aan uw Kamer kan aanbieden. Daarmee zijn op dit moment nog niet alle knelpunten van gegevensuitwisseling in de acute zorg opgelost. Er zijn bijvoorbeeld nog technische en juridische vraagstukken om op te lossen om ook op korte termijn uitwisseling mogelijk te maken.

Op dit moment wordt al in een aantal programma's aan gewerkt om elektronische gegevensuitwisseling te verbeteren. Zo wordt er, op initiatief van onder andere InEen (koepel voor eerstelijnszorg) en de Patiëntenfederatie, gestart met een programma voor de implementatie van de richtlijn «Gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp». De implementatie van deze richtlijn maakt het onder andere mogelijk dat gegevens van huisartsenpost (HAP) naar spoedeisende hulp (SEH) elektronisch verzonden kunnen worden. Daarnaast werk ik aan de formulering én uitrol van de juiste toestemmingsvraag voor gegevensuitwisseling bij spoed en onderzoek ik wat er kan binnen het huidige wettelijke kader.

In het eerste kwartaal van 2021 ontvangt u van mij een Kamerbrief over de voortgang op gegevensuitwisseling bij spoedzorg. In de huidige trajecten wordt er dus al flink ingezet op het mogelijk maken van brede elektronische gegevensuitwisseling in de acute zorg en ik blijf het belangrijk vinden dat dit snel wordt geregeld.

Vraag 42

*De leden van de D66-fractie vragen of er nieuwe normen komen op het gebied van bereikbaarheid en beschikbaarheid. Tevens vragen zij of de Minister de bestaande kwaliteitskaders in de acute zorg wil herzien.*

Het is van groot belang dat er duidelijke en handhaafbare normen zijn in het acuteczorglandschap. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen<sup>11</sup> is in februari 2020 door het Zorginstituut vastgesteld en opgenomen in het Register. Het Kwaliteitskader beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een spoedzorgvraag 24/7 goede kwaliteit van zorg te bieden. Momenteel zie ik geen aanleiding om deze aan te passen. Ook zie ik nu nog geen aanleiding om de huidige normen op het gebied van bereikbaarheid en beschikbaarheid aan te passen.

Vraag 43

*De leden van de D66-fractie vragen wie sturing over de inrichting van het acute zorglandschap moet krijgen, hoe er stappen naar een toekomstbestendige acute zorgketen kunnen worden gezet, hoe de financiering zou moeten worden vormgegeven en welke financiële impact de plannen hebben en welke mensen draagvlak toonden voor het betalen voor beschikbaarheid en integrale financiering van de acute zorg.*

Veel onderwerpen, zoals de bekostiging van de acute zorg, de financiële gevolgen van de houtskoolschets en wie de sturing moet krijgen over de inrichting van het acuteczorglandschap, worden nog nader uitgewerkt.

<sup>11</sup> <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorgketen-kwaliteitskader>

De gesprekken die hebben gediend als input voor de houtskoolschets zijn allemaal gevoerd op persoonlijke titel en op basis van vertrouwelijkheid, ik kan dus niet aangeven welke personen draagvlak toonden voor de voorgestelde bekostiging van de acute zorg.

De consultatie die loopt tot 1 januari 2021 zal naar verwachting inzicht geven hoe partijen staan ten opzichte van het betalen voor beschikbaarheid en integrale financiering van de acute zorg.

Vraag 44

*De leden van de D66-fractie vragen welke raakvlakken de houtskoolschets heeft met het advies van de RVS getiteld «Van deelbelangen naar gedeeld belang. Een handreiking voor regie op toegankelijke acute zorg» en op welke vlakken het advies afwijkt en hoe tegen de uitwerking van een betaling op basis van beschikbaarheid wordt aangekeken.*

In het advies schetst de RVS verschillende regiomodellen die toegepast kunnen worden in de acute zorg en wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Ook doet de RVS suggesties voor de bekostiging van de acute zorg. Het advies van de RVS zal bij de verdere besluitvorming door een volgend kabinet over het acutezorglandschap worden betrokken.

Vraag 45

*De leden van de D66-fractie vragen hoe geborgd gaat worden dat de zorg doelmatig geleverd wordt en of het een risico is van financieren op basis van beschikbaarheid dat het financieel lonend wordt om patiënten sneller door te geleiden naar een afdeling in het ziekenhuis waar niet op basis van beschikbaarheid maar op basis van behandeling wordt gefinancierd.*

In de toekomstige inrichting van het acute zorglandschap is het uitgangspunt dat de patiënt behandeld wordt door de meest geschikte zorgprofessional. De triagist in de zorgmeldkamer bepaalt of de patiënt naar de spoedpost moet komen en door welke professional gezien kan worden. Dit kan een zorgprofessional zijn die laagcomplex acute (huisartsen)zorg kan verlenen, een zorgprofessional die meer complexe acute zorg kan verlenen of een zorgprofessional die acute geestelijke gezondheidszorg kan verlenen. Of misschien moet de zorg in samenspraak tussen huisarts en spoedeisende arts verleend worden.

In de houtskoolschets wordt voorgesteld om de acute zorg integraal te gaan financieren zodat bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en de spoedeisende hulp, verdwijnen. Daarbij moet oog blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te verlenen. Er zal gekeken moeten worden naar de voor- en nadelen én de effecten van integrale financiering van de acute zorg. Zorgt dit ervoor dat zorgprofessionals beter met elkaar kunnen samenwerken en dat de patiënt sneller door de juiste persoon geholpen kan worden? Ik ga onderzoeken of dit duidelijkheid creëert voor zowel patiënten als zorgprofessionals en of door te betalen voor beschikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen in een regio het integraal werken wordt bevorderd. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de wisselwerking met de electieve zorg. Wat is het effect van het financieren op beschikbaarheid in de acute zorg op de financiering van de electieve zorg? En wat betekent dit voor patiënten? Voorop staat dat de bekostiging van de acute zorg de juiste sturing moet geven om deze zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te organiseren.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

Vraag 46



*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of wat betreft de sturing er regionale acute zorgtafels worden gerealiseerd en of dit ook een goed systeem zou kunnen zijn voor de planbare zorg aangezien veel van de problemen binnen de acute zorgketen, zoals een tekort aan werknemers, weinig slimme zorg thuis en samenwerking binnen de keten, ook spelen binnen de rest van de zorg.*

Mijn doel is om binnen het huidige zorgstelsel de acute zorg zodanig in te richten dat beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van deze zorgsoort optimaal in balans is. De houtskoolschets beschrijft de lijnen om dit te bereiken. Eenduidige financiering en samenwerking tussen zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling in de regio zijn belangrijke onderdelen daarvan. Deze zullen ook onderdeel zijn van de uitwerking van de houtskoolschets.

Vraag 47

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke manieren congruent gedrag kan worden afgedwongen. Ook vragen deze leden wat in de ogen van de Minister de voor- en tegenargumenten zijn van een systeem met één verzekeraar en van een systeem met twee verzekeraars. Tevens vragen zij hoe de Minister zich de contractering en verdeling van de budgetten voor zich ziet, of de budgetten worden verdeeld aan dezelfde tafel waar strakke afspraken worden gemaakt over de organisatie van de acute zorg of dat de verschillende aanbieders van acute zorg individueel afspraken moeten maken met de grootste verzekeraar (of grootste twee verzekeraars). Deze leden vragen zich af hoe de budgetten dan worden bepaald, of de tarieven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden bepaald of dat de zorgaanbieders en verzekeraars daar onderling uit moeten komen. En als de tarieven door de NZa worden bepaald, wat dan precies de rol wordt van de verzekeraars, of dat het net zo wordt zoals bij de ambulancevoorziening, waar deels op basis van productie en deels op basis van beschikbaarheid wordt betaald.*

Op dit moment is het zo dat er meerdere zorgverzekeraars in een regio actief zijn. De houtskoolschets beschrijft dat om tot de optimale balans te komen in de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg, het wenselijk is dat deze zorgverzekeraars zich congruent gedragen.

Vraag 48

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er met het huidige systeem niet de mogelijkheid is dat er een nieuw schot wordt gecreëerd tussen planbare en acute zorg en in hoeverre dat volgens de Minister schadelijk kan zijn, aangezien de acute en planbare zorg toch ook vaak in elkaars verlengde liggen.*

In de toekomstige inrichting van het acute zorglandschap is het uitgangspunt dat de patiënt behandeld wordt door de meest geschikte zorgprofessional. De triagist in de zorgmeldkamer bepaalt of de patiënt naar de spoedpost moet komen en door welke professional gezien kan worden. Dit kan een zorgprofessional zijn die laagcomplex acute (huisartsen)zorg kan verlenen, een zorgprofessional die meer complexe acute zorg kan verlenen of een zorgprofessional die acute geestelijke gezondheidszorg kan verlenen. Of misschien moet de zorg in samenwerking tussen huisarts en spoedeisende arts verleend worden.

In de houtskoolschets wordt voorgesteld om de acute zorg integraal te gaan financieren zodat bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en de spoedeisende hulp, verdwijnen. Daarbij moet oog blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te verlenen. Er zal gekeken moeten worden naar de voor- en nadelen én de effecten van

integrale financiering van de acute zorg. Zorgt dit ervoor dat zorgprofessionals beter met elkaar kunnen samenwerken en dat de patiënt sneller door de juiste persoon geholpen kan worden? Ik ga onderzoeken of dit duidelijkheid creëert voor zowel patiënten als zorgprofessionals en of door te betalen voor beschikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen in een regio het integraal werken wordt bevorderd. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de wisselwerking met de electieve zorg. Wat is het effect van het financieren op beschikbaarheid in de acute zorg op de financiering van de electieve zorg? En wat betekent dit voor patiënten?

Voorop staat dat de bekostiging van de acute zorg de juiste sturing moet geven om deze zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te organiseren.

Vraag 49

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe integrale spoedposten verbonden blijven met de ziekenhuizen of dat ze in principe altijd gevestigd zijn in een ziekenhuis. Dit in verband met mensen met chronische aandoeningen die acuut zorg nodig hebben, waarbij in een ziekenhuis specialisten aanwezig zijn die specifieke expertise hebben en de acute zorgvraag in het perspectief van het langere behandeltraject van de zorgvrager kunnen plaatsen.*

Het is inderdaad belangrijk dat mensen met chronische aandoeningen de juiste zorg krijgen. Bij de verdere uitwerking van het acutezorglandschap zal, samen met zorgprofessionals, gedetailleerd in kaart worden gebracht welke vormen van acute zorg in een spoedpost en welke in een spoedeisende hulp voor hoog-complexe zorg behandeld kunnen worden. Hierbij moet goed in kaart gebracht worden wat de gevolgen zijn voor onder andere de patiënt. Het is dus nog niet duidelijk welke manier het beste is om de integrale spoedpost al dan niet verbonden te laten zijn met de ziekenhuizen.

Vraag 50

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich af hoe de verdeling van integrale spoedposten zich verhoudt tot het ziekenhuislandschap, hoe de koppeling wordt gemaakt binnen het systeem in de houtskoolschets en het ziekenhuislandschap en of de ziekenhuizen in de regio blijven behouden. In de houtskoolschets wordt ook een concentratie van SEH-locaties geschetst, met een reductie van het aantal ziekenhuizen met een SEH en een IC. De leden vragen of al deze ziekenhuizen in de regio wel kunnen blijven bestaan als ze mogelijk hun SEH en IC verliezen en welke waarborgen hiervoor kunnen worden ingebouwd.*

Veranderingen in het acutezorglandschap hebben ook effect op het reguliere zorglandschap. Definitieve besluitvorming over het acutezorglandschap dient dus ook plaats te vinden in het kader van de bredere besluitvorming over de contouren van de zorg.

Vraag 51

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen in hoeverre het haalbaar is om meer acute zorg thuis te verlenen door bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige en een verloskundige bij de cliënt thuis te laten komen. Ook vragen ze of daar wel voldoende zorgverleners zijn, of die wel voldoende tijd hebben om bij zorgvragers thuis langs te gaan en wat er extra nodig is voor verloskundigen en wijkverpleegkundigen om deze functie binnen het voorgespiegelde acute zorglandschap te kunnen vervullen.*

De houtskoolschets beschrijft een beeld over meer acute zorg thuis. Dat heeft vooral betrekking op laagcomplexere acute zorg die thuis kan worden gegeven. Dat kan nu al, maar dit kan nog substantieel worden uitgebreid om de instroom in de acute zorg te verminderen. Bijvoorbeeld door ambulancepersoneel dat, door middel van een mobiel zorgconsult, de patiënt thuis kan behandelen en dus niet naar een ziekenhuis hoeft te rijden. Ik zie dit als wenselijke vormen van zorgdifferentiatie die mogelijk de druk op de ambulancezorg en op ambulanceverpleegkundigen kunnen verlichten. Zorgdifferentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: het biedt nieuwe groeimogelijkheden voor medewerkers om, in het kader van duurzame inzetbaarheid, actief loopbaanbeleid te voeren en is het een belangrijk middel om de krapte op de arbeidsmarkt te adresseren. Behoeften ten aanzien van extra of ander personeel zullen onderdeel zijn van de uitwerking van de houtskoolschets. In de verdere uitwerking van het acutezorglandschap vereist dit onderwerp, uiteraard in gesprek met veldpartijen, nadrukkelijk de aandacht.

Vraag 52

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe acute zorg thuis zich qua kosten verhoudt tot acute zorg op een spoedpost.*

Bij het opstellen van de houtskoolschets acute zorg is nog niet doorberekend wat de financiële consequenties zijn. Hoe de acute zorg thuis zich qua kosten verhoudt tot acute zorg op de spoedpost moet worden betrokken bij de verdere besluitvorming over het acutezorglandschap.

Vraag 53

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze aanbieders in de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning betrokken zullen worden bij de overleggen van het ROAZ en hoe deze samenwerking wordt gefinancierd. En of er bij het ROAZ ook afspraken worden gemaakt om acute zorg te voorkomen met partijen die daar een rol in spelen.*

Het is van belang om adequate afspraken te maken op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Dit vraagt om afspraken over samenwerking in de hele acute zorgketen, niet alleen met betrekking tot de inrichting van het acutezorglandschap maar ook om acute zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Hierbij is ook de samenwerking met aanbieders in andere domeinen zoals de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning van belang. In het kader van de amvb acute zorg zie ik al welke partijen altijd in het ROAZ moeten deelnemen, al dan niet door middel van vertegenwoordiging. Hoe de samenwerking met andere domeinen moet worden vormgegeven en hoe deze samenwerking wordt gefinancierd, zijn aspecten die in de volgende fase van de uitwerking van het acutezorglandschap moeten worden betrokken.

Vraag 54

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of bijvoorbeeld ouderen in het nieuwe systeem ook nog direct contact opnemen met zorgverleners, of dat het de bedoeling is dat er altijd naar het nieuwe nummer wordt gebeld.*

Het idee in de houtskoolschets acute zorg is dat men voor acute niet-levensbedreigende zorg contact op kan nemen met de zorgmeldkamer. Voor andere vragen over de zorg, kan een patiënt gewoon contact op blijven nemen met zijn of haar zorgverlener. Dat betekent dat doorde-weeks overdag gewoon de huisarts gebeld kan worden. Duidelijkheid voor de patiënt staat hierbij voorop.

Vraag 55

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen in hoeverre zorgverleners zelf zijn betrokken bij het maken van de houtskoolschets. Zij vragen specifiek of vertegenwoordigers van huisartsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, spoedeisendehulpartsen, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en geriateren zijn geraadpleegd. En zo ja, hoe zij aankijken tegen de voorgestelde veranderingen.*

Er zijn voorafgaand aan het opstellen van de houtskoolschets circa 70 gesprekken gevoerd met afzonderlijke organisaties en personen. Daarbij kunt u denken aan artsen met verschillende expertises, verpleegkundigen, verloskundigen, patiënten, consultants, toezichthouders, openbaar bestuur, etc. Na het ontwikkelen van een eerste denkrichting zijn sessies georganiseerd op bestuurlijk niveau om het eerste beeld te toetsen en verder uit te denken. Deze sessies zijn georganiseerd met zorgprofessionals, zorgkoepels, openbaar bestuur en innovators.

Het concretiseren en uitwerken van de houtskoolschets vergt nauwe samenwerking met partijen die een rol spelen in het acute zorglandschap; zowel op landelijk als regionaal niveau, zowel in de uitvoering als beleidsmatig, zowel als zorgverlener als zorggebruiker. De betrokkenheid van burgers, zorgprofessionals, regionale en landelijke partijen vind ik dan ook essentieel om de toekomstige inrichting van de acute zorg goed vorm te kunnen geven. Zij zullen dus betrokken worden bij de verdere uitwerking. Ik zal uw Kamer op geëigende momenten informeren over de voortgang.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

Vraag 56

*De leden van de SP-fractie vragen wat er gedaan wordt met de ontvangen reacties in de consultaties, hoe deze reacties worden gewogen en wie de uiteindelijke beslissing neemt. En of het een vorm van «de meeste stemmen winnen» is en of bepaalde mogelijke veranderingen/suggesties al bij voorbaat uitgesloten zijn.*

De internetconsultatie loopt nog tot 1 januari 2021. Ik streef ernaar om uw Kamer voor het verkiezingsreces te informeren over de uitkomsten. Alle reacties die binnenkomen worden daarin meegewogen. Er zal bekeken moeten worden welke consequenties de reacties hebben voor de plannen zoals beschreven in de houtskoolschets. Definitieve besluitvorming over de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg is aan het nieuwe kabinet.

Vraag 57

*In de houtskoolschets wordt aangegeven: «We vinden dat acute zorg een cruciale voorziening is en hechten veel waarde aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg, daarom kijken we of betalen voor beschikbaarheid van bepaalde acute zorgvoorzieningen een logische route is». De leden van de SP-fractie vragen of dit dan een onderwerp in de consultatie wordt of dat hierbij een ander pad wordt belopen. Daarnaast vragen deze leden welke partij hier precies wordt bedoeld met «we».*

De bekostiging van de acute zorg is een onderwerp dat zowel in de consultatie aan bod komt als verdere uitwerking vraagt. Daarbij geloof ik in een aanpak waarbij geld de inhoud volgt. Dit betekent dat de bekostiging aansluit bij de uiteindelijke inrichting van het acute zorglandschap en de doelen die moeten worden bereikt. Bij het uitwerken en concretiseren van de houtskoolschets worden relevante partijen, bijvoorbeeld

zorgprofessionals, patiënten, het openbaar bestuur en bestuurders in de acute zorg, betrokken.

Vraag 58

*De leden van de SP-fractie vragen welke lessen van de COVID-19 crisis zijn meegenomen in het opstellen van de houtskoolschets.*

Aangezien de COVID-19 crisis nog niet voorbij is, is moeilijk om definitief te bepalen welke ervaringen en lessen er zijn voor het toekomstige acutezorglandschap.

Wel hebben we al enkele ontwikkelingen kunnen zien de afgelopen tijd. Met name tijdens de eerste golf heeft de digitale zorg een enorme vlucht genomen. Uiteraard is digitale zorg of zorg op afstand niet bij elke aandoening een oplossing, maar het kan in veel gevallen ondersteuning bieden. We hebben gezien dat het geven van zorg op afstand en de digitale zorg wel degelijk werkt. Ook hebben in deze crisis de ROAZ'en de regierol in de regio goed opgepakt. Deze rol zouden zij ook buiten de crisistijd kunnen vervullen, zoals beschreven staat in de houtskoolschets. We hebben kunnen zien dat (regionale) samenwerking in de zorg goed werkt. Dit zou verder uitgebouwd kunnen worden, ook buiten crisistijden.

In de uitwerking van de houtskoolschets zullen we de tot dan geleerde lessen en ervaringen uit de COVID-19 crisis betrekken.

Vraag 59

*De leden van de SP-fractie vragen welke weging er is gemaakt tussen kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.*

Bij het opstellen van de houtskoolschets acute zorg is een goede inrichting van het zorglandschap leidend geweest. Hierbij is in eerste instantie gekeken naar een toekomstige inrichting van het acutezorglandschap om het kwalitatief zo goed mogelijk in te richten. Zorg moet betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed zijn. Bij de verdere uitwerking van de toekomstige inrichting van de acute zorg is betaalbaarheid dus ook een belangrijk aspect. Kwaliteit moet geborgd worden, maar daarbij is het goed mogelijk dat er keuzes gemaakt moeten worden op basis van betaalbaarheid.

Vraag 60

*De leden van de SP-fractie vragen een nadere toelichting op het idee van de wijkkliniek. Zij vragen of er in elke wijk een dergelijke wijkkliniek komt en wie daar werken. Tevens vragen de leden van de SP-fractie hoe wordt in dit kader wordt gedacht over het oprichten van Zorgbuurthuizen (zoals door de SP voorgesteld).*

Er is in juli 2018 in Amsterdam Zuidoost in de locatie Eben Haëzer een Wijkkliniek geopend. Deze Wijkkliniek is het resultaat van een innovatieve samenwerking tussen Cordaan, het Academisch Medisch Centrum (AMC) en Zilveren Kruis. De Wijkkliniek is een nieuw zorgconcept voor ouderen die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen (bijvoorbeeld ernstige benauwdheid, hoge koorts, onregelde diabetes). In de Wijkkliniek is er zowel complexe acute medische zorg als goede ondersteuning en begeleiding om binnen 14 dagen zo fit mogelijk weer naar huis te kunnen. Daarbij vindt er tijdens en na de opname intensief afstemming plaats met de mantelzorgers en de eigen zorgverleners, zoals de huisarts, zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is of naar verdere kortdurende zorg (zoals geriatrische revalidatie). Deze Wijkkliniek is derhalve geen woonvorm zoals het door de SP voorgestelde concept van zorgbuurthuizen.

#### Vraag 61

*De leden van de SP-fractie vragen of er geen nieuwe verwarring ontstaat voor gebruikers van het nieuwe nummer en 112 en of het niet wenselijker is om meer te investeren in de bereikbaarheid van de huisartsen en huisartsenposten in plaats van iets nieuws te bedenken. Ook vragen zij wat de hulpverleners die de zorg moeten leveren en de patiënten die de zorg moeten ontvangen vinden van deze plannen.*

De gedachte in de houtskoolschets is dat door één centraal nummer in te stellen voor alle niet levensbedreigende, maar wel acute zorg, het duidelijker wordt waar mensen moeten zijn met hun acute klachten. Momenteel zijn er veel loketten waar mensen met een acute zorgvraag kunnen aankloppen. Door goede triage wordt de patiënt sneller naar de juiste plek geleid, bijvoorbeeld naar de spoedpost of naar de SEH voor hoog-complexe zorg. De duidelijkheid voor de patiënt staat hierbij voorop. Dit idee komt dat ook niet voort uit een bereikbaarheidsvraagstuk, maar uit signalen dat het momenteel onduidelijk is voor de patiënt waar hij of zij moet zijn met een acute zorgvraag. Hoe hulpverleners in de zorg en patiënten denken over het nieuwe nummer van de zorgmeldkamer zal naar verwachting blijken uit de internetconsultatie.

#### Vraag 62

*De leden van de SP-fractie vragen welk deel van de acute zorg voorkomen dan wel verplaatst kan worden.*

Op dit moment wordt veel laagcomplexe acute zorg in het ziekenhuis of elders in de zorgketen opgelost. Deze zorg zou thuis geboden kunnen worden om de instroom in de acute zorg te verminderen. Dat zorgt ervoor dat de druk op de zorg vermindert, efficiënter met tijd en personeel kan worden omgegaan en het vaak voor de patiënt prettiger is omdat hij of zij in de eigen omgeving kan blijven. Het gaat dan om bijvoorbeeld wondverzorging of gynaecologische zorg. Deze acute zorg kan beter en meer thuis worden opgepakt door bijvoorbeeld meer gebruik te maken van digitale toepassingen en meer inzet van wijkverpleegkundigen met specialisatie in acute zorgsituaties. Hoe dit wordt vormgegeven en wie daarvoor verantwoordelijk is, zal nader worden uitgewerkt.

#### Vraag 63

*De leden van de SP-fractie vragen waarom precies het idee is om de huisartsenposten geheel te schrappen in plaats van een betere samenwerking. De leden van de SP-fractie vragen wat de gevolgen hiervan zijn als het gaat om aantallen, beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende hulpposten.*

Als we naar het acutezorglandschap kijken zien we een aantal vraagstukken: het is soms te druk of juist te stil, het is niet altijd duidelijk voor de patiënt waar hij heen moet, de integrale samenwerking kan beter en het is moeilijk om steeds voldoende zorgprofessionals te vinden. Om het hoofd te kunnen bieden aan deze vraagstukken en om ook in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg voor iedereen te kunnen garanderen, moet het acutezorglandschap toekomstbestendig worden ingericht. Dit vraagt om veranderingen in de huidige inrichting van de acute zorg. Het inrichten van integrale spoedposten is hier een voorbeeld van. Wat de gevolgen hiervan zijn als het gaat om aantallen, beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende hulpposten, zal voor besluitvorming over wijzigingen in het acute zorglandschap verder onderzocht moeten worden.

#### Vraag 64

*De leden van de SP-fractie vragen of er regionale verschillen kunnen zijn in aantallen spoedeisende hulpposten, reisafstanden en reistijden en wat hiervoor de landelijke eis zal zijn. Ook vragen zij of er gegarandeerd kan worden dat er geen SEH's gesloten worden.*

Het klopt dat er regionale verschillen kunnen bestaan. Het overgrote deel van de acute zorg zal nog gewoon in de buurt verleend kunnen worden. De inrichting van het acutezorglandschap moet aansluiten bij de kenmerken van de regio.

Vraag 65

*De leden van de SP-fractie vragen of er al iets gezegd kan worden over de verwachte veranderingen met betrekking tot de druk op personeel (de werkdruk).*

Ik kan op dit moment niet inschatten welke veranderingen de voorstellen met zich meebrengen met betrekking tot de druk op het personeel (de werkdruk). De bredere arbeidsmarktontwikkeling en vormgeving van het arbeidsmarktbeleid speelt hierbij ook een rol.

Vraag 66

*De leden van de SP-fractie vragen hoe een breed inzicht in de beschikbare capaciteit van verschillende ziekenhuizen vergroot kan worden.*

Hoe een inzicht in de beschikbare bedden capaciteit van verschillende ziekenhuizen vergroot kan worden volgt in het proces hierna. Hierbij zal gekeken worden naar goede voorbeelden uit de praktijk.

Vraag 67

*De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide aparte reflectie op het rapport van de Gezondheidsraad waarin ook de analyses van de SP op dit punt worden meegenomen.*

De Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht over de 45-minutennorm. Dit advies zal worden meegenomen in het proces dat volgt na de internetconsultatie.

Vraag 68

*De leden van de SP-fractie vragen of er al ideeën zijn over in hoeverre de zorg tussen de verschillende regio's kan en mag verschillen.*

Uiteraard moet de acute zorg in alle regio's van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar zijn. De zorg moet echter ook aansluiten bij de kenmerken van de regio in de zin dat het zorgaanbod zo goed mogelijk op de zorgvraag moet zijn afgestemd.

Vraag 69

*De leden van de SP-fractie vragen zich af of, nu de hele toekomst van de acute zorg vormgegeven dient te worden en onderwerp is van discussie, ook de rol van de zorgverzekeraars onderwerp van discussie is en of de zorgverzekeraar kan veranderen of zelfs verdwijnen. Ook vragen ze of in deze discussie ook de rol van de zorgverzekeraar onderwerp is van gesprek of dat die als vast gegeven wordt gezien.*

Voor de brede discussie over de zorg verwijs ik u naar de contourennota die binnenkort aan de Kamer zal worden gestuurd.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

Vraag 70

*De leden van de PvdA-fractie vragen of herinrichting de voorkeur heeft ten opzichte van het aanpakken van problemen als onnodig gebruik van acute zorg, onduidelijkheid over het juiste loket, personeelstekort en verbetering van samenwerking.*

De houtskoolschets acute zorg beschrijft een beeld van een toekomstige inrichting en financiering van het acute zorglandschap. Hierbij was het uitgangspunt niet om uit te gaan van de huidige situatie, maar om een voorstelling te maken van de ideale inrichting van het acute zorglandschap. Bij de verdere uitwerking van de houtskoolschets zal moeten blijken hoe bepaalde ideeën ingericht zouden moeten worden en welk effect ze hebben op de huidige praktijk. In deze uitwerkingen zullen analyses worden gemaakt met meer feiten en cijfers en verdere gesprekken worden gevoerd met relevante partijen.

Vraag 71

*De leden van de PvdA-fractie vragen of onderzocht is hoe het instellen van één landelijk noodnummer in Nederland zal gaan werken. Ze vragen of daarbij rekening is gehouden met de ervaringen in Denemarken, waarbij het instellen van een noodnummer leidde tot een toename van SEH-bezoek, of in het Verenigd Koninkrijk, waar het aantal zelfverwijzers is gestegen.*

De inrichting zoals beschreven in de houtskoolschets acute zorg, is gebaseerd op gesprekken met diverse partijen met expertise op het gebied van acute zorg. Ik zie in dat deze ideeën verdere (cijfermatige) onderbouwing behoeven. Dat is echter nog niet op die manier onderzocht. Verdere uitwerking en onderbouwing zal volgen in het traject hierna.

Vraag 72

*De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de herinrichting bijdraagt aan de personeelstekorten en welke cijfers daaraan ten grondslag liggen. Ook vragen zij welke impact dit heeft op zorgprofessionals en in hoeverre de voorgestelde ontwikkelingen het werken in de zorg aantrekkelijker maken. Ook vragen zij in hoeverre zorgmedewerkers input hebben geleverd op voorliggende schets en in hoeverre zorgprofessionals kunnen meepraten over de verdere uitwerking.*

Bij het opstellen van de houtskoolschets is gesproken met diverse zorgprofessionals. Ook kunnen zorgprofessionals hun mening geven over de houtskoolschets via de internetconsultatie. Dit geldt ook voor het meedenken over de brede contouren van de zorg zoals beschreven in de contourennota.

Vraag 73

*De leden van de PvdA-fractie stellen een aantal vragen met betrekking tot de triage in de zorgmeldkamer. Zij vragen hoe de regionale zorgmeldkamer zal worden ingericht, of precies kan worden aangegeven hoe de triagisten te werk gaan, of het de bedoeling is dat de Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt gebruikt en hoe rekening wordt gehouden met het feit dat de kwaliteit van deze standaard niet altijd even goed is. Daarnaast vragen ze hoe zal worden voorkomen dat overtriage plaatsvindt, met hogere patiëntaantallen en overbelasting van huisartsenposten, of dat bij oudere patiënten die klachten vaak atypisch presenteren, juist ondertriage plaats vindt. Ook vragen ze of nog zal worden onderzocht welke wijze van triage optimaal is en welke zorgprofessionals het beste kunnen worden ingezet en zo nee, waarom niet.*



In de voorgestelde toekomstige inrichting van de acute zorg, is goede triage van groot belang. Hoe dit optimaal ingericht kan worden en wie daarbij betrokken zijn, maakt onderdeel uit van de verdere uitwerking bij besluitvorming door het komende kabinet.

Vraag 74

*De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de ervaringen van de corona-crisis zijn meegenomen in het uitwerken van de houtskoolschets acute zorg.*

Aangezien de COVID-19 crisis nog niet voorbij is, is moeilijk om definitief te bepalen welke ervaringen en lessen er zijn voor het toekomstige acutezorglandschap.

Wel hebben we al enkele ontwikkelingen kunnen zien de afgelopen tijd. Met name tijdens de eerste golf heeft de digitale zorg een enorme vlucht genomen. Uiteraard is digitale zorg of zorg op afstand niet bij elke aandoening een oplossing, maar het kan in veel gevallen ondersteuning bieden. We hebben gezien dat het geven van zorg op afstand en de digitale zorg wel degelijk werkt. Ook hebben in deze crisis de ROAZ'en de regierol in de regio goed opgepakt. Deze rol zouden zij ook buiten de crisistijd kunnen vervullen, zoals beschreven staat in de houtskoolschets. We hebben kunnen zien dat (regionale) samenwerking in de zorg goed werkt. Dit zou verder uitgebouwd kunnen worden, ook buiten crisistijden.

In de uitwerking van de houtskoolschets zullen we de tot dan geleerde lessen er ervaringen uit de COVID-19 crisis betrekken.

Vraag 75

*De leden van de PvdA-fractie vragen wat de gevolgen zullen zijn voor patiënten in rurale gebieden en krimpregio's van het voorstel om acute zorg verder te concentreren in spoedposten en SEH-posten en acute zorg minder in ziekenhuizen te laten plaatsvinden. Ook vragen ze in hoeverre hierin prioriteit gegeven wordt aan de doelmatigheid en efficiëntie van de acute zorg in plaats van aan de beschikbaarheid van acute zorg. Daarnaast vragen ze hoe zal worden voorkomen dat een toenemende concentratie van spoedzorg leidt tot «witte vlekken» in Nederland, plekken waar de afstand tot spoedzorg langer wordt dan de norm van 45 minuten. Ten slotte vragen ze hoe de locaties, de hoeveelheid per regio, openingstijden en inrichting van spoedposten bepaald zal worden, of verdere concentratie van spoedposten betekent dat meer mensen een langere afstand moeten afleggen naar de dichtstbijzijnde spoedpost, hoe dit zal bijdragen aan de patiënttevredenheid en of patiënten kunnen bijdragen aan de houtskoolschets en zo ja op welke wijze.*

Ik hecht veel belang aan de toegankelijkheid van de acute zorg. Voor de verdere uitwerking van het acutezorglandschap is onder andere het advies van de Gezondheidsraad van belang om te kunnen besluiten over locaties van spoedposten en spoedeisende hulpposten, aanrijtijden van ambulances en normen hiervoor. Er moet nog veel uitgezocht en onderbouwd worden. Dit gaat gebeuren in de volgende fase na de internetconsultatie. De internetconsultatie staat open voor iedereen die betrokken is of zich betrokken voelt bij de acute zorg. Ook patiënten kunnen een reactie geven op de houtskoolschets via de internetconsultatie. Daarnaast zullen wij ook in het verdere proces patiënten betrekken bij de uitwerking.

Vraag 76

*De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre een verdere concentratie van de bevallingszorg eraan zal bijdragen dat er «witte vlekken» ontstaan*

*met betrekking tot bevallingszorg, hoe de Minister denkt bevallingszorg toegankelijk te houden voor vrouwen in dunbevolkte regio's en of een verdere concentratie van bevallingszorg ertoe zal leiden dat de keuzevrijheid van vrouwen om zelf te bepalen hoe en waar zij willen bevallen in het geding komt. In de schets staat benoemd dat wanneer eigen bijdrage voor bevallen in het ziekenhuis of in een geboortecentrum deze beweging in de weg staat, gekeken moet worden naar een oplossing. De leden vragen wat voor een oplossing hier wordt bedoeld.*

De toegankelijkheid van bevallingszorg is een belangrijk aspect bij verdere besluitvorming over het acutezorglandschap. Ook de gevolgen voor de keuzevrijheid en de eigen bijdrage poliklinisch bevallen zullen hierbij in beeld moeten worden gebracht.

Vraag 77

*De leden van de PvdA-fractie vragen of bij de totstandkoming van de houtskoolschets voldoende rekening is gehouden met het feit dat acute zorg ook chronische zorg is die niet enkel via de SEH, huisartsenpraktijk of spoedpost wordt behandeld en in hoeverre rekening wordt gehouden met het feit dat het merendeel van de patiënten op de SEH een onderliggende chronische ziekte heeft en dat de acute klachten gezien kunnen worden als een verslechtering van de chronische ziekte. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre er rekening mee is gehouden dat een acute zorgvraag niet op zichzelf wordt behandeld, maar altijd wordt gezien binnen het behandeltraject van een chronische patiënt.*

Ik ben het eens met de leden van de PvdA-fractie dat een zorgvraag niet op zichzelf behandeld moet worden, maar dat altijd rekening gehouden moet worden met de medische voorgeschiedenis. Dat kan onder andere een chronische aandoening zijn. In het opstellen van de houtskoolschets is hier ook rekening mee gehouden. Het is belangrijk dat de zorgprofessional beschikt over de juiste en actuele informatie over de patiënt zodat de juiste zorg verleend kan worden. Daarbij is het belangrijk dat de zorgprofessional goed samenwerken en er samen beslist kan worden.

Vraag 78

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de rol van de regiebehandelaar wordt gezien binnen deze houtskoolschets. Zij vragen in hoeverre deze regietaak ook bij medisch specialisten zou kunnen worden neergelegd en hoe zal worden gezorgd voor duidelijke regie en een duidelijk aanspreekpunt bij deze groep patiënten.*

Ik neem aan dat de PvdA-fractie doelt op de rol van de regiebehandelaar in het kader van Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)<sup>12</sup>. Daarin is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor het opstellen van dit behandelplan bij zorg in een groep, waarin ook de te leveren zorg door andere betrokken zorgverleners is beschreven. De regiebehandelaar voert de regie over de uitvoering en stelt waar nodig dit plan bij. De rol van regiebehandelaar wordt in de praktijk vaak vervuld door een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Als het gedragsaspect voorliggend is, kan de regierol ook belegd worden bij een gedragswetenschapper.

Wanneer er een plotseling acute situatie optreedt, neemt, zoals gebruikelijk, de medisch specialist als behandelaar in de acute situatie de zorg over. Daarbij kan juist informatie van de regiebehandelaar en informatie uit het bestaande behandelplan van dienst zijn in de aanpak van de acute

<sup>12</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 80.

situatie, zodat de wensen van de zorgvrager zelf ook meegenomen kunnen worden.

Vraag 79

*De leden van de PvdA-fractie vragen welk deel van de SEH's in Nederland zal verdwijnen, op basis van welke overwegingen dat zal gebeuren en welke consequentie dat zal hebben voor regionale ziekenhuizen. Voorts vragen zij of de Minister sluitingen voorziet als gevolg van concentratie van de spoedzorg.*

Het uitgangspunt is niet dat er minder locaties komen waar acute zorg geleverd kan worden. De meeste acute aandoeningen kunnen behandeld worden bij de spoedpost in de buurt. Alleen de hoog-complexe zorg wordt geconcentreerd, op basis van kwaliteit. Bij verdere besluitvorming over het acutezorglandschap moet bepaald worden hoeveel spoedposten en SEH's er komen. Uiteraard moet dit bezien worden in het totale medischzorglandschap en zal het effect op (regionale) ziekenhuizen onderzocht moeten worden.

Vraag 80

*De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre er in het vervolgtraject rekening gehouden wordt met regiobeelden en de behoefte van de patiënt in de regio. Ook vragen zij hoe de input van de internetconsultatie zal worden meegenomen in de verdere uitwerking.*

Er kunnen tussen de regio's in Nederland grote verschillen zijn in de zorgbehoefte. Voor mij is het heel belangrijk dat de inrichting van de acute zorg zo goed mogelijk wordt toegespitst op deze behoefte in de regio. De perspectieven van patiënten en zorgprofessionals in de regio moeten goed meegenomen worden in de verdere inrichting. De regiobeelden kunnen behulpzaam zijn in de nadere uitwerking van de inrichting van het acutezorglandschap.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie**

Vraag 81

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister de acute zorg in de regio op het gebied van toegankelijkheid en bereikbaarheid in de toekomst voor zich ziet.*

De borging van de toegankelijkheid van de acute zorg is een belangrijk element van de nadere uitwerking van de houtskoolschets.

Vraag 82

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister naar de effecten die zij verwacht van het anders organiseren van de acute zorg voor de regionale ziekenhuizen. De leden vragen of de Minister verwacht dat ziekenhuizen zullen moeten sluiten als gevolg van een verdere concentratie van de spoedeisende hulpposten. Ook vragen de leden of de Minister kan aangeven waarmee zij rekening houdt als het gaat om het verminderen van het aantal spoedeisende hulpposten in Nederland.*

Het uitgangspunt is niet dat er minder locaties komen waar acute zorg geleverd kan worden. De meeste acute aandoeningen kunnen behandeld worden bij de spoedpost in de buurt. Alleen de hoog-complexe zorg wordt geconcentreerd. Bij verdere besluitvorming over het acute zorglandschap moet bepaald worden hoeveel spoedposten en SEH's er komen. Uiteraard moet dit bezien worden in het totale medisch zorglandschap en zal het effect op (regionale) ziekenhuizen onderzocht moeten worden.

#### Vraag 83

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de opschaling via de bestaande ROAZ-structuur niet op gespannen voet staat met het plan om de acute zorg in Nederland meer en meer te concentreren. Ook vragen zij in hoeverre de actuele corona-aanpak wordt meegenomen bij de uitwerking van de houtskoolschets.*

Op dit moment wordt de ROAZ-structuur gebruikt voor de opschaling van de IC-capaciteit tijdens de COVID-crisis. We hebben gemerkt dat dit goed werkt. In de houtskoolschets heb ik aangegeven dat de ROAZ'en een grotere rol zouden kunnen vervullen in het maken van afspraken over de inrichting van het acutezorglandschap in de regio. In het vervolgproces zal bekeken worden hoe dit vorm kan krijgen.

De houtskoolschets beschrijft dat uitsluitend de hoog-complexe acute zorg geconcentreerd zal worden. Het overgrote deel van de acute zorg kan nog steeds in de buurt verleend worden. Het is dan ook niet per definitie de bedoeling dat er minder locaties komen waar acute zorg geleverd kan worden. De triagist in de zorgmeldkamer zal bepalen of de patiënt gezien moet worden op de spoedpost of op de SEH voor hoog-complexe zorg. Op de SEH zit 24/7 het beste team klaar.

Aangezien de COVID-19 crisis nog niet voorbij is, is moeilijk om definitief te bepalen welke ervaringen en lessen er zijn voor het toekomstige acutezorglandschap.

Wel hebben we al enkele ontwikkelingen kunnen zien de afgelopen tijd. Met name tijdens de eerste golf heeft de digitale zorg een enorme vlucht genomen. Uiteraard is digitale zorg of zorg op afstand niet bij elke aandoening een oplossing, maar het kan in veel gevallen ondersteuning bieden. We hebben gezien dat het geven van zorg op afstand en de digitale zorg wel degelijk werkt. Ook hebben in deze crisis de ROAZ'en de regierol in de regio goed opgepakt. Deze rol zouden zij ook buiten de crisistijd kunnen vervullen, zoals beschreven staat in de houtskoolschets. We hebben kunnen zien dat (regionale) samenwerking in de zorg goed werkt. Dit zou verder uitgebouwd kunnen worden, ook buiten crisistijden.

In de uitwerking van de houtskoolschets zullen we de tot dan geleerde lessen en ervaringen uit de COVID-19 crisis betrekken.

#### Vraag 84

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de triage op de zorgmeldkamer vormgegeven gaat worden.*

In de voorgestelde toekomstige inrichting van de acute zorg, is goede triage van groot belang. Hoe dit optimaal ingericht kan worden en wie daarbij betrokken zijn, zal volgen in de verdere uitwerking.

#### Vraag 85

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister hoe zij wil voorkomen dat het landelijke telefoonnummer ertoe zal leiden dat de afstand tussen patiënt en de eigen zorgverleners groter wordt, aangezien er een nieuwe tussenlaag wordt gecreëerd waarbij de zorgverleners niet meer altijd rechtstreeks bereikbaar zijn.*

Het idee in de houtskoolschets acute zorg is dat men voor acute niet-levensbedreigende zorg contact op kan nemen met de zorgmeldkamer. Voor andere vragen over de zorg, kan een patiënt gewoon contact op blijven nemen met zijn of haar zorgverlener. Dat betekent dat doorde-

weeks overdag gewoon de huisarts gebeld kan worden. Duidelijkheid voor de patiënt staat hierbij voorop.

Vraag 86

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe burgers worden geïnformeerd over het verschil tussen een spoedpost en een SEH.*

Het landelijke nummer voor acute, niet-levensbedreigende zorg zal landelijk goede bekendheid moeten krijgen. Daarbij is het belangrijk dat mensen weten waarvoor ze naar het nummer kunnen bellen en dus ook wat het verschil tussen een spoedpost en SEH is. Op dit moment maken mensen ook al de afweging tussen het bellen met 112 en de HAP en kunnen vaak dit onderscheid ook goed maken. Hoe het landelijke nummer bekendheid gaat krijgen, vergt nadere uitwerking bij verdere besluitvorming over het acutezorglandschap.

Vraag 87

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de locatie van de spoedposten altijd in een ziekenhuis zal zijn of dat het ook mogelijk is om spoedposten in te richten in gezondheidscentra. Daarnaast vragen zij of er straks uniforme eisen zullen komen waaraan elke spoedpost of een spoedeisende hulppost moet voldoen of dat hierin differentiatie mogelijk is.*

De houtskoolschets acute zorg beschrijft een beeld van een toekomstige inrichting en financiering van het acutezorglandschap. Er zal in het licht van verdere besluitvorming, samen met zorgprofessionals en andere relevante veldpartijen, bekeken moeten worden wat de beste locaties voor spoedposten zijn. Het is nog niet vooraf bepaald of dit altijd in een ziekenhuis moet zijn of juist niet. Er zullen bepaalde eisen gesteld worden aan de spoedposten en spoedeisende hulpposten om de kwaliteit van zorg te borgen. De eisen op het gebied van kwaliteit zullen dan ook gelijk zijn. Wel kan er op ander gebied differentiatie aangebracht worden in de regio; regionale verschillen vragen om aanpassingsvermogen aan de behoeften van de regio.

Vraag 88

*De leden van de ChristenUnie fractie vragen of er binnen de houtskoolschets een verbinding wordt gelegd met de crisisdienst ggz, en of er geborgd wordt dat er altijd voldoende crisiscapaciteit is.*

De crisisdiensten zijn met de inwerkingtreding van de generieke module Acute psychiatrie op dit moment aan de slag met het implementeren van zorginhoudelijke en organisatorische verbeteringen. De rol van de crisisdiensten is niet gericht op het behandelen maar stabiliseren van mensen die kampen met acute psychiatrische problematiek en bezien wat er nodig is. Crisisdiensten kunnen bij verdere uitwerking van de houtskoolschets, zich mogelijk aansluiten bij de (somatische) spoedeisende hulp. De crisisoname betreft de gespecialiseerde ggz en kan na beoordeling door de crisisdienst, aangewezen zijn. Deze opnamecapaciteit moet uiteraard gewaarborgd blijven. De capaciteit voor crisisoname maakt deel uit van de generieke module Acute psychiatrie (GMAP) en de daaronder liggende regioplannen.

Vraag 89

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de inzet van burgerhulpverleners en de beschikbaarheid van automatische externe defibrillatoren (AED's) worden meegenomen bij de uitwerking van de houtskoolschets.*

De AED burgerhulpverlening is een zeer waardevolle aanvulling op ambulancezorg en acute zorg. Sinds de samenvoeging van de alarmeringsnetwerken voor burgerhulpverleners tot één netwerk is het aantal aangemelde AED's en hulpverleners flink toegenomen. Stichting HartslagNu heeft VWS laten weten dat zij de kosten van de organisatie van het systeem voor de alarmering van burgerhulpverleners met een AED in geval van een circulatiestilstand, niet structureel gedekt krijgen. Daarom heb ik besloten om voor 2020 en 2021 een projectsubsidie te verstrekken om ervoor te zorgen dat de AED hulpverlening is geborgd. Ook in de toekomst blijft deze vorm van burgerhulpverlening zeer waardevol.

Vraag 90

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister regionale partijen en burgers wil betrekken bij het oplossen van de dilemma's bij het toegankelijk houden van de acute zorg in de regio.*

Het concretiseren en uitwerken van de houtskoolschets vergt nauwe samenwerking met partijen die een rol spelen in het acute zorglandschap; zowel op landelijk als regionaal niveau, zowel in de uitvoering als beleidsmatig, zowel als zorgverlener als zorggebruiker. De betrokkenheid van burgers, zorgprofessionals, regionale en landelijke partijen vind ik dan ook essentieel om de toekomstige inrichting van de acute zorg goed vorm te kunnen geven. Zij zullen dus betrokken worden bij de verdere uitwerking. Ik zal uw Kamer op geëigende momenten informeren over de voortgang.

Vraag 91

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe zorgprofessionals, met name verpleegkundigen, betrokken worden bij de uitwerking en welke ruimte zij hebben om daarbij nog input te geven.*

Er zijn voorafgaand aan het opstellen van de houtskoolschets circa 70 gesprekken gevoerd met afzonderlijke organisaties en personen. Daarbij kunt u denken aan artsen met verschillende expertises, verpleegkundigen, verloskundigen, patiënten, consultants, toezichthouders, openbaar bestuur etc. Na het ontwikkelen van een eerste denkrichting zijn sessies georganiseerd op bestuurlijk niveau om het eerste beeld te toetsen en verder uit te denken. Deze sessies zijn georganiseerd met zorgprofessionals, zorgkoepels, openbaar bestuur en innovators.

De consultatieperiode duurt nog tot 1 januari 2021 waarbij iedereen wordt uitgenodigd om te reageren. Deze reacties worden meegenomen voor het verder uitwerken van de houtskoolschets. Het concretiseren en uitwerken van de houtskoolschets vergt nauwe samenwerking met partijen die een rol spelen in het acute zorglandschap; zowel op landelijk als regionaal niveau, zowel in de uitvoering als beleidsmatig, zowel als zorgverlener als zorggebruiker. De betrokkenheid van burgers, zorgprofessionals, regionale en landelijke partijen vind ik dan ook essentieel om de toekomstige inrichting van de acute zorg goed vorm te kunnen geven. Daarin zullen ook verpleegkundigen worden betrokken bij de verdere uitwerking. Ik zal uw Kamer op geëigende momenten informeren over de voortgang.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie**

Vraag 92

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen hoe de integrale spoedposten zich verhouden tot de huisartsenposten, die ook overdag bereikbaar zijn. Ook vragen ze wat de rol is van de huisarts en de huisartspraktijk in de acute zorg overdag, hoe het duidelijk is voor de gebruiker waar hij of zij naartoe*

*moet met zijn of haar zorgvraag en op basis van welke criteria wordt bepaald waar een spoedpost komt te liggen en welke spoedposten in de nacht open zijn. De leden vragen of de Minister daar al iets over zeggen. Er zullen volumenormenten worden bepaald. De leden van de 50PLUS-fractie vragen of dat geen risico is voor minder dichtbevolkte gebieden. Voor de huisarts betaal je geen eigen bijdrage, bij het ziekenhuis wel. De leden vragen hoe dat straks gaat bij de spoedposten, of daar wel of geen eigen bijdrage moet worden betaald.*

De houtskoolschets beschrijft dat de huidige huisartsenposten zullen opgaan in spoedposten met één integraal spoedplein waar de patiënt terecht kan voor zowel acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplex, niet levensbedreigende acute medisch specialistische zorg. In de huidige situatie kan een patiënt die overdag acute huisartsenzorg nodig heeft bij de eigen huisarts terecht. Dit willen we in de toekomstige situatie ook behouden. De huisarts blijft poortwachter en kan veel instroom in de tweedelijns acute zorg voorkomen.

In het toekomstige acute zorglandschap kan de patiënt bij niet-levensbedreigende acute zorgvragen één landelijk telefoonnummer bellen waarna de patiënt automatisch wordt doorverbonden naar de juiste regionale zorgmeldkamer. Daarnaast kan de patiënt overdag ook zelf de eigen huisarts bellen.

In de zorgmeldkamer behandelen medische triagisten de (acuut ervaren) zorgvraag van de patiënt. Als er geen sprake is van een levensbedreigende situatie, kan er wat meer tijd genomen worden voor de triage waardoor de patiënt veel vaker direct op de juiste plek en bij de juiste zorgprofessional terecht komt. Dit kan in acute situaties heel belangrijk zijn. Het resultaat kan zijn dat de patiënt doorgeschakeld wordt met de eigen huisarts of dat er een afspraak wordt gemaakt op het spreekuur van de eigen huisarts. De rol van de huisarts en huisartsenspoedzorg overdag in relatie tot de zorgmeldkamer zal verder uitgewerkt moeten worden, evenals de locaties en openingstijden van spoedposten.

In de houtskoolschets wordt voorgesteld om de acute zorg integraal te gaan financieren zodat bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en de spoedeisende hulp, verdwijnen. Daarbij moet oog blijven voor prikkels om de zorg doelmatig te verlenen. Er zal gekeken moeten worden naar de voor- en nadelen én de effecten van integrale financiering van de acute zorg. Zorgt dit ervoor dat zorgprofessionals beter met elkaar kunnen samenwerken en dat de patiënt sneller door de juiste persoon geholpen kan worden? Ik ga onderzoeken of dit duidelijkheid creëert voor zowel patiënten als zorgprofessionals en of door te betalen voor beschikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen in een regio het integraal werken wordt bevorderd. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de wisselwerking met de electieve zorg. Wat is het effect van het financieren op beschikbaarheid in de acute zorg op de financiering van de electieve zorg? En wat betekent dit voor patiënten?

Voorop staat dat de bekostiging van de acute zorg de juiste sturing moet geven om deze zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te organiseren.

Vraag 93

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of vrouwen kunnen bevallen op een spoedpost.*

In de houtskoolschets acute zorg is aangegeven dat vrouwen kunnen worden begeleid bij hun zwangerschap op de spoedpost. Welke zorg hier precies zal plaatsvinden is nog niet duidelijk. Dit is onderwerp van nadere uitwerking.

Vraag 94

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of de Minister eerst gaat onderzoeken of een landelijk nummer daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering van de huidige situatie.*

Uiteraard zal eerst onderzocht moeten worden op welke manier de zorgmeldkamer optimaal ingericht kan worden zodat dit onderdeel van de houtskoolschets bijdraagt aan een verbetering van de inrichting van het acutezorglandschap. Dit is onderwerp van nadere uitwerking.

Vraag 95

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen wanneer de Minister iets gaat doen aan het soms bewust tegenhouden van afstemming tussen ICT-systemen door ICT-bedrijven.*

ICT-leveranciers spelen een belangrijke rol bij zorg op de juiste plek en bij de totstandkoming van digitale gegevensuitwisseling. Een zorginstelling koopt ICT-producten zelf in. Er zijn vele leveranciers die een rol hebben om gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk te maken. Met het wetsvoorstel dat ik in voorbereiding heb, wil ik technische eisen stellen aan ICT-producten en diensten zodat de systemen met elkaar kunnen «praten» en de keuzevrijheid voor zorginstellingen wordt vergroot. Ik wil de naleving hiervan borgen via certificering.

Vraag 96

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of er voortgeborduurd kan worden op het systeem voor inzicht in actuele bedden capaciteit dat tijdens de COVID-19 crisis wordt gebruikt en of andere betrokken partijen daarop kunnen aansluiten. Daarnaast vragen ze welke lessen er zijn geleerd tijdens de coronacrisis die meegenomen kunnen worden in het verdere ontwikkelen van dat systeem.*

Het is op dit moment nog te vroeg om te kunnen zeggen of eenzelfde soort structuur zoals het landelijk coördinatiecentrum patiëntenspreiding (LCPS) tijdens de COVID-19 crisis gebruikt gaat worden om 24/7 inzicht te krijgen in de beschikbare capaciteit. We zullen voor de verdere uitwerking van de houtskoolschets goed naar voorbeelden uit de praktijk kijken.

Vraag 97

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of gemeenten worden gecompenseerd voor het feit dat er een steeds groter beroep op ze wordt gedaan.*

De rol van gemeenten in het toekomstige acutezorglandschap en de eventueel bijbehorende financiële compensatie zijn onderdeel van de uitwerking van de houtskoolschets.

Vraag 98

*In de houtskoolschets acute zorg zou nader ingegaan en bekeken worden of de NEDAB-aanwijzing voor meer onderdelen van de acute zorg zou kunnen gelden. De leden van de 50PLUS-fractie vragen of de huidige Minister voor Medische Zorg daar meer duidelijkheid over zou kunnen geven.*



Mijn ambtsvoorganger heeft toegezegd om in de houtskoolschets beargumenteerd in te gaan op de vraag waarom de acute zorg wel of niet in een NEDAB-vorm moet plaatsvinden. De leden van de 50PLUS-fractie merken terecht op dat in de houtskoolschets dit niet aan de orde is gekomen. De reden is dat dit samenhangt met de stelselvragen die in de contourennota aan de orde zullen komen. Ik acht het passend om één en ander in dat kader verder uit te werken.

Vraag 99

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of aan het onderzoek dat zal plaatsvinden in de ambulance kosten zijn verbonden, of het ambulancepersoneel daartoe is opgeleid en wat het ambulancepersoneel zelf van deze richting vindt.*

Er zijn voorafgaand aan het opstellen van de houtskoolschets circa 70 gesprekken gevoerd met afzonderlijke organisaties en personen. Deze gesprekken zijn allemaal gevoerd op persoonlijke titel en op basis van vertrouwelijkheid, ik kan dus niet aangeven wat het ambulancepersoneel van de plannen van de houtskoolschets vindt. De nadere plannen met betrekking tot de zorg geleverd door ambulancepersoneel zal in de volgende fase van de houtskoolschets worden uitgewerkt. Hierbij zal ook meegenomen worden wat de houtskoolschets betekent voor de kosten en het opleidingsniveau van het ambulancepersoneel.

Vraag 100

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen in hoeverre de schotten tussen de verschillende domeinen een belemmering kunnen zijn.*

Het is van belang om adequate afspraken te maken op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Dit vraagt om afspraken over samenwerking in de hele acute zorgketen, niet alleen met betrekking tot de inrichting van het acutezorglandschap maar ook om acute zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Hierbij is ook de samenwerking met aanbieders in andere domeinen zoals de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning van belang. In het kader van de amvb acute zorg zie ik al welke partijen altijd in het ROAZ moeten deelnemen, al dan niet door middel van vertegenwoordiging. Hoe de samenwerking met andere domeinen moet worden vormgegeven en hoe deze samenwerking wordt gefinancierd, zijn aspecten die in de volgende fase van de uitwerking van het acutezorglandschap moeten worden betrokken.

Vraag 101

*De leden van de 50PLUS-fractie hoe de wijkkliniek in de praktijk wordt vormgegeven, of er voldoende verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorginstellingen hiervoor geschikt zijn en de voorwaarden zijn bij het bepalen van de spreiding van die wijkklinieken in de gemeenten.*

De Wijkkliniek is een nieuw zorgconcept van Cordaan, AMC en Zilveren Kruis. Er is daardoor nu nog maar beperkt ervaring mee opgedaan. Het concept Wijkkliniek is onderwerp van onderzoek. Uit dit onderzoek en mogelijk andere onderzoeken zal inderdaad duidelijk moeten worden of het hier gaat om een succesvolle opschaalbare innovatie en op welke locaties een dergelijk zorgconcept kan worden gestart.

Vraag 102

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of met deze houtskoolschets voldoende wordt gewaarborgd dat iedereen in Nederland toegang heeft tot spoedzorg binnen de 45-minutennorm.*

Ik hecht veel belang aan de toegankelijkheid van de acute zorg. De Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht over de 45-minutennorm. Dit advies zal worden meegenomen in het proces dat volgt na de internetconsultatie.