

Vergaderjaar 2024–2025

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 908

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 17 maart 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 17 maart 2025 over Terugkoppeling gesprek Zuyderland en moties debat Zuyderland (Kamerstuk 31 765, nr. 881).

De vragen en opmerkingen zijn op 14 februari 2025 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 17 maart 2025 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	6
II.	Reactie van de Minister	9

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de terugkoppeling van het gesprek van de Minister met het Zuyderland ziekenhuis en de afdoening van de moties en toezeggingen aangaande het debat over het Zuyderland ziekenhuis en hebben hierover geen vragen. Wel merken genoemde leden op dat er recent nader onderzoek is gedaan door onderzoeksbureau Grenspaal 12 naar vervoer en bereikbaarheid.

Op basis van vervoer en bereikbaarheid scoorde Heerlen al beter, maar uit het onderzoek blijkt dat het verschil met Sittard-Geleen nog groter wordt. Ook wijst het onderzoek uit dat ritjes met het openbaar vervoer kunnen oplopen tot negen en zelfs ruim dertien euro voor een enkele reis.

Deze vervoersarmoede geeft een groot risico op zorgmijders, zeker gezien de lage SES-score van Parkstad. Hoe reflecteert de Minister hierop? Bureau Grenspaal 12 ziet de reistijd voor zowel auto, openbaar vervoer maar ook voor de ambulance, door hoogcomplexere zorg op één locatie toenemen. De maximale reistijd voor ambulances is naar Heerlen 38 minuten, voor Sittard-Geleen is dit 41 minuten. Drie minuten kan een heel groot verschil maken in acute situaties. Is de Minister het met de leden van de PVV-fractie eens dat dit de zwaarstwegende afweging had moeten zijn in de keuze voor een locatie? Zo nee, wat heeft de Minister te zeggen tegen iedereen die nadelige, of erger fatale gevolgen oploopt door drie minuten langere reistijd?

Het geboortecentrum in Zoetermeer bleef onder andere om de reden van bereikbaarheid in acute situaties open. Wat betekenen bovengenoemde inzichten voor het geboortecentrum in Heerlen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Het standpunt van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie is duidelijk. Zij betreuren het ten eerste dat de Spoedeisende Hulp (SEH) in Heerlen in 2030 sluit en hun voorkeur gaat uit naar een volwaardig ziekenhuis in zowel Heerlen als in Sittard-Geleen. Deze leden hebben hierover nog een groot aantal zorgen en vragen.

In de brief van de Minister lezen genoemde leden dat de Minister terugkijkt op een positieve uitkomst: dat er in de nieuwbouwplannen rekening wordt gehouden met het kunnen bijbouwen van de benodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en Intensive Care (IC) op beide locaties in Zuid-Limburg. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zien hier vooral wensdenken. Hoe realistisch acht de Minister het scenario dat er extra gebouwen worden gerealiseerd en dat complexe spoedzorg op beide locaties blijft bestaan? Welke concrete stappen gaat de Minister zetten om werken in het Zuyderland ziekenhuis aantrekkelijker te maken? Hoe ver is de Minister gevorderd met het uit de SEH's, de acute verloskunde en de IC's financieren via een vaste budgetbesteding? Denkt de Minister dat deze maatregel ook iets te doet aan het nijpende personeelstekort in de zorg? Personeelstekort wordt als reden aangehaald voor de sluiting van de SEH. Hoe denkt de Minister dan dat het financieren via een vast budgetbesteding bijdraagt aan het openhouden van SEH's? Hoe zou de situatie qua personeelsbezetting eruit hebben gezien als een goed personeelsbeleid en een goed strak financieel beleid bij de bouw van Orbis had plaatsgevonden? Had men dan wel twee SEH's kunnen ophouden etcetera? Daarnaast moet beseft worden dat elke verplaatsing van werkzaamheden gepaard kan gaan met personeelsverlies. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het extra pijnlijk dat er juist in de mijnregio een volwaardig ziekenhuis verdwijnt. Deelt de Minister de mening van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat wij een ereschuld aan de regio hebben? In plaats van een echte investeringsagenda zien genoemde leden juist verdere verschaling. Niet alleen het ziekenhuis, maar ook de politiecapaciteit, werkgelegenheid met het sluiten van VDL Nedcar, en de sociale voorzieningen staan onder druk. Hoe ziet de Minister het sluiten van de SEH in de bredere verschaling van voorzieningen in de regio? En hoe verhoudt zich dit tot de ambitie uit het regeerakkoord om de regio centraal te stellen? Deelt de Minister de mening van de GroenLinks-PvdA-fractie dat het rechtvaardig zou zijn als de regio Heerlen gecompenseerd wordt voor het verliezen van een volwaardig ziekenhuis? Hoe kijkt de Minister tegen het «ravijnjaar» voor gemeentes aan en wat dit specifiek kan betekenen voor het verdwijnen van voorzieningen in de gemeente Heerlen?

Recent hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie met interesse kennisgenomen van de onderzoeken van Grenspaal 12 en AT Osborne. Heeft de Minister kennisgenomen van deze rapporten? Wat is de reactie van Minister op het rapport van Grenspaal 12? Genoemde leden lezen in dit rapport dat gemiddelde reistijd met het openbaar vervoer naar de SEH-afdeling Sittard-Geleen op ruim driekwartier ligt. Dit is een flinke toename voor veel inwoners. Vindt de Minister dit acceptabel? Wat gaat de Minister doen om deze reistijd te verminderen? Ook lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat in sommige wijken reiskosten van 3 euro toenemen naar 9,50 euro. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich dan ook grote zorgen over de toegankelijkheid van ziekenhuiszorg voor de meest kwetsbaren en ouderen. Is de Minister het met de GroenLinks-PvdA-fractie eens dat juist de meest kwetsbare inwoners het hardst geraakt worden door deze centralisatie? Deelt de Minister deze zorgen? Welke concrete stappen gaat Minister zetten om de ziekenhuiszorg wel toegankelijk te houden in de regio? Hoe gaat de Minister voorkomen dat de gemeente niet opdraait voor de kosten van bijvoorbeeld een omnibus? Ziet de Minister hier ook een rol voor de regering, bijvoorbeeld door extra financiering vanuit het Rijk? Is de Minister bereid dit te verkennen?

In het AT Osborne staat dat het verschil van investering tussen Heerlen en Sittard-Geleen ongeveer 130 miljoen euro is. Hoe kijkt de Minister tegen deze conclusie aan? Ziet de Minister aanknopingspunten voor het openhouden van twee SEH's, gezien het bedrag in dit onderzoek bijna 100 miljoen euro lager uitvalt dan bij die van de regietafel?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister met daarin de terugkoppeling van het gesprek met het bestuur van het Zuyderland ziekenhuis en de aangenomen moties. Zij hebben hierover enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie vragen de Minister wat de basis is voor het idee om in de nieuwbouwplannen en bouwgrond rekening te houden met het bijbouwen van extra gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beide locaties in Zuid-Limburg. Hoe realistisch is het dat het personeelstekort de komende jaren zodanig wordt opgelost dat er voldoende medewerkers beschikbaar zijn op de IC's en SEH's op beide locaties? Genoemde leden lezen dat het Zuyderland en zorgverzekeraar CZ bezien hoe in Heerlen meer acute patiënten kunnen worden opgevangen indien het personeelstekort in de acute zorg in voldoende mate verbetert. Wat wordt bedoeld met in «voldoende» mate? Welke cijfers horen daarbij? Wie bepaalt dat en wie neemt verantwoordelijkheid voor de invloed van deze keuze op de kwaliteit en veiligheid van de zorg? En hoe wordt geborgd dat een eventueel kortdurende verandering uitloopt op een structurele (investerings)beslissing met alle risico's van dien? Hebben we het hier niet over een mogelijkheid waar nog geen procent kans op is dat die zich voordoet? En gaat de Minister hiermee dan niet een schijnbelofte aan?

De leden van de VVD-fractie vinden dat het proces rondom het openen en sluiten van afdelingen in ziekenhuizen en de communicatie daarover in de landelijke politiek veel realistischer en eerlijker gevoerd moet worden. Genoemde leden vragen hoe de Minister aankijkt tegen haar verantwoordelijkheid in dit proces. Welke lessen trekt zij uit het Zuyderland-dossier en hoe hier in de landelijke politiek mee is omgegaan? En wat is zij van plan te doen met de toekomstige vraagstukken rondom ziekenhuiszorg in Zuid-Limburg, maar ook in andere delen van het land? Wat neemt ze mee uit de eerdere en huidige vergelijkbare processen, in bijvoorbeeld Zutphen?

De leden van de VVD-fractie hebben eerder aangedrongen op een duidelijker rol voor de betrokkenheid van inwoners, gemeenten, huisartsen en het lokale zorgnetwerk. Kan de Minister aangeven hoe dat idealiter vorm krijgt in toekomstige vraagstukken als deze? Wat is nodig om die ideale werkwijze mogelijk te maken en wat gaat de Minister daarvoor doen?

Dat de Minister «als eerste Minister marktwerking uit delen van de zorg gaat halen» is een vaak herhaalde oneliner. Wat betekent dit concreet? Vindt de Minister dat de ziekenhuizen in de regio nu onvoldoende bestaansrecht hebben? In welke mate draagt het «weghalen van marktwerking uit delen van de zorg» bij aan bestaansrecht en het verbeteren van het imago van werken in de regio? In hoeverre dragen beleidsdoelen van concentratie en spreiding bij aan bestaansrecht en het genoemde imago en hoe kan de Minister dit verder versterken? Met welke kwantitatieve onderbouwingen is de Minister nu aan het rekenen om «marktwerking uit delen van de zorg te halen»? Welke impact heeft dit op andere «delen van de zorg» en welke delen zijn dat? En hoe gaat de Minister

hiermee om? Op welke termijn kan de Kamer inhoudelijke voorstellen tegemoet zien, inclusief budgettaire consequenties?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Deze leden hebben hierover nog een vraag.

De leden van de NSC-fractie constateren dat het personeelstekort een grote uitdaging vormt en een belangrijke oorzaak is van de problemen die het Zuyderland ziekenhuis ondervindt. Zij lezen dat de directie van het Zuyderland en zorgverzekeraar CZ hebben toegezegd het arbeidsmarkttekort continu te blijven monitoren en alles te doen om zoveel mogelijk zorgpersoneel op te leiden en te behouden. Het blijft echter onduidelijk welke concrete maatregelen en aanpakken er precies worden ingezet om dit te realiseren. Kan de Minister verduidelijken hoe deze toezeggingen in de praktijk worden omgezet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Zij hebben de volgende vragen aan de Minister.

Genoemde leden zijn blij met de toezegging om het arbeidsmarkttekort in de zorg te blijven monitoren en wanneer kan bij te sturen. Hoe garandeert de Minister dat bijsturing van het ziekenhuis daadwerkelijk leidt tot het behouden of uitbreiden van zorgcapaciteit in Heerlen? Wat zijn concrete cijfers of doelen voor het aantrekken van zorgpersoneel voor de regio Heerlen?

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie ook blij met de dertig jaar garantie op ziekenhuiszorg in Heerlen. De toezegging is geruststellend, maar wanneer en hoe wordt deze garantie juridisch afgedekt? Wat zijn de juridische voorwaarden die waarborgen dat de locatie Heerlen voor dertig jaar operationeel blijft? Kan de Minister garanderen dat het ziekenhuis geen stille afschaling doorvoert op de locatie Heerlen, als bijvoorbeeld de zorgbehoefte in de regio verschuift?

Ook lezen genoemde leden dat verder wordt onderzocht in hoeverre de reeds bestaande thuismonitoring (bijvoorbeeld CTG-monitoring) verder uitgebreid kan worden voor zorg die minder acuut is en nodig is buiten kantoortijden in de thuissetting of wijk. Hoe wordt de thuismonitoring voor zwangere vrouwen verder uitgebreid en in hoeverre kan deze uitbreiding bijdragen aan het behoud van zorg op locatie Heerlen, in plaats van een grotere concentratie van zorg op Sittard-Geleen?

Daarnaast lezen de leden dat het Zuyderland ziekenhuis in overleg met de Minister een pilot Artificial Intelligence (AI) start om de administratieve lasten van zorgverleners te verlichten. Hoe worden de voordelen van AI voor administratieve lasten gecommuniceerd naar het zorgpersoneel en in hoeverre zal dit bijdragen aan het op termijn bijbouwen van de benodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beide locaties?

Tot slot de ambulancezorg. Gezien de afschaling van de IC, SEH en acute verloskunde van Heerlen naar Sittard-Geleen: hoe wordt gewaarborgd dat de ambulancezorg in de regio Parkstad, inclusief Heerlen, snel en adequaat kan blijven reageren? Zijn er concrete afspraken gemaakt met de ambulancezorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het Zuyderland ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ zullen garanderen dat het ziekenhuis op locatie Heerlen voor dertig jaar blijft bestaan en dat deze toezegging nader uitgewerkt wordt. Deze leden vragen hoe deze toezegging (juridisch) uitgewerkt wordt, of de Minister de Kamer hiervan op de hoogte wil houden en wanneer de Kamer hier meer over hoort.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister naar de afdoening van de aangenomen motie-Krul c.s. om uiterlijk in de eerste helft van 2025 tot een plan te komen voor goede en veilige geboortezorg in Heerlen¹. Deze leden vragen de Minister naar de uitvoering van deze motie, aangezien zij in haar brief een plan hiervoor missen. De brief en de bijlage over de afdoening van moties spreken over: «de mogelijkheden worden onderzocht om, samen met de verloskundigen, in Heerlen zoveel als mogelijk laag complexe geboortezorg aan te bieden op beide locaties, waarbij ook een kraamhotel tot de opties behoort.» Deze leden constateren echter dat dit niets nieuws is, maar al eerder aangekondigd. Welke nieuwe stappen zijn er genomen en hoe neemt de Minister hierin het initiatief, zoals in de motie is gevraagd? En wanneer hoort de Kamer hier meer over?

De leden van de CDA-fractie constateren dat de Minister reeds geruime tijd werkt aan regelgeving die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Deze leden missen urgentie en voortgang op dit dossier. Wanneer komt de Minister met haar concrete plannen? Wat is er veranderd sinds de brief van de Minister van 10 oktober jongstleden? En wanneer komt de handreiking die in de tussentijd uitkomst moet bieden?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister gelezen. Zij vinden de manier waarop de Minister omgaat met de inwoners van de regio Parkstad en met door de Kamer aangenomen moties onverantwoord en onacceptabel, maar bovenal een klap in het gezicht van iedereen die zich hard maakt voor het volledige behoud van ziekenhuis.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister wat de «ultieme poging» die zij heeft gedaan door te overleggen met de zorgverzekeraar en het ziekenhuisbestuur concreet heeft opgeleverd, behalve de genoemde punten in haar brief? Hoe kan de Minister zeggen dat het gesprek een «positieve uitkomst» heeft gehad terwijl cruciale onderdelen van het Heerlense ziekenhuis alsnog gesloten gaan worden?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe de afspraken in de nieuwbouwplannen en in de bouwgrond waarin rekening wordt gehouden met het kunnen bijbouwen van de genodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beiden locaties er precies uitzien. Welke waarborgen zitten hierin? Hoe ziet de afspraak er precies uit die is gemaakt met verzekeraar CZ om de rekening op te pakken om de extra te gebouwen te realiseren? Waar kan deze afspraak teruggevonden worden en hoe groot bedraagt deze? Genoemde leden vragen de Minister wanneer het punt voor het ziekenhuis en zorgverzekeraar is bereikt om te besluiten dat de bouw van het complex aangepast kan worden omdat er voldoende personeel is.

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 880

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom er is besloten voor de garantie van het bestaan van het ziekenhuis op de locatie Heerlen voor een periode van dertig jaar. Waarin is deze «belofte» vastgelegd? Hoe gaat de Minister voorkomen dat deze belofte door opvolgers van haar naast zich neer worden gelegd? Hoe staat het met de juridische uitwerking hiervan, waar in de brief over wordt geschreven?

De leden van de SP-fractie vragen hoe het staat met het onderzoek om samen met verloskundigen zoveel als mogelijk laag complexe geboortezorg aan te bieden op beide locaties? Hoe komt dit er precies uit te zien? Is het straks mogelijk om – zonder aanvullende kosten – te kunnen bevallen in het Zuyderland ziekenhuis op de locatie in Heerlen door deze afspraken of is dit alleen mogelijk in een kraamhotel? Wanneer kan de Kamer de brief over de voortgang ten aanzien van de geboortezorg precies ontvangen? Kan de Minister alvast aangeven wat de hoofdlijn van deze voortgang wordt, gezien het een grote maatschappelijke discussie betreft?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij een overzicht kan sturen hoeveel IC-artsen, SEH-artsen, gynaecologen en klinisch verloskundigen er op dit moment precies werken in het Zuyderland ziekenhuis? De leden van de SP-fractie haar tevens of zij een overzicht kan sturen hoeveel – van deze zelfde artsen, gynaecologen en verloskundigen – er in andere ziekenhuizen werken, bijvoorbeeld in Weert en Winterswijk. Kan de Minister per soort arts precies aangeven hoe groot de tekorten zijn? En hoeveel personeel er van deze beroepsgroepen afgelopen maanden is aangetrokken?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke rol zij voor zichzelf weggelegd ziet om het personeelstekort op te lossen. Kan zij een lijstje opsommen van maatregelen die zij specifiek in deze regio neemt? Hoeveel fte heeft dit vooralsnog opgeleverd? Welke stappen heeft zij genomen sinds het toesturen van dit verslag, ongeveer vier maanden geleden? Hoeveel zicht heeft de Minister op en welke plannen zijn er om in de regio nog meer personeel aan te trekken, op te leiden en om te scholen? In hoeverre heeft u zicht op mensen met een opleiding tot arts in Limburg die zich zouden kunnen laten omscholen tot SEH-arts? Bent u bereid deze mogelijkheid tot omscholing onder de aandacht te brengen en hierbij te helpen?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke maatregelen het Zuyderland ziekenhuis en de zorgverzekeraar hebben genomen om personeel over te halen zich in de omgeving van hun ziekenhuis te vestigen, zoals in de brief vermeld staat. Kan de Minister bij het ziekenhuis navragen hoeveel fte dit heeft opgeleverd? Indien deze maatregelen voldoende werken: is de Minister bereid hierover in gesprek te gaan om deze maatregelen te intensiveren met eventueel extra geld vanuit het Rijk?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister op de hoogte wordt gehouden door het ziekenhuis van hun monitoring van het personeelstekort. Zo ja, op welke manier kan de Kamer hier ook structureel over geïnformeerd blijven worden? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie vragen wat de Minister vindt van de oproep van de alliantie in Heerlen Noord – die onder andere bestaat uit verschillende woningcorporaties, onderwijs- en gezondheidsorganisaties – die heeft aangeboden te helpen met het personeelstekort. Heeft de Minister hen uitgenodigd bij haar op het ministerie om te kijken hoe zij kunnen helpen? Zo ja, wat kwam eruit dat gesprek? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie de Minister af hoeveel artsen en verpleegkundigen het Zuyderland ziekenhuis tekortkomt voor het openhouden van beide SEH's, zoals beoogd in het kwaliteitskader Spoedzorgketen. Hoeveel vacatures zijn er het afgelopen jaar opengezet voor het werven van personeel op de SEH? Tot hoeveel extra aangenomen fte's heeft dit geleid?

Hoe kan het dat in een groot ziekenhuis zoals Zuyderland één van de SEH-locaties moet sluiten terwijl een veel kleiner ziekenhuis, zoals Winterswijk of Weert, wel een SEH kan openhouden? Waarom worden er wel vormen van personeelsintensieve hoogspecialistische tweede- en derdelijnszorg geleverd in Zuyderland, terwijl er ook voor sluiting van de SEH wordt gekozen?

Kan de Minister aangeven hoe het mogelijk is dat het HagaZiekenhuis onlangs ook heeft besloten om de geboortezorg te behouden op hun locatie in Zoetermeer?

Hoeveel artsen werken er op deze Zoetermeerse locatie ten opzichte van het Zuyderland ziekenhuis? Erkent de Minister dat het ziekenhuis hiervoor veiligheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid (tegen lage kosten op de juiste plek voor zowel patiënten als verloskundigen) als argumenten heeft meegewogen in hun beslissing?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke gevolgen de afschaling heeft van een SEH bij Zuyderland voor het naleven van het kwaliteitskader spoedzorgketen? Welke gegevens biedt de NEED database over de kwaliteit op de SEH's van Zuyderland?

De leden van de SP-fractie de Minister af hoeveel artsen en verpleegkundigen het Zuyderland ziekenhuis tekortkomt voor het openhouden van beide IC's, zoals beoogd in de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care? Hoeveel vacatures zijn er het afgelopen jaar opengezet voor het werven van personeel op de IC? Tot hoeveel extra aangenomen fte's heeft dit geleid?

Hoe kan het dat in een groot ziekenhuis zoals Zuyderland één van de IC-locaties moet sluiten terwijl een veel kleiner ziekenhuis, zoals in Winterswijk of Weert, wel een IC kan openhouden?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoeveel gynaecologen en klinisch verloskundigen het Zuyderland ziekenhuis tekortkomt voor het openhouden van een geboortecentrum op beiden locaties? Hoeveel vacatures zijn er het afgelopen jaar opengezet voor het werven van personeel voor het geboortecentrum? Tot hoeveel extra aangenomen fte's heeft dit geleid? Hoeveel geboortes hebben er sinds 2010 plaatsgevonden in het Zuyderland ziekenhuis in Heerlen?

De leden van de fractie van de SP vragen hoe de Minister de keuze voor het ziekenhuis in Sittard ziet in het licht van een «klassenvraagstuk». Vindt zij de sociaaleconomische gezondheidsachterstand van de inwoners van Parkstad relevant in deze discussie of legt ze deze volledig naast zich neer? Kan de Minister een lijst geven van andere gebieden in Nederland met 300.000 inwoners met sociaaleconomische gezondheidsachterstanden waar ook géén IC, SEH en geboortecentrum te vinden is?

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister stelt dat «de kwaliteit van de zorg leidend is» en «dat het geheel binnen passende financiële kader moet kunnen plaatsvinden». Wat bedoelt de Minister hiermee? Maakt ze hierin een draai door niet meer het personeelstekort maar de kosten voorop te zetten? Kan zij deze zin toelichten?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe zij reflecteert op de financiële situatie die is ontstaan bij het ziekenhuis door een vastgoedfout bij de bouw van een nieuw ziekenhuis in Geleen. Erkent de Minister dat niet het personeelstekort, maar deze financiële situatie van het ziekenhuis het échte probleem is? Is zij bereid te onderzoeken hoe deze rekening door de overheid betaald kan worden?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij vindt dat de landelijke politiek wél zou moeten gaan over de zorg die een ziekenhuis aanbiedt. Vindt zij dat dit systeem zou moeten worden aangepast? Wat vindt de Minister van het feit dat het Zuyderland ziekenhuis net als de meeste anderen ziekenhuizen (behalve de academische ziekenhuizen) nog steeds privaat bezit zijn?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister wat zij bedoelt met dat zorg «dichtbij» beschikbaar moet zijn? Hoeveel kilometer van een huis is «dichtbij»? En hoeveel reistijd – zowel met de auto of als je afhankelijk bent van het openbaar vervoer – vindt de Minister «dichtbij»? Voor welke complexe operaties vindt de Minister het nodig om deze in een hooggespecialiseerd ziekenhuis te laten uitvoeren?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe het veranderde «klimaat» en «randvoorwaarden» voor het zorglandschap er precies uit gaat zien? Hoelang duurt het nog voordat de Minister met de uitgebreide brief komt waarin staat hoe zij onderdelen uit de marktwerking gaat halen?

De leden van de SP-fractie lezen in de beslisnota dat de uitkomsten van het gesprek zijn afgestemd met het Zuyderland ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ. Kan de Minister aangeven of zij nog wijzigingen hadden ten opzichte van de uitkomsten die het ministerie had opgeschreven na het gesprek en zo ja, welke? Wat wordt er bedoeld met interne afstemming met «Z» aldus de beslisnota?

II. Reactie van de bewindspersoon

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie en reactie van de bewindspersoon

Vervoersarmoede geeft een groot risico op zorgmijders, zeker gezien de lage SES-score van Parkstad. Hoe reflecteert de Minister hierop?

Uit het onderzoek van Grenspaal 12 komt – net als uit de eerdere analyse van de regietafel – naar voren dat er belangrijke aandachtspunten zijn op het gebied van vervoer waarvoor oplossingen moeten worden gezocht. Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de reistijd en de reiskosten van de inwoners in de regio. Het Zuyderland ziekenhuis is inmiddels gestart met verschillende werkgroepen, waaronder één voor vervoer. In deze werkgroep wordt samen met de regionale partijen, waaronder gemeenten, Arriva, Omnibuzz en de provincie Limburg aandacht besteed aan specifieke problemen en gezocht naar passende oplossingen. Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat met deze aanpak ook het mogelijke risico van zorgmijders in de Parkstad regio wordt aangepakt.

De resultaten van het onderzoek worden meegenomen bij de uitwerking door de werkgroep. Daarbij heeft het Zuyderland ziekenhuis overigens wel kanttekeningen geplaatst bij de door Grenspaal 12 genoemde gemiddelde kostenstijging van het vervoer. Het Zuyderland ziekenhuis constateert weliswaar zelf ook dat de vervoerskosten zullen toenemen, maar beduidend minder dan in het rapport van Grenspaal 12 genoemd. Tot slot,

85% van de huidige zorg blijft op de locatie Heerlen waardoor voor het grootste deel van de mensen uit die regio de reistijd niet verandert.

Bureau Grenspaal 12 ziet de reistijd voor zowel auto, openbaar vervoer maar ook voor de ambulance, door hoogcomplexe zorg op één locatie toenemen. De maximale reistijd voor ambulances is naar Heerlen 38 minuten, voor Sittard-Geleen is dit 41 minuten. Drie minuten kan een heel groot verschil maken in acute situaties. Is de Minister het met de leden van de PVV-fractie eens dat dit de zwaarstwegende afweging had moeten zijn in de keuze voor een locatie? Zo nee, wat heeft de Minister te zeggen tegen iedereen die nadelige, of erger fatale gevolgen oploopt door drie minuten langere reistijd?

Onder voorzitterschap van Lea Bouwmeester heeft de regietafel via een brede maatschappelijke verkenning onderzocht hoe de zorg bij Zuyderland het beste vorm kon krijgen. Uit gesprekken met burgers en stakeholders uit de regio zijn in deze verkenning acht verschillende scenario's samengesteld, welke vervolgens getoetst zijn aan de volgende randvoorwaarden: sluitend netwerk, personeel, kwaliteit en veiligheid, zorgplicht, betaalbaarheid, veranderbereidheid en governance. De randvoorwaarden en toetsingscriteria zijn opgesteld op basis van gesprekken met stakeholders en zijn getoetst bij alle gemeenteraden en colleges B&W. Iedereen is hiermee akkoord gegaan. Op basis van deze analyse zijn de partijen uitgekomen op het voorkeursscenario «maximaal beschikbaar», waarbij het uitgangspunt is dat het Zuyderland zoveel mogelijk zorg op de huidige locaties behoudt, binnen de grenzen van wat mogelijk is qua personeel. Binnen dit scenario is gekozen om de acute geboortezorg en de complexe spoedzorg vanaf 2030 in Sittard-Geleen te plaatsen, omdat deze locatie het beste scoorde op de vooraf opgestelde toetsingscriteria, te weten passende zorg, kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, verplaatsing van werkplek, brede welvaart en duidelijkheid. De verkenning heeft daarnaast geleid tot een plan voor een ziekenhuis in Heerlen waar de lokale bevolking terecht kan voor zowel planbare zorg als het overgrote deel van de spoedzorg.

Wat betreft ambulancevervoer benadrukt zowel het rapport van Grenspaal 12 als eigen onderzoek door Zuyderland dat aanrijtijden binnen de geldende landelijke streefnorm blijven, ongeacht de locatie voor hoogcomplexe zorg. Ook uit de uitgevoerde bereikbaarheidsanalyse van het RIVM blijkt dat wanneer Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen geen (complexe) SEH-zorg meer aanbiedt, de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten niet wordt overschreden.

Het geboortecentrum in Zoetermeer bleef onder andere om de reden van bereikbaarheid in acute situaties open. Wat betekenen bovengenoemde inzichten voor het geboortecentrum in Heerlen?

Het Zuyderland ziekenhuis heeft aangegeven dat de aanwezigheid van een operatiekamer 24/7 en een IC van wezenlijk belang is voor kwalitatief goede geboortezorg in een grote regio met bijna 3000 bevallingen. Met alle betrokken stakeholders bij de geboortezorg zal de werkgroep geboortezorg een plan maken om de geboortezorg ook na 2030 op kwalitatief goede wijze vorm te geven op beide Zuyderland locaties. Deze werkgroep start in maart 2025.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie en reactie van de bewindspersoon

Hoe realistisch acht de Minister het scenario dat er extra gebouwen worden gerealiseerd en dat complexe spoedzorg op beide locaties blijft bestaan?

De toenemende zorgvraag en de afname van voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel vraagt naast oplossingen op de arbeidsmarkt ook om andere oplossingen. Denk daarbij aan de invloed van innovatie, AI, transformatie van zorg en het slim organiseren van zorgaanbod. Daarnaast kan ook de (negatieve) berichtgeving over het ziekenhuis invloed hebben op de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis als werkgever. Omdat de «zorgkloof» niet alleen vanuit de arbeidsmarkt kan worden gedicht, maar samenhangt met dit soort ontwikkelingen, is op dit moment niet te zeggen wanneer het personeelstekort in het Zuyderland in voldoende mate is verbeterd. Het duurzaam oplossen van de grote personele tekorten is geen gemakkelijke opgave en het ziekenhuis ziet zich op basis van de bestaande situatie genooddacht de huidige plannen door te zetten. Maar als het op enig moment wel lukt de grote personeelstekorten op te lossen, is de afspraak dat in de nieuwbouwplannen en bouwgrond rekening wordt gehouden met het kunnen bijbouwen van de benodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC en operatiekamers op beide locaties. Ik vind het belangrijk dat deze mogelijkheid open staat.

Welke concrete stappen gaat de Minister zetten om werken in het Zuyderland ziekenhuis aantrekkelijker te maken?

Mijn beleid is erop gericht om ziekenhuizen in de stad- en streekziekenhuizen in de regio relevant te maken. Dat wil zeggen dat voor iedereen in Nederland zorg dichtbij beschikbaar is. Om deze beweging te ondersteunen neem ik – binnen het zorgstelsel – verregaande stappen om de randvoorwaarden voor het zorglandschap in Nederland te veranderen. Met de maatregelen in het regeerprogramma zet ik in op een andere inrichting van het zorglandschap waarbij streekziekenhuizen het uitgangspunt van beleid worden, zodat het imago van werken in de regio verbetert. Deze maatregelen zijn:

- 1) *Acute zorg uit de marktwerking.* Het kabinet gaat de spoedeisende hulp (SEH), de acute verloskunde en intensive care zorg (IC-zorg) bekostigen op basis van een vast budget (met inkoop in representatie). Dit geeft zekerheid voor kleinere ziekenhuizen en maakt samenwerking gemakkelijker.
- 2) *Meerjarige financiële afspraken.* Het kabinet wil met zorgverzekeraars afspreken dat zij meerjarige financiële afspraken met ziekenhuizen maken.
- 3) *Grote ziekenhuizen ondersteunen kleine ziekenhuizen.* Het kabinet wil ervoor zorgen dat ziekenhuizen meer samenwerken en volwaardige streekziekenhuizen behouden blijven. Grote ziekenhuizen gaan kleine ziekenhuizen ondersteunen, zodat zij goede zorg kunnen leveren en operaties van meer eenvoudiger aard worden niet langer gecentreerd.
- 4) *Aanpassing regelgeving.* Het kabinet zal de regelgeving aanpassen die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken.

Daarnaast zet ik mij langs drie lijnen in voor het aanpakken van het personeelstekort door:

- 1) *het halveren van de administratietijd naar maximaal 20 procent,* onder andere door de acties in de werkagenda van de Regiegroep

aanpak regeldruk, de veldbevraging die de mening van de zorgverlener over zinnige administratie die past binnen maximaal 20 procent administratietijd centraal stelt, inzetten op het voorkomen van onnodige regeldruk door nieuwe wet- en regelgeving en het versneld en verantwoord benutten van de kansen van AI.

- 2) *de juiste inzet van medewerkers*, onder andere door arbitrage tussen zorgwetten waarbij de minste inzet van medewerkers uitgangspunt wordt en medisch technische zorginnovaties die arbeidsbesparend werken.
- 3) *het vergroten van vakmanschap en werkplezier*, onder meer via een leidraad die organisaties concrete handvatten biedt om hiermee aan de slag te gaan.

Ook organiseer ik voor de zomer een zorgtop over het afwenden van het onbeheersbaar arbeidsmarkttekort binnen zorg en welzijn. Die dag zullen initiatieven centraal staan die effectief zijn gebleken en die een succesvolle bijdrage hebben geleverd aan het verminderen van de arbeidsmarkttekorten en de lancering van het platform waar alle initiatieven op samenkomen. In aanloop naar deze top ga ik op 7 april in gesprek met zorgprofessionals tijdens het VOICE-event: «op weg naar de zorgtop». Ook van hen hoor ik graag welke plannen niet mogen ontbreken aan het platform waar het gaat om het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort.

Ook het Zuyderland ziekenhuis investeert langs verschillende lijnen in haar arbeidsmarktagenda. Er wordt via zoveel mogelijk kanalen personeel geworven en wordt geïnvesteerd in arbeidsmarktcommunicatie. Voor het behoud van medewerkers heeft Zuyderland programma's op het gebied van gezondheid en vitaliteit, loopbaanontwikkeling, mentale weerbaarheid en (persoonlijke) leiderschapsontwikkeling. Jaarlijks worden veel zorgprofessionals opgeleid. Daarnaast heeft het Zuyderland ziekenhuis samen met andere zorgpartners in de regio een transformatieplan ingediend gericht op de arbeidsmarkt. Hierbij wordt gewerkt aan het gezamenlijk opleiden van mensen voor de zorg, het samen werven van mensen voor de zorg en het behouden van mensen in de zorg door mobiliteits- en ontwikkelkansen te bieden, over de grenzen van de eigen organisatie heen. De regio Parkstad is een prachtige regio om je als zorgprofessional te vestigen met je gezin. Ik zal, en ik hoop u ook, dit bij gelegenheid onder de aandacht brengen.

Hoe ver is de Minister gevorderd met het uit de SEH's, de acute verloskunde en de IC's financieren via een vaste budgetbekostiging? Denkt de Minister dat deze maatregel ook iets te doet aan het nijpende personeelstekort in de zorg? Personeelstekort wordt als reden aangehaald voor de sluiting van de SEH. Hoe denkt de Minister dan dat het financieren via een vast budgetbekostiging bijdraagt aan het openhouden van SEH's?

Op 25 november 2024 heb ik de NZa om een uitvoeringstoets voor budgetbekostiging van de spoedeisende hulp (SEH) en acute verloskunde (AV) gevraagd. Op 20 februari heeft de NZa haar eerste deel van het advies gepubliceerd en heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd². De NZa geeft aan dat invoering van budgetbekostiging per 2026 niet haalbaar is en schetst scenario's voor invoering per 2027 en per 2028. U heeft hierover op 14 maart een brief ontvangen. Voor budgetbekostiging van de IC zal ik de NZa deze maand nog een aanvraag voor de uitvoeringstoets versturen.

² Kamerstuk 29 247, nr. 456

Met budgetbekostiging voor de SEH, AV en IC beoog ik financiële zekerheid te geven waardoor financiële problemen geen reden kunnen zijn dat een SEH, AV of IC sluit.

Budgetbekostiging is op zichzelf geen oplossing voor personele problemen. Waar budgetbekostiging wel voor zorgt, is dat ziekenhuizen voor een bepaalde mate van beschikbaarheid worden betaald. Dat geeft (financiële) zekerheid, immers het budget is niet afhankelijk van daadwerkelijk geleverde zorg. Dit zorg ervoor dat financiële redenen niet de oorzaak kunnen zijn voor sluiting van de SEH. Op die manier draagt budgetbekostiging bij aan het openhouden van SEH's en dus aan de toegankelijkheid van zorg. Hierdoor kunnen ziekenhuizen een aantrekkelijke werkgever in de regio blijven.

Hoe zou de situatie qua personeelsbezetting eruit hebben gezien als een goed personeelsbeleid en een goed strak financieel beleid bij de bouw van Orbis had plaatsgevonden? Had men dan wel twee SEH's kunnen ophouden etc.?

Dat kan ik niet beoordelen. De reden dat er geen twee SEH's open kunnen blijven in het Zuyderland ziekenhuis is niet de financiële situatie van het ziekenhuis maar het tekort aan personeel.

Daarnaast moet beseft worden dat elke verplaatsing van werkzaamheden gepaard kan gaan met personeelsverlies. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan?

Ik ben me ervan bewust dat verplaatsing van werkzaamheden kan leiden tot personeelsverlies, bijvoorbeeld doordat medewerkers de reisafstand te groot vinden worden³. Voor het behouden van personeel zijn naast reistijd ook andere factoren van belang. Zoals een gezonde en veilige werkomgeving, zowel fysiek als sociaal, een goede relatie met de leidinggevende, een veilig leerklimaat met ruimte voor persoonlijke en professionele ontwikkeling en ruimte om te leren van fouten en een fijne omgeving om te wonen.

Uit de eindrapportage van de regietafel van 22 mei 2024 blijkt dat de keuze om spoedzorg te concentreren in Sittard-Geleen is ingegeven door een structureel tekort aan gespecialiseerd personeel in de acute zorg, waaronder de SEH, IC en operatiekamers. De rapportage onderstreept dat deze personeelskrapte, ondanks maximale inspanningen op instroom en behoud van medewerkers, niet volledig kan worden opgelost. Daarom is concentratie van zorg op één locatie noodzakelijk om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te kunnen blijven garanderen.

Ik vind het belangrijk dat het Zuyderland in gesprek is met haar medewerkers om te kijken naar passende oplossingen om medewerkers te behouden voor het ziekenhuis of te behouden voor de zorg elders. Het Zuyderland ziekenhuis verwacht weinig personeelsverlies als gevolg van de voorgenomen verplaatsing van zorg.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het extra pijnlijk dat er juist in de mijnregio een volwaardig ziekenhuis verdwijnt. Deelt de Minister de mening van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat wij een ereschuld aan de regio hebben?

³ Uit landelijk uitstroombonderzoek van RegioPlus 2024 blijkt dat de privésituatie een belangrijke reden is om te vertrekken, het gaat dan vooral over verhuizing, een te lange reistijd en een gewenste carrièreswitch.

Ik vind dat ook pijnlijk. Er wonen immers genoeg mensen in de regio voor twee ziekenhuizen. Ik besef zeer goed waar de regio vandaan komt. En met welke complexe uitdagingen de regio onder andere als gevolg van dit verleden te maken heeft, zoals sociaaleconomische achterstanden, het personeelstekort, groeiende zorgvraag bijvoorbeeld als gevolg van de vergrijzing en een relatief ongezonde leefstijl in de regio.

Met de voorgestelde plannen blijven er twee grote ziekenhuizen in deze regio met elk hun eigen profiel. Daarnaast is met huisartsen en ambulancedienst de afspraak gemaakt om in 2030 samen een 24/7 spoedvoorziening in Heerlen neer te zetten waar alle basis spoedzorg behandeld kan worden. Dit wordt nader uitgewerkt in de werkgroep integrale spoedzorg.

De inwoners van deze regio verdienen – net als iedereen in Nederland – een ziekenhuis dat goede kwaliteit van zorg kan leveren en dat zo volwaardig mogelijk naast netwerkzorg die inspeelt op de belangrijkste regionale opgaven. Dat is waar in Nederland en dus ook in deze regio hard aan wordt gewerkt, bijvoorbeeld met het regioplan dat in het kader van het IZA is opgesteld en de bijbehorende transformatieplannen om de zorg ook in de toekomst in Zuid-Limburg toegankelijk te houden.

Hoe ziet de Minister het sluiten van de SEH in de bredere verschraving van voorzieningen in de regio? En hoe verhoudt zich dit tot de ambitie uit het regeerakkoord om de regio centraal te stellen? Deelt de Minister de mening van de GroenLinks-PvdA-fractie dat het rechtvaardig zou zijn als de regio Heerlen gecompenseerd wordt voor het verliezen van een volwaardig ziekenhuis?

Mijn beleid is erop gericht om de regio centraal te stellen en kleinere steden en streekziekenhuizen in de regio relevant te maken. Acute zorg is daar een belangrijk onderdeel van en moet zo dichtbij mogelijk mensen georganiseerd zijn. Daarom hebben we in het regeerprogramma opgenomen dat we delen van de zorg anders in moeten richten.

Ik heb er begrip voor dat het Zuyderland-ziekenhuis op dit moment als gevolg van personeelstekorten de SEH en IC niet op twee locaties kan openhouden. De kwaliteit van zorg voor patiënten staat voorop en is met de voorliggende plannen ook voor inwoners van Parkstad afdoende geborgd. Er zijn daarnaast afspraken gemaakt met het ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ voor het kunnen heropenen van SEH en IC op beide locaties als personeelstekorten zijn opgelost. Zoals aangegeven in mijn brief van 10 oktober 2024 heeft het Zuyderland ziekenhuis daarnaast besloten dat locatie Heerlen het (statutaire) hoofdkantoor van Zuyderland wordt en zal daarnaast een groot deel van de staf-afdelingen op die locatie worden gehuisvest.

Zoals ik ook eerder heb aangegeven gaat de landelijke politiek niet over welke zorg een ziekenhuis biedt. Ik ben verantwoordelijk voor toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg. Compensatie als gevolg van de keuze die nu gemaakt is, is niet aan de orde. Wel is het van belang te investeren in de regionale opgaven op het terrein van zorg. Dat gebeurt onder andere via het beschikbaar stellen van middelen voor transformatieplannen die in het kader van het IZA worden ontwikkeld en die moeten bijdragen aan de opgaven uit het regioplan. Voor de regio Zuid-Limburg is een groot aantal transformatieplannen in ontwikkeling.

Dit kabinet heeft daarnaast in het kader van Elke Regio Telt! Het nieuwe Nationaal Programma Vitale Regio's (NPVR) gelanceerd voor de kwetsbare regio's aan de randen van het land; waaronder ook voor Zuid-Limburg. De Minister van BZK heeft uw Kamer hier in december van

afgelopen jaar over geïnformeerd. Met dit programma zet het kabinet in op leefbare regio's, een duurzaam en bereikbaar voorzieningenniveau en een gezonde en kansrijke toekomst voor inwoners. Net als in de andere gebieden gaan we samen met de regio Zuid-Limburg in 2025 een plan voor de regio maken en een daaruit volgende actieagenda opstellen. Ook mijn ministerie committeert zich aan dit plan inclusief uitvoeringsagenda.

Vooruitlopend op deze agenda heeft het kabinet op 31 januari jl. reeds besloten in het kader van het Programma Regiodeals € 15 miljoen toe te kennen aan de Regio Deal «Parkstad Limburg biedt ruimte!» en 10 miljoen aan de Regio Deal Zuid-Limburg.

Hoe kijkt de Minister tegen het «ravijnjaar» voor gemeentes aan en wat dit specifiek kan betekenen voor het verdwijnen van voorzieningen in de gemeente Heerlen?

Mijn collega-bewindspersonen bij BZK voeren gesprekken met de VNG over balans in taken en middelen voor gemeenten. Gemeenten hebben in elk geval de beschikking over financiële middelen om uitvoering te geven aan de Wmo 2015. Daarnaast zijn gemeenten onderdeel van het IZA en praten zij mee over een aanvullend akkoord. Door te werken aan goede verbinding tussen het medisch en sociaal domein kunnen mensen met hun hulpvraag op de juiste plek terecht. In het GALA zijn aanvullende afspraken gemaakt over preventie, gezondheid en de verbinding met het medisch en -sociaal domein. Voor IZA en GALA hebben gemeenten ook middelen beschikbaar gekregen.

In alle regio's hebben gemeenten samen met verzekeraars hun regionale opgaven rondom het toegankelijk houden van zorg en ondersteuning vastgelegd in regioplannen als onderdeel van het IZA. Daarmee beogen zij te voorkomen dat cruciale voorzieningen op het terrein van zorg en ondersteuning verdwijnen. Dat geldt ook voor Zuid-Limburg waar de gemeente Heerlen ook betrokken is geweest bij het opstellen van het regioplan. Ik ga ervan uit dat de gemeente Heerlen met het beschikbare budget juist vanwege de specifieke gezondheidssituatie in de regio gerichte keuzes maakt die passen bij dit regioplan.

Recent hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie met interesse kennisgenomen van de onderzoeken van Grenspaal 12 en AT Osborne. Heeft de Minister kennisgenomen van deze rapporten? Wat is de reactie van Minister op het rapport van Grenspaal 12? Genoemde leden lezen in dit rapport dat gemiddelde reistijd met het openbaar vervoer naar de SEH-afdeling Sittard-Geleen op ruim driekwartier ligt. Dit is een flinke toename voor veel inwoners. Vindt de Minister dit acceptabel? Wat gaat de Minister doen om deze reistijd te verminderen? Ook lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat in sommige wijken reiskosten van 3 euro toenemen naar 9,50 euro. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich dan ook grote zorgen over de toegankelijkheid van ziekenhuiszorg voor de meest kwetsbaren en ouderen. Is de Minister het met de GroenLinks-PvdA-fractie eens dat juist de meest kwetsbare inwoners het hardst geraakt worden door deze centralisatie? Deelt de Minister deze zorgen?

Ja, ik heb kennisgenomen van de rapporten. Uit het onderzoek van Grenspaal 12 komt – net als uit de eerdere analyse van de regietafel – naar voren dat er aandachtspunten zijn op het gebied van vervoer waarvoor oplossingen moeten worden gezocht. Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de reistijd en de reiskosten van de inwoners in de regio. Het Zuyderland ziekenhuis is inmiddels gestart met verschillende werkgroepen, waaronder één voor vervoer. In deze werkgroep wordt

samen met de regionale partijen, waaronder gemeenten, Arriva, Omnibuzz en de provincie Limburg aandacht besteed aan specifieke problemen en gezocht naar passende oplossingen. De resultaten van het onderzoek worden betrokken bij de uitwerking van de werkgroep.

Daarbij heeft het Zuyderland ziekenhuis overigens wel kanttekeningen geplaatst bij de door Grenspaal 12 genoemde gemiddelde kostenstijging van het vervoer. Het Zuyderland ziekenhuis constateert weliswaar zelf ook dat de vervoerskosten zullen toenemen, maar beduidend minder dan in het rapport van Grenspaal 12 genoemd. Tot slot, 85% van de huidige zorg blijft op de dichtstbijzijnde locatie waardoor voor het grootste deel van de bevolking uit die regio de reistijd niet verandert.

Ten aanzien van de reistijd per openbaar vervoer geeft het Zuyderland ziekenhuis aan dat een reis naar een SEH in de praktijk nauwelijks of niet per openbaar vervoer afgelegd zal worden. In het geval een patiënt zich op de locatie Heerlen meldt met een spoedeisende vraag die in Sittard behandeld moet worden zal de patiënt afhankelijk van zijn/haar toestand met een ambulance of, indien eigen vervoer niet beschikbaar is, met een taxi naar de andere locatie worden gebracht. In Heerlen blijft er 24/7 een spoedpost. Met huisartsen en ambulance is de afspraak gemaakt om samen een 24/7 spoedvoorziening in Heerlen neer te zetten in 2030 waar alle basis spoed behandeld kan worden. Dit wordt nader uitgewerkt in de werkgroep integrale spoedzorg.

Welke concrete stappen gaat Minister zetten om de ziekenhuiszorg wel toegankelijk te houden in de regio?

Het kabinet werkt onder regie van de Minister van IenW aan de invulling van een benadering van bereikbaarheid waarin het kunnen bereiken van voorzieningen als zorg en onderwijs essentieel is. Deze benadering is voor alle soorten gebieden en regio's van toepassing, en sluit bijvoorbeeld ook aan op het Nationaal Programma Vitale Regio's (NVPR in het kader van Elke Regio Telt!).

Daarin richt het kabinet zich op meer gestructureerd inzicht in de bereikbaarheid van voorzieningen, waaronder zorginstellingen, met verschillende vervoerwijzen en met de mogelijkheid daarop in te zoomen op gebiedsniveau. Ook streven we naar meer inzicht in de bereikbaarheidsrisico's van verschillende doelgroepen. Dat vraagt om een uitwerking en doordenking op gebiedsniveau samen met regionale bestuurlijke partners en met de verschillende collega-departementen. Ook in Zuid-Limburg.

De Minister van IenW zal vanuit zijn systeemverantwoordelijkheid daarvoor de komende tijd het initiatief nemen voor een interdepartementale en interbestuurlijke aanpak, en deze met de Kamer delen.

Hoe gaat de Minister voorkomen dat de gemeente niet opdraait voor de kosten van bijvoorbeeld een omnibus? Ziet de Minister hier ook een rol voor de regering, bijvoorbeeld door extra financiering vanuit het Rijk? Is de Minister bereid dit te verkennen?

Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de reistijd en de reiskosten van de inwoners in de regio. Het Zuyderland ziekenhuis is inmiddels gestart met verschillende werkgroepen, waaronder één voor vervoer. In deze werkgroep wordt samen met de regionale partijen, waaronder gemeenten, Arriva, Omnibuzz en de provincie Limburg aandacht besteed aan specifieke problemen in regio's en gezocht naar passende oplossingen. Voor de bekostiging van het regionaal OV is de provincie

verantwoordelijk, ik zie dan ook geen aanleiding om daar een rol in te pakken. Aanvullend verwijs ik u naar het antwoord op de vorige vraag.

In het AT Osborne rapport staat dat het verschil van investering tussen Heerlen en Sittard-Geleen ongeveer 130 miljoen euro is. Hoe kijkt de Minister tegen deze conclusie aan? Ziet de Minister aanknopingspunten voor het openhouden van twee SEH's, gezien het bedrag in dit onderzoek bijna 100 miljoen euro lager uitvalt dan bij die van de regietafel?

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat het de analyse van AT Osborne niet onderschrijft omdat er verschillende kosten niet zijn meegenomen in de analyse en er aannames zijn gedaan die zij niet passend en realistisch vinden. Daarmee constateer ik dat hier verschillende beelden over leven. Tegelijkertijd zie ik ook dat er, ook in de analyse van AT Osborne, nog steeds een fors bedrag resteert waardoor de optie om locatie Heerlen aan te wijzen voor de acute spoedzorg op het criterium van betaalbaarheid nog steeds aanzienlijk slechter scoort dan de locatie Sittard-Geleen.

Zoals eerder aangegeven neemt het ziekenhuis – mits de procedure hiervoor op zorgvuldige wijze wordt doorlopen – de besluiten over welke zorg wordt aangeboden. Het ziekenhuis heeft aangegeven op basis van dit onderzoek geen aanknopingspunten te zien om het eerdere besluit te heroverwegen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie en reactie van de bewindspersoon

De leden van de VVD-fractie vragen de Minister wat de basis is voor het idee om in de nieuwbouwplannen en bouwgrond rekening te houden met het bijbouwen van extra gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beide locaties in Zuid-Limburg. Hoe realistisch is het dat het personeelstekort de komende jaren zodanig wordt opgelost dat er voldoende medewerkers beschikbaar zijn op de IC's en SEH's op beide locaties? Genoemde leden lezen dat het Zuyderland en zorgverzekeraar CZ beziën hoe in Heerlen meer acute patiënten kunnen worden opgevangen indien het personeelstekort in de acute zorg in voldoende mate verbetert. Wat wordt bedoeld met in «voldoende» mate? Welke cijfers horen daarbij? Wie bepaalt dat en wie neemt verantwoordelijkheid voor de invloed van deze keuze op de kwaliteit en veiligheid van de zorg? En hoe wordt geborgd dat een eventueel kortdurende verandering uitloopt op een structurele (investerings)beslissing met alle risico's van dien?

Het duurzaam oplossen van de grote personele tekorten is geen gemakkelijke opgave en het ziekenhuis ziet zich op basis van de bestaande situatie genoodzaakt de huidige plannen door te zetten. Het Zuyderland ziekenhuis heeft aangegeven dat in het programma van eisen voor de nieuwbouw rekening zal worden gehouden met de mogelijkheid voor een eventuele uitbouw. Hierbij staat voorop dat de kwaliteit van de zorg leidend is en dat dit binnen passende financiële kaders moet kunnen plaatsvinden.

Het arbeidsmarkttekort in Zuid-Limburg in de sector zorg en welzijn stijgt naar 3.900 medewerkers in 2027 en naar 9.400 medewerkers in 2034. Met name in de functies verzorgende niveau 3, verpleegkundige niveau 4, helpende niveau 2, agogen niveau 6 en verlos- en verpleegkundige niveau 6 worden de grootste tekorten verwacht⁴.

⁴ Bron AZW prognoses 2024

Het aanpakken van het personeelstekort vraagt om verandering en daar zet ik mij voor in langs drie lijnen, door:

- 1) *Het halveren van de administratietijd naar maximaal 20 procent*, onder andere door de acties in de werkagenda van de Regiegroep aanpak regeldruk, de veldbevraging die de mening van de zorgverlener over zinnige administratie die past binnen maximaal 20 procent administratietijd centraal stelt, inzetten op het voorkomen van onnodige regeldruk door nieuwe wet- en regelgeving en het versneld en verantwoord benutten van de kansen van AI.
- 2) *De juiste inzet van medewerkers* onder andere door arbitrage tussen zorgwetten waarbij de minste inzet van medewerkers uitgangspunt wordt en medisch technische zorginnovaties die arbeidsbesparend werken.
- 3) *Het vergroten van vakmanschap en werkplezier* onder meer via een leidraad die organisaties concrete handvatten biedt om hiermee aan de slag te gaan.

Daarnaast organiseer ik voor de zomer een zorgtop over het afwenden van het onbeheersbaar arbeidsmarkttekort binnen zorg en welzijn. Die dag zullen initiatieven centraal staan die effectief zijn gebleken en die een succesvolle bijdrage hebben geleverd aan het verminderen van de arbeidsmarkttekorten. In aanloop naar deze top ga ik op 7 april in gesprek met zorgprofessionals tijdens het VOICE-event: «op weg naar de zorgtop». Ook van hen hoor ik graag welke plannen niet mogen ontbreken waar het gaat om het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort.

De toenemende zorgvraag en de afname van voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel vraagt naast oplossingen op de arbeidsmarkt ook om andere oplossingen. Denk daarbij aan de invloed van innovatie, AI, transformatie van zorg en het slim organiseren van zorgaanbod. Omdat de «zorgkloof» niet alleen vanuit de arbeidsmarkt kan worden gedicht, maar samenhangt met dit soort ontwikkelingen, is op dit moment niet in absolute cijfers te zeggen wanneer het personeelstekort in het Zuyderland in voldoende mate is verbeterd. Binnen Zuyderland was er in 2023 al sprake van een forse onderbezetting in de acute zorg. Het Zuyderland ziekenhuis verwacht dat deze tekorten de komende jaren verder oplopen naar 18% in de SEH's, 14% in de OK en 7% in de IC.

De komende jaren blijf ik de ontwikkelingen ten aanzien van de personeelstekorten van het Zuyderland ziekenhuis nauwgezet volgen en blijf ik hierover in contact staan met het bestuur van het ziekenhuis. Eventuele koerswijzigingen op de personeelstekorten worden betrokken in dit contact. Het is uiteindelijk aan het ziekenhuis en de zorgverzekeraar om de keuzes te maken over de inrichting van het zorgaanbod en de daarvoor benodigde investeringen.

Hebben we het hier niet over een mogelijkheid waar nog geen procent kans op is dat die zich voordoet? En gaat de Minister hiermee dan niet een schijnbelofte aan?

Ik kan geen inschatting geven van de kans dat dit zich voordoet, maar ook als de kans klein is ben ik blij dat deze mogelijkheid open staat. Het duurzaam oplossen van de grote personele tekorten is geen gemakkelijke opgave en het ziekenhuis ziet zich op basis van de bestaande situatie genoodzaakt de huidige plannen door te zetten. Maar als het op enig moment wel lukt is de afspraak dat in de nieuwbouwplannen en bouwgrond rekening wordt gehouden met het kunnen bijbouwen van de benodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beide locaties.

De leden van de VVD-fractie vinden dat het proces rondom het openen en sluiten van afdelingen in ziekenhuizen en de communicatie daarover in de landelijke politiek veel realistischer en eerlijker gevoerd moet worden. Genoemde leden vragen hoe de Minister aankijkt tegen haar verantwoordelijkheid in dit proces.

De politiek gaat niet over het open houden of sluiten van ziekenhuisonderdelen en dat geeft soms een machteloos gevoel. Toch zijn er randvoorwaarden waar we wel invloed op hebben. Ik heb gezien en ervaren dat het sluiten van een afdeling leidt tot maatschappelijke en politieke discussies, zeker wanneer relevante partijen in de regio het gevoel hebben niet of onvoldoende betrokken te zijn geweest in het proces dat heeft geleid tot sluiting van deze voorzieningen. Ik heb er begrip voor dat deze discussies door de Tweede Kamer opgepakt worden, zoals ook is gebeurd met het Zuyderland-dossier. Ik ben van mening dat het gesprek primair in de regio gevoerd dient te worden, waarbij ik het belangrijk vind dat het gesprek met alle betrokkenen tijdig en goed gevoerd wordt,

Ik zie het voor me dat een gedegen proces in de regio ook leidt tot een betere communicatie in de landelijke politiek. In mijn brief van 10 oktober heb ik zo feitelijk mogelijk verslag gedaan van de afspraken die voor Zuyderland zijn gemaakt. Als Minister schep ik de kaders voor het gesprek in de regio. Die kaders liggen vast in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, de amvb acute zorg).

Tevens ben ik bezig met het aanpassen van de regelgeving die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Op deze manier wil ik ervoor zorgen dat er een stevigere fundering is om ziekenhuizen en ketenpartners meer te laten samenwerken en om ziekenhuizen dichtbij te behouden.

Dit neemt echter niet weg dat het niet aan de landelijke politiek of aan mij als Minister is om te daadwerkelijk te bepalen welke afdelingen een ziekenhuis heeft en welke zorg het ziekenhuis levert. Dat is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf. Alleen zorgaanbieders kunnen immers uiteindelijk beslissen of ze de kwaliteit van zorg kunnen borgen waaraan zij zijn gehouden.

Welke lessen trekt zij uit het Zuyderland-dossier en hoe hier in de landelijke politiek mee is omgegaan? En wat is zij van plan te doen met de toekomstige vraagstukken rondom ziekenhuiszorg in Zuid-Limburg, maar ook in andere delen van het land? Wat neemt ze mee uit de eerdere en huidige vergelijkbare processen, in bijvoorbeeld Zutphen?

Van de situatie bij het Zuyderland heb ik geleerd dat het van groot belang is dat het lokaal openbaar bestuur tijdig wordt betrokken bij de voorgenomen besluitvorming daar waar het gaat om het wijzigen van het aanbod van acute zorg. Ziekenhuisbestuurders moeten (pro)actief in gesprek met de lokale gemeenschap en met hun patiënten over hoe zij de zorg wensen te organiseren.

Met de maatregelen in het Regeerprogramma zet ik in op een andere inrichting van het zorglandschap waarbij streekziekenhuizen het uitgangspunt van beleid worden. Deze maatregelen zijn:

- 1) Acute zorg uit de marktwerking. Het kabinet gaat de spoedeisende hulp (SEH), de acute verloskunde en intensive care zorg (IC-zorg) bekostigen op basis van een vast budget (met inkoop in representatie). Dit geeft zekerheid voor kleinere ziekenhuizen en maakt samenwerking gemakkelijker.

- 2) Meerjarige financiële afspraken. Het kabinet wil met zorgverzekeraars afspreken dat zij meerjarige financiële afspraken met ziekenhuizen maken.
- 3) Grote ziekenhuizen ondersteunen kleine ziekenhuizen. Het kabinet wil ervoor zorgen dat ziekenhuizen meer samenwerken en volwaardige streekziekenhuizen behouden blijven. Grote ziekenhuizen gaan kleine ziekenhuizen ondersteunen, zodat zij goede zorg kunnen leveren en operaties van meer eenvoudiger aard worden niet langer gecentreerd.
- 4) Aanpassing regelgeving. Het kabinet zal de regelgeving aanpassen die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken.

In aanvulling en vooruitlopend op wetgeving, die nu eenmaal tijd kost, stel ik een handreiking op voor wat er in de tussentijd nodig is om te voorkomen dat de beschikbaarheid in het geding komt. De handreiking moet ondersteuning gaan bieden aan organisaties die betrokken (willen) zijn bij eventuele verandering van het aanbod van (acute) zorg en aanbevelingen en kaders geven om ervoor te zorgen dat hierover in de regio het goede gesprek wordt gevoerd. Wie wordt wanneer ingeschakeld, wat zegt de huidige wetgeving, wat leren we van recente casuïstiek, maar bovenal hoe gebruiken we de denkkracht van iedereen om tot goede oplossingen te komen? Binnenkort breng ik deze in internetconsultatie, zodat iedereen die dat wil aanvullingen kan voorstellen.

De leden van de VVD-fractie hebben eerder aangedrongen op een duidelijker rol voor de betrokkenheid van inwoners, gemeenten, huisartsen en het lokale zorgnetwerk. Kan de Minister aangeven hoe dat idealiter vorm krijgt in toekomstige vraagstukken als deze? Wat is nodig om die ideale werkwijze mogelijk te maken en wat gaat de Minister daarvoor doen?

Ik vind het belangrijk dat inwoners, gemeenten, huisartsen en het lokale zorgnetwerk goed en op tijd betrokken worden bij het proces wanneer het zorgaanbod in de regio aan verandering onderhevig is. Zoals in het vorige antwoord aangegeven, heb ik in aanvulling op de bestaande regelgeving een concept handreiking gereed, waarin beschreven staat hoe en op welk moment verschillende betrokkenen bij dit vraagstuk aangesloten kunnen worden.

Dat de Minister «als eerste Minister marktwerking uit delen van de zorg gaat halen» is een vaak herhaalde oneliner. Wat betekent dit concreet?

Dit betekent dat ik als eerste Minister een onderscheid ga maken in de bekostiging van de spoedeisende hulp (SEH), acute verloskunde (AV) in het ziekenhuis en intensive care (IC) zorg enerzijds en de overige ziekenhuiszorg anderzijds.

Acute zorgvormen hebben immers een soort van ambulancefunctie. Ook als er relatief weinig patiënten zijn, moet die zorg toch beschikbaar zijn voor die paar patiënten die wel acuut zorg nodig hebben. Deze zorg moet daarom anders bekostigd worden dan de meer planbare zorg in ziekenhuizen zoals bijvoorbeeld knieoperaties of staaroperaties. De bekostiging moet op basis van beschikbaarheid in plaats van productie. Die benodigde beschikbaarheid van acute zorg vergt dat alle zorgverzekeraars bijdragen aan het dichtbij beschikbaar houden van de acute zorg, zodat al hun verzekerden er gebruik van kunnen maken als dat nodig is.

Mijn voornemen is om dit te doen door de gefaseerde invoering van budgetbekostiging. Daarbij spreken ziekenhuizen en zorgverzekeraars een vast budget af. De afspraken worden gemaakt door de grootste een of twee zorgverzekeraars, namens alle zorgverzekeraars. Zo dragen zij allemaal op een eerlijke manier hun aandeel bij. Door deze afspraken maakt het, in tegenstelling tot de reguliere bekostiging op basis van prijzen en volumes (zogenaamde PxQ bekostiging), niet uit hoeveel zorg er geleverd wordt.

Ook is er bij deze bekostigingsvorm door de bijbehorende NZa-regelgeving geen ruimte meer voor concurrentie in de inkoop binnen een regio waardoor de ACM in dit geval niet zal toetsen aan de Mededingingswet. Met andere woorden: door de invoering van budgetbekostiging haal ik de SEH, AV en IC uit de marktwerking. Ik streef ernaar mijn bredere opvatting over marktwerking in de zorg voor het commissiedebat medisch zorglandschap met uw Kamer te delen.

Vindt de Minister dat de ziekenhuizen in de regio nu onvoldoende bestaansrecht hebben?

De ziekenhuizen dichtbij, in de eigen regio, vormen het hart van het medisch zorglandschap. Daar mogen we trots op zijn. Maar, we moeten er ook zuinig op zijn, juist in tijden waarin de zorg onder druk staat. We staan namelijk voor een enorme opgave als het gaat om de houdbaarheid van de zorg. We krijgen steeds meer te maken met een grote toestroom van patiënten. We worden namelijk steeds ouder en er zijn steeds meer mensen in Nederland die zorg nodig hebben. Ik zie nu al dat ziekenhuizen worden geconfronteerd met een oplopend tekort aan personeel waardoor ze voor uitdagingen komen te staan. Ik zie het als mijn plicht om het personeelstekort op te lossen.

Aanvullend maak ik werk van bestuurlijke afspraken, het aanpassen van wet- en regelgeving en het invoeren van budgetbekostiging voor de acute ziekenhuiszorg, om zo het ziekenhuis dichtbij méér bestaansrecht te geven.

In welke mate draagt het «weghalen van marktwerking uit delen van de zorg» bij aan bestaansrecht en het verbeteren van het imago van werken in de regio?

Met budgetbekostiging voor de SEH, AV en IC beoog ik financiële zekerheid te geven waardoor financiële problemen geen reden kunnen zijn dat een SEH, AV of IC sluit. Een vorm van gedifferentieerde budgetbekostiging kan bijdragen aan de optimale inzet van schaars personeel in de acute zorg en kan ervoor zorgen dat personeel zich duurzaam vestigt in de regio. Hierdoor kunnen ziekenhuizen een aantrekkelijke werkgever in de regio blijven.

In hoeverre dragen beleidsdoelen van concentratie en spreiding bij aan bestaansrecht en het genoemde imago en hoe kan de Minister dit verder versterken?

Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland, ongeacht zijn of haar woonplaats, toegang heeft tot goede zorg, of het nou gaat om een relatief eenvoudige beenbreuk, of over een complexe chirurgische operatie aan een van de organen. Uitgangspunt is daarbij dat we de zorg zo dichtbij mogelijk om de patiënt heen organiseren en dat als het moet, we de hoogcomplexere zorg afhankelijk van waar je woont, verder weg moeten organiseren.

Ik zie de beweging van spreiding en concentratie als een belangrijke bouwsteen voor de inrichting van het zorglandschap. De beweging is erop gericht dat ziekenhuizen meer gaan samenwerken in zorgnetwerken. Soms is concentratie van zorg nodig om zorg van hogere kwaliteit voor patiënten mogelijk te maken. In andere gevallen leidt spreiding tot beter passende zorg dichtbij. Alle medisch specialisten, ziekenhuizen en andere veldpartijen zijn nodig om deze kwaliteitsverbetering voor patiënten te kunnen realiseren. Ik ben ervan overtuigd dat de inzet van netwerkzorg zorgt voor meer kennis en expertise in de ziekenhuizen wat tevens ten goede komt aan het imago.

Met welke kwantitatieve onderbouwingen is de Minister nu aan het rekenen om «marktwerking uit delen van de zorg te halen»? Welke impact heeft dit op andere «delen van de zorg» en welke delen zijn dat? En hoe gaat de Minister hiermee om? Op welke termijn kan de Kamer inhoudelijke voorstellen tegemoet zien, inclusief budgettaire consequenties?

Om de gevolgen van de invoering van budgetbekostiging beter in kaart te brengen heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een uitvoeringstoets. Op 20 februari jl. heb ik het eerste deel van die uitvoeringstoets aan uw Kamer aangeboden, waarin ik ook aangeef welke stappen ik tegen die achtergrond neem.⁵ Ik heb uw Kamer op 14 maart nader geïnformeerd over de invoering van budgetbekostiging voor de SEH. Ook zal de NZa in de zomer het tweede deel van haar advies opleveren, waarin een aantal uitvoeringsvraagstukken beantwoord zal worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie en reactie van de bewindspersoon

De leden van de NSC-fractie constateren dat het personeelstekort een grote uitdaging vormt en een belangrijke oorzaak is van de problemen die het Zuyderland ziekenhuis ondervindt. Zij lezen dat de directie van het Zuyderland en zorgverzekeraar CZ hebben toegezegd het arbeidsmarkttekort continu te blijven monitoren en alles te doen om zoveel mogelijk zorgpersoneel op te leiden en te behouden. Het blijft echter onduidelijk welke concrete maatregelen en aanpakken er precies worden ingezet om dit te realiseren. Kan de Minister verduidelijken hoe deze toezeggingen in de praktijk worden omgezet?

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan via verschillende lijnen te investeren in haar arbeidsmarktagenda. Er wordt via zoveel mogelijk kanalen personeel geworven en wordt geïnvesteerd in arbeidsmarktcommunicatie. Voor het behoud van medewerkers heeft Zuyderland programma's op het gebied van gezondheid en vitaliteit, loopbaanontwikkeling, mentale weerbaarheid en (persoonlijk) leiderschapontwikkeling. Ook worden jaarlijks veel zorgprofessionals opgeleid. Daarnaast heeft het Zuyderland ziekenhuis samen met andere zorgpartners in de regio een transformatieplan ingediend gericht op de arbeidsmarkt. Hierbij wordt vanuit een collectief werkgeverschap gewerkt aan het gezamenlijk opleiden van mensen voor de zorg, het samen werven van mensen voor de zorg en het behouden van mensen in de zorg door mobiliteits- en ontwikkelkansen te bieden, ook over de grenzen van de eigen organisatie heen.

⁵ Kamerstuk 29 247, nr. 456

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie en reactie van de bewindspersoon

Genoemde leden zijn blij met de toezegging om het arbeidsmarkttekort in de zorg te blijven monitoren en wanneer dat kan bij te sturen. Hoe garandeert de Minister dat bijsturing van het ziekenhuis daadwerkelijk leidt tot het behouden of uitbreiden van zorgcapaciteit in Heerlen? Wat zijn concrete cijfers of doelen voor het aantrekken van zorgpersoneel voor de regio Heerlen?

De toenemende zorgvraag en de afname van voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel vraagt naast oplossingen op de arbeidsmarkt ook om andere oplossingen. Denk daarbij aan de invloed van innovatie, AI, transformatie van zorg en het slim organiseren van zorgaanbod. Omdat de «zorgkloof» niet alleen vanuit de arbeidsmarkt kan worden gedicht, maar samenhangt met dit soort ontwikkelingen, is op dit moment niet in absolute cijfers te zeggen wanneer het personeelstekort in het Zuyderland in voldoende mate is verbeterd. Binnen Zuyderland was er in 2023 al sprake van een forse onderbezetting in de acute zorg. Het Zuyderland ziekenhuis verwacht dat deze tekorten de komende jaren verder oplopen naar 18% in de SEH's, 14% in de OK en 7% in de IC.

De komende jaren blijf ik de ontwikkelingen ten aanzien van de personeelstekorten van het Zuyderland ziekenhuis nauwgezet volgen en blijf ik hierover in contact staan met het bestuur van het ziekenhuis. Eventuele koerswijzigingen op de personeelstekorten worden betrokken in dit contact. Het is uiteindelijk aan het ziekenhuis en de zorgverzekeraar om de keuzes te maken over de inrichting van het zorgaanbod.

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie ook blij met de dertig jaar garantie op ziekenhuiszorg in Heerlen. De toezegging is geruststellend, maar wanneer en hoe wordt deze garantie juridisch afgedekt? Wat zijn de juridische voorwaarden die waarborgen dat de locatie Heerlen voor dertig jaar operationeel blijft? Kan de Minister garanderen dat het ziekenhuis geen stille afschaling doorvoert op de locatie Heerlen, als bijvoorbeeld de zorgbehoefte in de regio verschuift?

Het Zuyderland ziekenhuis heeft mij laten weten de belofte nog juridisch vast te leggen en verwacht dit eind 2025 afgerond te hebben. Ik zal monitoren dat deze afspraak wordt nagekomen. Daarbij geldt dat dit geen belofte is aan mij, maar aan de inwoners en betrokken partijen in de regio. Ik ga er daarom vanuit dat de juridische uitwerking een duurzaam karakter heeft en los staat van de opvatting van mijn opvolgers. Gezien de grote investering van tientallen miljoenen in het nieuwe gebouw in Heerlen is het Zuyderland er zelf ook bij gebaat om daadwerkelijk ziekenhuiszorg in het gebouw te blijven aanbieden. Ik heb er daarom alle vertrouwen in dat de belofte wordt nagekomen. Ik zal uw Kamer hiervan op de hoogte houden.

Ook lezen genoemde leden dat verder wordt onderzocht in hoeverre de reeds bestaande thuismonitoring (bijvoorbeeld CTG-monitoring) verder uitgebreid kan worden voor zorg die minder acuut is en nodig is buiten kantooruren in de thuissetting of wijk. Hoe wordt de thuismonitoring voor zwangere vrouwen verder uitgebreid en in hoeverre kan deze uitbreiding bijdragen aan het behoud van zorg op locatie Heerlen, in plaats van een grotere concentratie van zorg op Sittard-Geleen?

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat het opschalen van digitale zorg, inclusief centraal telemonitoring, binnen Zuyderland vormgegeven is in zowel een strategisch programma als een uitvoeringsorganisatie (Digitale

Zorgtransformatie). Hierdoor is Zuyderland in staat geweest significante stappen te zetten in het structureel uitbreiden van digitale zorg en telemonitoring binnen 28 zorgpaden. Dit zijn zorgpaden van chronische, klinische en acute aard. Op dit moment heeft Zuyderland deze vorm van digitale zorg en telemonitoring al aan kunnen bieden aan meer dan 7.500 patiënten. Deze zorg wordt aangeboden aan alle patiënten binnen Zuyderland, ongeacht woonplaats of afstand tot het ziekenhuis. Het centraal monitoringsteam bevindt zich zowel in Sittard-Geleen als in Heerlen, en ook het ondersteuningspunt voor vragen van patiënten aangaande digitale zorg (Digipunt) heeft fysieke loketten in zowel Sittard-Geleen als in Heerlen. Op dit moment wordt CTG en zwangerschapshypertensie op afstand aangeboden, uitbreidingsmogelijkheden wordt onderzocht met (o.a. zorg op afstand na een keizersnede en bij prematuren).

Daarnaast loopt op dit moment een samenwerkingsverband op regionaal niveau om ook in de keten digitale zorg aan de burgers in de Oostelijke en Westelijke mijnstreek regio aan te kunnen bieden. Hierin werken de huisartsenorganisaties, thuiszorgorganisaties en het ziekenhuis intensief samen. Op dit moment bevindt dit traject zich nog in de ontwerpfasen; doelstelling is om in 2025 de eerste «pilots» met een kleine patiëntenpopulatie uit te voeren, en in 2026–2027 te implementeren en op te schalen. Hier is het aanbieden van chronische zorg de focus in de eerste fase, met als eerste transmurale digitale zorgpaden COPD/astma, diabetes type II en hartfalen.

Daarnaast lezen de leden dat het Zuyderland ziekenhuis in overleg met de Minister een pilot Artificial Intelligence (AI) start om de administratieve lasten van zorgverleners te verlichten. Hoe worden de voordelen van AI voor administratieve lasten gecommuniceerd naar het zorgpersoneel en in hoeverre zal dit bijdragen aan het op termijn bijbouwen van de benodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beide locaties?

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan veel potentie te zien voor het inzetten van AI om de administratieve lasten te verminderen, bijvoorbeeld met speech-to-text oplossingen. Zuyderland werkt met een veranderprogramma waarin specifiek met zorgverleners de voordelen van gebruik AI in kaart gebracht worden. Door dit gezamenlijk te doen ontstaat er meer kans op adoptie en succesvolle implementatie.

Op termijn kan dit bijdragen aan vermindering van de zorgkloof doordat meer tijd van schaars zorgpersoneel, onder andere op de SEH en de IC, wordt vrijgespeeld en daarmee groeiende zorgvraag beter beantwoord kan worden. Op andere plekken wordt deze potentie in AI ook gezien, daarom wordt er op dit moment in het kader van het AZWA gewerkt aan een aanpak en kaders voor de inzet van AI in de zorg om gezamenlijk met het veld hier afspraken over te maken.

Er zijn meerdere oplossingen die kunnen bijdragen aan het dichtert van de «zogenaamde» zorgkloof, die wordt veroorzaakt door de toenemende zorgvraag en de afname van voldoende beschikbaar en gekwalificeerd. Dit kunnen oplossingen zijn op het gebied van de arbeidsmarkt, maar ook op het gebied van innovatie, AI, transformatie van zorg en het slim organiseren van zorgaanbod. De mate waarin AI zal bijdragen aan de mogelijkheid om op termijn gebouwen bij te bouwen is afhankelijk van de mate waarin de potentie van AI zich daadwerkelijk manifesteert en de ontwikkeling van de overige oplossingen die van invloed zijn op de zorgkloof.

Tot slot de ambulancezorg. Gezien de afschaling van de IC, SEH en acute verloskunde van Heerlen naar Sittard-Geleen: hoe wordt gewaarborgd dat de ambulancezorg in de regio Parkstad, inclusief Heerlen, snel en adequaat kan blijven reageren? Zijn er concrete afspraken gemaakt met de ambulancezorg?

Ambulancezorg Limburg verzorgt de ambulancezorg in de regio Parkstad en de rest van Limburg. Zuid-Limburg beschikt over ambulanceposten in Maastricht, Gulpen, Landgraaf, Heerlen en Geleen. Deze ambulanceposten zijn zo verdeeld over de regio dat er een optimale dekking van het verzorgingsgebied is als het aankomt op binnen 15 minuten ter plaatse zijn om acute zorg te kunnen verlenen. Overal in de regio kunnen ambulances vervolgens binnen de wettelijke bereikbaarheidsnorm de patiënt vervoeren naar het ziekenhuis met de best passende zorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie en reactie van de bewindspersoon

De leden van de CDA-fractie lezen dat het Zuyderland ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ zullen garanderen dat het ziekenhuis op locatie Heerlen voor dertig jaar blijft bestaan en dat deze toezegging nader uitgewerkt wordt. Deze leden vragen hoe deze toezegging (juridisch) uitgewerkt wordt, of de Minister de Kamer hiervan op de hoogte wil houden en wanneer de Kamer hier meer over hoort.

Het Zuyderland ziekenhuis heeft mij laten weten de belofte nog juridisch vast te leggen en verwacht dit eind 2025 afgerond te hebben. Ik zal monitoren dat deze afspraak wordt nagekomen. Daarbij geldt dat dit geen belofte is aan mij, maar aan de inwoners en betrokken partijen in de regio. Ik ga er daarom vanuit dat de juridische uitwerking een duurzaam karakter heeft en los staat van de opvatting van mijn opvolgers. Gezien de grote investering van tientallen miljoenen in het nieuwe gebouw in Heerlen is het Zuyderland er zelf ook bij gebaat om daadwerkelijk ziekenhuiszorg in het gebouw te blijven aanbieden. Ik heb er daarom alle vertrouwen in dat de belofte wordt nagekomen.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister naar de afdoening van de aangenomen motie-Krul c.s. om uiterlijk in de eerste helft van 2025 tot een plan te komen voor goede en veilige geboortezorg in Heerlen. Deze leden vragen de Minister naar de uitvoering van deze motie, aangezien zij in haar brief een plan hiervoor missen. De brief en de bijlage over de afdoening van moties spreken over: «de mogelijkheden worden onderzocht om, samen met de verloskundigen, in Heerlen zoveel als mogelijk laag complexe geboortezorg aan te bieden op beide locaties, waarbij ook een kraamhotel tot de opties behoort.» Deze leden constateren echter dat dit niets nieuws is, maar al eerder aangekondigd. Welke nieuwe stappen zijn er genomen en hoe neemt de Minister hierin het initiatief, zoals in de motie is gevraagd? En wanneer hoort de Kamer hier meer over?

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat er een werkgroep start samen met de eerstelijns verloskundigen voor de uitwerking en inrichting van goede en veilige geboortezorg in de hele Mijnstreekregio. Zoals ik ook in mijn brief van 10 oktober 2024 heb aangegeven is de uitwerking en inrichting hiervan aan het ziekenhuis zelf en zal ik uw Kamer vóór de zomer van 2025 informeren over de voortgang.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de Minister reeds geruime tijd werkt aan regelgeving die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Deze leden missen urgentie en voortgang op dit dossier.

Wanneer komt de Minister met haar concrete plannen? Wat is er veranderd sinds de brief van de Minister van 10 oktober jl.? En wanneer komt de handreiking die in de tussentijd uitkomst moet bieden?

Het klopt dat ik bezig ben met het aanpassen van de regelgeving die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Het gaat hierbij om het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling Wkkgz. Het aanpassen van regelgeving kost echter tijd, waarbij ik het belangrijk vind om dit proces gedegen te doorlopen. Parallel hieraan ben ik bezig met de handreiking. De conceptversie heb ik gereed.

Daarnaast zal ik een concept van de handreiking op internet ter consultatie aanbieden, zodat iedereen die dat wil suggesties kan doen. De handreiking hoop ik vervolgens na de zomer gereed te hebben. Mijn inzet is erop gericht om dan ook een voorstel gereed te hebben voor de internetconsultatie van de aanpassing van de regelgeving.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie en reactie van de bewindspersoon

De leden van de SP-fractie vragen de Minister wat de «ultieme poging» die zij heeft gedaan door te overleggen met de zorgverzekeraar en het ziekenhuisbestuur concreet heeft opgeleverd, behalve de genoemde punten in haar brief? Hoe kan de Minister zeggen dat het gesprek een «positieve uitkomst» heeft gehad terwijl cruciale onderdelen van het Heerlense ziekenhuis alsnog gesloten gaan worden?

De afspraken die ik met het bestuur van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar heb gemaakt, waarover ik uw Kamer in mijn brief van 10 oktober 2024 heb geïnformeerd, zijn in mijn ogen het maximale wat ik als Minister van VWS kan doen ten aanzien van de inrichting van het ziekenhuisaanbod in deze regio.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe de afspraken in de nieuwbouwplannen en in de bouwgrond waarin rekening wordt gehouden met het kunnen bijbouwen van de genodigde gebouwen voor het realiseren van een SEH en IC op beiden locaties er precies uitzien. Welke waarborgen zitten hierin? Hoe ziet de afspraak er precies uit die is gemaakt met verzekeraar CZ om de rekening op te pakken om de extra te gebouwen te realiseren? Waar kan deze afspraak teruggevonden worden en hoe groot bedraagt deze? Genoemde leden vragen de Minister wanneer het punt voor het ziekenhuis en zorgverzekeraar is bereikt om te besluiten dat de bouw van het complex aangepast kan worden omdat er voldoende personeel is.

De afspraak zoals overeengekomen met het bestuur van Zuyderland en zorgverzekeraar CZ is vastgelegd in de Kamerbrief van 10 oktober jl. Zij hebben de afspraak onderschreven. Het Zuyderland ziekenhuis heeft aangegeven dat in het programma van eisen voor de nieuwbouw rekening zal worden gehouden met de mogelijkheid voor een eventuele uitbouw. Hierbij staat voorop dat de kwaliteit van de zorg leidend is en dat dit binnen passende financiële kaders moet kunnen plaatsvinden.

De toenemende zorgvraag en de afname van voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel vraagt naast oplossingen op de arbeidsmarkt ook om een andere oplossingen. Denk daarbij aan de invloed van innovatie, AI, transformatie van zorg en het slim organiseren van zorgaanbod. Omdat de zogenaamde zorgkloof niet alleen vanuit de arbeidsmarkt kan worden gedicht, maar samenhangt met dit soort

ontwikkelingen, is op dit moment niet in absolute cijfers te zeggen wanneer het punt is bereikt dat de bouw van het complex aangepast wordt. De komende jaren blijf ik de ontwikkelingen van het Zuyderland ziekenhuis nauwgezet volgen en blijf ik hierover in contact staan met het bestuur van het ziekenhuis. Eventuele koerswijzigingen zullen worden betrokken in deze overleggen. Het is uiteindelijk aan het ziekenhuis en de zorgverzekeraar om de keuzes te maken over de inrichting van het zorgaanbod, en dus ook over aanpassingen in de bouw.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom er is besloten voor de garantie van het bestaan van het ziekenhuis op de locatie Heerlen voor een periode van dertig jaar. Waarin is deze «belofte» vastgelegd? Hoe gaat de Minister voorkomen dat deze belofte door opvolgers van haar naast zich neer worden gelegd? Hoe staat het met de juridische uitwerking hiervan, waar in de brief over wordt geschreven?

Er is gekozen voor een periode van dertig jaar omdat dit samenhangt met de levensduur van het gebouw waarvoor ook de financiële verplichtingen wordt aangegaan. Het Zuyderland ziekenhuis heeft mij laten weten dit nog juridisch vast te leggen en verwacht dit eind 2025 afgerond te hebben. Ik zal monitoren dat deze afspraak wordt nagekomen. Daarbij geldt dat dit geen belofte is aan mij, maar aan de inwoners en betrokken partijen in de regio. Het ziekenhuis heeft mij verzekerd dat de juridische uitwerking een duurzaam karakter heeft en los staat van de opvatting van mijn opvolgers. Gezien de grote investering van tientallen miljoenen in het nieuwe gebouw in Heerlen is het Zuyderland er zelf ook bij gebaat om daadwerkelijk ziekenhuiszorg in het gebouw te blijven aanbieden. Ik heb er daarom alle vertrouwen in dat de belofte wordt nagekomen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het staat met het onderzoek om samen met verloskundigen zoveel als mogelijk laag complexe geboortezorg aan te bieden op beide locaties? Hoe komt dit er precies uit te zien? Is het straks mogelijk om – zonder aanvullende kosten – te kunnen bevallen in het Zuyderland ziekenhuis op de locatie in Heerlen door deze afspraken of is dit alleen mogelijk in een kraamhotel? Wanneer kan de Kamer de brief over de voortgang ten aanzien van de geboortezorg precies ontvangen? Kan de Minister alvast aangeven wat de hoofdlijn van deze voortgang wordt, gezien het een grote maatschappelijke discussie betreft?

Het Zuyderland ziekenhuis start een werkgroep samen met de eerstelijns verloskundigen voor de uitwerking en inrichting van goede en veilige geboortezorg in de hele Mijnstreekregio. Zoals ik ook in mijn brief van 10 oktober 2024 heb aangegeven is de uitwerking en inrichting hiervan aan het ziekenhuis zelf en zal ik uw Kamer vóór de zomer van 2025 informeren over de voortgang.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij een overzicht kan sturen hoeveel IC-artsen, SEH-artsen, gynaecologen en klinisch verloskundigen er op dit moment precies werken in het Zuyderland ziekenhuis? De leden van de SP-fractie haar tevens of zij een overzicht kan sturen hoeveel – van deze zelfde artsen, gynaecologen en verloskundigen – er in andere ziekenhuizen werken, bijvoorbeeld in Weert en Winterswijk. Kan de Minister per soort arts precies aangeven hoe groot de tekorten zijn? En hoeveel personeel er van deze beroepsgroepen afgelopen maanden is aangetrokken?

Het Zuyderland ziekenhuis heeft onderstaand overzicht aangeleverd. Dit betreffen aantallen medisch specialisten, Verpleegkundig Specialisten (VS) en Physician assistants (PA) in het Zuyderland. Voor de volledigheid zijn ook de verpleegkundigen toegevoegd.

	Aantal werkzaam	Tekorten	Aantal ingestroomd sept '24 tm feb '25
Vakgroep IC	10,94 fte medisch specialist	Geen	Geen
	2,06 fte VS/PA	Geen	1 fte
	103,04 fte verpleegkundigen	4 fte	2 fte
Vakgroep SEH	10,46 fte SEH-artsen	1,5 fte	2 fte
	1 fte PA SEH	Geen	Geen
	1 fte PA SEH in opleiding	Geen	Geen
	64,19 fte verpleegkundigen	3 fte	3,56 fte
Vakgroep Gynaecologie	14,07 fte medisch specialist	Geen	1 fte
	7,9 fte VS/ PA	Geen	1 fte
	11 fte klinisch verloskundigen	Geen	1 fte
	93,82 verpleegkundigen	Geen	7,22 fte

In bovenstaand overzicht is uitgegaan van de huidige situatie in het Zuyderland ziekenhuis. Dit betreft dus de situatie met een geboortecentrum op één locatie, spoedzorg met een SEH in Heerlen en een Acute Zorgafdeling (AZA) in Sittard-Geleen en een IC op beide locaties.

Ik beschik niet over het inzicht in het aantal artsen, gynaecologen en verloskundigen per ziekenhuis. Ik kan u de gevraagde informatie ten aanzien van andere ziekenhuizen daarom niet leveren.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke rol zij voor zichzelf weggelegd ziet om het personeelstekort op te lossen. Kan zij een lijstje opsommen van maatregelen die zij specifiek in deze regio neemt? Hoeveel fte heeft dit vooralsnog opgeleverd? Welke stappen heeft zij genomen sinds het toesturen van dit verslag, ongeveer vier maanden geleden? Hoeveel zicht heeft de Minister op en welke plannen zijn er om in de regio nog meer personeel aan te trekken, op te leiden en om te scholen? In hoeverre heeft u zicht op mensen met een opleiding tot arts in Limburg die zich zouden kunnen laten omscholen tot SEH-arts? Bent u bereid deze mogelijkheid tot omscholing onder de aandacht te brengen en hierbij te helpen?

Mijn inzet is erop gericht om alles in het werk te stellen om het personeelstekort aan te pakken. Dit vraagt om verandering en daar zet ik mij voor in langs drie lijnen:

- 1) *Het halveren van de administratietijd naar maximaal 20 procent*, onder andere door de acties in de werkagenda van de Regiegroep aanpak regeldruk, de veldbevraging die de mening van de zorgverlener over zinnige administratie die past binnen maximaal 20 procent administratietijd centraal stelt, inzetten op het voorkomen van onnodige regeldruk door nieuwe wet- en regelgeving en het versneld en verantwoord benutten van de kansen van AI.
- 2) *De juiste inzet van medewerkers*, onder andere door arbitrage tussen zorgwetten waarbij de minste inzet van medewerkers uitgangspunt wordt en medisch technische zorginnovaties die arbeidsbesparend werken.
- 3) *Het vergroten van vakmanschap en werkplezier*, onder meer via een leidraad die organisaties concrete handvatten biedt om hiermee aan de slag te gaan.

Daarnaast organiseer ik voor de zomer een zorgtop over het afwenden van het onbeheersbaar arbeidsmarkttekort binnen zorg en welzijn. Die dag zullen initiatieven centraal staan die effectief zijn gebleken en die een succesvolle bijdrage hebben geleverd aan het verminderen van de arbeidsmarkttekorten. In aanloop naar deze top ga ik op 7 april in gesprek met zorgprofessionals tijdens het VOICE-event: «op weg naar de zorgtop». Ook van hen hoor ik graag welke plannen niet mogen ontbreken waar het gaat om het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort.

Het Zuyderland ziekenhuis investeert zelf ook via verschillende lijnen in haar arbeidsmarktagenda. Er wordt via zoveel mogelijk kanalen personeel geworven en wordt geïnvesteerd in arbeidsmarktcommunicatie. Voor het behoud van medewerkers heeft Zuyderland programma's op het gebied van gezondheid en vitaliteit, loopbaanontwikkeling, mentale weerbaarheid en (persoonlijk) leiderschapsontwikkeling. Ook worden jaarlijks veel zorgprofessionals opgeleid.

Daarnaast heeft het Zuyderland ziekenhuis, samen met andere zorgpartners in de regio een transformatieplan ingediend, gericht op de arbeidsmarkt. Hierbij wordt vanuit een collectief werkgeverschap gewerkt aan het gezamenlijk opleiden van mensen voor de zorg, het samen werven van mensen voor de zorg en het behouden van mensen in de zorg door mobiliteits- en ontwikkelkansen te bieden, ook over de grenzen van de eigen organisatie heen.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke maatregelen het Zuyderland ziekenhuis en de zorgverzekeraar hebben genomen om personeel over te halen zich in de omgeving van hun ziekenhuis te vestigen, zoals in de brief vermeld staat. Kan de Minister bij het ziekenhuis navragen hoeveel fte dit heeft opgeleverd?

Het Zuyderland ziekenhuis investeert zelf ook aan via verschillende lijnen in een arbeidsmarktagenda. Er wordt via zoveel mogelijk kanalen personeel geworven en wordt geïnvesteerd in arbeidsmarktcommunicatie. Voor het behoud van medewerkers heeft Zuyderland programma's op het gebied van gezondheid en vitaliteit, loopbaanontwikkeling, mentale weerbaarheid en (persoonlijk) leiderschapsontwikkeling. Ook worden jaarlijks veel zorgprofessionals opgeleid. Daarnaast heeft het Zuyderland ziekenhuis samen met andere zorgpartners in de regio een transformatieplan ingediend gericht op de arbeidsmarkt. Hierbij wordt vanuit een collectief werkgeverschap gewerkt aan het gezamenlijk opleiden van mensen voor de zorg, het samen werven van mensen voor de zorg en het behouden van mensen in de zorg door mobiliteits- en ontwikkelkansen te bieden, ook over de grenzen van de eigen organisatie heen.

Verder heeft het Zuyderland ziekenhuis tijdens de coronapandemie verpleegkundig personeel vanuit de Filippijnen geworven inclusief het aanbod van woonvoorzieningen. Dit personeel is nog steeds werkzaam in het Zuyderland ziekenhuis. Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan niet inzichtelijk te hebben hoeveel fte de verschillende maatregelen hebben opgeleverd.

Indien deze maatregelen voldoende werken: is de Minister bereid hierover in gesprek te gaan om deze maatregelen te intensiveren met eventueel extra geld vanuit het Rijk?

De afspraken die ik met het bestuur van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar heb gemaakt, waarover ik uw Kamer in mijn brief van 10 oktober 2024 heb geïnformeerd, zijn in mijn ogen het maximale wat ik als Minister

van VWS kan doen ten aanzien van de inrichting van het ziekenhuis-aanbod.

Een Rijksbijdrage aan het Zuyderland ziekenhuis is niet aan de orde. Een financiële bijdrage vanuit het Rijk om een ziekenhuis open te houden kan enkel onder zeer strikte voorwaarden en deze bijdrage dient ook te voldoen aan de Europese staatssteunregels. Hierbij moet onder andere sprake zijn van een financieel noodlijdende zorginstelling. Bij het Zuyderland ziekenhuis zijn niet de financiële problemen, maar het personeelstekort de aanleiding voor de plannen. Als ik dus financiële steun zou geven aan Zuyderland zou dit onrechtmatig zijn en zouden andere ziekenhuizen juridische procedures kunnen starten om ook extra middelen van het Rijk te ontvangen.

De discussie rondom de inrichting van het voorzieningenniveau in de zorg binnen een regio maakt evenwel onderdeel uit van een breder gesprek dat zich niet beperkt tot ziekenhuiszorg alleen. Met het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is een belangrijke stap gezet om de zorg ook voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Voor de noodzakelijke veranderingen die samenhangen met de opgaven in een regio zijn in het kader van het IZA zijn ook transformatiemiddelen beschikbaar gesteld.

Dit kabinet heeft daarnaast in het kader van Elke Regio Telt! Het nieuwe Nationaal Programma Vitale Regio's (NPVR) gelanceerd voor de kwetsbare regio's aan de randen van het land; waaronder ook voor Zuid-Limburg. De Minister van BZK heeft uw Kamer hier in december van afgelopen jaar over geïnformeerd. Met dit programma zet het kabinet in op leefbare regio's, een duurzaam en bereikbaar voorzieningenniveau en een gezonde en kansrijke toekomst voor inwoners. Net als in de andere gebieden gaan we samen met de regio Zuid-Limburg in 2025 een plan voor de regio maken en een daaruit volgende actieagenda opstellen. Ook mijn ministerie committeert zich aan dit plan inclusief uitvoeringsagenda.

Vooruitlopend op deze agenda heeft het kabinet op 31 januari jl. reeds besloten in het kader van het Programma Regiodeals € 15 miljoen toe te kennen aan de Regio Deal «Parkstad Limburg biedt ruimte!» en 10 miljoen aan de Regio Deal Zuid-Limburg.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister op de hoogte wordt gehouden door het ziekenhuis van hun monitoring van het personeelstekort. Zo ja, op welke manier kan de Kamer hier ook structureel over geïnformeerd blijven worden? Zo nee, waarom niet?

Ik zal de ontwikkelingen in het Zuyderland ziekenhuis periodiek blijven volgen. Zodra er aanleiding voor is, bijvoorbeeld in geval de personeelstekorten teruglopen, zal ik uw Kamer hierover informeren.

De leden van de SP-fractie vragen wat de Minister vindt van de oproep van de alliantie in Heerlen Noord – die onder andere bestaat uit verschillende woningcorporaties, onderwijs- en gezondheidsorganisaties – die heeft aangeboden te helpen met het personeelstekort. Heeft de Minister hen uitgenodigd bij haar op het ministerie om te kijken hoe zij kunnen helpen? Zo ja, wat kwam eruit dat gesprek? Zo nee, waarom niet?

Het is aan de partijen in de regio onderling om gezamenlijk de uitdagingen in regio het hoofd te bieden. Dat geldt ook voor het beperken van de personeelstekorten.

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat de samenwerking in de regio om extra personeel op te leiden, in te laten stromen en te behouden een continu proces is met vele actoren en vele acties. Er is bijvoorbeeld intensieve samenwerking met HBO en MBO-instellingen. In de regio zijn ook vele initiatieven op digitalisering van zorgprocessen zodat met net zoveel professionals meer zorg geleverd kan worden.

De leden van de SP-fractie de Minister af hoeveel artsen en verpleegkundigen het Zuyderland ziekenhuis tekortkomt voor het openhouden van beide SEH's, zoals beoogd in het kwaliteitskader Spoedzorgketen. Hoeveel vacatures zijn er het afgelopen jaar opengezet voor het werven van personeel op de SEH? Tot hoeveel extra aangenomen fte's heeft dit geleid?

In de huidige situatie is er in Heerlen één SEH en – sinds juli 2024 – in Sittard-Geleen een Acute Zorgafdeling (AZA), de regio heeft nu dus al geen SEH op beide locaties. Vanaf 2030 is die situatie volgens de plannen omgedraaid.

Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat in 2024 voor de SEH in Heerlen en AZA in Sittard-Geleen 18 fte aan vacatures is uitgezet (diverse functies). Dit heeft geleid tot 11,3 extra aangenomen fte en daar bovenop zijn diverse ZZP'ers ingehuurd. Eind 2024 was er, ondanks alle inspanningen, een onderbezetting van 5,8 fte. Het openen van een extra SEH zal naar verwachting 5–8 fte SEH-verpleegkundigen en 7–8 fte SEH-artsen vergen. Voor het aanbieden van goede spoedzorg moet een ziekenhuis locatie daarnaast ook beschikken over aanpalende voorzieningen zoals een IC en een 7x24 uurs OK.

Hoe kan het dat in een groot ziekenhuis zoals Zuyderland één van de SEH-locaties moet sluiten terwijl een veel kleiner ziekenhuis, zoals Winterswijk of Weert, wel een SEH kan openhouden?

Er zijn tal van factoren van invloed op de keuze om een SEH beschikbaar te hebben. Elke ziekenhuis maakt keuzes op basis van specifieke omstandigheden en behoeften van de regio. De afgelopen jaren heeft het Zuyderland ziekenhuis intensief gezocht naar mogelijkheden om beide SEH-locaties conform de geldende kwaliteitseisen open te houden. De personeelstekorten maken echter dat het ziekenhuis de conclusie heeft moeten trekken dat ze niet op beide locaties aan deze kwaliteitsnorm kunnen voldoen. Dit maakt dat Zuyderland sinds juli 2024 één SEH-locatie heeft moeten sluiten. Hierdoor is er in de huidige situatie in Heerlen één SEH en in Sittard-Geleen een Acute Zorgafdeling (AZA), de regio heeft nu dus al geen SEH op beide locaties. Vanaf 2030 is die situatie volgens de plannen omgedraaid.

Waarom worden er wel vormen van personeelsintensieve hoogspecialistische tweede- en derdelijnszorg geleverd in Zuyderland, terwijl er ook voor sluiting van de SEH wordt gekozen?

Op de locatie waar hooggespecialiseerde tweede en derdelijns zorg geleverd wordt zal onverminderd een SEH aanwezig zijn. Door de concentratie van de complexe zorg en de complexe spoedzorg is Zuyderland in staat om hooggespecialiseerde zorg (waaronder de oncologie) te blijven leveren.

Kan de Minister aangeven hoe het mogelijk is dat het HagaZiekenhuis onlangs ook heeft besloten om de geboortezorg te behouden op hun locatie in Zoetermeer? Hoeveel artsen werken er op deze Zoetermeerse locatie ten opzichte van het Zuyderland ziekenhuis? Erkent de Minister dat het ziekenhuis hiervoor veiligheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid

(tegen lage kosten op de juiste plek voor zowel patiënten als verloskundigen) als argumenten heeft meegewogen in hun beslissing?

Op 1 maart 2023 is het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer gefuseerd met het HagaZiekenhuis. HagaZiekenhuis is een topklinisch ziekenhuis op twee locaties (Den Haag en Zoetermeer).

Het voorgenomen besluit om de geboortezorg te behouden op de locatie Zoetermeer is in april 2024 genomen door de raad van bestuur van het HagaZiekenhuis. Aan dit besluit is een zorgvuldig proces voorafgegaan. Drie onderzoeken (SiRM onderzoek in opdracht van HagaZiekenhuis, GGD Haaglanden in opdracht van de gemeente Zoetermeer en een onderzoek van het ROAZ) hebben ertoe geleid dat er een compleet beeld is ontstaan van de geboortezorg in Zoetermeer en omgeving. De bevindingen van deze onderzoeken en gesprekken met (zorg)partners en medewerkers vormden de basis voor het voorgenomen besluit.

In de besluitvorming hebben naast veiligheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid, beschikbaarheid van personeel ook de gesprekken die er gevoerd zijn met lokale partners uit het geboortezorgnetwerk meegespeeld. Vervolgens is het voorgenomen besluit voor advies voorgelegd aan de ondernemingsraad, de patiëntenraad, het Medisch Stafbestuur en het Verpleegkundig Stafbestuur. Na positieve adviezen is in juli 2024 het definitieve besluit genomen. Momenteel loopt binnen het HagaZiekenhuis een project gericht op het uitbreiden van de geboortezorg op locatie Zoetermeer, waarbij toegewerkt wordt naar 1.400 bevallingen per jaar. Over afgelopen periode is een stijgende lijn in het aantal bevallingen op locatie Zoetermeer te zien (1.110 in 2022 naar 1.190 naar 2024).

In totaal werken er circa 420 medisch specialisten in het HagaZiekenhuis. Nagenoeg alle vakgroepen zijn gefuseerd, waarbij het uitgangspunt is dat medisch specialisten op beide locaties werken. In het Zuyderland ziekenhuis werken circa 425 medisch specialisten.

In het Zuyderland ziekenhuis heeft aan andere afweging plaatsgevonden. Hier kennen de gemaakte keuzes een breed afgestemde afweging op basis van verschillende criteria, die samen met de stakeholders zijn vastgesteld. Onder voorzitterschap van Lea Bouwmeester heeft de regietafel via een brede maatschappelijke verkenning onderzocht hoe de zorg bij Zuyderland het beste vorm kon krijgen. Uit gesprekken met burgers en stakeholders uit de regio zijn in deze verkenning acht verschillende scenario's samengesteld, welke vervolgens getoetst zijn aan de volgende randvoorwaarden: sluitend netwerk, personeel, kwaliteit en veiligheid, zorgplicht, betaalbaarheid, veranderbereidheid en governance.

De randvoorwaarden en toetsingscriteria zijn opgesteld op basis van gesprekken met stakeholders en zijn getoetst bij alle gemeenteraden en colleges B&W. Iedereen is hiermee akkoord gegaan. Op basis van deze analyse zijn de partijen uitgekomen op het voorkeursscenario «maximaal beschikbaar», waarbij het uitgangspunt is dat het Zuyderland zoveel mogelijk zorg op de huidige locaties wordt behouden, binnen de grenzen wat mogelijk is qua personeel.

Binnen dit scenario is er gekozen om de acute geboortezorg en de complexe spoedzorg vanaf 2030 in Sittard-Geleen te plaatsen, omdat deze locatie het beste scoorde op de vooraf opgestelde toetsingscriteria, te weten passende zorg, kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, verplaatsing van werkplek, brede welvaart en duidelijkheid. De verkenning heeft daarnaast geleid tot een plan voor een ziekenhuis in Heerlen waar

de lokale bevolking terecht kan voor zowel planbare als het overgrote deel van de spoedzorg.

Ten aanzien van de acute verloskunde heeft het Zuyderland ziekenhuis aangegeven dat de aanwezigheid van een operatiekamer 24/7 en een IC van wezenlijk belang is voor kwalitatief goed geboortezorg in een grote regio met bijna 3000 bevallingen. Met alle betrokken stakeholders bij de geboortezorg zal de werkgroep geboortezorg een plan maken om de geboortezorg ook na 2030 op kwalitatief goede wijze vorm te geven op beide Zuyderland locaties. Deze werkgroep start in maart 2025.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke gevolgen de afschaling heeft van een SEH bij Zuyderland voor het naleven van het kwaliteitskader spoedzorgketen? Welke gegevens biedt de NEED database over de kwaliteit op de SEH's van Zuyderland?

Het Zuyderland kon met twee SEH's niet aan het kwaliteitskader spoedzorg voldoen en heeft daarom moeten besluiten één van de locaties af te schalen naar een acute zorgafdeling (AZA). Hierdoor is er in de huidige situatie in Heerlen één SEH en in Sittard-Geleen een AZA. Vanaf 2030 is die situatie volgens de plannen omgedraaid. Aansluiting van het Zuyderland bij de NEED-database zal plaatsvinden bij implementatie van het nieuwe EPD in juni van dit jaar. Met huisartsen en ambulance is de afspraak gemaakt om samen een 24/7 spoedvoorziening in Heerlen neer te zetten in 2030 waar alle basis spoedzorg behandeld kan worden. Dit wordt nader uitgewerkt in de werkgroep integrale spoedopvang.

De leden van de SP-fractie de Minister af hoeveel artsen en verpleegkundigen het Zuyderland ziekenhuis tekortkomt voor het openhouden van beide IC's, zoals beoogd in de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care? Hoeveel vacatures zijn er het afgelopen jaar opengezet voor het werven van personeel op de IC? Tot hoeveel extra aangenomen fte's heeft dit geleid?

Op dit moment heeft Zuyderland nog 2 IC's open die naar verwachting beiden open kunnen blijven tot 2030. Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat in 2024 voor de IC op beide locaties in totaal 7 fte aan vacatures is opengesteld. Dit heeft geleid tot 1 extra aangenomen fte. Eind 2024 was er ondanks alle inspanningen een onderbezetting van 4 fte.

Hoe kan het dat in een groot ziekenhuis zoals Zuyderland één van de IC-locaties moet sluiten terwijl een veel kleiner ziekenhuis, zoals in Winterswijk of Weert, wel een IC kan openhouden?

Er zijn tal van factoren van invloed op de keuze om een IC-afdeling beschikbaar te hebben. Elke ziekenhuis maakt keuzes op basis van haar specifieke omstandigheden.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoeveel gynaecologen en klinisch verloskundigen het Zuyderland ziekenhuis tekortkomt voor het openhouden van een geboortecentrum op beiden locaties? Hoeveel vacatures zijn er het afgelopen jaar opengezet voor het werven van personeel voor het geboortecentrum? Tot hoeveel extra aangenomen fte's heeft dit geleid? Hoeveel geboortes hebben er sinds 2010 plaatsgevonden in het Zuyderland ziekenhuis in Heerlen?

Sinds 2016 is er al sprake van één geboortecentrum in de regio (in Heerlen). Vanaf 2030 zal dit geboortecentrum volgens de plannen naar Sittard-Geleen gaan. Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat in 2024 voor

het geboortecentrum 4,73 fte aan vacatures opengesteld en is er een instroom van 9,22 fte gerealiseerd.⁶ Eind 2024 was de bezetting op orde.

Het Zuyderland heeft alleen de aantallen bevallingen vanaf 2014 beschikbaar. Hieronder het overzicht:

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
2.678	2.521	2.416	2.672	2.893	2.903	2.774	2.969	2.790	2.932	2.745

Hoeveel fte een extra geboortecentrum vraagt is niet te zeggen omdat dit samenhangt met de precieze keuzes (bijvoorbeeld of je beide locaties 7x24 uur open houdt). Voor alleen de beschikbaarheidsfunctie bij het openen van een tweede geboortecentrum is er volgens het Zuyderland ziekenhuis per beroepsgroep (gynaecologen, klinisch verloskundigen en verpleegkundigen) op jaarbasis ongeveer 6,5 fte extra nodig. Voor het huidige geboortecentrum zijn er 145.37 fte nodig voor 4 triagekamers, zwangerschapdagcentrum, 12 Verloskamers en 33 kraam/neonatalogie kamers. Daarbij geldt dat voor een geboortecentrum op twee locaties voor veilige zorg ook 24/7 een OK en een IC nodig is. Het Zuyderland ziekenhuis geeft aan dat, gegeven de geldende kwaliteitseisen, de bezetting voor één locatie al een uitdaging is.

De leden van de fractie van de SP vragen hoe de Minister de keuze voor het ziekenhuis in Sittard ziet in het licht van een «klassenvraagstuk». Vindt zij de sociaaleconomische gezondheidsachterstand van de inwoners van Parkstad relevant in deze discussie of legt ze deze volledig naast zich neer? Kan de Minister een lijst geven van andere gebieden in Nederland met 300.000 inwoners met sociaaleconomische gezondheidsachterstanden waar ook géén IC, SEH en geboortecentrum te vinden is?

In de gehele regio van Oostelijk Zuid Limburg (het verzorgingsgebied van Zuyderland) en zeker ook in Parkstad is sprake van gezondheidsachterstanden. Juist het verbeteren van de gezondheidssituatie vraagt om betere samenwerking tussen alle betrokken partijen en het zo efficiënt mogelijk omgaan met de schaarste aan zorgpersoneel. Dat is een verantwoordelijkheid die niet alleen ziekenhuizen en zorgverzekeraars dragen, maar waaraan juist ook gemeenten, huisartsen en andere zorgpartijen hun bijdrage kunnen en moeten leveren.

De NZa en IGJ hebben geoordeeld dat het tegen de achtergrond van een veranderend zorglandschap en de schaarste aan personeel verantwoord is bepaalde onderdelen voor het gehele verzorgingsgebied van Zuyderland op de locatie van Sittard-Geleen te concentreren. Tegelijkertijd blijft er in Heerlen een zeer groot deel van de zorg over die ook goed is en waar mensen nog vaker terecht kunnen waarmee gezondheidsachterstanden ook beter kunnen worden aangepakt.

In de regio blijft een volwaardig topklinisch ziekenhuis met twee grote locaties voor alle 450.000 inwoners beschikbaar. Hierdoor kan 85% van de patiënten op de dichtst bij hun woonplaats gelegen locatie terecht voor hun zorg.

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister stelt dat «de kwaliteit van de zorg leidend is» en «dat het geheel binnen passende financiële kader moet kunnen plaatsvinden». Wat bedoelt de Minister hiermee? Maakt ze

⁶ Er wordt boven formatief aangenomen om te anticiperen op verloop in de toekomst. Dit betreft met name het aannemen van verpleegkundigen die nog een vervolopleiding moeten doen.

hierin een draai door niet meer het personeelstekort maar de kosten voorop te zetten? Kan zij deze zin toelichten?

Bij de mogelijkheid om aanpassingen in de nieuwbouw en de bouwgrond door te voeren is de kwaliteit van de zorg leidend, maar bij dergelijke afwegingen spelen meer criteria, zoals ook de betaalbaarheid van de aanpassingen, een rol. Het is uiteindelijk aan het ziekenhuis en de zorgverzekeraar om de keuzes te maken over de inrichting van het zorgaanbod.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe zij reflecteert op de financiële situatie die is ontstaan bij het ziekenhuis door een vastgoedfout bij de bouw van een nieuw ziekenhuis in Geleen. Erkent de Minister dat niet het personeelstekort, maar deze financiële situatie van het ziekenhuis het échte probleem is? Is zij bereid te onderzoeken hoe deze rekening door de overheid betaald kan worden?

Het is niet aan mij om de financiële situatie van destijds bij de bouw van het ziekenhuis in Sittard-Geleen te beoordelen. De reden dat er concentratie van de complexe spoedzorg plaatsvindt is niet de financiële situatie van het ziekenhuis maar het tekort aan personeel. Ik zie geen aanleiding voor financiële steun vanuit de rijksoverheid.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij vindt dat de landelijke politiek wél zou moeten gaan over de zorg die een ziekenhuis aanbiedt. Vindt zij dat dit systeem zou moeten worden aangepast? Wat vindt de Minister van het feit dat het Zuyderland ziekenhuis net als de meeste anderen ziekenhuizen (behalve de academische ziekenhuizen) nog steeds privaat bezit zijn?

De landelijke politiek gaat over de randvoorwaarden van het zorglandschap. Als Minister van VWS zet ik me in om deze randvoorwaarden aan te scherpen om de zorg in Nederland toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Met de maatregelen in het Regeerprogramma zorg ik ervoor dat het ziekenhuis dichtbij het uitgangspunt van beleid wordt.

Keuzes over de inrichting van het ziekenhuis kan alleen het ziekenhuis maken. Bestuurders en zorgprofessionals van het ziekenhuis moeten immers altijd de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor het leveren van veilige zorg. Het ingrijpen van een Minister lost het probleem van personele schaarste niet op. Als de Kamer zou verplichten dat een zorgaanbieder zorg levert, ondanks personeelsgebrek, dan kan een bestuurder deze verantwoordelijkheid niet meer nemen. Met mogelijk ernstige gevolgen voor patiënten en de zorgmedewerkers.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister wat zij bedoelt met dat zorg «dichtbij» beschikbaar moet zijn? Hoeveel kilometer van een huis is «dichtbij»? En hoeveel reistijd – zowel met de auto of als je afhankelijk bent van het openbaar vervoer – vindt de Minister «dichtbij»? Voor welke complexe operaties vindt de Minister het nodig om deze in een hooggespecialiseerd ziekenhuis te laten uitvoeren?

Binnen ons huidige stelsel hebben we geen normen voor bereikbaarheid in kilometers dan wel reistijd voor medische zorg. Ik kan dan ook niet in

kilometers dan wel reistijd uitdrukken wat de definitie is van «dichtbij».⁷ Ik ben ook geen voorstander om dergelijke normen te introduceren. Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland, ongeacht zijn of haar woonplaats, toegang heeft tot goede zorg, of het nou gaat om een relatief eenvoudige beenbreuk, of over een complexe chirurgische operatie aan een van de organen. Uitgangspunt is daarbij dat we de zorg zo dichtbij mogelijk om de patiënt heen organiseren en dat als het moet, we de hoogcomplexere zorg afhankelijk van waar je woont, verder weg moeten organiseren. Een belangrijke bouwsteen in de ontwikkeling van een toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig medisch specialistisch zorglandschap is de beweging dat ziekenhuizen meer gaan samenwerken in zorgnetwerken. Dat helpt om patiënten zoveel mogelijk in hun eigen ziekenhuis, waar zij zich vertrouwd voelen, te kunnen behandelen. Als een patiënt moet worden doorverwezen naar een hooggespecialiseerd ziekenhuis, is het doel om, zodra het kan, die patiënt zoveel mogelijk verder te behandelen in het eigen ziekenhuis. Zorg die goed toegankelijk is voor omwonenden en in goed contact staat met de huisartsen, thuiszorg en sociaal werk. Soms is concentratie van zorg nodig om zorg van hogere kwaliteit voor patiënten mogelijk te maken. In andere gevallen leidt spreiding tot beter passende zorg dichtbij. Alle medisch specialisten, ziekenhuizen en andere veldpartijen zijn nodig om deze kwaliteitsverbetering voor patiënten te kunnen realiseren.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe het veranderde «klimaat» en «randvoorwaarden» voor het zorglandschap er precies uit gaat zien? Hoelang duurt het nog voordat de Minister met de uitgebreide brief komt waarin staat hoe zij onderdelen uit de marktwerking gaat halen?

Met de maatregelen in het Regeerprogramma zet ik in op een andere inrichting van het zorglandschap waarbij streekziekenhuizen het uitgangspunt van beleid worden. Deze maatregelen zijn:

- 1) Acute zorg uit de marktwerking. Het kabinet gaat de spoedeisende hulp (SEH), de acute verloskunde en intensive care zorg (IC-zorg) bekostigen op basis van een vast budget (met inkoop in representatie). Dit geeft zekerheid voor kleinere ziekenhuizen en maakt samenwerking gemakkelijker.
- 2) Meerjarige financiële afspraken. Het kabinet wil met zorgverzekeraars afspreken dat zij meerjarige financiële afspraken met ziekenhuizen maken.
- 3) Grote ziekenhuizen ondersteunen kleine ziekenhuizen. Het kabinet wil ervoor zorgen dat ziekenhuizen meer samenwerken en volwaardige streekziekenhuizen behouden blijven. Grote ziekenhuizen gaan kleine ziekenhuizen ondersteunen, zodat zij goede zorg kunnen leveren en operaties van meer eenvoudigere aard worden niet langer gecentreerd.

⁷ De 45-minutennorm is een norm/richtlijn die stelt dat er in principe geen SEH of AV mag sluiten als het gevolg van die sluiting is dat meer inwoners niet binnen 45 minuten met een ambulance op een SEH of afdeling acute verloskunde kunnen zijn. Het gaat om een theoretische opbouw van 45-minuten vanaf het moment van melding tot de aankomst bij de dichtstbijzijnde SEH of afdeling acute verloskunde. Het RIVM berekent welke SEH's en afdelingen acute verloskunde gevoelig zijn voor de 45-minutennorm op basis van een rijtijdenmodel. De norm is onderdeel van de zorgplicht voor zorgverzekeraars, bepaalt welke ziekenhuizen in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde en is een aangrijpingspunt voor (delen van) de AMvB acute zorg (de 45-minutennorm vereist dat een zorgaanbieder die gevoelig is voor de 45-minutennorm al het noodzakelijke doet wat redelijkerwijs gedaan kan worden om te voorkomen dat een SEH of afdeling acute verloskunde sluit).

- 4) Aanpassing regelgeving. Het kabinet zal de regelgeving aanpassen die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken.

Mijn inzet is er op gericht om afspraken te maken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) over een betere samenwerking en meerjarige financiële afspraken.

In aanvulling en vooruitlopend op wetgeving, die nu eenmaal tijd kost, stel ik een handreiking op voor wat er in de tussentijd nodig is om te voorkomen dat de beschikbaarheid in het geding komt. De handreiking moet ondersteuning gaan bieden aan organisaties die betrokken (willen) zijn bij eventuele verandering van het aanbod van (acute) zorg en aanbevelingen en kaders geven om ervoor te zorgen dat hierover in de regio het goede gesprek wordt gevoerd. Wie wordt wanneer ingeschakeld, wat zegt de huidige wetgeving, wat leren we van recente casuïstiek, maar bovenal hoe gebruiken we de denkkracht van iedereen om tot goede oplossingen te komen? Binnenkort breng ik deze in internetconsultatie, zodat iedereen die dat wil aanvullingen kan voorstellen.

Op 25 november 2024 heb ik de NZa om een uitvoeringstoets voor budgetbekostiging van de spoedeisende hulp (SEH) en acute verloskunde (AV) gevraagd. Op 20 februari heeft de NZa haar eerste deel van het advies gepubliceerd en heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd. De NZa geeft aan dat invoering van budgetbekostiging per 2026 niet haalbaar is en schetst scenario's voor invoering per 2027 en per 2028. U heeft hierover op 14 maart een brief ontvangen. Daarnaast bent u in mijn brief van 14 maart uitgebreid geïnformeerd over de marktwerking in de zorg.

De leden van de SP-fractie lezen in de beslisnota dat de uitkomsten van het gesprek zijn afgestemd met het Zuyderland ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ. Kan de Minister aangeven of zij nog wijzigingen hadden ten opzichte van de uitkomsten die het ministerie had opgeschreven na het gesprek en zo ja, welke? Wat wordt er bedoeld met interne afstemming met «Z» aldus de beslisnota?

De afstemming heeft geleid tot een andere volgorde van een aantal passages en verduidelijking van afspraken. Interne afstemming met «Z» betekent dat er interne afstemming met de directie Zorgverzekeringen van VWS heeft plaatsgevonden. Deze directie wordt binnen VWS afgekort met directie »Z«.