

Vergaderjaar 2018–2019

31 765

Kwaliteit van zorg

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 369

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 6 maart 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 februari 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 maart 2018 inzake advies Gezondheidsraad: Protonentherapie bij kinderen (Kamerstuk 33 693, nr. 10);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 maart 2018 inzake inspectierapport: Percutane Coronaire Interventie centra zonder hartchirurgie op locatie (Kamerstuk 33 693, nr. 11);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 maart 2018 inzake wachttijden Deep Brain Stimulation voor parkinsonpatiënten (Kamerstukken 29 689 en 29 248, nr. 893);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 april 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Hijink, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 4 april 2018, over het bericht dat hartpatiënten bezorgd zijn over wurgcontracten die Menzis met ziekenhuizen heeft afgesloten (Kamerstuk 29 689, nr. 897);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 april 2018 inzake rapport «Het Resultaat Telt ziekenhuizen 2016» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.) (Kamerstuk 31 765, nr. 312);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 april 2018 inzake rapport «Het Resultaat Telt particuliere klinieken 2016» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.) (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 129);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 29 maart 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de reactie op het NZa-rapport: «Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?» (Kamerstuk 32 620, nr. 200);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 april 2018 inzake aanpak vermijdbare sterfte ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 107);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 april 2018 inzake IGJ-rapport «Prinses Maxima Centrum en Shared Care Centra (SCC's) samen klaar voor goede kinderoncologische zorg» (Kamerstuk 31 765, nr. 321);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2018 inzake onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022 (Kamerstuk 29 248, nr. 309);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 juni 2018 inzake hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022 (Kamerstuk 29 248, nr. 311);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 juni 2018 inzake reactie op verzoek commissie om toezending nieuwe beleidsreactie op het slotadvies Nationaal Plan Zeldzame Ziekten (NPPZ) (Kamerstukken 31 765 en 29 477, nr. 325);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2018 inzake reactie op Petitie «Van IKEA-ziekenhuizen naar excellente kankercentra op weg naar de beste zorg door concentratie en superspecialisatie» (Kamerstuk 31 765, nr. 338);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2018 inzake gevoelige ziekenhuizenanalyse 2018 (Kamerstuk 29 247, nr. 260);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2018 inzake afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit over het macrobeheersinstrument voor de medisch-specialistische zorg voor de jaren 2015 tot en met 2017 (Kamerstuk 29 248, nr. 312);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2018 inzake stand van zaken rond prijstransparantie in de medisch-specialistische zorg (Kamerstukken 32 620 en 29 248, nr. 205);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 september 2018 inzake invulling van aangenomen moties en toezeggingen over positie regionale ziekenhuizen, spoedeisende zorg en over aanpak drukte in de acute zorg (Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 168);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 september 2018 inzake opbrengsten van de hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg van 2012 tot en met 2017 (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 153);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 april 2018 inzake rapport van de Taskforce «de juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 896);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 6 juli 2018 inzake betaalbaarheid van de zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 208);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 oktober 2018 inzake NZa-advies doorontwikkeling bekostiging msz en monitor integrale bekostiging msz 2018 (Kamerstukken 29 248 en 32 620, nr. 314);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 oktober 2018 inzake klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde bij Treant (Kamerstuk 27 295, nr. 169);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 september 2018 inzake subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Ziekenhuiszorg (Kamerstuk 29 282, nr. 314);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 september 2018 inzake beantwoording vragen commissie over de berichtgeving over de resistente superbacterie die is

- aangetroffen in het Zaans Medisch Centrum (Kamerstuk 32 620, nr. 211);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 oktober 2018 inzake reactie op verzoek commissie inzake wettelijke verplichting tot overleg en dialoog (Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 170);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 oktober 2018 inzake pilot Psychosociale zorg voor aanpassingsstoornissen bij (ex-)kankerpatiënten (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 68);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 oktober 2018 inzake stand van zaken resistente bacterie Zaans Medisch Centrum (Kamerstuk 32 620, nr. 212);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 november 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 6 november 2018, over forse overschrijdingen van de Treeknormen in de ziekenhuiszorg (Kamerstuk 32 620, nr. 214);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 november 2018 inzake eindpublicatie landelijke monitor proeftuinen (Kamerstuk 32 620, nr. 216);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 december 2018 inzake regionale aanpak griep ROAZ (Kamerstukken 29 247 en 32 793, nr. 265);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 januari 2019 inzake evaluatie TopZorg (Kamerstuk 33 278, nr. 7);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 december 2018 inzake eerste deeladvies kwartiermaker transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 182);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Hijink, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 22 november 2018, over patiëntenstops in de zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 956);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 januari 2019 inzake overeenstemming overname van zorg door de Antonius Zorggroep en toekomstverkenner Flevoland (Kamerstuk 31 016, nr. 184);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 178);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2018 inzake faillissementen MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 177);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 januari 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 15 januari 2019, over het bericht «Stichting stelt lijst op met medische incidenten rond ziekenhuis Lelystad» (Kamerstuk 31 016, nr. 186);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 januari 2019 inzake reactie op verzoek commissie om stand van zakenbrief betreffende de mogelijke sluiting Haagse ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 185);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 januari 2019 inzake subsidieregeling borstimplantaten transvrouwen (Kamerstukken 29 689 en 32 805, nr. 958);

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 januari 2019 inzake bekendmaking koers Haaglanden Medisch Centrum (HMC) (Kamerstuk 31 016, nr. 190);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 januari 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 17 januari 2019, over het bericht «Stichting stelt lijst op met medische incidenten rond ziekenhuis Lelystad» (Kamerstuk 31 016, nr. 188);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 januari 2019 inzake reactie op verzoek commissie inzake proefschrift over medische interventies bij patiënten in de laatste levensfase (Kamerstuk 32 647, nr. 74);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 januari 2019 inzake NZa-onderzoek financiële positie ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 187);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 februari 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de stand van zaken ten aanzien van patiëntparticipatie binnen de medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 315);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 februari 2019 inzake reactie op verzoek commissie inzake petitie «Leeftijdsspecifieke zorg voor jongvolwassenen met kanker onder druk» (Kamerstuk 31 765, nr. 363);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 februari 2019 inzake stand van zaken MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 191);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 februari 2019 inzake toekomst van de ziekenhuiszorg in Drenthe en Zuidoost-Groningen (Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 192).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Arno Rutte
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Van Brenk, Dik-Faber, Ellemeet, Van Gerven, Kuzu, Ploumen, Raemakers, Arno Rutte en Van der Staaij,

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

Aanvang 14.02 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom allemaal bij dit algemeen overleg over medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Omdat onze voorzitter vandaag afwezig is, heb ik het verzoek gekregen om tijdens dit algemeen overleg de voorzittershamer te hanteren. Ik neem zelf ook deel aan het debat. Ik heb dus een beetje een dubbele functie, maar ik zal mijn best doen om het in goede banen te leiden. Als mijn collega's een beetje vriendelijk voor me zijn, dan lukt dat. En als ze niet vriendelijk voor me zijn, dan druipt ik huilend af naar huis. Maar laten we dat zien te voorkomen!

We zijn drie minuten later begonnen, omdat het algemeen overleg dat hiervoor in deze zaal werd gehouden, echt precies om 14.00 uur was afgelopen. Er is dan even tijd nodig om de glazen, de naambordjes en dergelijke te wisselen. Ik denk dat wij nu gewoon kunnen beginnen. Ik heet de Minister voor Medische Zorg welkom. Wat mij betreft beginnen wij met zes minuten spreektijd per fractie. En ik zou zeggen: twee interrupties per fracties, en die dan maximaal in tweeën. Laten we snel beginnen, want anders wordt het misschien een beetje krap in de tijd. Ik geef het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Wij bespreken vandaag de ziekenhuiszorg in ons land, de staat van onze ziekenhuiszorg. Ik kan u voorspellen dat de afloop niet goed zal zijn. Het zal met de ziekenhuiszorg net zo gaan als met het sluiten van de verzorgingshuizen. Politiek-bestuurlijke elites maken dat mogelijk en als straks het kalf is verdrongen, dan dempen we niet de put. Nee, dan huilt men hier krokodillentranen. Want dát is toch niet wat ze hadden gewild: de afbraak van de ziekenhuiszorg.

Maar het gaat gewoon door. En het is een trend, het is een trend die ingezet is door bijvoorbeeld Zorgverzekeraars Nederland. De halvering van het aantal spoedeisendehulpverleners hadden zij tien jaar geleden al voor ogen. Ik noem de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg met een advies dat werd aangeboden aan toenmalig Minister Schippers. Ook volgens dat advies moest de ziekenhuiszorg uitgediend en verminderd worden. Die elites gaan door; die luisteren niet naar de mensen in Flevoland, die hun ziekenhuis kwijtraken. Die luisteren niet naar de mensen in Den Haag, die hun geliefde ziekenhuis Bronovo kwijtraken. Voorzitter. De manier waarop dit gaat, is verschrikkelijk. Dan is er nog zo iets. Ik had het net over die politiek-bestuurlijke elites. Meneer Leerink, die door de Minister als verkenners is aangewezen voor het zorglandschap in Flevoland, heeft nog geen twee maanden geleden in een interview gepleit voor het halveren van het aantal spoedeisendehulpverleners. En van die meneer moeten wij straks een onafhankelijk advies krijgen over het zorglandschap in Flevoland! Wat zal daar nou uitkomen?

Voorzitter. De situatie in Flevoland is inmiddels buitengewoon zorgelijk. Dat is eigenlijk gewoon een understatement. We hebben vanmorgen een brief gekregen van een spoedeisendehulpverlener die het volgende schrijft. «Ondanks strenge triage door ons, de ambulancedienst en de huisartsen is er inmiddels een lijst van 36 patiënten ontstaan die tussen half november 2018 en nu op de spoedpoli kwamen met een niet vooraf

ingeschatte, zeer ernstige en levensbedreigende diagnose. Enkelen van deze patiënten zouden zijn overleden als er geen gespecialiseerde arts aanwezig was geweest.»

Dat is de situatie die voor ons ligt. De 45 minuten norm is een norm waar de Minister wettelijk verantwoordelijk voor is. Die wordt gehanteerd voor het rijden van de ambulancepost naar de patiënt, het stabiliseren van de patiënt en het vervoer naar het ziekenhuis. Die 45 minuten norm wordt stelselmatig overschreden. Dat zeiden niet alleen de huisartsen twee weken geleden al, dat zegt ook de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, dat zegt de GGD en dat zegt de gemeenteraad. En toch heeft de coalitie besloten om een en ander eens even lekker op de lange baan te schuiven. Nee, we gaan wachten op een analyse van de inspectie. Alsof deze professionals allemaal inferieur zijn, allemaal de constatering niet kunnen doen die zij hebben gedaan, alsof ze allemaal maar gewoon aan de kant gezet kunnen worden. En wat gebeurt er dan? Dan komen mensen in levensgevaar. De situatie op Urk is zo nijpend dat daar niet eens het gemiddelde van 51 minuten wordt gehaald. Het gaat daar zelfs om een uur en een kwartier voor vrouwen die tijdens de bevalling in de problemen komen, voor moeders en kinderen die in de problemen komen. Een uur en een kwartier! Dit is zo schandalig dat hierover de vertrouwensvraag aan de orde is. Daarom had ik dit debat plenair willen voeren. Deze situatie is zo ernstig dat niet alleen die ouderen die een CVA krijgen blijvend letsel kunnen houden, kunnen overlijden, invalide kunnen worden omdat ze niet op tijd in een ziekenhuis zijn, maar ook bevallende vrouwen en hun kinderen. En de Minister is daar wettelijk verantwoordelijk voor! Al die verantwoordelijkheden en al die visies over de ziekenhuiszorg, dat al die ziekenhuizen wel weg kunnen en dat al die spoedeisendehulpdiensten wel weg kunnen, dat kan de Minister van zich afschuiven, maar niet die wettelijke aanrijtjiddennorm, en die wordt fors overschreden. We hoeven niet te gaan zitten wachten op een rapport van de inspectie, want al die professionals zeggen het en die gaan echt niet sjoemelen. De GGD, de verloskundigen, de huisartsen, de gemeenteraad. Dat zijn toch geen sjoemelaars! De mensen van de Stichting Actie Behoud Ziekenhuizen zijn ook heel integer. Die beoordelen ook al die casussen heel specifiek.

Voorzitter, er moet nú iets gebeuren! De Minister moet nu aanwijzen dat de spoedeisendehulpdienst 's nachts in Lelystad opengaat, open blijft, dat er personeel komt, voldoende gekwalificeerd personeel, dat er spoedeisendehulpartsen komen, dat die post open blijft. En dat al die vrouwen in Urk en de rest van Flevoland die nu zwanger zijn, niet bang hoeven te zijn dat het straks op het moment suprême misgaat en zij in een ambulance liggen die een uur en een kwartier door Nederland aan het rondjes rijden is, voor haar kind en haar leven.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dat was ruim binnen de tijd. Ik geef het woord graag aan mevrouw Ploumen namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik weet eerlijk gezegd niet zo goed waar ik moet beginnen, want in Lelystad, in Hoogeveen, in Leidschendam, in Amsterdam Nieuw-West, in Stadskanaal, op Urk, in Den Haag, in al die plaatsen vragen mensen zich af: krijgen wij eigenlijk nog wel de zorg die wij nodig hebben? Krijgen mijn kinderen de zorg die ze nodig hebben? Krijgen mijn vader en moeder zorg als hen iets overkomt? Kan mijn vrouw nog wel veilig bevallen en als mijn kindje ineens heel hoge koorts krijgt en steeds benauwder wordt, kan ik dan nog wel ergens terecht? Collega Agema zei het ook al: burgers, patiënten, mensen uit die steden en dorpen maken zich zorgen, maar we krijgen ook berichten van

verloskundigen, van burgemeesters, van mensen uit de gemeenteraad, mensen bellen me, schrijven me en ze zijn allemaal heel erg bezorgd. Daarom is het van het allergrootste belang dat wij vandaag van de Minister heldere antwoorden gaan krijgen over wat hij gaat doen. Want praten alleen lost niks op. Dat zeggen de mensen in Flevoland ook. Natuurlijk is het goed om te overleggen, maar je kunt niet blijven praten. Op een zeker moment moeten er gewoon afspraken gemaakt worden en moet er duidelijk zijn hoe de zorg geregeld gaat worden. We willen garanties dat aanrijtijden gehaald worden en dat treeknormen niet overschreden worden. Dat lijkt mij toch een soort ondergrens waar de Minister garant voor moet staan.

Voorzitter. Wij kregen een brandbrief van de verloskundigen, die zeiden: eigenlijk staat de zorg die wij willen leveren aan vrouwen onder druk. Het begint er al mee dat vrouwen eigenlijk niet meer in vrijheid kunnen kiezen, als ze op Urk wonen, of ze thuis willen bevallen of in een ziekenhuis. Want soms worden ze preventief naar een ziekenhuis verwezen, want stel je voor dat er iets misgaat en je bent zo lang onderweg om naar een ziekenhuis te gaan waar je veilig kunt bevallen. Dan hebben we liever dat ze maar vast gaat. Dat is natuurlijk in de achttiende eeuw van de wereld toch wel tamelijk slecht. Dat zou toch gewoon niet mogen voorkomen? Vrouwen moeten toch ook hier kunnen beslissen of ze thuis willen bevallen, met de zekerheid dat, als het misgaat, de verloskundige in staat is om snel naar een ziekenhuis te gaan? Als je in het ziekenhuis wilt bevallen, moet dat ook kunnen en moet je ook weten waar je terecht komt. Voorzitter. Die wettelijke aanrijtijden van 45 minuten zijn niet een norm in de trant van: als je die maar haalt, dan is het goed. Het is geen doel, het is een maximumnorm. En die was ervoor bedoeld dat ook in streken die wat verderaf liggen – ik noem de Waddeneilanden – er een norm is waarbinnen je toch ambulancezorg moet kunnen krijgen. Maar de bedoeling is niet: als we die norm maar halen, dan is het per definitie goed. Graag een reactie daarop van de Minister, temeer daar ambulanceverpleegkundigen zich enorme zorgen maken. Ze doen in de ambulance alles wat nodig is om patiënten te stabiliseren, en vervolgens moeten ze gaan rondrijden om te kijken in welk ziekenhuis ze terecht kunnen. Dat is voor de patiënt verschrikkelijk, maar het tast natuurlijk ook ambulanceverpleegkundigen in hun beroepseer aan, kan ik me zo voorstellen, want ze maken zich zorgen dat ze de zorg niet kunnen geven die mensen verdienen. Steeds meer ziekenhuizen gaan reorganiseren. Vorige maand kwam Haaglanden Medisch Centrum met plannen voor een gedeeltelijke sluiting en deze week gebeurde dat met ziekenhuizen in Drenthe en Groningen. Dat roept veel emoties op bij mensen. U weet het, ik woon vlak bij het Slotervaartziekenhuis. Ook bij ons riep dat heel veel emoties op. Ik kan mij heel goed voorstellen dat mensen die nu weer horen dat hun ziekenhuis in Hoogeveen in een heel andere vorm gaat voortbestaan, ook denken: hoe moet dat nu?

Bij ons roept het ook heel veel vragen op. Specifiek over die Treant-ziekenhuizen heb ik een aantal vragen die ik aan de Minister wil stellen. Hoe beoordeelt hij de concentratie van de zorg in die regio? Klopt het dat de aanrijtijden altijd gehaald gaan worden? Welke garanties gaan mensen daarvoor krijgen? Hetzelfde vraag ik voor die treeknormen. Kunnen mensen nog wel de zorg krijgen die ze nodig hebben? We lazen in het Dagblad van het Noorden, meen ik, dat de directeur van het Martini Ziekenhuis daar wel allerlei twijfels over heeft. Wat is de reactie van de Minister daarop?

Voorzitter. Daarachter zit natuurlijk gewoon een systeem dat nu niet goed werkt. De reorganisatie van de ziekenhuizen in Drenthe en in Groningen en in de regio Den Haag gebeurt in ieder geval nog in min of meerdere mate gecontroleerd, volgens een planning, maar het Slotervaart en de IJsselmeergroep, die waren in twee dagen ineens failliet. Wij zijn er niet gerust op dat dat niet nog een keer kan gebeuren. Op verzoek van de

Kamer en ook van de Minister wordt er onderzoek gedaan, maar we moeten niet afwachten tot die onderzoeken zijn afgerond. In een brief die de Minister ons stuurde over de stand van zaken IJsselmeerziekenhuizen en Slotervaart schrijft hij iets wat mij hoop biedt, maar ook weer iets anders wat me heel erg bezorgd maakt. De Minister schrijft in die brief dat hij zich natuurlijk ook zorgen maakt over zo'n onbeheerst faillissement en hij zegt dan, kijkend naar de toekomst: «daarbij kan regie vanuit de overheid wenselijk zijn». Ik zou hem willen vragen daarvan te maken «daarbij móét regie vanuit de overheid wenselijk zijn». En ik zou hem willen vragen welke instrumenten hij daarvoor heeft, welke hij daarvoor gaat inzetten en, als hij ze niet heeft, welke er nodig zijn. Kunnen we daar dan een debat over voeren?

De voorzitter:

Nog tien seconden.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja. In dezelfde brief schrijft de Minister: het kan zijn dat er nog meerdere ziekenhuizen gaan omvallen. Komt er dan een earlywarningsysteem? Dan zegt de Minister: zo'n meldplicht in geval van problemen kan er onbedoeld toe leiden dat in bepaalde situaties het vertrouwen in een zorgaanbieder wordt beschadigd en een financieel probleem daardoor juist wordt veroorzaakt of verergerd. Daar schrok ik heel erg van. Dat betekent een dictaat van de markt dat leidend is, dat betekent de markt boven de zorg en dat kan niet de bedoeling zijn. Graag hoor ik van de Minister hoe hij daar tegenaan kijkt. Misschien realiseert hij zich nu pas wat daar eigenlijk staat en hoe ongewenst dat is. Ik zou heel graag van hem willen horen hoe hij dat dilemma te lijf gaat, want er hoeft helemaal geen dilemma te zijn: mensen verdienen de beste zorg die mogelijk is. Dank u wel.

De voorzitter:

Punt. Een beetje over de tijd.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Excuus.

De voorzitter:

Maar ik kan wel een klein beetje ruimte geven.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u.

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb in januari mijn initiatiefnota Zorg in de regio gepubliceerd, omdat zorg beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar moet zijn, ook in de regio. Dat dat belangrijk is, blijkt maar weer uit recente gevallen. We spreken nog steeds, ook vandaag weer, over Lelystad. Zoals de collega's al aangaven: we hebben van de gemeentebesturen van Lelystad en Urk, van de verloskundigen en van de actiegroep allemaal zorgen meegekregen, onder andere over de aanrijtijden van ambulances. We horen dat die nu veel langer zijn. We horen ook dat een ambulance niet altijd weet bij welk ziekenhuis hij terecht kan. Is dat de oorzaak van het probleem? Dat zou ons veel zorgen geven. Wij willen graag weten of er al resultaten bekend zijn van de nieuwe ambulance op Urk.

De voorzitter:

Dit leidt tot een vraag van de heer Van Gerven.

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

Ik wil even dit document laten zien aan mevrouw Van den Berg. Dit zijn de actuele aanrijtijden in Lelystad en Urk. Mevrouw Van den Berg heeft twee, drie maanden geleden een motie ingediend. Zij zei toen: acute zorg is nodig in Lelystad. Vindt mevrouw Van den Berg dat dat vandaag geregeld moet worden en is zij bereid om de Minister de opdracht te geven om dat uit te voeren?

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

Dat is precies de reden waarom ik deze vragen aan de Minister heb over de aanrijtijden. Ook ik heb dat overzicht gekregen en als je die aanrijtijden ziet, dan baren die natuurlijk zorgen. Het CDA heeft een toekomstverkenner voorgesteld. Dat had alles te maken met de vraag die meneer Van Gerven voorlegt. Wij kregen te horen dat er voldoende artsen en verpleegkundigen beschikbaar zijn om in Lelystad een spoedeisende hulp open te houden. De Minister krijgt daar andere signalen over. Dat is het eerste punt waarover wat ons betreft nu duidelijkheid moet komen, want als je het al niet eens bent over de analyse, dan ga je het al helemaal niet eens worden over de oplossing. Onze vraag of er een spoedeisende hulp in Lelystad komt, staat nog steeds. Daar is wat ons betreft ook niets aan veranderd.

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

Mevrouw Van den Berg geeft geen duidelijk antwoord. Zij heeft in haar eigen motie aangegeven dat er acute hulp moet zijn in Lelystad. Ik neem aan dat ze daar de klinische verloskunde, de kindergeneeskunde en de spoedeisende hulp mee bedoelt. We zien hier de aanrijtijden. Dit is gewoon spelen met levens. Dit is maatschappelijk onaanvaardbaar. Zelfs als we die norm van 45 minuten hanteren, moeten we concluderen dat die tijd in de praktijk niet gehaald wordt.

De **voorzitter**:

En uw vraag is?

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

En dat is niet iets van vandaag of gisteren; dat is al heel lang aan de orde.

De **voorzitter**:

En uw vraag is?

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

Mijn vraag is of het CDA de motie gaat steunen die wij in zullen dienen om per acuut te regelen dat de spoedeisende hulp en de afdeling verloskunde in Lelystad terugkomen en dat de Minister direct na dit debat aan de slag gaat om dat te organiseren. Wij willen niet dat hij dit overlaat aan de markt, het St Jansdal, de zorgverzekeraars, die er niks aan doen en het gewoon laten gebeuren, of aan wie dan ook. Wij willen dat de Minister – je zou zeggen: de machtigste man op het terrein van de gezondheidszorg – nu eens werkelijk gaat optreden en handelen om te voorkomen dat een moeder of een kind dadelijk de dupe wordt van het lakse beleid dat nu wordt gevoerd.

De **voorzitter**:

Dat is helder. We moeten geen inbrengen doen in interrupties. De heer Van Gerven heeft zo nog zes minuten. Ik geef het woord aan mevrouw Van den Berg om te antwoorden.

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

Ik denk dat onze motie van enkele maanden geleden meer dan duidelijk is: wij willen spoedeisende hulp en verloskunde in Lelystad zien. Toen kwam nogmaals terug dat dat op dat moment niet te realiseren zou zijn. Dat vinden wij meer dan bijzonder pijnlijk. Plan B was tijdelijk, zodat er voldoende ambulances zouden zijn. Als wij vandaag naar de aanrijtiden kijken, dan hebben wij daar wel zorgen over. Maar wat ons betreft staat de motie die wij toen hebben ingediend nog steeds. Ik heb geen enkele indicatie dat de Minister die niet wil uitvoeren. Maar hij wil wel eerst duidelijkheid krijgen over de beschikbaarheid van artsen. Daar is die toekomstverkenner mee bezig.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb net aangegeven wat onze zorgen met betrekking tot Lelystad zijn. We zijn heel benieuwd wanneer die toekomstverkenner met de eerste resultaten komt. We hebben net de aankondiging over Stadskanaal en Hoogeveen gehoord. We hebben daar intussen al schriftelijke vragen over gesteld. Wat ons helemaal niet duidelijk is, is of er überhaupt overleg is geweest met de betrokkenen in de regio. Als je een huidige situatie moet aanpassen, dan vinden wij dat daar eerst met de regio en met andere ketenpartners over gesproken moet worden.

Voorzitter. Als je het hebt over de regio, dan wordt vaak gedacht aan Zeeland of Groningen, maar de regio bevindt zich ook midden in de Randstad. De regio is ook Woerden, want in Woerden, een stad met meer dan 50.000 inwoners, is na 17.00 uur geen huisartsenpost meer beschikbaar. Als men op zaterdag met zijn kind is wezen voetballen en er is wat gebeurd, dan moet men van Woerden naar het ziekenhuis in Leidsche Rijn. Wij zouden graag een reactie van de Minister krijgen, want wij kunnen niet begrijpen dat er in een stad met 50.000 inwoners niet eens een huisartsenpost is.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit is natuurlijk een heel waar en een heel zielig verhaal van mevrouw Van den Berg, maar zij is wel van het CDA. Mevrouw Van den Berg is een vertegenwoordiger van een coalitiepartij. We gaan hier nog twintig debatten over voeren, over allerlei acute zorg die verdwijnt, over spoedeisendehulpposten die verdwijnen, over ziekenhuizen die verdwijnen. Mijn vraag aan mevrouw Van den Berg is of ze dan iedere keer zo'n zielig verhaal gaat ophangen. Of gaat ze tegen de Minister zeggen dat zij die visie dat we wel toekunnen met de helft minder ziekenhuizen en de helft minder spoedeisende posten, niet steunt?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb aan het begin gezegd – en wij hebben die initiatiefnota niet voor niets gepubliceerd – dat wij willen dat de zorg in de regio goed geregeld is. 80% van de zorg is laagcomplexe zorg. Wij zijn van mening dat je juist in die hoogcomplexe zorg de komende jaren veel meer keuzes moet maken over waar die gaat geschieden. Dat betekent dat de topklinische ziekenhuizen wat ons betreft naar zichzelf moeten kijken, maar dat de regionale ziekenhuizen daar niet de dupe van mogen worden.

Mevrouw Agema (PVV):

Spijkenisse: geen spoedeisende hulp meer. Leidschendam: geen spoedeisende hulp meer. Woerden: geen spoedeisende hulp meer. Hengelo: geen spoedeisende hulp meer. Zwijndrecht: geen spoedeisende hulp meer. Rotterdam: geen spoedeisende hulp meer bij het Havenziekenhuis. Emmen: geen acute verloskunde meer. Tilburg: geen acute verloskunde meer. Woerden: geen acute verloskunde meer. Daar komen

de volgende nog bij. Lelystad: geen spoedeisende hulp meer. Stads-kanaal: geen spoedeisende hulp meer. Hoogeveen: geen spoedeisende hulp meer. Den Haag: geen spoedeisende hulp meer. Dit gaat alleen maar door, met steun van het CDA! Mijn vraag was net heel erg helder. Dit is de visie van de Minister. Dit is waar het naartoe gaat: afbraak van de ziekenhuiszorg en afbraak van de spoedeisendehulpdiensten, met steun van het CDA. Zegt het CDA de steun voor die afbraak af, of gaat mevrouw Van den Berg iedere keer een zielig verhaal houden dat zij het eigenlijk heel erg vindt dat alles wordt afgebroken?

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

Nogmaals, wij willen dat de zorg dichtbij is. De basiszorg is 80% van de zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Steun dus, volle steun.

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

Daar willen wij ons ook... Wij zeggen niet dat de wereld niet kan veranderen. Soms moet je ergens een aanpassing doen. Als die aanpassing nodig is, moet je daar met elkaar over praten. Dan moet je ook een goed, nieuw plan hebben voordat je naar een andere situatie gaat. Wij zien dat men van de ene op de andere dag alles – ploep! – uit de handen heeft laten vallen. Dat hebben wij bij Lelystad gezien. Dat hebben wij bij de IJsselmeerziekenhuizen gezien, maar dus ook bij Slotervaart. Dat vinden wij onverteerbaar. Wat wij bij Stadskanaal en bij Hoogeveen hebben gezien – misschien is dat daar ook gebeurd, maar dat blijkt in ieder geval niet uit de communicatie – is dat er goed overleg is geweest in de keten en met de regiobestuurders. Zij zeggen dat zij samen met een nieuw plan komen voor hoe zij dingen misschien anders kunnen organiseren. Want soms moet je zaken anders organiseren. Daarmee kom ik terug bij mijn eerdere punt, namelijk dat wat ons betreft de topklinische ziekenhuizen veel meer keuzes moeten maken, want op dit moment trekken de topklinische ziekenhuizen in feite een stuk van de adherentie van de regiozorg naar zich toe. Daar hebben wij wel zorgen over.

De **voorzitter**:

Dat is helder. Dat heeft u net ook gezegd. Dat leidt tot een aanvullende vraag van de heer Kuzu.

De heer **Kuzu** (DENK):

Ik ben overtuigd van de goede bedoelingen van mevrouw Van den Berg. Dat meen ik oprecht. Dat spreekt ook uit haar verhaal. Het spreekt uit haar toon. Het spreekt uit de wensen die zij uit. Ik denk dat zij tegelijkertijd ook wel inziet dat de mensen in Lelystad er op dit moment heel weinig aan hebben dat wij een toekomstverkenning gaan uitvoeren en plannen maken. Dan wil ik het volgende aan het CDA vragen. Daarmee doe ik ook een beroep op de goede bedoelingen van het CDA. Welk antwoord geeft zij aan al die mensen die nu in Lelystad verlegen zitten om spoedeisende hulp?

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

Ik ben het helemaal eens met de heer Kuzu dat dit voor de mensen in Lelystad nu een verschrikking is, temeer daar er werd meegegeven dat er wel voldoende artsen zouden zijn. Dus waarom kan het niet ingericht worden? Daarom hebben wij daarop zitten drukken. Ten eerste is er een motie van ons aangenomen om de spoedeisende hulp én de verloskunde in Lelystad te laten blijven. De Minister heeft daar ook onmiddellijk extra financiële middelen, 4,3 miljoen, voor beschikbaar gesteld. Hij heeft ook

gesteld dat die beschikbaar zullen blijven, ook als ze overmorgen tot de conclusie komen dat ze het wel kunnen inrichten. Daarnaast hebben wij een toekomstverkenner voorgesteld. Onze contacten in de regio zeggen namelijk dat er wel voldoende artsen zijn en dat ze de spoedeisende hulp wel kunnen inrichten. Daarom vragen wij ons af waarom dat niet mogelijk zou zijn. Dat kunnen we eigenlijk niet geloven.

De heer Kuzu vraagt wat de mensen daar vandaag aan hebben. Ik ben het helemaal met de heer Kuzu eens dat het een enorm moeilijke situatie is. Het reserveplan – zo noem ik het maar even – is om extra ambulances in te zetten zodat mensen sneller in andere ziekenhuizen terecht kunnen komen. Maar we horen dat de conclusie is dat de aanrijtijden langer zijn. We willen heel graag weten waardoor dat komt en of dat met ambulances niet op te lossen is.

De voorzitter:

Ik wil u vragen om zowel de vragen als de antwoorden kort te houden. We hebben allemaal een bijdrage van zes minuten. Dat maakt het heel lang. Dat biedt alle ruimte. Dit is niet specifiek gericht aan de heer Kuzu. Ik zeg het meer in het algemeen.

De heer Kuzu (DENK):

Dat was ook duidelijk, maar we hebben dit algemeen overleg tot 19.00 uur staan, dus er is voldoende tijd. De enorm moeilijke opgave die we op dit moment voor Lelystad hebben, wordt deels veroorzaakt door een stukje politieke onwil. Het is een eerste stap in de goede richting dat er extra middelen beschikbaar zijn gesteld, maar er is veel meer voor nodig. Ik denk dat mevrouw Van den Berg dat ook onderschrijft. Het is vooral heel erg belangrijk dat we niet wijzen naar een toekomstverkenner, die misschien een paar maanden de tijd nodig heeft om een plan te maken, maar dat er nu actie ondernomen wordt.

De voorzitter:

En uw vraag is?

De heer Kuzu (DENK):

Er moeten nu dingen gebeuren. Mijn vraag aan mevrouw Van den Berg, als lid van een coalitiepartij, is om echt door te zetten, om niet meer te wijzen naar de toekomst maar om echt te kijken naar het heden en daarvoor een oplossing te bieden. Ik doe echt een beroep op haar verantwoordelijkheidsgevoel.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Volgens mij is de kern van de oplossing dat er artsen en verpleegkundigen zijn die een en ander kunnen invullen, maar die zijn er op dit moment niet. We hebben sowieso een arbeidsmarktuitdaging, denk ik. Als er nu geen mensen zijn, kan het CDA ze ook niet tevoorschijn toveren, hoezeer wij ook in het bovenstaande geloven.

De voorzitter:

Met die woorden kunt u uw betoog vervolgen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. We hebben eerder gevraagd om die regiobeelden, om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Wij vinden eigenlijk dat er geen voorstel kan zijn voor een nieuw plan zolang die regiobeelden nog niet beschikbaar zijn. Wij zouden het heel fijn vinden als de Minister er een stapje verder in kan gaan en een visie kan geven. Kan hij de adherentie-cijfers bijvoorbeeld veel duidelijker maken, zoals die over het land verspreid zijn?

De voorzitter:

Dat leidt tot een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik sluit me aan bij de vragen die mevrouw Van den Berg aan de Minister stelt over de organisatie van de zorg in de regio, maar steunt zij mij dan ook in mijn waarneming dat de Minister in dit geval niet de regie kán nemen maar móét nemen?

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

Ik zou dan graag een toelichting van mevrouw Ploumen willen op wat zij bedoelt met regie kunnen en regie moeten nemen.

De voorzitter:

Dat zie ik als een verlengde interruptie. Mevrouw Ploumen, kunt u het heel kort toelichten?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik citeer uit de brief van de Minister. Als er problemen zijn in ziekenhuizen, hebben mensen daar zorgen over en kan cruciale zorg soms weg vallen. De Minister zegt dan: daarbij kan regie vanuit de overheid wenselijk zijn om te zorgen dat dit allemaal weer geregeld wordt. Mijn punt is: de Minister móét dat regisseren, en niet alleen maar op het moment dat ziekenhuizen omvallen, maar lang daarvoor.

De voorzitter:

Helder. Mevrouw Van den Berg.

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

Mijn conclusie na de debatten in de afgelopen maanden met de Minister is dat hij veel meer regie aan het nemen is, ook als hij praat over het earlywarningsysteem. Hij wil veel eerder van ziekenhuizen weten hoe het ermee staat. Dat is heel moeilijk voor alle betrokkenen. Maar bijvoorbeeld het Haaglanden Medisch Centrum is in een heel vroeg stadium gaan praten en naar scenario's gaan kijken. Het laat door het RIVM onderzoeken wat scenario 1 voor de aanrijtijden van ambulances zou betekenen. De raad van bestuur is bij de Minister gaan spreken. Het CDA zou graag zien dat het op die manier gebeurt. Dan kan de Minister ook veel beter sturing geven.

De voorzitter:

Voordat mevrouw Van den Berg verdergaat, heeft mevrouw Ellemeet nog een vraag. Ja, het is een vragenronde vandaag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

In vervolg op wat mevrouw Van den Berg zei: we hebben een tijdje terug kunnen lezen dat haar CDA-Minister het een interessant idee vindt om de provincies een belangrijker rol te geven in de regio bij het organiseren van de zorg. Ik hoor mevrouw Van den Berg zeggen dat ze het belangrijk vindt dat de Minister een visie heeft en meer regie pakt. Zou zij nog een toelichting kunnen geven op hoe zij de rol van de provincies ziet in de regio?

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

Ik vind het natuurlijk heel fijn dat de CDA-Minister in dit verband wordt genoemd, maar de eerste credits zijn voor deze Minister. Tijdens het debat van 13 juni vorig jaar heeft hij toegezegd dat hij in de wet gaat opnemen dat er verplicht overleg komt in de keten, juist ook met de regio, als er wijzigingen zijn in de acute zorg. Als we praten over de regio, zit daar wat ons betreft de provincie automatisch bij. Er moet dan niet alleen gekeken

worden naar wat een ziekenhuis gaat doen, maar ook naar wat het betekent voor alle andere ketenpartners, zoals wijkverpleging, huisartsen et cetera.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind het wel mooi om te zien hoe bescheiden mevrouw Van den Berg zich wil opstellen, maar volgens mij was de uitspraak van Minister Hugo de Jonge over de ziekenhuiszorg, niet zijn portefeuille, nog net een tikkeltje scherper, namelijk dat de provincies de regierol moeten kunnen krijgen bij de inrichting van het ziekenhuislandschap. Ik hoor heel graag van mevrouw Van den Berg of zij die opvatting van haar CDA-Minister steunt.

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

Volgens mij hebben mevrouw Ellemeet en ik vorig jaar juni zelfs samen een motie ingediend over het bevorderen van zorgtafels en netwerken. We hebben toen als voorbeeld de provincie Drenthe genomen, die een zorgtafel had ingericht. Een goed voorbeeld van dat je niet alleen op de provincie moet focussen, is volgens mij Stadskanaal. Stadskanaal ligt net in Zuidoost-Groningen. Als je dus alleen naar de eigen provinciegrenzen kijkt, kan een ziekenhuis in het grensgebied in de problemen komen. Wij denken dus dat de regiobestuurders een enorm belangrijke rol hebben, maar ook dat de regio's onderling in overleg zullen moeten om de zorg optimaal en op optimale locaties te bieden.

De **voorzitter**:

U kunt nu echt verder met uw betoog.

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

Voorzitter. Met al die veranderingen in de ziekenhuiszorg maken wij ons wel zorgen over de wachttijden. Wij refereren aan een brief van 6 juli vorig jaar, waarin staat dat de Nederlandse Zorgautoriteit constateert dat in het algemeen de wachttijden nog niet waren gedaald en zelfs iets waren verslechterd ten opzichte van het jaar daarvoor. Wij zijn benieuwd wanneer de rapportage over 2018 beschikbaar is. De NZa zou de inzet in 2018 intensiveren. Wij vragen ons af of daar al resultaten van bekend zijn. Voorzitter. Professor Sjoerd Repping is sinds februari 2019 in dienst bij het Zorginstituut als kwartiermaker van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Hij gaat bijvoorbeeld onderzoek doen naar wat beter is: leg je gips aan of gebruik je een spalk; moet je bij een hernia opereren of rust geven? Van heel veel behandelingen is de meest effectieve behandeling nog steeds niet in kaart gebracht. Dat wordt ook niet gedeeld. Wij vinden het voor de kwaliteit van de zorg enorm belangrijk dat daar stappen in worden gemaakt. Wij vragen ons af wanneer wij daarvan de eerste bevindingen kunnen ontvangen.

Voorzitter. Ik wil als laatste graag noemen dat maar weer blijkt dat zorg in de regio uitstekend kan zijn. Ziekenhuis ZorgSaam in Terneuzen heeft de eerste prijs gewonnen van de regioziekenhuizen en kwam ook voor de ICT-beveiliging boven aan de lijst te staan.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Brenk van 50PLUS.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter, dank. Eind vorig jaar hebben we een aantal keren gesproken over de situatie rondom de ziekenhuizen in Nederland en in het bijzonder over het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaart. Sindsdien is het onrustig gebleven in ziekenhuisland. Er is een aankon-

diging van de sluiting van het Bronovoziekenhuis in Den Haag. Het Bravis ziekenhuis werkt in stappen toe naar één locatie en sluit op termijn de ziekenhuizen in Bergen op Zoom en Roosendaal. Er zijn wijzigingen in de ziekenhuiszorg in Arnhem-Zuid en Velp en ook wijzigingen in de ziekenhuiszorg in Stadskanaal, Drenthe en Zuidoost-Groningen. Dat was deze week uitgebreid in het nieuws. En het ziekenhuis in Nijmegen schrapt 150 banen. Verder sluit het Dijklander Ziekenhuis mogelijk een van zijn buitenpoli's.

Voorzitter. 50PLUS vraagt zich af wat we nog meer kunnen verwachten rondom ziekenhuizen en de ziekenhuiszorg. In hoeverre moeten we rekening houden met nog meer sluitingen van ziekenhuizen en locaties? Heeft deze Minister een heldere langetermijnvisie over in het bijzonder het aantal ziekenhuizen, de bereikbaarheid en de landelijke spreiding van spoedeisende zorg? In hoeverre – ik denk dat dat de belangrijkste vraag is – heeft de Minister de regie? Kan de Minister bij zijn beantwoording ook ingaan op de situatie in West-Brabant en Zeeland? Zijn de spoedeisende zorg en de aanrijtijden in het verzorgingsgebied wel goed geborgd? Is er genoeg aandacht voor deze onderwerpen in relatie tot het hoge aantal tijdelijke inwoners, bijvoorbeeld de vele toeristen die op Walcheren verblijven?

Ik kom nog even terug op het Bronovoziekenhuis. 50PLUS betreurt het dat het koninklijke ziekenhuis zijn deuren moet sluiten, vooral voor de mensen die daar jarenlang zorg hebben ontvangen. We hebben vier vragen daarover. Is de spoedeisende zorg in de plannen op een verantwoorde wijze ingericht? Is er voldoende afstemming geweest in de regio Haaglanden? In hoeverre zijn de ziekenhuizen en andere partners uit de omgeving hierbij betrokken? Veel inwoners, waaronder ook ouderen, denken bijvoorbeeld dat elk ziekenhuis spoedeisende zorg levert. Is er uitgebreide communicatie voorzien over de functionaliteiten van de verschillende locaties? Is er bij de Minister al meer bekend over de vorm van ouderenzorg die dichter bij de patiënt, maar buiten het ziekenhuis wordt vormgegeven?

Voorzitter. 50PLUS heeft een prangende vraag over het wegvallen van een volwaardig ziekenhuis in Lelystad. De collega's hebben ook al vragen gesteld. Wat is de reactie van de Minister op de registratie van de GGD dat de gemiddelde ritduur voor een ambulance is opgelopen tot ruim 50 minuten? Voor de gemeente Urk is die zelfs opgelopen tot meer dan een uur. Is dit reden om Lelystad alsnog te voorzien van een volledige afdeling spoedeisende hulp en een afdeling verloskundige hulp? Kan de Minister ook meenemen dat er in Lelystad een vliegveld gepland staat? Is dat niet ook een prioriteit voor een spoedeisende hulp? Is dit wat de Minister betreft alsnog een optie voor de toekomst?

Voorzitter. De 50PLUS-motie met het verzoek aan de Minister om met gemeenten en zorgverzekeraars in gesprek te gaan over een adequate regeling voor mensen die vanwege faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen extra reiskosten moeten maken, werd met brede steun aangenomen. De Minister zegt in zijn brief dat deze motie inmiddels is afgedaan. En toch zijn er in de gemeente Lelystad voorbeelden bekend van oudere echtparen die elkaar niet kunnen bezoeken. Is de Minister bereid om samen met de gemeenten en zorgverzekeraars te kijken hoe we deze echtparen de helpende hand kunnen toesteken.

Verder hebben wij bij het debat in november een motie ingediend over een actueel overzicht van beschikbare ziekenhuisbedden. Die is ook aangenomen. Heeft de Minister al een gesprek hierover gehad met de elf ketens Regionaal Overleg Acute Zorg? Wanneer kunnen we de introductie van een regionaal systeem verwachten? Kunnen aangrenzende regio's de betreffende informatie dan ook inzien? In hoeverre heeft de Minister er bij ziekenhuizen op aangedrongen om de relevante gegevens hiertoe te delen? Is de Minister eventueel bereid om de ziekenhuizen daartoe te verplichten?

Voorzitter. Afgelopen vrijdag is 50PLUS op werkbezoek geweest bij het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede. Voeding en bewegen zijn de bouwstenen van hun zorg. Een voorbeeld: direct na het besluit dat een knie- of heupoperatie nodig is, begint al tijdens de preoperatieve fase een beweegprogramma om patiënten zo fit mogelijk te maken, zodat ze na de operatie sneller en beter herstellen. Zorgverzekeraars vergoeden deze bijzondere manier van werken niet standaard. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars te bespreken of dit kan veranderen? Ook deze vorm van preventief werken zou dit kabinet toch moeten aanspreken? Ook het vervolg na de operatie spreekt 50PLUS aan. Samen met de buurtsportcoach werkt men actief aan verder herstel en aan het voorkomen van ziektes. Deze manier van werken vraagt wel wat moed en doorzettingskracht, ook vanwege de verschillende budgetten. Is de Minister bereid om deze werkwijze nader onder de aandacht te brengen van andere ziekenhuizen? Is hij bereid om eventuele drempels te verlagen en weg te nemen?

Tot slot heb ik nog een vraag over bewegen. In het wetgevingsoverleg Sport heeft de Minister mij een toezegging gedaan. Hij zou in gesprek gaan met het Ouderenfonds om te verkennen of en hoe bewegen bij ouderen nog verder gestimuleerd kan worden. Heeft dit gesprek inmiddels plaatsgevonden? Wij zijn benieuwd naar de reactie. Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. Die extra vijf seconden zijn u gegund. Ik geef het woord graag aan de heer Van Gerven van de SP.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. Het brandt in ziekenhuisland. De IJsselmeerziekenhuizen in Oost-Flevoland zijn failliet. Het Slotervaart in Amsterdam is kapotgemaakt door Zilveren Kruis Achmea. Bronovo in Den Haag wordt verpatst door de directie van Haaglanden Medisch Centrum onder het goedkeurende oog van diezelfde zorgverzekeraars. Het hoofdlijnenakkoord met een groei van 0% in 2022 is dodelijk samen met het streven van de zorgverzekeraars om zo veel mogelijk kleine ziekenhuizen kapot te maken. Gaat dit ervoor zorgen dat binnen enkele jaren nog vele ziekenhuizen het loodje zullen leggen? Het Lievensbergziekenhuis in Bergen op Zoom is weg. Het Albert Schweitzer ziekenhuis in Zwijndrecht is in het weekend dicht. Er zijn idiote plannen in Drenthe en Groningen, waarbij de spoedeisende hulp van het Bethesda in Hogeveen en het Refaja in Stads kanaal verdwijnen. Het geld, de banken, de KPMG's en de maatpakken van de zorgverzekeraars regeren.

Zorgverzekeraars hebben miljarden op de plank liggen en ziekenhuizen gaan failliet. En aan de patiënten die het ziekenhuis om de hoek willen houden, wordt niets gevraagd. De Minister van uitvaartzaken kijkt weg. Hij heeft op papier alles geregeld met zijn hoofdlijnenakkoord, denkt hij. En na mij de zondvloed!

De voorzitter:

Ik wil even een opmerking maken. Ik vind het niet gepast om in dit overleg te spreken over de «Minister van uitvaartzaken». Ik verzoek u om dat terug te nemen. We hebben hier te maken met de Minister voor Medische Zorg. Ik wens dat u hem zo adresseert en niet anders dan dat.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. In het plenaire debat is gezegd dat de Minister een brief heeft gestuurd waarin hij de uitvaart regelt. Daar is toen geen woord over vuilgemaakt. Ik zeg dat om aan te geven dat deze Minister niets, maar dan ook niets doet. Ik neem dat dus niet terug.

De voorzitter:

Dan wil ik wel de opmerking maken dat ik dat niet gepast vind. Ik wens dat we dit soort termen in dit debat niet gebruiken. We hebben te maken met de Minister voor Medische Zorg. U kunt al uw zorgen uiten, maar we gaan niet dit soort rare terminologie gebruiken en de Minister daarmee bezoedelen. Doet u dat nou niet. Dat heeft uw pleidooi ook niet nodig.

De heer Van Gerven (SP):

Mijn punt is duidelijk. Hij heeft op papier alles geregeld, denkt hij. Maar als dat hoofdlijnenakkoord door blijft gaan, hebben wij toenemende wachtlijsten, toenemende overspannenheid bij het personeel en afnemende kwaliteit en bereikbaarheid. Reparatie van het stelsel is een illusie. Dit commerciële stelsel is failliet. We moeten een democratische planning maken van waar ziekenhuizen nodig zijn. De SP pleit al heel lang voor een nationaal zorgfonds dat die planning ter hand kan nemen en ook voor een systeem zonder concurrentie en winststreven, waarin het benodigde geld wordt afgestemd op de daadwerkelijke behoeften. Laten we beginnen met het intrekken van de Wet investeringsmogelijkheden; ik bedoel natuurlijk de zorgwinstwet. Het oorspronkelijke idee komt van de VVD. Dat werd met steun van de PVV en het CDA als wet ingediend. Vervolgens keerden die twee partijen na het vallen van Rutte I zich tegen de wet en trok de VVD op met de Partij van de Arbeid. Die partij was eerst nog tegen winstuitkering voor ziekenhuizen, maar steunde dat toen. De wet haalde het dus dankzij de VVD en de Partij van de Arbeid, maar inmiddels ligt die stil in de Eerste Kamer. Wat maakt dit verhaal duidelijk? Een grote Kamermeerderheid ziet die wet gewoon niet zitten, evenals de samenleving. Geld voor zorg moet naar zorg en niet naar investeerders die geld willen verdienen aan de zorg. Is de Minister bereid om deze wet in te trekken? Ik heb daarvoor een motie klaarliggen. Hoe moet het dan verder met de investeringen in het vastgoed die nodig zijn om ziekenhuizen bij de tijd te houden? Laten we de privatisering van de kapitaallasten terugdraaien en vervangen door een stelsel waarbij de lasten weer collectief worden geborgd. Dat zou mijn voorstel zijn. Dan wordt er gebouwd naar behoefte en zijn de kapitaallasten zo laag mogelijk vanwege de collectieve borging. Tevens voorkomen we dat ziekenhuizen nog failliet gaan.

Dan het Bronovo. Wat daar gebeurt, is bizar. In 2017 opende Bronovo een nieuwe spoedeisende hulp. 2017 hè! Het verplaatste de huisartsenpost van het Antoniushove in Leidschendam naar het Bronovo met de nieuwe spoedeisende hulp. En wat doet directiebaas en prominent CDA'er Doop? Hij wil het Bronovo verpatzen en deelt dit mee aan de bevolking en de huisartsen. Die zijn furieus. Terwijl er prachtige verloskundige faciliteiten zijn in het Bronovo, moeten er straks 2.000 bevallingen plaatsvinden in containers die bij het Westeinde ziekenhuis worden gestald. Wat een kapitaalvernietiging! Wat een dwaasheid! En Bronovo staat voor 60 miljoen in de boeken in 2017. Hup, weg! Voor wie, zou ik de Minister willen vragen. Voor wie? Voor de projectontwikkelaars die likkebaardend staan te kijken om daar dure woningen neer te zetten? De Minister laat weten dat hij geen bezwaren koestert. Wat is dit toch? Waarom is hij horende doof en ziende blind voor wat de samenleving vraagt? Is de Minister dus bereid om bij het Bronovo in te grijpen en het ziekenhuis en de verzekeraars tot de orde te roepen? Dat ziekenhuis moet gewoon blijven.

Dan de IJsselmeerziekenhuizen in Oost-Flevoland en Lelystad. Is de Minister bereid om nu eindelijk zijn belofte na te komen en een volwaardig ziekenhuis tot stand te brengen, inclusief verloskunde en spoedeisende hulp? De Minister blijft maar wegstijven. Hij doet niks. Kom nou eens in beweging, Minister! De bevolking vraagt dit. De huisartsen vragen dit. Ik laat nog een keer de reistijdenontwikkeling zien. U ziet de stijging nadat het ziekenhuis in Lelystad failliet is gegaan. De Minister

weet dat. Het is niet 45 minuten, zo zeg ik tegen de Minister. Het is veel langer. U moet in actie komen, want u speelt met levens. Wat gaat u zeggen? Wat gaat u zeggen tegen die moeder en haar pasgeboren kind die een uur en twintig minuten in de ambulance hebben gelegen, waarbij de moeder na de bevalling een nabloeding heeft gehad en tijdens de rit 2 liter bloed is verloren? Dit had fout kunnen aflopen. Dat moet stoppen, zeg ik tegen de Minister. Dus kom in actie! We mogen niet spelen met de gezondheid van aanstaande moeders en pasgeboren kinderen.

De voorzitter:

Nu staat er een punt met het oog op de tijd. Misschien nog een korte opmerking en dan kunt u vragen van mevrouw Dik beantwoorden.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister heeft echt een groot probleem als hij nu niet optreedt, want dan kan hij wat de SP betreft beter zijn biezen pakken. Als hij nu niet in actie komt, is dat een Minister van Volksgezondheid onwaardig. En nog een laatste zin, voorzitter. Wil de Minister een moratorium, een stop, instellen op alle afbraakplannen en sluitingen van ziekenhuizen of afdelingen totdat wij een landelijk ziekenhuisplan hebben neergelegd dat democratisch geborgd en gedragen wordt en waarin de democratie haar rol heeft kunnen spelen?

De voorzitter:

En daar een punt. Maar ik geef wel mevrouw Dik de ruimte om een vraag te stellen.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Allereerst wil ik gezegd hebben dat volgens mij niemand in deze zaal speelt met levens. Dat werd zojuist wel verkondigd en misschien moeten we daar een punt van orde van maken, voorzitter: ik vind het echt niet fair dat tegenover de Minister wordt uitgesproken dat hij speelt met levens.

De voorzitter:

Ik vind dat nog wel binnen de marge passen van wat we hier kunnen zeggen. Het zit op de rand. Als je termen gaat toevoegen als «Minister van uitvaartzaken», ga je over de grens heen. Daar kunnen we het over hebben, maar dit sta ik dus wel toe.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Prima, voorzitter.

De heer Van Gerven gaf aan dat hij het ontzettend belangrijk vindt dat er een volledig ziekenhuis komt in Lelystad, met een spoedeisende hulp en acute verloskunde. Ik denk dat wij dat allemaal willen. Zoals wij hier aan tafel zitten, van links tot rechts, willen we allemaal dat daar een volwaardig ziekenhuis komt. Meneer Van Gerven heeft daarover ook moties ingediend. Ik heb daar toen een vraag over gesteld en die ga ik nu weer stellen. Als wij hier in de Tweede Kamer hadden uitgesproken dat het morgen gefixt zou moeten zijn, zou de overnamepartij zijn weggelopen. Want die zou gezegd hebben: ik kan het niet regelen. Dan hadden we niets meer gehad. Dus wil meneer Van Gerven erkennen dat de situatie zoals die nu is weliswaar niet de optimale situatie is, maar dat het in ieder geval meer is dan niks en dat zijn variant ertoe had geleid dat Lelystad met lege handen was komen te staan?

De heer Van Gerven (SP):

Wat mevrouw Dik-Faber zegt, klopt niet. De Minister had moeten voorkomen dat de IJsselmeerziekenhuizen failliet gingen. Er waren signalen dat het daar niet op orde was. Dat is juist het probleem. De Minister gelooft idolaat in de markt. Het komt allemaal wel goed als de

markt z'n gang gaat. Maar we zien de ellende. Als de Minister op tijd had ingegrepen, hadden we dat kunnen voorkomen, want er waren van tevoren al signalen. Er wordt gezegd «er is geen personeel», maar wat is dat voor een drogreden? Het ziekenhuis in Terneuzen moet wettelijk openblijven, dus het blijft open. Als de Minister op tijd had ingegrepen, van zijn bevoegdheid gebruik had gemaakt en de aanwijzing had gegeven «het blijft in stand», hadden we dat allemaal kunnen voorkomen. Maar wat doet men? Men laat eerst het kalf verdrinken. Ja, dan valt er weinig meer te redden. Dus dat is de stand van zaken. We moeten de regie terugpakken. We moeten het niet overlaten aan de markt. We moeten het niet overlaten aan de verzekeraars. De vertegenwoordigende overheid moet de regie in de zorg terugnemen.

De voorzitter:

Helder, dat zei u net ook. Mevrouw Dik heeft misschien nog een aanvullende vraag.

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

De heer Van Gerven werpt allemaal vragen op die mijn fractie ook gesteld heeft en die volgens mij onderdeel zijn van het onderzoek dat nu wordt uitgevoerd naar de hele gang van zaken in de aanloop naar het faillissement. Die verdient niet de schoonheidsprijs en dat hebben we ook allemaal uitgesproken. Het punt is: er was een overnamekandidaat. Het ziekenhuis is inmiddels overgenomen. St Jansdal Harderwijk heeft dat gedaan. In de motie heeft de heer Van Gerven gezegd: morgen moeten we de spoedeisende hulp en de acute verloskunde daar georganiseerd hebben. We kunnen dat met zijn allen wel willen, maar dan was de overnamekandidaat weggelopen. Dan hadden we niks meer gehad. Wat de heer Van Gerven wil, is misschien een staatsziekenhuis. Ik zou hem willen uitnodigen: ga een keer in China kijken hoe dat daar werkt, of een beetje dichterbij huis in Griekenland. Dat is toch niet al te best.

De voorzitter:

Uw vraag is?

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

Nogmaals mijn vraag: wil de heer Van Gerven erkennen dat wij, als wij geen staatsziekenhuizen willen hebben, het aanbod van St Jansdal moeten omarmen en van daaruit gaan kijken hoe wij dit kunnen uitbouwen? En dat wij met lege handen hadden gestaan als wij hadden gedaan wat de heer Van Gerven wilde? Dat wij dan niks hadden kunnen bieden aan de inwoners van Lelystad?

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

Als het aan de heer Van Gerven en de SP had gelegen, dan hadden we Zilveren Kruis en Achmea, de zorgverzekeraars, tot de orde geroepen. Want die hebben de IJsselmeerziekenhuizen failliet laten gaan. De zorgverzekeraars hebben miljarden op de plank, dus het ziekenhuis had niet failliet mogen gaan. De Minister stond erbij en keek ernaar. Dat is het punt. Laat ik dan eens een vraag terugspelen aan de ChristenUnie.

De voorzitter:

Nee, dat gaan we niet doen. Dan moet u straks een vraag stellen aan mevrouw Dik. Maar u gaat geen vragen terugspelen. U kunt gewoon antwoord op de vraag geven, en dat is het.

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

Dan concludeer ik het volgende. Zolang wij de macht laten liggen bij de commerciële zorgverzekeraars, die uiteindelijk alleen maar als doel hebben om 40 grote molochs over te houden – dat is het eindplaatje –

zullen zij allerlei ziekenhuizen tegen elkaar uitspelen en de kraan dichtdraaien. Daardoor zijn ook het ziekenhuis in Lelystad en het Slotervaart failliet gegaan en daardoor grijpen ze ook niet in bij bijvoorbeeld Bronovo.

De voorzitter:

Oké punt. Ik concludeer dat er geen aanvullende vragen meer zijn. Dan geef ik het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. De ziekenhuiszorg staat onder druk. Het landelijke tekort aan personeel leidt steeds vaker tot het sluiten van afdelingen en ziekenhuizen verwachten in toenemende mate financiële problemen. Bij de spoedeisende hulp is het tekort aan personeel sinds 2016 opgelopen van 4,8 naar 10%. Wanneer er weer een afdeling sluit, kunnen we eigenlijk ook niet meer spreken van een uitzonderlijke situatie, want het zijn symptomen van een stelsel dat niet langer toekomstbestendig is. Deelt de Minister deze constatering? Heeft hij een langetermijnvisie om de ziekenhuiszorg toegankelijk te houden? Wat wil hij bijvoorbeeld doen aan het tekort aan verpleegkundigen in de ziekenhuizen? Wat wij nodig hebben, is een Minister die bestuurt, die een visie heeft en die niet langs de zijlijn managet.

Voorzitter. De basiszorg die voor iedereen toegankelijk zou moeten zijn, de acute zorg, wordt gefinancierd op basis van het aantal patiënten dat er gebruik van maakt. Met andere woorden, ziekenhuizen moeten concurreren om patiënten. Elk systeem van concurrentie kent winnaars en verliezers. En dat zien we. De grote ziekenhuizen worden steeds groter, behandelen steeds meer patiënten en hebben dus steeds meer omzet. De kleinere ziekenhuizen, die een kleinere populatie bedienen, zijn de verliezers. Zij kunnen hun ziekenhuizen niet rendabel houden en moeten de essentiële functies die zij vaak in een regio vervullen, opgeven. De situatie in Lelystad laat zien dat dit vergaande consequenties heeft voor patiënten. Uit de registratie van GGD Flevoland blijkt dat sinds de gedeeltelijke sluiting van de spoedeisende hulp in Lelystad de gemiddelde totale ritduur voor een ambulance is opgelopen tot 50 minuten. De spoedeisende hulp is maar zeer beperkt beschikbaar en ontbreekt zelfs volledig voor kinderen onder de 12 jaar. Ik neem aan dat deze Minister ook schrikt van deze cijfers en niet wacht totdat er een echt gevaarlijke situatie ontstaat. Is dit wat hij ziet als toegankelijke en kwalitatief goede zorg? Graag een reactie.

Voorzitter. Het plan Zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen laat zien dat wanneer het gaat om een basisbehoefte als zorg, mensen niet gebaat zijn bij concurrentie maar bij samenwerking. Het is dan ook pijnlijk dat ons stelsel samenwerken op basis van de zorgbehoefte in een regio vaak juist hindert. Deelt de Minister deze analyse? Erkent hij dat onze wijze van financieren zijn weerslag heeft gehad op bijvoorbeeld de gedeeltelijke sluiting van de spoedeisende hulp in Lelystad? Heeft hij een langetermijnvisie op een bekostiging van acute zorg die niet is gebaseerd op het aantal patiënten maar op het borgen van een toegankelijke en een betaalbare voorziening? Graag een reactie.

Voorzitter. Wanneer we spreken over de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg moeten we het ook hebben over het verdienmodel van medisch specialisten. Uit onderzoek van BDO is gisteren gebleken dat vrijgevestigde medisch specialisten – dan hebben we het over de helft van al onze specialisten – gemiddeld meer dan € 300.000 per jaar verdienen. Dit is tien keer zo veel als het salaris van een hbo-verpleegkundige in het ziekenhuis. Tien keer zo veel! Dit terwijl niet het tekort aan specialisten maar het tekort aan verpleegkundigen een van de allergrootste uitdagingen vormt voor het toekomstbestendig houden van onze ziekenhuiszorg. Hoe legt de Minister dit uit? Waarom moeten medisch specialisten de fiscale status van ondernemers hebben en hiermee aan de omzet

van het ziekenhuis verdienen? Ziet hij dit niet als tegenstrijdig met zijn ambitie om de ziekenhuiszorg niet verder te laten groeien? Op dit moment gaat er 2 miljard euro om in de bedrijven van medisch specialisten. 2 miljard euro! Maar een fractie hiervan wordt openbaar gemaakt in jaarrekeningen, terwijl het overgrote deel van de opbrengst wordt gedeclareerd aan het ziekenhuis. Het gaat hierbij dus om publiek geld. Dit is niet alleen moreel verwerpelijk, dit is een economisch delict! Gaat de Minister hierop ingrijpen?

De voorzitter:

Ik zou de ruimte willen hebben om even zelf een vraag te stellen, als dat kan. Dan geef ik daarna gelegenheid aan de heer Kuzu om een vraag te stellen. Of zou de heer Kuzu graag eerst willen?

De heer Kuzu (DENK):

Nee, ik wacht tot mevrouw Ellemeet klaar is met haar bijdrage. Gaat uw gang, voorzitter!

De voorzitter:

Ik heb nog een vraag als woordvoerder van de VVD. Mevrouw Ellemeet maakte een opmerking over de inkomsten van medisch specialisten, die niet in loondienst zijn. Maar weet mevrouw Ellemeet dat medisch specialisten in loondienst soms tot een half miljoen euro per jaar verdienen? En wat vindt zij daarvan?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik vind dat medisch specialisten een heel belangrijke rol spelen in de zorg en dat zij het recht hebben om goed te verdienen. Maar ik vind wel dat er grenzen moeten zijn aan de hoeveelheid geld die medisch specialisten mogen verdienen. Want het is publiek geld, het is geld dat wij allemaal opzijleggen om de zorg te kunnen betalen. Daarom vindt mijn fractie dat medisch specialisten ook onder de Wet normering topinkomens zouden moeten vallen. Dat geldt voor alle medisch specialisten. Het interessante van dit onderzoek van BDO is dat ze feiten laten zien. Daaruit blijkt dat medisch specialisten exorbitant veel geld verdienen, te veel naar de mening van mijn fractie. Dat geldt voor medisch specialisten in loondienst en dat geldt voor medisch specialisten in een medisch-specialistisch bedrijf. We zien dat het geld dat daar doorheen gaat, de omzet, 2 miljard euro is. Daar viel mijn mond van open toen ik dat hoorde.

De voorzitter:

Oké, dan krijgen we wel de scherpte erin. Mevrouw Ellemeet had het specifiek over de medisch-specialistische bedrijven, het ondernemerschap, en wat daar verdiend zou worden. Maar als ik haar goed begrijp, vindt zij hetzelfde ten aanzien van medisch specialisten in loondienst, die gewoon onder de Wet normering topinkomens vallen. Is dat haar pleidooi?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Correct, dat is zeker mijn pleidooi. Daarnaast vind ik dat we kritisch moeten kijken naar de medisch-specialistische bedrijven, welk geld daarin omgaat, hoeveel budget daarin omgaat en of dat niet anders kan. Het is allemaal onder het mom van «wij lopen een groot ondernemersrisico». Dat ondernemersrisico is zo goed als nihil. Dat excuus kunnen we dus ook van de baan vegen. Ik vind dat medisch specialisten recht hebben op een goed en eerlijk inkomen, maar dat we daar ook grenzen aan moeten durven stellen.

De voorzitter:

Gaat u verder, want de heer Kuzu wilde pas aan het eind van uw betoog een vraag stellen. Ik weet niet of u al aan het eind van uw betoog bent.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb nog één punt dat ik graag wil inbrengen, over passende zorg voor ouderen binnen het ziekenhuis. Oudere patiënten in het ziekenhuis verdienen de beste zorg. Dit kan alleen als patiënten alle informatie krijgen over de voors en tegens van verschillende behandelingen. Gelukkig zijn er artsen in het ziekenhuis met veel kennis van oudere patiënten, geriateren. Zij kunnen goed inschatten wat de impact van verschillende behandelingen op de kwaliteit van leven van oudere patiënten is. Met deze informatie kan een oudere patiënt, samen met de arts, een zorgvuldige keuze maken voor de best passende behandeling. Jammer genoeg zitten geriateren nog te weinig aan tafel wanneer de overwegingen voor een bepaalde behandeling worden gemaakt. Wat is de visie van de Minister op de passende zorg voor oudere patiënten? Ziet hij ook de meerwaarde die geriateren kunnen hebben? Is hij bereid hier meer aandacht aan te besteden in programma's die we hebben, zoals het Citrienfonds, dat gericht is op duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de gezondheidszorg? Graag een reactie daarop.
Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik sluit niet uit dat dit het onderwerp was waar de heer Kuzu een vraag over wilde stellen. Dan krijgt hij als eerste het woord, daarna mevrouw Agema en dan mevrouw Van den Berg.

De heer **Kuzu** (DENK):

Ben ik toch even blij dat ik gewacht heb tot het einde van het betoog van mevrouw Ellemeet! Mijn vraag heeft inderdaad betrekking op dit onderwerp en heeft te maken met het fragment dat ik heb gezien bij EenVandaag. Daarin werd de vraag gesteld of het nuttig is om 70-plussers te voorzien van een nieuwe hartklep, steunheup of een kankerbehandeling. Ik wil dus graag in de herkansing het antwoord van mevrouw Ellemeet horen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zal precies hetzelfde zeggen, want mijn boodschap is dat oudere patiënten recht hebben op de beste zorg, en dat die het beste gekozen kan worden als er zo veel mogelijk informatie is voor de patiënt en voor de artsen over wat de impact is van verschillende behandelingen. Alle patiënten, jong en oud, hebben recht op die beste zorg. Ik denk dat geriateren daar een belangrijke rol in kunnen spelen. Dus het nut van een behandeling zal per patiënt verschillen. Uiteindelijk is het aan die patiënt zelf om met die informatie een keuze te maken. Wil ik gaan voor een ingrijpende operatie? Zo ja, dan moet dat kunnen en dan gaan we dat mogelijk maken. Of ben ik bang op basis van de informatie dat ik te veel moet inboeten op de kwaliteit van leven en kies ik bijvoorbeeld voor een minder ingrijpende operatie, maar wel voor meer kwaliteit van leven?

De **voorzitter**:

Meneer Kuzu, wilt u de volgende keer het lampje tussendoor even uitdoen, anders raakt de camera kennelijk in de war en weten de kijkers thuis u niet te vinden. Dat zou jammer zijn.

De heer **Kuzu** (DENK):

Dat zou heel jammer zijn, voorzitter. Het is een heel ander antwoord dan het antwoord dat mevrouw Ellemeet bij EenVandaag gaf. Want daarin gaf ze aan: ik vind dat er al langer gekeken moet worden naar het nut van deze operaties. Ik begrijp het beter met de uitleg die ze nu geeft. Ik zou wel

voor het volgende willen waken. In de afgelopen jaren hebben we in de publieke sector gezien dat wanneer het woordje «passend» wordt gebruikt, het om bezuinigingen gaat. In het passend onderwijs hebben we te maken gehad met een enorme bezuinigingsslag. Passende zorg, dichter bij de gemeente, decentralisatie: we hebben te maken gehad met enorme bezuinigingen. Ik zou, GroenLinks met name, willen meegeven om onder de noemer van passende zorg niet te kijken naar bezuinigingen. Ik hoop dan ook dat mevrouw Ellemeet echt wil staan voor de kwaliteit van leven en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

De voorzitter:

Ik hoor nog geen vraag, slechts een opmerking.

De heer Kuzu (DENK):

Dat klopt helemaal, geen vraag.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet wil er toch op reageren.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

In sommige gevallen zal het betekenen dat een oudere patiënt voor meer zorg kiest. We constateren dat er nu soms sprake is van onderbehandeling in die zin dat artsen denken: nou, deze meneer of mevrouw is al 80 jaar, laten we rustig aan doen, die operatie gaat misschien wat ver. Dit, terwijl blijkt dat die meneer of mevrouw van 80 jaar zo fit als een hoentje is en nog in staat is om een marathon te rennen, waardoor het bij deze meneer of mevrouw juist heel verstandig is om wél te kiezen voor een ingrijpende operatie. Ik denk dus dat het soms leidt tot grotere bestedingen en dat dat helemaal goed en legitiem is, en dat er in sommige gevallen voor een andere vorm van behandeling gekozen wordt, wat ook een goede zaak kan zijn zolang die patiënt er uiteindelijk maar zelf over gaat en goed geïnformeerd wordt over alle opties.

Mevrouw Agema (PVV):

In haar bijdrage zette mevrouw Ellemeet een heel warme stem op, maar daarmee verdoezelt zij hoe ijskoud haar voorstel is, waar heel veel 70-plussers van geschrokken zijn. Want op deze wijze krijgen zij met forse leeftijdsdiscriminatie te maken. Mevrouw Ellemeet walst eigenlijk als een olifant in de porseleinkast in één keer door het heilige huis van de behandeling, die in de behandelkamer besproken wordt tussen arts en patiënt. Zij bepalen samen wat het vervolg van een behandeling wordt. Mevrouw Ellemeet zet er een extra controleur neer, de geriater, die mede moet gaan bepalen of behandeling nog wel gewenst is. Heeft mevrouw Ellemeet in de tussentijd kunnen nadenken over de enorme flater die zij daarmee begaat en over hoe bang zij 70-plussers heeft gemaakt? Is zij tot inkeer gekomen en vindt zij nu dat je niet een extra controleur in die behandelkamer moet brengen, maar dat je de beoordeling van de vraag of een behandeling moet plaatsvinden echt tussen patiënt en specialist moet laten?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik denk dat het voor patiënten, ook voor oudere patiënten, en voor artsen heel belangrijk is om zo goed mogelijk te weten wat de impact is van een behandeling. Wat is bijvoorbeeld de herstelcapaciteit van een oudere patiënt? Is iemand in staat om op hetzelfde niveau van kwaliteit van leven terug te komen als hij een ingrijpende operatie ondergaat? Dat is heel relevante informatie. Die informatie kan een geriater het beste inschatten. We zien gelukkig dat de geriater in sommige ziekenhuizen die rol al heeft. Daar zijn specialisten ook blij om. Je kunt niet van een specialist verwachten dat hij alles weet. Een specialist is gespecialiseerd. We

hebben gelukkig geriateren die veel verstand hebben van oudere patiënten. Dus we zien het al op veel plekken goed gaan. Op andere plekken hebben de geriateren nog niet die positie in het ziekenhuis. Hier is zowel de patiënt als de specialist bij gebaat. Ik zou zeggen: wat willen we nou liever dan de beste zorg voor al die oudere patiënten? Daar doe ik een voorstel voor, en van mevrouw Agema, wetende hoe zij opkomt voor oudere patiënten, zou ik verwachten dat zij dit volledig zou omarmen en volmondig zou beamen.

De voorzitter:

Dat was tot nu toe niet zo, maar eens kijken wat mevrouw Agema daarvan vindt.

Mevrouw Agema (PVV):

Nee, voorzitter, in de verste, verste verte niet. Want wat hieruit blijkt is dat mevrouw Ellemeet totaal geen begrip en gevoel heeft voor de realiteit en de praktijk. Achteraf kun je vaak wel zeggen dat een behandeling misschien overbodig is geweest, maar vooraf dus niet. Dat is iets waar je achteraf ineens achter komt. Twee weken voordat mijn moeder overleed kreeg zij een staarbehandeling. Maar we hadden nooit kunnen vermoeden dat zij twee weken later zou bezwijken aan een bacterie. Maar daarna wisten we wel dat twee weken daarvoor die staarbehandeling was geweest. Dat is het dynamische werkveld van die specialist met die patiënt. Het is dynamisch: je weet niet hoe een situatie, die bij elke patiënt anders is, zich ontwikkelt. Achteraf moet je weleens concluderen dat iemand een behandeling te veel gekregen heeft. Je gaat niet voor de lol een nieuwe hartklep plaatsen of voor de lol een nieuwe heup plaatsen. Dat is simpelweg niet zo. Dat is een proces. Dat heeft u niet begrepen.

De voorzitter:

U heeft elkaar nog niet gevonden.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

We kunnen helaas niet alles in de zorg voorspellen. Was het maar waar! Maar we hebben wel veel informatie over patiënten, ook oudere patiënten. Bijvoorbeeld of een patiënt meerdere chronische ziekten heeft. Dat is relevante informatie om in te kunnen schatten hoe een oudere patiënt zal herstellen van een bepaalde behandeling. De geriater heeft die informatie. Die is daarvoor opgeleid en heeft daarvoor doorgeleerd. Die informatie is heel erg relevant voor patiënten. Die gun ik iedere patiënt. Ik gun ook iedere patiënt en iedere arts de samenwerking met die geriater. Daarom kom ik met dit voorstel: ik gun alle ouderen de best mogelijke zorg. Ik denk ook dat we stappen kunnen zetten om die zorg nog verder te verbeteren. Daar lever ik een concrete bijdrage aan.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg wil nog een vraag stellen? Of misschien niet meer?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb een vraag over dit onderwerp. Mevrouw Ellemeet sprak over oudere patiënten in ziekenhuizen, maar we hebben ook oudere patiënten die niet in ziekenhuizen liggen. Die eerste groep zou betere informatie moeten krijgen om een goede keuze te kunnen maken. Ik vraag mij af waarom mevrouw Ellemeet dat wil beperken tot oudere patiënten en tot ziekenhuizen. Blijkbaar vindt zij dat de huidige artsen niet competent zijn om gewoon in de behandelkamer de informatie te geven. Daar wil ik mevrouw Ellemeet dus toch nog over horen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat is een terechte vraag. We hebben inderdaad ouderen buiten het ziekenhuis, die thuis wonen. Daar moet ook goede zorg voor zijn. Minister De Jonge heeft veel plannen gemaakt en voorstellen gedaan om de zorg voor ouderen die thuis wonen, te kunnen verbeteren. Dat is een goede zaak. Wat mij opvalt is dat er nog relatief weinig aandacht is voor oudere patiënten in ziekenhuizen. De groep is dus inderdaad veel groter en we moeten breder kijken, maar ik miste nog de aandacht voor die oudere patiënten in ziekenhuizen. We zien dat dit kabinet veel aandacht heeft voor ouderen die thuis wonen, vandaar dat ik me in dit debat over ziekenhuiszorg richt op de oudere patiënten die in de ziekenhuizen terechtkomen.

De voorzitter:

Voordat ik mevrouw Van den Berg weer het woord geef, merk ik op dat mevrouw Agema naar de regeling van werkzaamheden is. Ze is dus heel even weg en komt zo weer terug.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Een korte aanvullende vraag. Wederom bevestigt mevrouw Ellemeet dat het over oudere patiënten gaat. Wij denken dat alle patiënten voldoende informatie moeten hebben om goede keuzes te kunnen maken. Ik denk daarbij aan het zeer trieste geval van jonge mensen, die ook kanker kunnen krijgen. Mevrouw Ellemeet vindt blijkbaar toch dat de huidige artsen niet competent genoeg zijn om die informatie te verstrekken.

De voorzitter:

Voordat ik mevrouw Ellemeet het woord geef, merk ik op dat ook de heer Kuzu even weg is voor de regeling van werkzaamheden. Die verwachten we ook zo weer terug.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Jazeker. Het is voor alle patiënten belangrijk om goed geïnformeerd te zijn en weloverwogen een keuze te kunnen maken voor een behandeling. Dat geldt ook voor jongere patiënten. Ik vraag nu aandacht voor deze groep, maar zeker niet exclusief. We zien dat de groep oudere patiënten in het ziekenhuis toeneemt. Het gaat om een grote groep: meer dan 70% van alle patiënten in ziekenhuizen is inmiddels ouder dan 70. Ik wil dus helemaal niet exclusief aandacht vragen voor deze groep. Dat doe ik nu, maar we mogen de andere patiënten zeker niet vergeten. Gelukkig hebben onze medisch specialisten ontzettend veel kennis, maar we zien ook dat de generatie specialisten die bijvoorbeeld nu al zo'n 20, 25 jaar in ziekenhuizen werkt, destijds in hun opleiding geen bijzondere aandacht heeft gekregen voor die oudere patiënten. Dat is inmiddels veranderd. We zien dus dat in de opleiding van medisch specialisten daar nu al wat meer aandacht voor is. Dat kan naar mijn idee nog steeds beter, maar we zien dat er al meer aandacht voor die oudere patiënt is. We kunnen dus ook niet verwachten dat medisch specialisten alles weten. Ze zijn vaak gespecialiseerd en weten veel van bepaalde behandelingen. Daar hebben we die geriater voor, die in sommige gevallen al heel goed betrokken wordt bij het ontwikkelen van een behandelplan. Daar zijn specialisten vaak ook heel blij mee. Dus als er eenmaal samenwerking is, wordt die breed gewaardeerd, zowel door de specialist als door de geriater.

De voorzitter:

Kunt u uw antwoord afronden? Anders wordt het een compleet nieuwe bijdrage. Dat wordt wel erg lang.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik denk dus dat we niet exclusief naar deze groep moeten kijken, maar dat we nog belangrijke stappen kunnen zetten in het verder verbeteren van de zorg voor oudere patiënten.

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

Ik zit ook goed te luisteren naar dit punt...

De **voorzitter**:

Ik moet even mijn excuses maken, want ik heb mevrouw Van Brenk overgeslagen.

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

O nee, dan gaan we daarheen.

De **voorzitter**:

Dan gaan we gauw naar mevrouw Van Brenk, inderdaad. Ik had u niet op mijn lijstje gezet, mevrouw Van Brenk, en dat spijt mij zeer. Ik geef u graag het woord voor een vraag

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Galant van de heer Van der Staaij. Dank u wel.

Ik wil mevrouw Ellemeet de volgende vraag stellen. Haar hele betoog had zo het betoog van 50PLUS kunnen zijn, tot het laatste stukje. Wij schrokken ontzettend van de kop bij EenVandaag. Wij merken dat ook aan de reacties die bij ons binnenkomen. Mensen zeggen: ik ben 95 jaar, ik heb twee jaar geleden een nieuwe heup gekregen en ik ben er iedere dag blij mee. Misschien is de suggestie gewekt dat er vanaf 70 jaar een houdbaarheidsdatum op mensen zit. Ik hoop dat dit niet de bedoeling is van GroenLinks, maar zo kwam het wel over; vanaf 70 gaan we op een andere manier kijken naar patiënten. Het werd net ook al gezegd. Gaan we oudere patiënten heel specifiek anders behandelen dan iedere andere patiënt? Gaat er onderscheid gemaakt worden, waardoor mensen het idee kunnen krijgen dat zij onder druk worden gezet en dat zij misschien moeten afzien van behandeling? Dat zou toch echt verschrikkelijk zijn?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zou bijna willen zeggen: integendeel. Ik vind dat juist ook die oudere patiënten de beste zorg verdienen en dat het daarbij kan helpen om een goede inschatting te maken van de impact van verschillende behandelopties. Het gaat mij erom die informatie zo goed en compleet mogelijk te kunnen geven aan de patiënt en aan de behandelend arts, om vervolgens te kiezen voor de optie die de patiënt het belangrijkste vindt. Het gaat uiteindelijk om de beslissing van de patiënt, uiteraard samen met de arts; zo doen we dat, gelukkig. Dat moet leidend zijn. Juist voor oudere patiënten, die vaak aangeven dat kwaliteit van leven voor hen het allerbelangrijkst is, is het relevant om te weten: stel dat ik kies voor deze operatie, ben ik daarna dan nog in staat om weer zelfstandig thuis te wonen? Dan kan het zijn dat de ene oudere patiënt zegt bereid te zijn om een zeker risico te nemen. Dat staat de patiënt vrij. Maar ik vind het belangrijk dat de patiënt dan wel weet wat dat risico is en heel bewust kan kiezen voor al dan niet een operatie.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik ben heel blij met dit antwoord. Er is nog een punt waarop ik dan heel graag nog een verduidelijking van GroenLinks krijg. Ik weet niet waar ik het gelezen heb, maar er werd de suggestie gewekt dat de zorg daardoor ook goedkoper zou kunnen worden. Ik neem aan dat dit niet de drijfveer is van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nee, zeker niet. Ik zei al dat ik denk dat we in sommige gevallen ouderen onderbehandelen. De standaardreactie kan zijn: die meneer of mevrouw is al 80, dus het kan wel een tandje minder, maar misschien kan hij of zij die operatie wel prima aan. Het zal soms leiden tot meer behandelen. Ik doe ook het voorstel aan de Minister om extra geld vrij te maken, zodat we die zorg voor oudere patiënten nog verder kunnen verbeteren, dus ik stel een investering voor. Het gaat hier niet om kosten, het gaat om de beste passende zorg, zonder dat er een agenda van bezuinigen achter zit.

De voorzitter:

En nu krijgt hij alsnog de kans: de heer Van der Staaij.

De heer Van der Staaij (SGP):

In heel veel reacties en eerlijk gezegd ook bij mijn eigen reactie op de voorstellen merk ik dat je je afvraagt of het echt gaat om zo goed mogelijk passende zorg of om de kop bij het verhaal van EenVandaag: «waarom doorbehandelen op je zeventigste niet altijd een goed plan is». Zegt mevrouw Ellemeet dat het heel ongelukkig in het nieuws is gekomen of was het haar bedoeling om het op deze manier onder de aandacht te brengen?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik blijf bij mijn eigen woorden en mijn eigen voorstel. Ik heb geen controle over de manier waarop de tekst van de tweets van EenVandaag geformuleerd wordt. Daar ga ik niet over. Het gaat mij om de beste zorg voor de oudere patiënt. In het ene geval zal dat leiden tot grotere investeringen, in het andere geval wordt er gekozen voor een behandeling die minder duur is, maar waar de patiënt uiteindelijk tevredener mee is. De drijfveer zijn niet de kosten. Ik kan ook geen voorspelling doen over die kosten. Het gaat mij erom dat juist ook oudere patiënten recht hebben op zo veel mogelijk informatie. Dat is mijn voorstel.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik respecteer dat en ik geloof mevrouw Ellemeet als zij zegt dat dit haar intentie is. Maar als je ziet hoe snel het op deze manier overkomt, wat betekent dat dan voor de manier waarop dat moet gaan werken? Er komt een geriater bij die even gaat kijken of het voor u nog wel de moeite waard is. Hoe wil zij voorkomen, als je dit zou gaan toepassen. dat het in de praktijk deze uitwerking heeft en dat het als een extra motivering voelt voor patiënten?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik denk dat daar een belangrijke taak voor mij ligt, maar eerlijk gezegd ook voor u en voor ons allemaal. Willen wij een goede discussie voeren over hoe wij de zorg voor die oudere patiënten kunnen verbeteren, dan zijn wij het allemaal aan onszelf verplicht om met nuance en op de inhoud dit gesprek te voeren. Dit is een precair debat, dat snel uit zijn verband gerukt kan worden. Wat wij als politici kunnen doen, is integer blijven, bij de inhoud blijven en bestrijden dat dat beeld kan ontstaan, op het riool dat Twitter soms is, met oneigenlijke motieven. Die taak ligt bij mij, maar ook bij ons allemaal.

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan de heer Raemakers namens D66.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter. Ik wil het vandaag hebben over drie onderwerpen. Ten eerste de juiste zorg op de juiste plaats, ten tweede de ziekenhuiszorg en de verloskunde en ten derde de zorg voor jongvolwassenen met kanker.

Als eerste de juiste zorg op de juiste plaats. Afgelopen zaterdag was ik op werkbezoek bij huisarts Hans Peter Jung in Afferden, in Noord-Limburg. Minister Bruins heeft hem vorig jaar ook ontmoet. Ondanks dat Hans Peter vier ribben heeft gebroken, vertelde hij mij graag wat zijn huisartsenpraktijk doet. Zij doen namelijk mee aan een pilot van een zorgverzekeraar. De huisartsen krijgen daar niet betaald per consult, maar per patiënt. Zo hebben ze meer tijd om echt naar het probleem van de patiënt te luisteren. Vaak blijkt het probleem dan niet medisch te zijn. De huisartsen zoeken dan een oplossing in het sociaal domein en in de wijk. Maar nu komt het: deze werkwijze blijkt heel effectief. Al drie jaar op rij resulteert dit in 25% minder verwijzingen naar het ziekenhuis, en dat is precies wat we willen. We willen zorg verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn en zo mogelijk naar de nulde lijn: de juiste zorg op de juiste plaats. Maar het probleem is dat een ziekenhuis geen belang heeft bij minder patiënten, tenzij je ziekenhuizen ook gaat belonen voor samenwerking met huisartsen. Hoe interessant zou het zijn om een gedeelte van de besparingen die de zorgverzekeraars maken door het minder verwijzen naar de ziekenhuizen, te kunnen besteden aan zorg en welzijn in de wijk, te bepalen door inwoners en zorgverzekeraars samen. Misschien dat de ziekenhuizen daar dan ook wel vanuit een andere rol iets in kunnen betekenen. Volgens D66 is dit de zorg van de toekomst: positieve gezondheid, preventie. Maar dan moeten we ook wel echt goed kunnen monitoren of mensen daar op lange termijn ook gezonder van worden. Daarom heb ik de volgende vragen aan de Minister. Is hij bereid in de programma's van het ministerie ruimte te vinden om de monitoring van dit soort domeinoverschrijdende projecten te financieren? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat meer huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en zorgverzekeraars projecten starten met als doel meer preventie, innovatie en kwaliteit en minder perverse prikkels? Hoe gaat de Minister de ziekenhuizen actief betrekken bij deze ontwikkeling en, wat ons betreft, positief belonen? Ik krijg daarop graag een reactie.

Ik ga naar mijn tweede blokje: de ziekenhuiszorg en de verloskunde. Mensen willen goede zorg. Wie een levensbedreigende tumor heeft, rijdt graag een uur langer naar een ziekenhuis dat een betere behandeling met meer overlevingskans biedt. Maar dat geldt niet voor de acute zorg, de spoedeisende hulp, de verloskunde. Dat moet altijd zo snel mogelijk. En elke seconde, elke minuut kan dan tellen. Ik sluit me aan bij veel van de vragen die daarover zijn gesteld, bij de vragen over Lelystad en over Urk. Veel blijft onduidelijk. Als we eens kijken naar die 45 minuten norm: die blijft steeds belangrijk, maar hoe meet je die nu precies? De Minister heeft gezegd dat hij erover wilde nadenken hoe je dit anders kunt doen, maar hoe dan? In Lelystad is de spoedeisende hulp voor kinderen onder de 12 jaar niet meer beschikbaar. Personeel en capaciteit zijn een probleem. Dat geldt ook voor de acute verloskunde, niet alleen in Urk maar ook elders in Nederland. Het lijkt nu in Lelystad en Urk heel zichtbaar te worden door het faillissement, maar het probleem is waarschijnlijk al onderliggend en structureel. Wat voor oplossing heeft de Minister nou voor de korte termijn? Welk paardenmiddel kan hij nog inzetten?

De situatie met het Bronovo ziekenhuis, hier in Den Haag, is van een andere categorie. Die sluiting is een bewuste keuze, maar ik heb er toch een vraag over. De huisartsen en de verloskundigen schijnen aan te geven dat zij enkel geïnformeerd zouden worden, en pas in een laat stadium. In welke fase moeten zij van de Minister betrokken zijn? Is dat in het primaire besluit om de Bronovolocatie te sluiten of pas in het vervolgtraject? En hoe zwaar weegt hun expertise dan?

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

Ik wil even terugkomen op de situatie in Lelystad, die ook door de heer Raemakers van D66 is geduid. In mijn hand heb ik de praktijkcijfers, gemeten door de GGD. Ik neem aan dat de Minister ook zegt dat dit de

cijfers zijn zoals ze zijn. Als nu blijkt dat in de praktijk die 45 minuten norm niet wordt gerealiseerd, trekt dan ook D66 de conclusie dat acute verloskunde, klinische verloskunde en spoedeisende hulp zo snel mogelijk terug moeten komen in Lelystad?

De heer **Raemakers** (D66):

Dank voor deze vraag. Ik heb ook in de vorige debatten over dit onderwerp gezegd dat die 45 minuten norm heel belangrijk is, maar geen papieren werkelijkheid mag worden. Dus als we net op 44 minuten komen, moeten we zelfs dan nog kritisch kijken of het niet beter kan. Nu zijn er hele duidelijke signalen dat het echt over die 45 minuten heen is, maar daarbij zit ik wel met de vraag hoe ik dat moet interpreteren. Van welke gegevens gaat de Minister uit? De Minister heeft de vorige keer aangegeven dat hij wil kijken hoe we in de toekomst omgaan met de 45 minuten norm. Ik heb behoefte aan meer informatie van het ministerie hierover en aan meer duiding, misschien ook aan meer oplossingsrichtingen van het ministerie. Ik kan in deze interruptie nu niet aangeven hoe wij dit heel complexe probleem gaan oplossen, maar het is mij duidelijk dat er een probleem is en dat daar een oplossing voor moet komen.

De **voorzitter**:

De heer Van Gerven gaat toch een nieuwe poging wagen om u daartoe te verleiden.

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

Zo complex is het niet. Als we 45 minuten nemen en het wordt 50 of 60 minuten, dan kan iedereen de rekensom maken dat die 50 dan wel 60 minuten meer is dan dat wat wij wettelijk hebben afgesproken. Dit staat nog los van het feit dat de 45 minuten norm ook geen goede medische norm is, maar eigenlijk ook al veel te lang is, maar we hebben dat in ieder geval afgesproken. Men gaat daar feitelijk overheen. Tel je de aanrijtijd van de ambulance, het inladen van de patiënt – om het oneerbiedig te zeggen – in de ambulance en het rijden naar het ziekenhuis bij elkaar op, dan worden die 45 minuten overschreden. We hebben gezien dat de cijfers oplopen na het sluiten van de spoedeisende hulp in Lelystad. Moet de conclusie dan niet zijn dat we de Minister de opdracht moeten geven om per direct maatregelen te nemen opdat de klinische verloskunde en de spoedeisende hulp weer opengaan in Lelystad? Dat kan dan toch de enige uitkomst zijn?

De heer **Raemakers** (D66):

Nogmaals, ik vind echt dat hier meer duidelijkheid over moet komen, ook van het ministerie. Ik verwacht ook dat de Minister hier vandaag op zal reageren. Het is heel belangrijk dat de medische zorg, die spoedzorg en die spoedverloskunde, altijd veilig en bereikbaar is. Als er gevallen zijn waarin dat niet zo is, moeten die signalen worden opgepakt. Ik heb ook daarover gelezen dat er geen aantoonbare meldingen zijn gedaan, althans niet bij de inspectie of bij de organisaties die er formeel over gaan, dat de veiligheid echt in het geding zou zijn. Maar als dat zo is en als dat een keer blijkt, dan moet dat echt heel goed worden opgepakt. Maar ik vind het heel lastig. Ik wil niet op de stoel van de inspectie gaan zitten. Ik wil niet op de stoel van de GGD gaan zitten, maar ook niet op de stoel van de Minister. De Minister moet vandaag volgens mij aangeven hoe hij dit probleem gaat oplossen. Tot slot wil ik wat dit betreft aansluiten bij wat mevrouw Dik al eerder vandaag heeft gezegd. Je kunt wel zeggen «dit moet hier en nu gebeuren», maar zo werkt het niet helemaal in het zorgveld. Je zult ook moeten zorgen dat alle partijen hun bijdrage leveren zodat het gecontinueerd is, maar dat is soms ook ingewikkeld.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog, tenzij er niks meer is. U was klaar?

De heer **Raemakers** (D66):

Nee, ik heb nog wat.

De **voorzitter**:

Ja, u had drie dingetjes, toch? Maar de heer Kuzu wil eerst nog een vraag stellen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Ik zou de vertegenwoordiger van D66 willen vragen wat er nodig is om partijen bij elkaar te brengen en de neuzen dezelfde kant op te krijgen.

De heer **Raemakers** (D66):

Volgens mij hebben wij de Minister veel in actie gezien de afgelopen tijd, zowel over Lelystad als over Urk. Ik heb wel behoefte om daar vandaag meer over te horen. Er zijn ook heel veel Kamerbrieven gestuurd. Er ligt wel informatie, maar ik heb behoefte aan meer informatie. Dat zeg ik er eerlijk bij, maar ik zeg ook tegen de heer Kuzu dat ik niet op de stoel van de Minister kan gaan zitten.

De **voorzitter**:

Er is geen ruimte voor een vervolgvraag, want dit was al uw derde interruptie, meneer Kuzu. Ik ben al te ver gegaan, dus ik laat het hierbij. Maar u hebt straks nog zes minuten voor uw eigen termijn; dan kunt u er alles over zeggen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Laten we de heer Raemakers sparen.

De **voorzitter**:

Nou, hij kan wat aan, maar daar gaat het niet om. De heer Raemakers vervolgt zijn betoog.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter. Mijn derde en laatste onderwerp betreft jongvolwassenen en kanker. Het Nationaal Platform AYA – dat staat voor adolescenten en jongvolwassenen – heeft ons onlangs een petitie aangeboden over kankerzorg voor jongvolwassenen. Dat was de eerste keer dat ik hier in de Statenpassage stond en bij een petitie dacht: het gaat ook over mij. Maar het gaat over veel meer mensen, want jaarlijks krijgen 2.700 jongvolwassenen tussen de 18 en 35 jaar kanker. Veel van die jonge mensen ervaren zowel de hulp bij leeftijdsgebonden problemen – dan hebben we het bijvoorbeeld over studie, werk, seksualiteit en wonen, maar ook het stichten van het gezin – als de begeleiding bij de directe zorg zelf, als ontoereikend. Ik ben heel blij dat de Minister in zijn brief allerlei subsidie-mogelijkheden noemt, maar ik heb even navraag gedaan bij het platform. AYA-zorg is niet alleen medisch-technisch, maar breder en kijkt naar de totale persoon. De AYA-zorg wordt niet gezien als patiëntenorganisatie, omdat er dus zorg wordt geleverd. Ik hoor van het platform dat ze niet uit de voeten kunnen met de brief van de Minister en dat die geen oplossing biedt.

Daarom doe ik tot slot een suggestie. Wij hebben op dit moment een pilot lopen voor psychosociale zorg na kanker. Daar is ook best fors budget voor, maar we weten inmiddels dat het aantal aanmeldingen heel erg achterblijft. Zouden wij een klein deel – meer is echt niet nodig – van dat potje voor psychosociale zorg na kanker, kunnen gebruiken om de AYA-zorg verder te faciliteren en aan te jagen? Want als we jonge mensen met kanker nu niet goed en integraal helpen, dan komen de problemen

later vanzelf terug, vooral op psychosociaal gebied. Voorkomen is beter dan genezen.
Dank u wel.

De voorzitter:

Daar hoor ik een punt. Ik geef het woord graag aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

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

Dank u wel, voorzitter. De komende jaren zal het zorglandschap in Nederland ingrijpend veranderen. Concentratie van complexe zorg, de betaalbaarheid van zorg nu en in de toekomst, technologische vernieuwingen en demografische ontwikkelingen vragen om een fundamentele bezinning. Een aanzet daartoe is al gegeven in de hoofdlijnenakkoorden die de Minister heeft gesloten. Maandag aanstaande organiseert deze commissie ook een rondetafel over de juiste zorg op de juiste plek. Voorzitter. Veranderingen in de zorg gaan niet in de eerste plaats over zorg, maar over mensen. Daarom is dialoog zo belangrijk. De ChristenUnie is blij dat de Minister in lijn met de motie van CDA en ChristenUnie in regiobeelden gaat uitwerken hoe toekomstbestendige zorg eruitziet. Ook dit kan natuurlijk alleen in dialoog tot stand komen. In Den Haag, Drenthe en Zuidoost-Groningen hebben ziekenhuizen de handschoen opgepakt en plannen gemaakt voor het toekomstige zorgaanbod. De ChristenUnie vindt het goed dat zorginstellingen verantwoordelijkheid nemen in het licht van alle veranderingen in de zorg, maar tegelijkertijd hebben we hier nog wel een aantal vragen over. Haaglanden Medisch Centrum handelt volgens de Minister al in lijn met de AMvB die hij opstelt. Er worden gesprekken gevoerd met de zorgverzekeraars, medische staf, mr, huisartsen, wijkverenigingen en gemeentebestuur. Dat klinkt goed, maar tegelijkertijd weten we dat al medio 2019 de acute zorg, waaronder de moeder- en kindzorg, overgaat van Bronovo naar Westeinde. Dat is al over een paar maanden, Minister. Ik vraag hem dan ook of het niet veel te snel gaat. Hoe serieus is de dialoog dan? Is de Minister bereid de NZa hier nog eens expliciet naar te laten kijken? Ik begrijp dat er nu in totaal zestien verloskamers zijn in Bronovo en Westeinde, dat dat er vanaf de zomer tijdelijk twaalf zullen zijn in Westeinde en dat er pas eind dit jaar weer voldoende capaciteit is. Komt de verloskundige zorg hierdoor niet in de knel? Is er wel voldoende capaciteit in andere ziekenhuizen?

Voorzitter. In Drenthe moet het plan van het kernteam nu concreet worden uitgewerkt. Hierbij moeten inwoners, maar ook de lokale en regionale overheden, goed betrokken worden, zeker als de eerste stappen al na de zomer gezet gaan worden. Hoe zorgen we ervoor dat die dialoog geen wassen neus wordt? Verder is de Regionale Ambulance Voorziening geen onderdeel van het kernteam. Voordat er verdere stappen worden gezet, moet er eerst duidelijkheid komen over de aanrijtijden en de beschikbaarheid van voldoende ambulances en personeel. Kan de Minister dat ook toezeggen? Vorig jaar is er een motie aangenomen over het structureel borgen van grensoverschrijdende spoedzorg in de EUREGIO. Dit lijkt me nou juist voor Drenthe en Zuidoost-Groningen van groot belang. Zou de Minister dit ook willen meegeven aan het kernteam?

Voorzitter. We hebben van de Minister een stand-van-zakenbrief gekregen over de situatie van de failliete IJsselmeerziekenhuizen. Zojuist heeft deze commissie ook een petitie in ontvangst genomen, waarin we daar ook kennis van konden nemen. De ChristenUnie vindt het belangrijk dat de Minister zich vanuit zijn verantwoordelijkheid blijft inspannen voor de 24/7 spoedeisende hulp en de acute verloskunde in Lelystad. Tijdens het vorige debat over de IJsselmeerziekenhuizen hadden we nog heel veel vragen. Hoeveel zorg wordt er nou geboden op de spoedeisende hulp? Was er echt een personeelstekort? Voor hoeveel procent van de behandelingen

kunnen mensen straks nog terecht in Lelystad? Mijn vraag vandaag is eigenlijk: waarom is het de toekomstverkenner nog steeds niet gelukt om deze data op orde te krijgen? Waar ligt het nou aan dat we de analyse nog niet helder hebben? Het is goed om te lezen dat de aanvullende specialisten, die niet in het faillissement betrokken zijn, gecontinueerd worden. Wordt er dan inderdaad nog dit jaar een eerstelijnsgeboortecentrum en een verblijfvoorziening gerealiseerd?

Voorzitter. Ik was onlangs op bezoek in Lelystad, waar ik sprak met een zaal vol teleurgestelde mensen. Maar over één ding was iedereen het wel eens: maak van de nood een deugd en laat de provincie Flevoland koploper worden in zorginnovaties, in het bijzonder als het gaat om e-health. Wil de Minister dit meegeven aan de toekomstverkenner? De Minister heeft toegezegd om te toetsen of kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroepen niet ten onrechte negatief uitpakken voor streekziekenhuizen, specifiek op basis van de casus Lelystad. Mijn vraag is wanneer we hier een antwoord op krijgen.

De KNOV en de gemeente Urk hebben aan de bel getrokken over de rijtijden naar de spoedeisende hulp. De aanrijtijden van 15 minuten worden gehaald, maar de 45 minuten norm niet. Dat was in de afgelopen jaren al zo, maar we zien in de laatste statistieken van de GGD dat de situatie is verslechterd. De Minister heeft de zorgen al overgebracht aan de toekomstverkenner, maar wat doet hijzelf? Hoe is het gesprek op 11 februari verlopen? Wie zaten er aan tafel? Is de Minister bereid om de inspectie hier nader onderzoek naar te laten doen, met name als het gaat om de kwaliteit van zorg en de eventuele risico's? Hoe kan het dat ambulances niet altijd precies weten in welk ziekenhuis ze terecht kunnen? Waarom is dat nog niet goed ingeregeld? Kan de Minister toezeggen dat hij alles op alles zal zetten om de rijtijden terug te dringen, ten minste tot het oude niveau?

Voorzitter. Het is mooi dat er in lijn met ons pleidooi nu een tweede ambulance is gestationeerd op Urk. De gemeente vraagt om hier een permanente ambulancepost van te maken die niet meedoet in het zogenaamde DAM-systeem. Wil de Minister daarnaar kijken? Tot slot op dit punt vinden we het belangrijk dat de ambulances op Urk goed toegerust zijn, bij wijze van spreken een intensive care op wielen, de nieuwste generatie ambulances. Kan de Minister dat bevestigen?

Voorzitter. Als ik nog tijd heb...?

De voorzitter:

Ja.

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

Dat is heel fijn. Dan nog kort iets over de wachttijden en de treeknormen. Ik vind het beeld niet goed. Het ziet er echt niet goed uit, zowel voor de medisch-specialistische zorg als voor de poliklinische zorg. Hier is meer actie nodig dan even de NZa hiernaar te laten kijken. We hebben volgens mij niet meer van hetzelfde nodig, maar juist meer organisatieveranderingen en zorgvernieuwingen. Ik kan me heel goed voorstellen, in lijn met het pleidooi van mijn collega van D66, dat dat soort organisatieveranderingen met als doel de juiste zorg op de juiste plek, ook kunnen helpen om de wachttijden terug te dringen.

Mijn allerlaatste punt gaat over advance care planning en Samen Beslissen. Er lopen veel onderzoeken. Wanneer kunnen we concrete stappen verwachten? Wordt de advance care planning dan ook opgenomen in de artsenopleiding?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dat was precies in de gong, geloof ik. U hebt twee seconden over. Die schuiven dan door naar de heer Kuzu, die ik het woord geef. Toch niet,

want mevrouw Ploumen wil op de valreep nog graag een vraag stellen aan mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Heel graag, voorzitter; dank u voor die gelegenheid. Ik heb aandachtig geluisterd naar collega Dik-Faber. Ik hoor dat zij samen wil beslissen, koplopen, verkennen, inspannen, zorgen overbrengen, inregelen en verantwoordelijkheid nemen. Zou het nou niet veel eenvoudiger en ook korter zijn als u de Minister oproept om regie te nemen in plaats van inregelen, verkennen, inspannen, overbrengen, dialogeren et cetera?

De **voorzitter**:

«Dialogeren», dat woord hadden we nog niet gehoord. Ik ben benieuwd wat mevrouw Dik daarover heeft te zeggen.

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

Voorzitter, het is altijd leuk als collega's mijn inbreng gaan recenseren. Jazeker, er is hier regie nodig, maar volgens mij zie ik ook een Minister die dat doet. Waar ik er bij vorige kabinetten nog weleens tegenaan liep dat er een Minister tegenover mij zat die zei «ja, maar we hebben de NZa, de inspectie, de zorgverzekeraars en de zorginstellingen en die moeten het allemaal maar met elkaar gaan oplossen», zie ik nu een Minister die zegt ermee aan de slag te gaan. Een van de voorbeelden waar ik heel blij mee ben, is dat de regiobeelden worden opgesteld. Dat gaat de Minister niet doen vanuit zijn ministerie, van achter zijn bureau, maar daarvoor gaat hij in gesprek en gaat hij de dialoog aan. Ik ben daar heel blij mee. De Partij van de Arbeid en de ChristenUnie hadden daar een motie over die is aangenomen, maar het vorige kabinet heeft die niet uitgevoerd. Nu gaat deze Minister ermee aan de slag. Ik zie hier dus een Minister die wel regie neemt. Ik ben daar heel erg blij mee.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Mevrouw Dik-Faber en ik zien andere dingen. Ik zie dat er de afgelopen maanden twee ziekenhuizen onnodig in twee dagen failliet zijn gegaan. Ik zie grote onrust in de regio Hoogeveen en in Groningen, ondanks dialoogtafels, samen beslissen, inregelen et cetera. Ik zie een Minister die zegt: ja, weet je, ik geef liever geen risico-inschatting van de financiële situatie van een ziekenhuis, want dan zou de markt kunnen denken dat het daar niet goed gaat en zich terugtrekken. Ik zie dus een Minister die de markt boven de zorg stelt. Ik vraag mevrouw Dik-Faber het volgende. Als we het erover eens zijn dat regie nodig is, kunnen wij dan nu niet samen kijken hoe we de regie kunnen invullen, anders dan alleen maar dialogeren? Dat is echt te weinig verplichtend.

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

Ik vind het wel heel erg belangrijk dat we met elkaar gaan kijken dat de dialoog die gaat plaatsvinden over de veranderingen in de zorg en die nu ook al plaatsvindt – in Drenthe en hier in Den Haag rondom Bronovo gaat dit van start – geen wassen neus is. Die vraag heb ik ook gesteld. Volgens mij krijgt de Kamer een wetsvoorstel waarin er een wettelijke verplichting komt voor inspraak van bijvoorbeeld gemeentebesturen op het moment dat er veranderingen plaatsvinden in de acute zorg. Ik vind dat ongelooflijk veel winst. Nogmaals, nadat het vorige kabinet hier gewoon niet thuis gaf, gaat dit kabinet er wel mee aan de slag. Dus ja, er wordt regie genomen. Ja, dialoog is ook belangrijk. We zullen daarmee niet alle onrust kunnen wegnemen. Tegelijkertijd mag het geen wassen neus zijn. Bij mijn weten komt er een AMvB naar deze Kamer en gaan we daar met elkaar over spreken. Ik hoop dat ik hiermee de vraag voldoende heb beantwoord, want ik zie mevrouw Ploumen nog een beetje vragend kijken.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dit is eigenlijk pas het begin van mijn vraag aan mevrouw Dik-Faber.

De **voorzitter**:

Dat gaan wij op een ander moment doen, want we zijn erdoorheen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Precies. Ik wilde al zeggen: ik denk dat de voorzitter mij dat niet toestaat. Mag ik toch... Ik ga geen vraag stellen, maar ik vind het bemoedigend dat mevrouw Dik-Faber het met mij eens is dat er binnen het stelsel onvoldoende mogelijkheden zijn om de regie te nemen en dat we samen kunnen werken om...

De **voorzitter**:

Nee, dat doet u voor de rest in de tweede termijn. Ik geef nu het woord aan de heer Kuzu, want die staat te springen om zijn twee seconden en zes minuten in te vullen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Meneer Rutte, dat klopt helemaal. U zult het met me eens zijn dat kwalitatief goede en toegankelijke zorg van onschatbare waarde is. Het draagt bij aan een stijgende levensverwachting en een stijgend aantal in goede gezondheid ervaren levensjaren. Het draagt bij aan de welvaart. Het draagt bij aan de maatschappelijke solidariteit. Eigenlijk zou kwalitatief goede en toegankelijke zorg overal in Nederland vanzelfsprekend moeten zijn. Ooit was dat het geval hier in Nederland, het land waar we belastingontwijkende multinationals voorzien van belastingvoordelen en kwijtscheldingen, maar de premies voor de zorgverzekeringen van Nederlanders jaarlijks verhogen, waar we frauderende banken redden, maar ziekenhuizen laten omvallen, waar we de heren directeurs van zorgverzekeraars in krijtstreepakken pampere, maar een enorm tekort hebben aan zorgpersoneel dat met een steeds grotere werkdruk aan de slag moet gaan in ziekenhuizen. Voorzitter, u zult het met me eens zijn dat dat beschamend is. Het internationaal hoog aangeschreven zorgstelsel is niet meer. Mijn fractie maakt zich ernstige zorgen over de toekomst van de Nederlandse ziekenhuiszorg.

Er wordt vaak verwezen naar de bestuurlijke akkoorden, die hoofdlijnenakkoorden. Ik heb het bestudeerd: in het bestuurlijk akkoord voor de medisch-specialistische zorg worden onze zorgen ook bevestigd. Alle betrokken partijen spreken de ambitie uit om de kosten van de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei. Al deze partijen koppelen dus de gezondheid aan economische groei. Wat is dan nog het belang van goede zorg? Als je een hoofdlijnenakkoord opstelt met zo'n uitgangspunt, dan kan het wat mij betreft direct de shredder in.

Voorzitter. Goede zorg is natuurlijk kostbaar, maar het is o zo fout om de zorg te veel als een kostenpost te benaderen. De nadruk zou moeten liggen op wat goede zorg oplevert voor de premiebetaler, voor de Nederlander, en voor onze samenleving en niet alleen op wat het ons kost. De discussie wordt vaak gevoerd over waar de grens dan ligt. Ik vind het ook beschamend dat we in Nederland op weg zijn om Amerikaanse toestanden te organiseren, waarbij zorgverzekeraars dat met elkaar aan het bepalen zijn en de politiek er een schepje bovenop doet. Dat is de omgekeerde wereld. Alleen de arts en de patiënt horen dat samen te bepalen, niet de zorgverzekeraars en geen enkele politieke partij. Stel je eens voor dat je moeder of je vader ernstig ziek is en je dan als antwoord krijgt: ja, maar we hebben een grens bereikt. Dat zou niet moeten kunnen. Daarom de dringende oproep aan de zorgverzekeraars, aan de Minister voor Medische Zorg en aan alle politieke partijen hier in de Kamer, inclusief GroenLinks: stop met ouderen aan te praten dat ze te duur zijn.

Voorzitter. Dan over de marktwerking in de zorg. Helaas is het markt- en bedrijfsdenken in de zorg sinds het afschaffen van het ziekenfonds in 2006 alleen maar toegenomen. Ik was afgelopen weekend in Zeeland, in het mooie stadje Terneuzen, waar ik een meneer sprak die zich nog kan herinneren dat hij 5 gulden ziekenfondspremie betaalde. Wat heeft het zorgstelsel gedaan sinds 2006? Steeds meer invloed voor de zorgverzekeraars; de hele Nederlandse gezondheidszorg is in handen komen te vallen van de zorgverzekeraar. Daartegenover zou je zeggen dat zorgverzekeraars ook plichten hebben. Zo zijn zorgverzekeraars belast met de wettelijke zorgplicht om namens alle patiënten tegen de beste prijs de beste zorg in te kopen, om de zorg voor alle Nederlanders toegankelijk en betaalbaar te houden en om te garanderen dat hun verzekerden op tijd en binnen een redelijke afstand de zorg krijgen die zij nodig hebben. Maar ons ontgaat de legitimiteit van zorgverzekeraars om ziekenhuizen af te persen met wurgcontracten. Het zijn namelijk de verzekeraars die over het lot van ziekenhuizen beslissen. Dat hebben we gezien bij de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen. Die hebben voor de nodige opschudding gezorgd. Nu is het wachten op het volgende ziekenhuis dat slachtoffer gaat worden van het marktdenken en het bedrijfsdenken in de zorg.

Voorzitter. Gezondheidseconoom Xander Koolman, een verstandig man, van de Vrije Universiteit zegt dat de mogelijke sluiting van het Bronovoziekenhuis het gevolg is van steeds strengere regels voor de ziekenhuiszorg. Als er niets verandert aan het beleid van de overheid en de verzekeraars, dan kunnen we op termijn geen ziekenhuis meer openhouden. Daarom vraag ik de Minister of hij het wenselijk vindt dat zorgverzekeraars vanwege bedrijfseconomische overwegingen ziekenhuizen laten vallen. Hoelang laten we dat nog toe? Hoelang staan we toe dat de zorg kapot wordt gemaakt door gierige zorgverzekeraars?

Voorzitter. Dan het faillissement van het ziekenhuis in Lelystad. Per 1 maart 2019 zou het St Jansdal uit Harderwijk een deel van de ziekenhuiszorg van Lelystad overnemen. Dit heeft verregaande consequenties voor patiënten, de inwoners van Lelystad en de provincie als geheel. Ik zal er een aantal benoemen. Door de gedeeltelijke sluiting van de spoedeisende hulp in Lelystad overschrijdt de totale ritduur van de ambulance de 45 minuten norm. Dat hebben een aantal collega's ook aangetoond aan de hand van grafieken die we allemaal toegestuurd hebben gekregen. Kwalitatief goede medisch-specialistische zorg is cruciaal bij een acute zorgvraag. Afhankelijk van de aandoening of het letsel kan dit fatale gevolgen hebben voor de gezondheid van een patiënt. Ik vraag de Minister hoe hij het aan deze mensen gaat uitleggen als zij een dierbare kwijtraken vanwege een te grote afstand naar hulp. Wijst de Minister dan naar de zorgverzekeraars of geeft hij toe dat bedrijfseconomische overwegingen belangrijker waren?

De voorzitter:

Kunt u afronden?

De heer **Kuzu** (DENK):

Dat kan, voorzitter. Heb ik nog twee seconden?

De voorzitter:

Die zijn nu op. Heel kort nog.

De heer **Kuzu** (DENK):

Een laatste paar zinnen, voorzitter.

Daarnaast ondervinden zorgverleners, zoals huisartsen en verloskundigen, allerlei problemen bij hun werkzaamheden. De werkdruk is gigantisch toegenomen sinds het plotseling wegvallen van de medisch-

specialistische ondersteuning. Kwalitatief goede en toekomstbestendige zorg voor alle inwoners van het verzorgingsgebied is noodzakelijk. Als laatste vraag ik de Minister of hij het belangrijk vindt dat deze mensen ook een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg kunnen ervaren en in hun nabije omgeving kunnen vinden. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Oké. Dan geef ik het woord graag aan de heer Van der Staaij namens de SGP.

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

Dank u wel, voorzitter. Als het ging om schoolprestaties, dan kreeg ik vroeger thuis van mijn ouders mee: doe goed je best; meer kan je niet doen. Dat vond ik altijd wel een mooi motto, totdat ik een keer wat ondernemers tegenkwam die zeiden: de gevangenis zit vol met mensen die hun best doen. Daar hadden ze ook wel weer een punt mee. Ze zeiden: er moet op een gegeven moment ook geleverd worden. Daar moest ik aan terugdenken nu het gaat om de gevolgen van het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen. Aan de ene kant zie ik een Minister die zijn best doet om de gevolgen zo goed mogelijk op te vangen. Er zijn goede stappen gezet met de verkenner, de toekomstvisie en de regionale beelden. Maar aan de andere kant krijgen we ook keiharde cijfers toegestuurd, waaruit blijkt dat de aanrijtijden van ambulances op Urk weer ruim boven de 45 minuten zijn opgelopen. De KNOV heeft terecht de noodklok geluid als het gaat om de mogelijke consequenties hiervan. In het bredere plaatje van acute zorg en acute verloskunde zie je dat aan de mensen op Urk en elders in Flevoland niet de zorg geleverd wordt die er wel zou horen te zijn. Mijn vraag aan de Minister is dan ook: hoe staat het nu met de pogingen om die acute verloskunde en een volwaardige spoedeisende hulp in Flevoland te realiseren? Op welke termijn kan dat zijn beslag krijgen?

Voorzitter. Er kan ook een soort domino-effect aan de orde zijn, want we krijgen inmiddels signalen door dat door het wegvallen van het ziekenhuis in Lelystad, er nadelige en onwenselijke gevolgen zijn voor de beschikbaarheid van ambulances in de omliggende regio's. Doordat het vervoer van patiënten naar ziekenhuizen elders, de zogenaamde B-ritten, langer duurt, gaat de ambulancezorg op bijvoorbeeld de Veluwe naar beneden. Mijn vraag is: erkent de Minister dit? Kan de Minister waarborgen dat ondanks het wegvallen van het ziekenhuis in Lelystad, de beschikbaarheid van ambulances in Gelderland niet verder omlaaggaat?

Sterker nog, eigenlijk was daar al sprake van een probleem. Wij maken ons daarover extra zorgen omdat bekend is dat in verschillende Gelderse dorpen de norm van een aanrijtijd van vijftien minuten na een melding sowieso al jarenlang niet wordt gehaald. In plaatsen als Elspeet, Uddel en Harskamp, maar ook zuidelijker in Oosterbeek en Renkum speelt dit al jaren. Er wordt lokaal, door gemeenten, de uitvoerders en verzekeringsmaatschappijen, gezocht naar praktische oplossingen, maar in feite wordt er nog weinig vooruitgang geboekt. Allereerst is de vraag hoe je kijkt naar de aanrijtijden in de regio's. Als je naar de regio als geheel kijkt, wordt er soms nog een behoorlijk percentage gehaald, maar dat is een gemiddelde. Als je met je hoofd in een oven zit en met je voeten in een diepvries, is de gemiddelde temperatuur op orde, maar dan gaat het wel helemaal fout met je. Datzelfde geldt hiervoor. Het kan gemiddeld in een gebied wel goed zitten, maar als dat betekent dat de tijden in bepaalde gebieden structureel helemaal niet gehaald worden, dan hebben we wel een probleem. Dit speelt heel concreet. Ik las in De Stentor dat de burgemeester van Nunspeet onlangs nog heeft gezegd: in een dorp als Elspeet wordt al jarenlang nog geen 70% gehaald. Dat kan toch niet? Dat kan toch niet zo blijven? Mijn vraag aan de Minister is of hij op dat punt de

regie zou kunnen nemen, om maar een gevleugeld woord van vandaag te gebruiken, en een oplossing kan forceren.

Zou het ook kunnen helpen om hier richting verzekeraars uiteindelijk financiële consequenties aan te verbinden? Als zij dit, met de verantwoordelijkheid die ze hebben, in een gebied niet voor elkaar kunnen krijgen, dan zou er ook gewoon een sanctie moeten kunnen volgen. Wat ons betreft ligt de oplossing hiervoor echt in het daadwerkelijk meer ter beschikking stellen van ambulancecapaciteit. Wat de politie en de brandweer in veel plaatsen wel kunnen opbrengen, moet toch ook gewoon voor de ambulance kunnen gelden? Wij krijgen terug dat het in feite niet zozeer om een personeelsprobleem gaat als wel om een financiële kwestie, om een centenkwesitie. Ik vraag de Minister om daar nadrukkelijk naar te kijken.

Voorzitter, tot slot. We hadden net een interruptiedebatje over een punt van mevrouw Ellemet. Nu dat hier aan de orde is, vind ik het toch de moeite waard om daar zelf ook nog iets over te zeggen. Het gaat om goede zorg voor ouderen en om het voorkomen van overbehandeling, waar mijn fractie ook weleens vragen over heeft gesteld. Volgens mij rust er helemaal geen taboe op om het punt van overbehandeling aan de orde te stellen, maar het is wel van belang dat we niet zo makkelijk aan leeftijd de vraag gaan koppelen of bepaalde zorg nog wel gebruikt moet worden. Dan kom je wel heel snel in een sfeer terecht waarin mensen moeten gaan motiveren of het nog wel de moeite waard is dat zij zorg krijgen. Waar ik in dit verband nadrukkelijk voor zou willen pleiten, is dat er juist bij belangrijke keuzes voldoende tijd en aandacht voor de patiënt is, bijvoorbeeld bij de behandeling van kanker, met soms experimentele methoden. Er moet niet alleen sprake zijn van een meer technische benadering, gericht op wat er gerepareerd moet worden. De menselijke aandacht moet ook voldoende tot zijn recht kunnen komen. Dat heeft ook gevolgen voor het kunnen realiseren van voldoende kijk- en luistergeld, zoals in het verleden weleens is gezegd, en voor het daarvan af laten hangen van de vergoedingen.

Voorzitter, dat wilde ik nog nadrukkelijk over dit punt opgemerkt hebben. Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. Ik draag mijn voorzittershamer virtueel over aan de heer Van der Staaij om mijn eigen bijdrage te kunnen leveren.

Voorzitter: Van der Staaij

De voorzitter:

Dan is het woord aan de heer Rutte voor zijn bijdrage namens de fractie van de VVD.

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik hoop dat de griffier in de vorm van rooksignalen de tijd aan u kan doorgeven, maar anders probeer ik daar zelf op te letten.

De voorzitter:

Meneer Rutte, ik zal mijn eigen klokje ook aanzetten, zodat ik niet op de rooksignalen van de griffier hoeft te wachten.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dat is hoopgevend.

Als je als laatste in de rij komt, dan loop je het risico dat er al heel veel is gezegd over de situatie in de ziekenhuiszorg. Maar de opinies zijn wel verdeeld, dus ik kan geen samenvatting geven in de zin van: dit vindt de Kamer en zo gaan we het doen. Over één ding zijn we het volgens mij wel eens en dat is ook echt heel zichtbaar, namelijk dat het ziekenhuisveld in

Nederland enorm snel aan het veranderen is. In sommige gevallen gebeurt dat op een manier die we absoluut niet willen, namelijk in de vorm van een faillissement. Er zitten hier veel mensen uit Lelystad die dat aan den lijve hebben ondervonden. In andere regio's is er sprake van een veel geregisseerder proces met heel veel betrokkenen, waarin wordt nagedacht over hoe men goede zorg kan behouden in de regio. Maar dan moet je soms wel keuzes maken en het anders organiseren. Hier in Den Haag speelt dat rond het Bronovo en het HMC. Maar het speelt ook heel nadrukkelijk in mijn eigen provincie, in Groningen. We hebben de plannen gezien die Stadskanaal raken, maar die gaan ook over de ziekenhuiszorg in Drenthe. Ik zal daar zo het een en ander over zeggen.

Het moge duidelijk zijn dat ik een groot voorstander ben van een proces waarin belanghebbenden met elkaar gaan nadenken over de vraag hoe zij de zorg goed kunnen organiseren, niet alleen nu maar ook over tien jaar, en waarin zij geregisseerd stappen zetten. We moeten ongereguleerde faillissementen zien te voorkomen, want dan zit je met de scherven. Als we specifiek kijken naar Lelystad, dan zien we dat die scherven op dit moment dagelijks worden gevoeld. Het goede nieuws is wel dat het ziekenhuis St Jansdal stappen zet om de zorg zo snel mogelijk weer in de benen te krijgen. Ik begrijp dat er gisteren een grote informatiebijeenkomst is geweest in de gemeenteraad en dat daarin ook is verteld hoe ingewikkeld het is. Het valt echt niet mee om een ziekenhuis over te nemen, om te vormen, de deur weer open te doen en daar zorg te leveren. Het is ook duidelijk dat niet alle zorg die er was, terugkomt. Ik sluit me aan bij iedereen die het volgende vraagt. We hebben de beschikbaarheidsbijdrage geleverd, waardoor het financieel in principe zou moeten kunnen. Is al duidelijk of die stappen daadwerkelijk gezet kunnen worden of is dat nog niet in beeld?

Er zijn veel zorgen over de aanrijtijden. Velen van u hebben daar wat over gezegd. Nog los van het feit dat die tijden hoger zijn dan de norm, vind ik het ook van belang om te erkennen dat er echt wel wat gebeurd is in Flevoland. Als een ziekenhuis wegvalt, dan moeten andere ziekenhuizen spoedritten opvangen. Dat heeft niet alleen met afstand te maken. Ik hoor en ik lees dat het ook vaak te maken heeft met onduidelijkheid. Een ambulance gaat op weg maar hoort onderweg: er is geen plek. Die ambulance gaat dan rondrijden om naar de volgende plek toe te gaan. Is het niet mogelijk – sterker nog, is het niet noodzakelijk – dat ontvangende ziekenhuizen veel beter inzage geven in hun capaciteit en daarover communiceren? Als de rit begint, dan moet je zeker weten dat je ergens aankomt waar de patiënt geholpen kan worden. Dat zou toch een bijdrage moeten leveren? Ik zou graag zien – ik ben benieuwd of dat kan – dat er meer afstemming en meer coördinatie gaat plaatsvinden.

Ik hoor ook dat het vervoer in Lelystad een probleem is. De bevolking is niet altijd even rijk. Door sommige inwoners is de suggestie gewekt dat er misschien een bus zou kunnen rijden van de huidige ziekenhuislocatie naar Harderwijk. Die lijkt er nu niet te zijn. Ik weet dat deze Minister niet zomaar bussen kan laten rijden, maar het kan wel de moeite waard zijn om in gesprek te gaan over deze mogelijkheid. Er zijn toch ook mensen aanwezig die dat wel zouden moeten kunnen? Dat staat nog los van de financiële vergoedingen. We zijn het met 50PLUS eens dat je daarnaar zou moeten kijken.

Tot slot. Als er grote problemen zijn rondom de zorg in Flevoland, dan biedt dat ook de kans om het anders, slimmer en beter te doen. Mevrouw Dik zei dat ook. Lelystad kent veel mensen die chronisch ziek zijn en die duurzame zorg nodig hebben. Met behulp van slimme zorg moeten er stappen gezet kunnen worden. Ik zou de Minister willen vragen om de dominante verzekeraar daar aan te sporen om juist in Lelystad meters te maken met slimme zorg, zodat de situatie voor chronisch zieke patiënten straks zeker niet minder, maar bij voorkeur beter is dan dat die was. Tot zover Lelystad.

Volgens mij wil mevrouw Van Brenk mij een vraag stellen.

De **voorzitter**:

Ja. Er is een vraag van mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

De heer Rutte merkt het een en ander op over Lelystad. Ik weet dat zijn collega bij mij in de commissie voor Infrastructuur en Waterstaat een groot voorstander is van het zo snel mogelijk openen van Lelystad Airport. Hoe ziet de VVD de risico's van een vliegveld waar op termijn miljoenen mensen gaan komen, terwijl er geen spoedeisende eerste hulp is? Zou dat niet juist een extra drijfveer moeten zijn om ervoor te zorgen dat er zo snel mogelijk een volwaardig ziekenhuis is?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik heb het van harte gesteund dat de Minister structureel extra financiële middelen beschikbaar houdt voor het kunnen openen van een spoedeisende hulp en acute verloskunde. Het vliegveld is vooral belangrijk voor spoedeisende hulp. We maken het financieel mogelijk, maar het moet ook georganiseerd kunnen worden. Zodra dat mogelijk is, blijf ik er een voorstander van om dat te doen. De komst van een groot vliegveld maakt het inderdaad nog urgenter.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk heeft geen behoefte om daarop te reageren. Meneer Rutte, was u al aan het eind van uw bijdrage? Of wilt u nog verdergaan? U heeft nog twee minuten voor het restant van uw bijdrage.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Het klinkt misschien wat vreemd voor anderen, maar ik was best wel blij dat er deze week helderheid kwam over hoe de ziekenhuiszorg in Zuidoost-Groningen en in de provincie Drenthe duurzaam anders georganiseerd kan worden, maar daarmee wel behouden kan blijven. Het gaat om een hele provincie. Ik ben heel blij dat er door alle betrokkenen is gesproken over de vraag hoe ze dit met elkaar kunnen doen. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er kwalitatief goede spoedeisende hulp is, maar vooral dat er op de plekken waar dat misschien niet meer kan, toch duurzame goede zorg geboden kan worden? Misschien zal dat deels andere zorg zijn, maar het is wel belangrijk dat dat kan. Die plannen zijn niet gemaakt door zorgverzekeraars die iedereen uitknippen, zoals door sommigen werd gesuggereerd. Die werden gepresenteerd door drie artsen: eentje van de Treant Zorggroep, eentje uit het ziekenhuis in Assen en een huisarts. Zij hebben nadrukkelijk meegewerkt aan die plannen en dat vind ik goed. Maar goed, dit is een eerste stap. Het moet nu ook worden gerealiseerd. Ik vind het heel erg van belang dat dat samen met lokale betrokkenen gebeurt en dat er helderheid komt over hoe de toekomst er gedetailleerd uitziet. In Stadskanaal is er bijvoorbeeld een hele mooie actiegroep: Zorg is van ons. Dat zijn hele betrokken mensen, die meerdere scenario's hebben neergelegd over hoe dit in de toekomst zou kunnen. Ik zou de Minister willen vragen om ervoor te zorgen dat in ieder geval deze actiegroep, maar ook andere betrokkenen, aan tafel zit bij iedere volgende stap die gezet wordt, zodat zij zich gezien voelen en de zorg de vorm krijgt die past bij de regio.

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

Meneer Rutte geeft net aan dat het een plan is en dat artsen in de regio ernaar gekeken hebben. Wij hebben hier schriftelijke vragen over gesteld, omdat wij niet overtuigd zijn door de communicatie dat de regionale bestuurders, de actiegroep et cetera ook betrokken zijn bij het opstellen van het plan. Is meneer Rutte het met het CDA eens dat het plan ook echt

geconsulteerd moet worden en dat mensen niet alleen geïnformeerd moeten worden? Wellicht kunnen er nog aanpassingen nodig zijn in het plan, zoals ook bij het Bronovo en het Haaglanden Medisch Centrum is gebeurd. Door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is uitgerekend wat het voor mensen, aanrijtijden et cetera betekent.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ook bij de plannen in Drenthe en Zuidoost-Groningen zijn meerdere scenario's voorgelegd. Er is ook een scenario van tafel gegaan, namelijk het scenario met één centraal gelegen ziekenhuis. Het ging om eenzelfde soort plan als van de heer Van Gerven, die beweert dat alles op één plek de standaard moet worden. Dat is juist niet gedaan. Het wordt anders georganiseerd. Maar er zitten ook een aantal pijnlijke keuzes in, bijvoorbeeld dat er niet meer op elke plek een spoedeisende hulp komt. Laat ik het zo zeggen: ik vind het enorm van belang dat elke volgende stap plaatsvindt met alle betrokkenen. Daar horen ook zeker lokale betrokkenen bij. Dat gaat veel verder dan alleen maar de medische staf. Maar het is niet zo dat deze plannen niet geconsulteerd zijn. Zo zwart-wit is het niet. Maar bij elke volgende stap is nog meer consultatie nodig, zeker als de details worden uitgevoerd.

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

Is de VVD het dan met het CDA eens dat in het kernteam, dat nu eigenlijk alleen bestaat uit artsen, ook een regionale bestuurder en een regionale vertegenwoordiging opgenomen moeten worden?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Naar mijn weten zaten die wel in de loop. Maar ik ben het ermee eens dat als je de vervolgstappen zet, de regionale bestuurders van belang zijn en ook geconsulteerd moeten worden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We kennen de VVD als een partij die goed wil nadenken over hoe we de kosten in de zorg kunnen beheersen. Nu is er gisteren een rapport verschenen van BDO, dat onder andere inzicht heeft gegeven in de salarissen van medisch specialisten, waaruit ook is gebleken dat alleen al in de medisch-specialistische bedrijven 2 miljard euro omgaat. Dat is nogal veel geld. Bent u er voorstander van om de beloning van medisch specialisten terug te brengen tot een bedrag dat recht doet aan de complexiteit van het werk, maar dat ook niet zo veel werk opsoupeert in de zorg dat het leidt tot een gemiddelde van € 300.000 per medisch specialist?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Zoals ik net ook al in een interruptiedebatje met mevrouw Ellemeet aangaf, gaat het erom dat ze ook in loondienst die hoge salarissen verdienen. Ik ben er heel blij mee dat we in Nederland medisch-specialistische zorg van een enorm hoog niveau hebben. Ik wil deze specialisten graag vasthouden. Ik wil niet hebben dat ze weggaan, want we hebben nu al een tekort. Ik zou niet te lichtvoetig gaan zitten morrelen aan de salariëring van medisch specialisten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We hebben een groot tekort aan verpleegkundigen, het tekort aan medisch specialisten valt mee. Als we kijken naar de ons omringende landen zien we dat medisch specialisten in Nederland extreem goed verdienen. Dus nogmaals mijn vraag waarom de VVD een uitzondering wil maken voor de medisch specialisten als het gaat om redelijke beloning en het herverdelen van budgetten, zodat er wat meer kan gaan naar de verpleegkundigen die we zo hard nodig hebben. Waarom pakt de VVD

hier niet door, terwijl ze op andere punten geen enkele moeite hebben om voorstellen te doen waarmee we de kosten in de zorg kunnen beheersen?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

De primaire focus moet liggen op het feit dat mensen goede zorg krijgen. Daar heb je goede medisch specialisten voor nodig, die je daarvoor goed moet belonen. Dat hoeft helemaal niet te betekenen dat salariëring geen onderwerp van gesprek kan zijn, maar het gaat mij wat te ver om te zeggen: brengt ze maar onder de WNT. Als dat er vervolgens toe leidt dat mensen stoppen medisch specialist te zijn, dan mag de patiënt de scherven oprapen. Ik vind dat roekeloos en ik doe daar niet aan mee.

De **voorzitter**:

Dan zijn we hiermee gekomen aan het eind van de eerste termijn van de Kamer.

Voorzitter: Arno Rutte

De **voorzitter**:

Ik begrijp dat de Minister een kwartiertje nodig heeft.

De vergadering wordt van 16.08 uur tot 16.25 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de Minister voor Medische Zorg.

Minister **Bruins**:

Voorzitter, hartelijk dank. U heeft heel veel vragen gesteld over het zorglandschap. Daar zou ik graag eerst een algemene opmerking over willen maken als een soort eerste blokje. In het tweede blokje zou ik graag over Lelystad, Urk en de aanrijtijd van 15 minuten willen spreken. Het derde blokje gaat over Drenthe en Bronovo, met daarachteraan een enkele losse opmerking over een ander ziekenhuis. Ik sluit af met de beantwoording van een aantal vragen die ik graag per woordvoerder wil bespreken.

Voorzitter. Ik begin met het zorglandschap. Dat zorglandschap verandert enorm en het verandert enorm snel. Ik ben weleens geneigd om te denken dat dat is gestart met de hoofdlijnenakkoorden, maar de vraag is dan: bij welke editie van de hoofdlijnenakkoorden? Was dat afgelopen jaar of was dat al bij eerdere rondes? Ik besef heel goed dat dat bestuurlijke afspraken zijn in verschillende rondes, waar degenen die daar een handtekening onder zetten – het ministerie, Patiëntenfederatie Nederland, de zorgverzekeraars en de zorgpartijen – mee uit de voeten kunnen, maar dat er nog een hele wereld achter zit. Voor de komende jaren is het belangrijk dat wij blijven werken aan de juiste zorg op de juiste plekken. We moeten aan de patiënt duidelijk maken waar hij naartoe kan, waar hem zorg wordt verleend.

Voorzitter. Die zorg is door de jaren heen heel snel veranderd. Om dat aan te tonen hoeven we niet eens in de vorige eeuw te beginnen. Als voorbeeld noem ik patiënten met diabetes type 2, die vroeger altijd via het ziekenhuis werden behandeld, terwijl tegenwoordig bijna geen enkele patiënt met diabetes 2 meer in het ziekenhuis wordt behandeld.

Ambulances zijn geen gele zorgtaxi's meer, maar zijn als het ware rijdende behandelkamers geworden. We zien in de praktijk dat oogartsen soms taken, denk aan oogcontroles, overlaten aan optometristen. Denk aan de toenemende zelfzorg en preventie, waar sociale wijkteams, wijkverpleging en huisartsen een rol bij spelen, om te voorkomen dat mensen op de spoedeisende hulp terechtkomen.

Voorzitter. Ik heb eens wat oude stukken doorgekeken. Daarin zie je dat het aantal klinische opnames sinds 2012 met 10% tot 15% is afgenomen. Dat

geldt ook voor het aantal verpleegdagen. Dat zijn allemaal voorbeelden van ontwikkelingen in de zorg. Wij willen natuurlijk allemaal dat die zorg goed is en goed blijft voor iedereen. Aan de ene kant hebben we te maken met stijgende zorgkosten – daarover heb ik zorgen – en aan de andere kant het arbeidsmarktvraagstuk. Het wordt heel moeilijk om personeel te krijgen en te behouden. Toch zal het volgende blijven staan. De juiste zorg op de juiste plek, allerlei vormen van e-health die in het verschiep liggen, arbeidsmarktvraagstukken, de groei van het budget, de extra ruimte voor met name de huisartsenzorg, maar ook de, hoewel aflopende, groei van de medisch-specialistische zorg in de komende jaren: het zijn allemaal puzzelstukken om de zorg voor de komende pakweg tien jaar goed te verzekeren.

Voorzitter. Dat moeten we niet zomaar overlaten aan andere partijen. Dat heeft u in vorige debatten zo tegen mij gezegd en dat heeft u vanmiddag opnieuw gezegd. Daar ben ik het ook mee eens. Het is voor het ministerie, voor mij, zoeken naar een manier om die rol goed en werkelijk in te vullen. Maar ik heb wel een aantal manieren genoemd.

De voorzitter:

Mevrouw Agema wil een vraag stellen. Wilt u die vraag nu meteen stellen of wilt u dat de Minister eerst een stukje verder vertelt?

Mevrouw Agema (PVV):

Ik verbaas mij hogelijk over het feit dat de Minister de indruk wekt dat het zorglandschap verandert en dat hij daar zelf weinig invloed op heeft. Zeker, de hoofdlijnenakkoorden, de macrobeheersingsinstrumenten, bestaan al langer. Zijn voorganger Schippers drukte daarmee in de vorige periode 10 miljard euro extra uit de zorg aan meevallers, maar er staan nog steeds meevallers op de rol, er komen nog steeds meevallers aan. Ik snap gewoon niet dat deze Minister de hoofdlijnenakkoorden gewoon intact houdt, want we weten allemaal dat exact die 0% volumegroei ervoor zorgt dat het Bronovoziekenhuis moet sluiten. Dus waarom blijft hij bij die hoofdlijnenakkoorden, als dit het gevolg is?

Minister Bruins:

De zorgkosten zijn zo fenomenaal groot in Nederland en stijgen ook in de komende jaren nog zo door dat we moeten zoeken naar manieren om de groei te matigen. Dat gesprek moeten we voeren. Het is mij om het even waar we het doen: dat kan langs de lijnen van de hoofdlijnenakkoorden, we kunnen het bij de begroting doen, we kunnen het altijd doen. Maar het is niet makkelijk om te zeggen: laat maar groeien; laten we alleen maar kijken naar wat het veld nodig vindt en laat de kosten maar groeien. We worden mede door allerlei ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen maar ook ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, ertoe gedwongen erover na te denken hoe we de zorg zo efficiënt kunnen inrichten voor de komende jaren dat we het kunnen uitleggen aan de mensen om ons heen, de mensen bij ons in de straat die ook allemaal een beroep op zorg willen doen. Ik was gebleven bij de vraag waar de overheidsregie kan zitten.

De voorzitter:

Daar komt u zo aan toe, maar eerst wil mevrouw Agema nog een vervolgvraag stellen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het echt waanzin! Ik vind deze uitleg op mijn vraag echt waanzin. Mijn vraag is waarom de Minister die 0% volumegroei intact houdt. We hebben miljarden meevallers gehad in de voorbije periode en nu komen er weer miljarden meevallers aan. We zien nu dat exact die 0% volumegroei leidt tot het sluiten van het Bronovoziekenhuis. Dan zegt de Minister: ja, maar de zorgkosten lopen op! Ja, maar wat ook oploopt is het aantal

ouderen; dat gaat nog verdubbelen. Het kan toch niet zo zijn dat je voor je ogen die ziekenhuizen maar laat omvallen, terwijl tegelijkertijd het aantal ouderen verdubbelt en de innovaties toenemen. Hoe wil de Minister die toekomst waarmaken? Of gaat hij straks over op het plan van mevrouw Ellemeet? Niet dat ze bedoelt dat we na de 70 maar helemaal geen zorg meer moeten verlenen, maar als ik de Minister geloof komt dat in zijn beleid eerder aan de orde dan in het voorstel van mevrouw Ellemeet.

De voorzitter:

Eens horen wat de Minister daarvan vindt.

Minister Bruins:

De manier waarop de woorden van mevrouw Ellemeet worden verbogen, lijkt mij volstrekt onjuist. Wat wij willen, is goede zorg bieden voor de patiënt van nu en voor de patiënt van morgen. U weet – en dat heb ik al honderd keer gezegd en ik zal het nog honderd keer herhalen – dat de waarde van een mensenleven oneindig is, zeker als die persoon ons dierbaar is en dicht bij ons staat. Maar ons budget is niet oneindig. Als we het al daarheen zouden kunnen leiden – het is vervelend om aldoor over geld te spreken, maar ik doe het toch – dat we de groei van de zorgkosten kunnen beperken tot de groei van de economie, dan zou dat al heel knap zijn. Maar we zullen de komende jaren veel indringender gesprekken met elkaar voeren, niet alleen vanwege de kansen die technologie ons biedt en niet alleen vanwege het arbeidsmarkt vraagstuk maar bijvoorbeeld ook omdat er in de samenleving meer oudere mensen zijn. Dat kunnen we dus niet alleen aan zorgverzekeraars en andere partijen vragen. Ik vind dat de overheid daar een rol in moet hebben; die regierol moet worden ingevuld. Dat debat voeren wij niet pas sinds het faillissement van Lelystad en Slotervaart, maar dat gesprek zijn we, precies zoals mevrouw Van den Berg eerder zei, al veel eerder ingegaan. Want wij hebben eerder in deze Kamer met elkaar gewisseld dat we het van belang vinden dat we per regio weten hoe de zorg is georganiseerd. We willen weten waar het goed is, waar het op sterkte is, maar ook waar het niet goed is en waar het verschaalt. Daarbij is het onze wens om te weten hoe dat zorglandschap er over een aantal jaren uitziet. Het maken van die regiobeelden vinden wij dus van groot belang.

De voorzitter:

Ik geef u zo graag de kans om daar meer over te vertellen, maar er zijn maar liefst drie mensen die vragen willen stellen. Ik begin bij mevrouw Agema, die meteen door wilde vragen naar aanleiding van haar vorige interruptie. Dat klopt, hè?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja. Hoeveel interrupties hebben we in totaal? Want het is natuurlijk een debat van vijf uur, dus dan lijkt het me toch...

De voorzitter:

Het blijft twee, want we zijn natuurlijk met heel veel deelnemers.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is wel heel erg karig.

De voorzitter:

Ik ben voor iedereen even streng. Ik geef u in overweging om uw interruptie nu te plaatsen of toch nog even te wachten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, een halve dan.

De **voorzitter**:

Nee, een halve kennen we niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, die kennen we wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Nee, ik niet!

Mevrouw **Agema** (PVV):

Die kennen we wel. Als je twee interrupties doet, kun je dus vier keer het woord vragen, voorzitter.

De **voorzitter**:

Nou, ik ben in ieder geval nu voorzitter, dus ik geef u de keuze: nu of straks.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou ja, uw eigen Minister uit de wind houden is heel erg goed, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat is niet wat ik wil doen. Ik probeer iedereen...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is precies wat u doet! U houdt uw eigen Minister uit de wind. U kunt ook drie interrupties toestaan in een debat van vijf uur. U kunt ook zeggen: mevrouw Agema, u doet nu de derde van vier. Dat kunt u ook zeggen. Nee, u houdt uw Minister uit de wind.

De **voorzitter**:

Ik probeer iedereen even veel ruimte en tijd te geven. Wilt u nu een interruptie plaatsen of straks?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Heel graag, voorzitter.

De **voorzitter**:

Nú? Ja, prima. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

In tegenstelling tot... Mevrouw Ellemeet wil overbehandeling aanpakken. Zij wil daarvoor een extra geriater in het leven roepen om te kijken of men een bepaalde behandeling wel moet doen. Dat is niet mijn aanpak. Maar wat de Minister doet, het gevolg van wat de Minister doet, gaat veel verder dan het voorstel van mevrouw Ellemeet. Dat is ook veel ernstiger. Hij handhaaft de 0%-volumegroei, daardoor vallen ziekenhuizen om waaronder het Bronovo. Daardoor stort het slordige landschap in elkaar. Er verdwijnen ziekenhuizen, in een tijd waarin het aantal ouderen nog gaat verdubbelen. Straks is er helemaal geen ziekenhuiszorg meer beschikbaar, voor al die mensen die straks zorg nodig hebben, die ziekenhuiszorg nodig hebben. Dus al die ophef over het voorstel van mevrouw Ellemeet de afgelopen dagen... Wat de Minister doet, gaat veel verder! Er is straks helemaal geen zorg meer voor die 70% 70-plussers, de zorgvraag in de ziekenhuizen en al die innovaties die er nog aan gaan komen, voor die verdubbeling van het aantal ouderen. Als hij het ziekenhuiszorglandschap in elkaar laat vallen omdat hij die 0%-volumegroei handhaaft, en daardoor ziekenhuizen omvallen, is het zijn schuld, voorzitter!

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Hij kan dit toch niet menen? Hij kan toch niet menen dat het goed is dat al die ziekenhuizen maar omvallen, omdat hij per se die 0%-volumegroei wil handhaven, omdat dat exact de reden is waarom het Bronovoziekenhuis nu moet sluiten?

Minister **Bruins**:

Waar wij mee bezig zijn is ons voorbereiden op de toekomst. Er is een heleboel zorg die in de afgelopen jaren al uit het ziekenhuis is gegaan en dat is heel goed. Die verschuiving, die ontwikkeling van zorg van de tweede lijn, de ziekenhuiszorg, naar de anderhalfste of de eerste lijn, naar de wijkverpleging, de thuiszorg, de huisarts, de fysiotherapeut, maar soms ook, daar waar het nodig is, naar de superspecialistische zorg, als het gaat om oncologische behandelingen, die trend moeten wij doorzetten. Het is van heel groot belang dat die verschillende silo's in de zorg, al die verschillende kolommen waar de ziekenhuizen er één van zijn, veel meer met elkaar gaan spreken. Daarvoor zijn bijvoorbeeld die regiobeelden die ik zojuist noemde, van ongelofelijk groot belang. Als partijen in de regio elkaar niet vinden, dan wordt het heel erg lastig om die zorgketen... Zorg zit nu eenmaal altijd bij meerdere professionals, dat is een keten, die zijn aan elkaar geregen, dat is belangrijk. Als wij dat niet goed voor elkaar krijgen, dan moeten wij ons grote zorgen maken. En daar maken wij ons voor klaar. Voor de patiënt van nu en voor de patiënt van morgen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema wil graag een halve interruptie bewaren, klopt dat?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja. Ik wil graag nog wat bewaren.

De **voorzitter**:

Is goed. Doen we.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar ik vind eigenlijk – laat ik een punt van orde doen – dat wij in een debat van vijf uur drie interrupties moeten kunnen plaatsen. Het is echt bespottelijk om dat op twee-in-tweeën te houden. Dat doen we ook in een debatje van drie uur. En dat doen we ook in een spoeddebat, plenair. Dus ik vind echt dat het drie in tweeën moet zijn, voorzitter. Dat wil ik voorstellen. Ik doe een ordevoorstel.

De **voorzitter**:

Ik geef u in overweging dat ik zie dat er heel veel deelnemers zijn. Als iedereen twee interrupties wil plaatsen, dan wordt het al een hele uitdaging om 19.00 uur als eindtijd te halen. Ik zou ook heel graag de ruimte willen behouden voor iedereen om een tweede termijn te doen, en die komt anders in de knel. Vandaar dat ik het op twee interrupties hou. Het is aan u. Als iedereen dolgraag drie interrupties wil, voorspel ik dat er geen ruimte meer is voor een tweede termijn. Dan moet u het daarmee doen. Wil iemand reageren op dit ordevoorstel?

De heer **Kuzu** (DENK):

Voorzitter. In het belang van het onderwerp zou ik inderdaad willen voorstellen om drie interrupties te doen. Wij zijn verantwoordelijk genoeg om korte vragen te stellen en meerdere interrupties te plaatsen. Dus drie is wat mij betreft prima.

De **voorzitter**:
Anderen daarop?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ik sluit me aan bij de heer Kuzu.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Aan de ene kant begrijp ik dat, maar daarmee denk ik wel dat inderdaad die tweede termijn in de knel komt en dat zou ik toch ook heel erg jammer vinden. Ik ken onszelf ook wel een beetje: die interrupties van ons zijn niet kort en de Minister heeft ook tijd nodig om antwoord te geven. Dus als de keuze is tussen een derde interruptie of een tweede termijn, dan geef ik de voorkeur aan de tweede termijn.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Ik begrijp nog steeds niet waarom u niet vier keer één zou accepteren, maar ik vind drie interrupties echt heel weinig. Ik hoop dat u die wilt toestaan.

De heer **Raemakers** (D66):
Laten we dan drie interrupties toestaan en een heel korte tweede termijn.

De **voorzitter**:
Als ik de stemming zo zie, dan wordt het drie interrupties. Ik geef in overweging dat de tweede termijn daardoor in de knel kan komen, maar dat zien we dan vanzelf. Oké? Dan ga ik door met de heer Van Gerven, die een vraag wilde stellen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik zou tegen de Minister willen zeggen: wat een economeklets, die 0%-groei of niet méér groeien dan de economie groeit. We moeten kijken welke zorg nodig is! Met die 0%-groei veroorzaakt de Minister dat het ziekenhuisland in de brand gaat. Wat betekent dat? Zo vraag ik de Minister. Wat heeft het betekend dat we het Slotervaartziekenhuis failliet hebben laten gaan? Wat heeft het betekend dat we de IJsselmeerziekenhuizen failliet hebben laten gaan? Is het niet zo dat de prijs van het kapot laten gaan en vernietigen veel hoger is, zowel qua zorg als qua kosten, dan wanneer we het omdraaien en zeggen: we gaan a, die zorg leveren die de mensen willen en b, leveren we daar ook het geld bij wat nodig is om die zorg te kunnen realiseren?

Minister **Bruins**:
Laat duidelijk zijn: wij willen nooit meer onverwachte faillissementen hebben. Dat berokkent de mensen die er patiënt zijn, maar ook de mensen die medewerker zijn in zo'n ziekenhuis enorm veel leed en ongemak. Als je dat onverwacht meekrijgt, kun je het achteraf proberen te redresseren, te repareren, maar dat is een enorme klus, in goed Nederlands «a hell of a job», en we zijn daar elke dag mee bezig. Dat is de ene kant van de zaak. Maar ik wil wel graag dat dit gescheiden wordt van al die andere ontwikkelingen die wij meemaken. De belangrijkste daarvan vanmiddag zijn de ontwikkelingen rond Bronovo en die rond Treant.
Voorzitter. Dan kom ik toch terug bij het onderwerp van regie nemen. Ik wil deze vraag toch op deze manier beantwoorden, want ik heb er grote behoefte aan om niet alleen die regiobeelden te benoemen, maar ook de concept-AMvB, die ik u eerder, vorig jaar al, heb toegezonden. Daarvan is de kern: als er ontwikkelingen zijn in het zorglandschap, vanuit een ziekenhuis geredeneerd, dan moet dat ziekenhuis zich, vóórdat er besluitvorming plaatsvindt, dus nog in het denkproces, verstaan met niet alleen de OR en de raad van toezicht of de raad van commissarissen, maar ook met andere partijen in het zorglandschap. Zoals de huisarts,

zoals de verloskundigen, zoals daarbuiten met bewoners, met de gemeente. Ze moeten met andere partijen daar het gesprek over voeren. Dat vind ik erg belangrijk en het was ook dé boodschap in het gesprek dat ik had met de bestuurder van Bronovo, maar ook met de Drentse ziekenhuizen: communiceren, communiceren, communiceren, en niet pas communiceren over een besluit dat al is genomen, maar vooraf. Vooraf. Dat er iets van een idee, een beeld, een indruk, een voornemen moet zijn, begrijp ik, maar zo vroeg mogelijk en zo helder mogelijk communiceren opdat bewoners die zien dat er een verandering aankomt – dat lezen ze in de krant – daarover ook het gesprek kunnen voeren. En niet een gesprek in de trant van: ik heb u gehoord en ik ga mijn eigen zin doen. Nee, dat dat voornemen kan worden getoetst door de ziekenhuisdirectie. Dat vind ik belangrijk en dat is de inhoud van die concept-AMvB die wij naar aanleiding van een eerder debat in juni – mevrouw Van den Berg was een van de voorstrevers, maar ook anderen van u waren dat. Ik vind het van heel groot belang dat we die kant opgaan. Dat is de regie nemen en dat is dus een heel andere situatie dan in Lelystad of in het Slotervaart, want daar is het achteraf. En dat wil je niet. Je wilt je vooraf verzekeren van die betrokkenheid en ook van de kennis die er is in de regio.

De voorzitter:

Een antwoord en ook een stuk betoog.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister neemt helemaal geen regie. De Minister doet dus helemaal niets! Want wie is de baas? Dat zijn de zorgverzekeraars en dat zijn de instellingen. In elke brief schrijft hij: «je moet overal mee gaan praten» en dit en dit en dit. Maar ze hebben geen enkele invloed. De gemeente heeft niets te vertellen. De provincie, waarvan het CDA zegt, althans een Minister, dat die invloed zou moeten hebben, heeft niets te vertellen. De democratische geledingen hebben gewoon niets te vertellen. En wat zegt de Minister over Bronovo, waarvan iedereen kan zien dat het in het geheim bedisseld is en dan patsboem ineens naar buiten is gekomen of naar buiten is gelekt? Daarvan zegt de Minister: ik vind het prima. Kan de Minister mij uitleggen wat daar goed aan is? In het Bronovo is in 2017 nog een nieuwe spoedeisende eerste hulp gevestigd. Huisartsen zijn ernaartoe verhuisd, omdat ze zeiden: we willen dat de spoedeisende hulp daar ook de huisartsenpost is. De boekwaarde van dat ziekenhuis was in 2017 nog 60 miljoen, en dan wordt er gezegd: «hup, we gaan dat verkopen, we gaan dat verpatzen»? En dan hebben wij een Minister die zegt: nou, ja, daar heb ik geen problemen mee. Dat hebben we letterlijk zo in de krant kunnen lezen. Kan de Minister eens uitleggen wat «regie nemen» betekent voor hem, in die situatie?

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de Minister, maar ik wil wel aan de leden van de Kamer meegeven dat we, als interrupties zo lang duren, niet eens aan twee interrupties toekomen. Dus ik maan u tot enige korthed, want anders komen we allemaal in de knel. Ik vind het belangrijk dat iedereen hier evenveel ruimte krijgt om het woord te kunnen voeren. De Minister.

Minister Bruins:

Voorzitter, ik heb u aan het begin van mijn betoog een indeling gegeven van wat ik bij zorglandschap wil bespreken, wat bij Lelystad, bij Treant en Bronovo en daarna nog een paar andere ziekenhuizen en vervolgens een aantal vragen. Ik wil mij graag nu in die volgorde gaan bewegen, want anders doe ik het allemaal op verschillende stapeltjes en dan kom ik door mijn eigen antwoorden helemaal niet heen. Dus ik wou graag eventjes bij mijn eigen redenering blijven.

Er is mij een vraag gesteld over de regie en de eerste vraag van de heer Van Gerven was: doet de Minister niks of wat doet de Minister dan? Nou, de Minister neemt de regie. Ik zorg ervoor dat die zorgbeelden, die regiobeelden worden gemaakt. Ik zorg dat die AMvB er ligt; niet in de toekomst, want die AMvB ligt al bij u. Ik heb al in een eerder debat tegen u gezegd dat ik de 45 minuten norm niet een heldere en prettige norm vind. Ik denk dat die voor verbetering vatbaar is en ik vind dat we daarop moeten studeren. Dat is een actieve actie die ik oppak. Ik vraag een onafhankelijke partij – ik denk nu aan de Gezondheidsraad – om te studeren op zo'n norm. Daar is veel meer over te zeggen. In het vorige debat is de suggestie gedaan om een earlywarningsysteem op te zetten, omdat we zo'n onverwacht faillissement niet weer willen meemaken; u niet en ik niet. Dat earlywarningsysteem ben ik aan het opzetten en die ontwerp-AMvB waar ik zojuist over sprak, gaat dan over acute zorg, maar iets dergelijks kun je ook voor niet-acute zorg organiseren, omdat daar een breed gesprek met omwonenden, met inwoners, met andere zorgpartijen voor wordt georganiseerd.

Voorzitter. Dat zijn concrete acties, omdat ik vind dat die duidelijke rol van de rijksoverheid zichtbaar moet zijn in ontwikkelingen in het zorgland-schap. Kan dat met private partijen als ziekenhuizen en zorgverzekeraars? Jawel. Ik denk dat dat kan en ik praat met iedereen. Ze komen allemaal bij mij aan tafel. De zorgverzekeraars doen dat, de ziekenhuizen doen dat en dat vind ik belangrijk. Al komen ze tot het laatste ziekenhuis bij mij aan tafel: ik vind dat prachtig. Dan zal ik ze allemaal vertellen wat ik aan u heb verteld in die concept-AMvB en wat ik aan u heb verteld over die regiobeelden. Ik vind dat die actieve houding van deze Minister mag worden verwacht en dat wil ik u ook bieden. Waarom? Omdat ik zorg heb over de ontwikkeling van de zorg in Nederland. Ik wil de beste zorg voor patiënten organiseren. Dat is mijn inleidende opmerking.

De **voorzitter**:

Is daarmee het blokje zorglandschap afgerond?

Minister **Bruins**:

Dat lijkt mij wel.

De **voorzitter**:

Dat lijkt u wel. Dan liggen er vragen, om te beginnen met de heer Kuzu.

De heer **Kuzu** (DENK):

Er zijn een aantal vragen gesteld over het regievraagstuk en daar hoort volgens mij wel iets belangrijks bij, namelijk uitgangspunten. In het bestuurlijk akkoord lezen we als uitgangspunt – en ik citeer letterlijk – dat het van belang is dat op termijn de kosten in de zorg niet sneller stijgen dan de economische groei. Ik wil aan de Minister vragen of hij dat realistisch acht.

Minister **Bruins**:

Ik denk dat het van enorm belang is dat er een perspectief wordt geboden op hoe je de ontwikkeling van de zorgkosten ziet. Even voor de duidelijkheid: in deze kabinetsperiode is dat, hoe fantastisch de economische groei ook is, altijd meer dan de economische groei. Ik denk dat we al heel knappe mensen zijn als het ons lukt om de zorgkosten in de pas te laten lopen met de economische groei. Tegelijkertijd denk ik dat dit voor de langere termijn nog niet genoeg is. Daarom denk ik dat het te makkelijk is om te zeggen: de zorg is wat wij met elkaar nodig hebben, want of het nu gaat om ziekenhuizen, om het nieuwe zorgsysteem, om technologie of om geneesmiddelen: het geld gaat altijd op.

De heer **Kuzu** (DENK):

Ik kan ook heel andere indicatoren gebruiken om die koppeling te maken, maar om nu de zorgkosten te koppelen aan de economische groei, dat vind ik echt totaal onrealistisch, al zegt de Minister met heel veel woorden dat hij het realistisch acht. Wij kennen nu inderdaad tijden van economische groei, maar er zullen vast en zeker ook wel tijden komen waar het minder zal gaan met die economische groei. Wat doen we dan met de zorgkosten? Wat doen we dan met de uitdaging waar we voor staan? Wat doen we dan met het idee van de Minister dat iedereen goede kwalitatieve zorg nodig heeft? Vervolgens wil ik ook heel graag weten uit welke koker eigenlijk het idee komt van die koppeling van de zorgkosten aan de economische groei. Ik kan hier de partijen opnoemen, maar ik kan me echt heel moeilijk voorstellen dat het van de Patiëntenfederatie komt. Ik wil van de Minister weten wiens idee de koppeling van de zorgkosten aan de economische groei was. Uit wiens koker komt dat idee?

Minister Bruins:

U ziet welke handtekeningen er onder de hoofdlijnenakkoorden staan, dus dan weet u precies uit wiens koker dat allemaal komt. Dat is het langetermijnperspectief en daar zijn we echt nog lang niet, want deze kabinetsperiode geven we echt per jaar meer uit dan de economische groei is. Ik kan dat debat ook met u voeren, prima, maar de noodzaak om de kosten voor de zorg in de klauwen te houden, blijft. Dat blijf ik een belangrijk punt vinden.

De voorzitter:

Meneer Kuzu, ik kan u wel het woord geven, maar dat kost u een interruptie extra.

De heer Kuzu (DENK):

Ik wil gewoon antwoord op mijn vraag! We moeten zuinig zijn met interrupties, maar ik heb geprobeerd om het bondig te houden, maar dan verwacht ik wel antwoord.

De voorzitter:

Ik heb het antwoord gehoord. Misschien dat u dat antwoord niet wilde?

De heer Kuzu (DENK):

Nee.

De voorzitter:

Volgens mij heeft de Minister gezegd: alle handtekeningen staan eronder. Dat is het antwoord.

De heer Kuzu (DENK):

Dan had ik ook nog de vraag gesteld – voorzitter, dat heeft u ook gehoord – over de koppeling van de kosten aan de economische groei. Hoe gaan we dat houden in de toekomst in tijden waarin het niet meezit met de economie?

De voorzitter:

Heel kort dan, de Minister.

Minister Bruins:

Daar zullen wij nog heel veel gesprekken over moeten voeren. De hoofdlijnenakkoorden zijn de antwoorden voor deze kabinetsperiode, tot en met 2022. Dus ook voor het overgangsjaar naar het volgende kabinet zijn die afspraken gemaakt. De verdere ontwikkeling van de zorgkosten en van de economie en het langjarig gemiddelde zullen we moeten afwachten, maar het zal mijn ambitie zijn om de kosten van de groei daarmee in de pas te laten lopen op de langere termijn. Wij kunnen daar in het bestek

van de hoofdlijnenakkoorden niet iets anders over zeggen, want die afspraak hebben we niet gemaakt voor de komende jaren. Ik denk dat we al heel knappe koppen zijn, het zorgveld en andere partijen, als het lukt om op die manier die hoofdlijnenakkoorden uit te voeren.

De voorzitter:

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Misschien heel kort even hierover. Ik denk dat de zorg best wat mag kosten, maar ik zou het ook heel fijn vinden als ook linkse partijen zich bewust zouden zijn van het feit dat we een beperkt budget kunnen uitgeven en dat onderwijs en veiligheid ook belangrijk zijn, en niet alleen de zorg. Wat mij betreft mag die zorg aardig wat kosten, maar ik zou enig besef van die realiteit echt heel erg waarderen bij mijn linkse vrienden. Mijn vraag gaat over de visie van de Minister. Hij geeft aan de regie te willen pakken, maar tegelijkertijd mis ik die visie. Want de regie pakken is meer dan partijen rond de tafel zetten. Een visie betekent ook, zoals de oud-directeur van het Bernhovenziekenhuis laatst heel mooi in het NRC heeft beschreven, een beeld van hoe dat ziekenhuislandschap er dan uit zou moeten zien. Willen we toe naar maar 40 ziekenhuizen? Welke gevolgen heeft dat voor een regio? Willen we niet meer basisziekenhuizen en minder specialistische zorg, maar wel goed belegd? Acute zorg en verloskunde misschien op een andere manier financieren? Dat zijn allemaal gedachten die ik heel interessant vond en ik zou het prettig vinden als deze Minister het zo zou opvatten dat «een visie» betekent dat hij nadenkt over dat ziekenhuislandschap. Is hij daartoe bereid?

Minister Bruins:

Ja, dat lijkt mij een goed idee. Ik was dat eerlijk gezegd al van plan. Ik heb u hier vanmiddag een aantal maatregelen genoemd die ik vat onder het hoofdstukje «regie nemen», maar ik ben het helemaal met u eens. Ik vind ook dat daar meer beeld voor de toekomst bij moet van mijn kant, al was het maar om een beeld te geven van de ontwikkeling van tweede lijn naar eerste lijn, anderhalfste lijn, nulde lijn, derde lijn – het zijn jargonwoorden –, een beeld van hoe ik verwacht dat de zorg, of in ieder geval de curatieve zorg, zich in Nederland ontwikkelt. Ik ben daarmee bezig. Heel kleine stukjes staan al op papier, maar ik hoop u dat voor de zomer aan te bieden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat vind ik heel goed nieuws, want het is echt wat anders dan hoofdlijnenakkoorden sluiten waarover procesafspraken gemaakt worden met daaronder een document waar iedereen een bijdrage aan heeft geleverd. Dit gaat wezenlijk een stap verder. De Minister gaat namelijk aangeven aan de Kamer: hoe zie ik dat ziekenhuislandschap voor me en welke stappen ga ik zetten in de regie om te zorgen dat we dat echt voor elkaar krijgen? Dat is een positieve stijlbreuk van de VVD-Minister.

Minister Bruins:

O, dan moet ik er eens even goed over nadenken. Ik wil een kleine modificatie op de woorden van mevrouw Ellemeet aanbrengen. Het is niet een ziekenhuisnota die u van mij krijgt. Het is echt een nota die laat zien dat de silo's meer met elkaar in verbinding moeten zijn. De paramedie blijft vandaag buiten beschouwing, maar ook die partijen wil ik erbij betrekken. Ik vind het ongelofelijk ingewikkeld, maar ik denk dat sommige gezondheidsvraagstukken gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld het hebben van schulden. Ik denk dus dat we ook andere partijen erbij moeten betrekken, niet alleen zorgpartijen. Dus ook de gemeente, waar de taak van de schuldhulpverlening is belegd. Ik denk dat je ook aan dat soort

partijen moet denken. Dat vond ik ook het lastige met hoofdlijnenakkoorden. Ik heb ze zelf gesloten, maar het waren toch opnieuw vier silo's. Waarom hebben we dat zo gedaan? Omdat we dachten dat er geen akkoord overbleef als je ze allemaal in één akkoord zou vatten, dat het te globaal en te algemeen was. Vanuit de behoefte om buiten de silo's om te denken, vind ik het van belang dat er iets van een zorgbeeld komt, met alle beperkingen die dat dan heeft. Ik bied het u graag aan, het is voor discussie vatbaar.

De voorzitter:

Dat brengt mij bij een vraag van mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik word altijd verdrietig als het alleen maar over geld gaat. Op het moment praten we alleen maar over geld, maar het zou over de deskundigheid van al die zorgprofessionals moeten gaan, die fantastisch werk verrichten hier in Nederland. Maar ik zou de Minister willen uitdagen om te reflecteren op welke kansen hij wel ziet daar waar de zorg uit de bocht vliegt. Collega Ellemeet gaf al het voorbeeld van de medisch specialisten. Wij vinden dat uit de bocht vliegen. Wij zien ook dat mensen soms heel creatief kunnen zijn door zelf toeleveranciersbedrijfjes op te richten, bv'tjes, zodat er winst gemaakt kan worden binnen de zorg. Daar zitten toch kansen en daarmee hebben we toch met elkaar de ruimte om te kijken hoe we dat kunnen terugdringen, zodat we mensen geen angst aanjagen, zo van «hebben mijn kinderen en mijn kleinkinderen straks nog goede zorg in Nederland?» Dat mag toch niet gebeuren?

Minister Bruins:

Daar ben ik het helemaal mee eens. Ik vind eigenlijk dat dat de gedachte moet zijn in zo'n meerjarenbeeld van hoe de zorg zou moeten worden ingericht. Er was een opmerking die me trof in het betoog van mevrouw Dik-Faber. Ik kom straks terug op de situatie in Lelystad. De manier waarop het gesprek in Lelystad nu wordt gevoerd... Er zijn groepen mensen die nog steeds natuurlijk de balen hebben van het faillissement, maar er zijn ook mensen die zeggen: laten we de gelegenheid te baat nemen en kijken waar er kansen zijn, waar we het esprit kunnen vinden om nieuwe technologie mogelijk te maken, om nieuwe zorgvormen te implementeren. Dat is een energie waar ik erg van houd. Ik ga proberen om dat ook te vangen in de brief.

De voorzitter:

Mevrouw Van Brenk, in tweede instantie nog?

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Nee.

De voorzitter:

Oké. Mevrouw Agema wil nog een vraag stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik hoor de Minister een aantal keren zeggen dat de zorgkosten alleen maar mogen groeien binnen de groei van de economie. Maar we hebben het hier over de ziekenhuiszorg. Bij de hoofdlijnenakkoorden heeft de Minister afgesproken: een groei in 2019 van 0,8%, in 2020 van 0,6%, in 2021 van 0,4% en in 2022 van 0,0%, terwijl de economische groei in 2017 3,7% was en in 2018 3,1%. Nu moet hij even ingefluisterd worden. Juist door die 0,0% in 2022 wordt het Bronovo gesloten. Als het Bronovo mag groeien binnen de grenzen van de groei van de economie, hoeft het niet te sluiten.

Minister Bruins:

Nogmaals, de groei van de medisch-specialistische zorg zal de komende jaren afvlakken naar nul. We hebben dat met begrotingen, met budgetten omgeven in de hoofdlijnenakkoorden. Ik vind dat een goede beweging. Dat heeft ongetwijfeld bij Bronovo, Treant en heel veel andere ziekenhuisbestuurders in Nederland getriggerd dat ze nadenken over de inrichting van hun zorg de komende vijf à tien jaar. Dat vind ik belangrijk. Ik vind dat ze daarvoor een compliment verdienen. Wij moeten niet het beeld oproepen dat er eindeloos budget is, want dat is er niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat was niet mijn vraag, voorzitter. Hij zei: de ziekenhuizen mogen groeien binnen de groei van de economie. Ik laat hem net zien dat de groei in 2017 3,7% was en in 2018 3,1% en dat in zijn hoofdlijnenakkoord een groei is afgesproken van... Moet ik het hele lijstje herhalen? Tot nul procent in 2022. Nul procent! Daardoor vallen de ziekenhuizen om.

De **voorzitter**:

Ik geef de Minister nogmaals de kans.

Minister **Bruins**:

Als wij het hebben over zorgkosten, dan hebben we het toch over veel meer dan alleen maar ziekenhuizen? Een week geleden ging het over de almaar duurder wordende geneesmiddelen, waar we steeds meer aan uitgeven. Aan andere vormen van zorg geven we steeds meer uit. Het moet uit de lengte of uit de breedte komen. In die hele dure ziekenhuiszorg die we hebben in Nederland – daar gaat voor een bedrag in de orde grootte van 30 miljard in om – moeten we proberen een cap te zetten. Dat doen we met die hoofdlijnenakkoorden. Het lijkt mij de goede richting, mits goed omgeven met niet alleen afspraken die private partijen maken, maar ook met regiepunten zoals ik u die eerder heb genoemd. Dat lijkt mij belangrijk.

De **voorzitter**:

Dan is dit het eerste blokje. Ik wijs de Kamerleden erop dat we nog de blokjes Lelystad, Urk, Drenthe, Bronovo en individuele vragen krijgen. Er is op dit moment toch behoefte aan het stellen van een vraag bij de heer Van Gerven.

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

Mevrouw Agema heeft volkomen gelijk met die cijfers. Er valt genoeg te besparen. Even die 3 ton voor de specialisten. Maak er 2 ton van, dan boeken we 700 miljoen in, even over de duim. Er valt dus enorm veel te besparen. Dat doet de Minister niet. We gaan uit van het hoofdlijnenakkoord. Wat zie je dan bij Bronovo? Dat er 300 mensen uitgaan. 300 mensen worden eruit gebonjourd. Kijken we naar het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen: min 150. Waar leidt dat toe? Tot slechtere zorg, tot meer overspannen personeel, tot langere reistijden, tot het sluiten van ziekenhuizen. Dat kan toch niet de oplossing zijn, vraag ik de Minister. Dat kan toch niet de uitkomst zijn van een hoofdlijnenakkoord? We moeten toch zeggen: dat hoofdlijnenakkoord deugt niet en dat kieperen we over de schutting; weg ermee?

De **voorzitter**:

Eens kijken wat de Minister ervan vindt.

Minister **Bruins**:

Ik denk dat we echt een akkoord als het hoofdlijnenakkoord nodig hebben om die ontwikkelingen te versnellen. Er zitten thema's in die hoofdlijnenakkoorden die als een soort breinaald erdoorheen kunnen worden geregen. Denk aan de juiste zorg op de juiste plek. Of denk aan het

arbeidsmarktvragestuk. Ik vind het belangrijk om dat soort akkoorden te presenteren, te maken en uit te voeren. Dat is waar we mee bezig zijn. Natuurlijk is dat niet overal even gemakkelijk. Maar ik kijk eerst naar de patiënt. Ik heb de IGJ, de inspectie, en de NZa de opdracht gegeven om heel goed in de gaten te houden wat het effect is van de uitvoering, de implementatie van die hoofdlijnenakkoorden. Natuurlijk vind ik het heel vervelend als een medewerker van het Canisius of een medewerker van het Bronovo z'n baan verliest. Maar er zijn zo ongelofelijk veel vacatures in de zorg dat ik hoop dat de medewerkers op een andere plek in de zorg weer heel snel aan de slag willen gaan, want we hebben ze echt heel hard nodig.

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

Hier zit een Minister van stenen en silo's, stenen en silo's. Wat is dit voor een verhaal? We hebben het er nu al uren over dat we een tekort aan personeel hebben op de spoedeisende hulp. Er is een enorm tekort aan verpleegkundigen. Het beleid van de Minister leidt ertoe dat ziekenhuizen nu in allerlei plaatsen mensen ontslaan, dat afdelingen worden gesloten. Dat kan toch niet de uitkomst zijn? Ik vraag de Minister om op te treden, te handelen en te stoppen met dat hoofdlijnenakkoord en die nul procent groei en ook eens een einde te maken aan dit enorm verkwistende stelsel.

De **voorzitter**:

De Minister.

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

Want als hij echt een oplossing wil, moet hij de marktprikkels eruit halen, die omzetzprykkels. Kijk naar de salarissen...

De **voorzitter**:

Dat was uw betoog, dat hebben we al gehoord. Ik geef de Minister het woord voor een antwoord op uw vraag.

Minister **Bruins**:

Volgens mij zijn wij, niet alleen ik maar ook u, bezig om de zorg toekomstvast in te richten voor de patiënt van nu en voor de patiënt van morgen. Dat is best ingewikkeld omdat we allemaal zien dat zorgkosten de komende jaren met gemak kunnen stijgen tot, nou, laten we eens wat gekke noemen, de helft van de rijksbegroting. Het is vervelend om te zeggen dat dat een van de aankeilers, een van de aanleidingen vormt om de hoofdlijnenakkoorden te maken, maar het is juist in het belang van de patiënt, de patiënt van nu en de patiënt van morgen, dat we dit soort meerjarige ontwikkelingen afspreken. Daar gaat het vooral om. Het gaat om goede zorg voor de patiënt, om goede zorg voor de patiënt van vandaag en om goede zorg voor de patiënt van morgen.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan mevrouw Agema. Dit is dan wel de laatste interruptie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, het zal wel mijn laatste interruptie zijn. Ik heb al een heleboel gezegd over de 45 minutenorm. Ik denk dat iedereen wel weet wat ik daarvan vind, dus ga ik hier mijn laatste interruptie maar inzetten. Ik ben soms echt verbijsterd als ik hoor wat de Minister zegt. Dat mantra van «in 2040 besteden we de helft van ons inkomen aan zorg»... Het is stuitend dat de Minister voor Medische Zorg dat mantra hanteert. Niet alleen was het een doemscenario van het Centraal Planbureau in 2012, het Centraal Planbureau trok dat mantra later in! Ze gingen ervan uit dat de economie niet meer zou groeien en er ook geen maatregelen genomen zouden

worden door opvolgende bewindspersonen zoals Bussemaker, Veldhuijzen en Van Rijn, maar dat is allemaal wel gebeurd. Daarenboven zijn er majeure miljardenmeevallers geweest. Dus dat doemscenario van «in 2040 besteden we de helft van ons inkomen aan zorg» is totale quatsch! Dat zou een Minister voor Medische Zorg zich moeten aantrekken. Is de Minister alstublieft bereid om niet zulke grote onzin over de Kamer uit te storten?

Minister Bruins:

De Minister vindt het belangrijk dat wij hier het gesprek voeren over de grote spanning die ik voel tussen aan de ene kant het beschikbare budget voor de zorg en aan de andere kant de behoefte van de patiënt van vandaag en de patiënt van morgen. Laten we hopen dat we de zorg zo kunnen inrichten dat we de kosten in de klauwen houden. Wat dat dan precies is, daarover zullen we echt nog vele debatten hebben. Wat ik vind dat het moet zijn, heb ik voor u opgeschreven in de hoofdlijnenakkoorden. Dan weet u precies waar ik op koers in de komende drie jaren: goede zorg voor een budget waarvan ik denk dat het al heel moeilijk is om het meerjarig vast te houden. Maar we hebben de afspraak gemaakt voor deze kabinetsperiode en daar ben ik gelukkig mee.

Mevrouw Agema (PVV):

Op basis van zo veel angst kun je niet regeren. Op basis van mantra's die het Centraal Planbureau zelf heeft ingetrokken, kun je niet regeren. Het baart me veel zorgen dat de Minister zich hierin zo vastbijt, dat hij zegt «zo ga ik het doen». Want als hij vasthoudt aan die nul procent groei van de ziekenhuiszorg, is het gevolg dat niet alleen het Bronovo omvalt, maar dat we een kaalslag krijgen van hier tot Tokio. Daar is hij dan verantwoordelijk voor, op basis van mantra's die niet kloppen. Het Centraal Planbureau heeft ingetrokken dat in 2040 de helft van ons inkomen opgaat aan zorg. Dat bleek een onzinverhaal te zijn omdat...

De voorzitter:

En uw vraag is?

Mevrouw Agema (PVV):

... al die bewindspersonen wel actie ondernamen. Hoe kan het nou dat dat soort mantra's nog steeds op het Ministerie van VWS leven, dat de Minister ze hanteert en dat de Minister er nota bene z'n beleid op vormt?

Minister Bruins:

Er is geen sprake van een mantra. Er is sprake van een bestuurlijke afspraak waar een hele stapel handtekeningen onder staan van allerlei partijen in de zorg, allerlei mensen die daar dag in, dag uit in werken en die het misschien ook fantastisch hadden gevonden om voor al die budgetten nog een 1 of een 2 te zetten. Ook partijen in het veld zien wel in dat zorgkosten niet eindeloos en oeverloos kunnen groeien. Daar moeten we dus paal en perk aan stellen. Het is niet een mantra van VWS, het is niet een mantra van Bruno Bruins, het is een bestuurlijke afspraak, vastgelegd met een veelheid van partijen. Dan weet u precies wat de routemap is voor de komende periode waar ik op koers, omwille van goede zorg voor alle patiënten, zowel die van vandaag als die van morgen.

De voorzitter:

Dan vraag ik de Minister om met het volgende blok verder te gaan: Lelystad en Urk.

Minister Bruins:

Voorzitter. Eerst over de 45 minuten norm. Ik heb al vaker gezegd dat de 45 minuten norm niet een prestatie norm is. Het is een norm die wordt gebruikt voor de spreiding van ziekenhuizen. De enige prestatie norm qua bereikbaarheid van acute zorg is de zogenaamde 15 minuten norm voor ambulances en die norm zegt dat in 95% van de A1-spoedritten de ambulance binnen 15 minuten na de melding ter plaatse moet zijn. De 45 minuten norm gaat erover of in spoedgevallen de patiënt binnen 45 minuten met een ambulance een ziekenhuis kan bereiken, dus in een modelmatige opzet. Dan gaat het om de tijd tussen het binnenkrijgen van de melding op de meldkamer ambulancezorg tot de presentatie van de patiënt in het ziekenhuis. Of de spreiding van ziekenhuizen aan de 45 minuten norm voldoet, wordt berekend op basis van een model van het RIVM. Dat gaat uit van de bestaande wegeninfrastructuur en daadwerkelijk gemeten snelheden van ambulances op bepaalde wegvlakken. In de praktijk kan een spoedrit langer duren. Dat is ook heel goed mogelijk. Daar moeten we natuurlijk ook wel de vinger bij leggen.

Hier komt waarschijnlijk het kaartje dat de heer Van Gerven eerder heeft opgehouden, eerder deze middag. Ik let echt op die blauwe blokjes onderin het schema. Dat gaat over die 15 minuten norm. Ik ben echt blij dat het afgelopen jaar die 15 minuten norm die ik net heb beschreven kon worden gehaald. In het vervolgblokje zit natuurlijk de spanning. Als een ambulance voorrijdt, is het niet een kwestie – ik zeg het misschien iets te huiselijk – van per direct inladen en vervoeren. Het is heel vaak nodig, en dat is ook de weergave in al die oranje blokjes, dat een verpleegkundige eerste hulp levert, bijvoorbeeld het verbinden van een patiënt, het maken van een hartfilmpje, het toedienen van zuurstof, het aanleggen van een infuus, beademing of, in geval van een ambulance die arriveert bij een auto-ongeluk, het bevrijden van de patiënt uit de auto en hem stabiliseren op de brancard. Ik vind dat van ongelofelijk belang. Die zorg begint eigenlijk al op het moment dat het telefoontje wordt gepleegd naar 112. Daar wordt de eerste zorginschatting al gemaakt. Vervolgens gaat het over: snel naar de patiënt toerijden en kijken wat die patiënt nodig heeft. Dat vind ik van heel groot belang.

Nogmaals, die 45 minuten norm is niet een prestatie norm. Daar is van alles over te zeggen en dat heeft u ook gedaan in eerdere debatten. Maar ik vind het ook heel belangrijk om te zeggen dat we moeten kijken hoe we die norm kunnen verbeteren, veranderen. Wat ik belangrijk vind en waar ik goed naar kijk, is dat die blauwe blokjes, dat het aanrijden echt binnen 15 minuten gebeurt. Ik ben er blij om dat dat is gelukt, wel met een grote inspanning door er een extra ambulance bij te zetten. Het moet ook worden geëvalueerd de komende periode. Maar het is van ongelofelijk belang dat de verpleegkundige hulp al wordt geboden vanaf het moment van de melding en in ieder geval vanaf het moment dat de ambulance is gearriveerd bij de patiënt thuis.

Voorzitter, dat moest mij eventjes van het hart.

De voorzitter:

Dat leidt tot een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De Minister schetst het theoretische concept achter die prestatie norm. Ik zou graag even naar de praktijk willen. We horen dat patiënten die in de ambulance liggen, daar veel langer moeten verblijven, om het zo maar even te zeggen, omdat onduidelijk is in welk ziekenhuis ze terechtkomen. Het gaat soms om een uur, het gaat soms om veel langer. Daar wil ik graag een reactie op van de Minister, want dat is toch een ongewenste situatie. Wat kan hij daaraan doen?

Twee. Voor vrouwen die bevallen is de situatie helemaal anders. Op het moment dat een ambulance komt, moet ervoor gezorgd worden dat ze zo snel mogelijk in een ziekenhuis komen. Dan is die notie van stabiliseren et

cetera helemaal niet meer aan de orde. Daar zou dan toch ook op een andere manier naar gekeken moeten worden?

Minister Bruins:

Deze vraag was mij eerder geworden. Ik heb ook met RAV Flevoland gebeld. Het rondrijden met patiënten, niet weten waar je terechtkunt... Ik heb het gecheckt ter voorbereiding van een brief die ik u eind januari stuurde en ik heb het gisteren ter voorbereiding van dit debat nogmaals gecheckt. De Regionale Ambulancevoorziening Flevoland herkent dat beeld niet. Dus ik wil heel graag meer specifiek van u of van mensen in uw omgeving weten. Natuurlijk hebben wij altijd oog voor goede zorg. De inspectie let daarop. Dat is ook van heel groot belang. Als daar opmerkingen over zijn, wil ik het graag weten. Maar nogmaals, ik heb contact gehad, niet eenmalig maar meerdere keren. Ik heb de RAV ook regelmatig aan tafel gehad. Ze herkennen het beeld niet van rondrijden en niet weten waar de patiënt terecht kan. Dat vind ik een goed bericht. Ik kan u ook niet meer melden dan dit bericht. Een aantal van u heeft het in het betoog benoemd en daarom heb ik er behoefte aan om beter te weten welke signalen dat zijn. Dan zal ik ze onverwijld voorleggen aan de inspectie om te kijken wat daarachter zit.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank daarvoor, want ons zijn inderdaad meerdere van die meldingen ter ore gekomen.

Ik had ook nog een vraag over zwangere vrouwen die naar het ziekenhuis moeten. Het begint er al mee dat ze niet meer de keuzevrijheid hebben om te kiezen voor een thuisbevalling of een bevalling in het ziekenhuis. Je bent immers niet snel genoeg meer in het ziekenhuis. Verloskundigen maken zich daar zorgen over en vrouwen ook. Dat gegeven is al ernstig, vind ik. Die 45 minuten moet je eigenlijk in een heel ander licht zien als het over vrouwen gaat die gaan bevallen, want die hoeven niet gestabiliseerd te worden, om het zo maar te zeggen. Die moeten gewoon snel naar een verloskamer.

Minister Bruins:

Ik heb ook gesproken met de verloskundigen van Lelystad en Urk. Natuurlijk vinden die het onprettig als er geen ambulance in de buurt is. Ze vinden het wel prettig als er wel een ambulance in de buurt is. Zo is er sinds 2 januari een ambulance bijgezet, naar aanleiding van vragen hierover van onder anderen mevrouw Dik-Faber. Maar altijd blijft staan dat de verloskundige een risico-afweging maakt in de situatie waarin de bevallende vrouw zich bevindt. Is het mogelijk om thuis te bevallen? Moet er nu worden ingegrepen? Moet er nu naar een ziekenhuis worden gereden? Of kan dat op een later moment? Dat verschilt van geval tot geval. Het is de verloskundige die altijd, niet sinds we dit debat voeren, een inschatting maakt of de bevallende vrouw moet worden ingezonden naar het ziekenhuis.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dat is zo, maar mijn punt is dat de keuzemogelijkheden voor de verloskundige en de bevallende vrouw door deze situatie aanzienlijk ingeperkt zijn. Want de verloskundige, die wij allemaal kennen als een verantwoordelijke professional, zal geen risico willen nemen en zal tegen een vrouw zeggen: nou, ik denk dat het wel zou kunnen thuis, maar ja, de A-zoveel is opgebroken – of er is een file of de ambulance is niet in de buurt – dus laten we alvast maar gaan. Dus die keuzemogelijkheden worden ernstig beperkt en dat zou de Minister toch zorgen moeten baren.

De voorzitter:

Ik moet wel streng zijn. Ik moet het als een aanvullende interruptie registreren.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Prima. De zaak is het waard.

Minister **Bruins**:

Dit is geen unieke situatie die zich alleen voordoet op Urk. Dit gebeurt ook op de eilanden, dit gebeurt ook op andere plaatsen in Nederland. Die risico-afweging moet altijd worden gemaakt, hoe de weginfrastructuur, het stedelijk gebied of wat er ook in de buurt zit – misschien is er sprake van een eiland – in elkaar zit. Een verloskundige zal altijd gegeven de omstandigheden die afweging moeten maken.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Daar wordt het nou niet echt beter van, eerlijk gezegd. Laten we de situatie op de Waddeneilanden even buiten beschouwing laten, want ik denk dat de mensen op de Waddeneilanden zich ervan bewust zijn dat dat een net wat andere situatie is. Wij hebben het hier over vrouwen die bevallen in het midden van het land en die nu minder opties, minder keuzemogelijkheden hebben dan ze een jaar geleden hadden. Dat is de situatie. Mijn vraag aan de Minister: dat moet u toch zorgen baren, net als het mij en de verloskundigen zorgen baart? Wat gaat u eraan doen om die keuzemogelijkheden weer terug te brengen op het niveau dat normaal en aanvaardbaar is voor de achttiende economie van de wereld?

Minister **Bruins**:

Wat de Minister gaat doen? Heel voorzichtig zijn met grote woorden gebruiken. Heel voorzichtig zijn met grote woorden gebruiken, zeker op dit punt. Ik vraag aan de toekomstverkenner, waartoe de Kamer mij bij motie heeft opgeroepen, om dit onderwerp als eerste aan te pakken, om in gesprek te gaan. De toekomstverkenner praat met huisartsen, met haps, met verloskundigen op Urk en omgeving – er zitten ook andere partijen aan tafel – om te kijken of hier alternatieven denkbaar zijn. Ik kan mij er tot op zekere hoogte wel in vinden als mevrouw Ploumen zou zeggen dat dit een suboptimale situatie is. Dat vind ik ook, maar het moet wel veilig. Ik denk dat de professionals altijd kijken naar de op dit moment veiligste methode. Maar we moeten ons echt hoeden voor grote woorden. Ik ben blij, en ik hoop dat u ook blij bent, dat het St Jansdal de activiteiten heeft overgenomen, althans per 1 maart. Maar het heeft nog wel tijd nodig om de zaak op orde te krijgen. Voordat het kan bouwen aan een stabiele toekomstfase, zijn we echt wel dit jaar uit. Is het denkbaar – dit was ook een vraag van de heer Van der Staaij – dat op korte termijn de SEH of de acute verloskunde snel terugkomt? Het komt er echt niet snel aan. Het wordt zoeken naar welke mogelijkheden er in de tussentijd wel zijn om te kijken of we de situatie kunnen verbeteren ten opzichte van wat we in de tussentijd hebben bereikt met de inzet van die extra ambulance. We gaan het in de loop van het jaar zien. We zullen de inzet van de ambulance nog evalueren. Dat soort dingen zijn wel van groot belang. We moeten wel feiten en cijfers hebben over het gebruik van zo'n ambulance. Voorzitter, ik hoop dat ik een mooi en glanzend antwoord kan geven: we maken een nieuw ziekenhuis, we richten het allemaal weer in! Maar het zit er niet in. Het is niet een kwestie van geld. We hebben de beschikbaarheidsbijdrage structureel aangeboden voor het St Jansdal en ook voor het St. Antonius. Maar dit is niet effeties een oplossing van een-tweehupsakee.

De **voorzitter**:

De heer Van der Staaij werd genoemd. Hij wil ook al heel lang een vraag stellen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ik had drie vragen.

De **voorzitter**:

Als mevrouw Ploumen zegt «ik ga al mijn interrupties voor dit onderwerp gebruiken», geef ik haar daar nu de ruimte voor.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

En dan hoop ik van harte dat de heer Van der Staaij mij bij gaat vallen. Ik hoef helemaal geen grote woorden van de Minister. Hij zegt, net als mevrouw Dik-Faber, dat iets beter is dan niets. Maar dat kan niet het uitgangspunt zijn. Dat was ook niet wat we met elkaar bespraken in het eerste debat, toen we de situatie van de failliete ziekenhuizen bespraken. Er was altijd acute verloskunde beschikbaar, een afdeling waar iedereen terecht kon. Ik denk dat mensen ook best begrijpen dat dat niet van de ene op de andere dag op een andere manier geregeld kan worden, maar we zijn nu maanden verder en eigenlijk raken we steeds verder van huis in plaats van dat we dichterbij een oplossing komen.

De **voorzitter**:

En dan is de vraag?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Die verkenner gaat ook niks inregelen of dialogeren, of al die woorden. Nogmaals, graag van de Minister de verzekering... Grote woorden hoef ik niet, maar als hij het alstublieft maar voor elkaar krijgt om ervoor te zorgen dat vrouwen en verloskundigen de gebruikelijke keuzevrijheid hebben die ze in de rest van het land terecht ook hebben.

Minister **Bruins**:

Ik denk echt dat het stapje voor stapje gaat. Dat we die extra ambulance daar neer hebben kunnen zetten, grote dank aan al de mensen die zich daar dagdagelijks voor inspannen. Die toekomstverkenner – ik weet niet precies welke woorden mevrouw Ploumen daarvoor gebruikte – heeft inmiddels een serie gesprekken specifiek over acute verloskunde gevoerd met de partijen. Deze week heeft hij er eentje gehad en over twee weken zit hij daar weer. Het gaat erom te kijken, met de professionals, wat de goede verloskundige zorg is en hoe je die kunt waarmaken. Daar kun je bestuurlijk van alles van vinden en ik kan veel ruimte bieden, maar ik vind echt dat het van de professionals afkomstig is. Die moeten we in de lead houden. We moeten kijken wat we als bestuurders daar nog additioneel kunnen doen. Ik kan de toekomstverkenner uitnodigen om dat bij voorrang uit te voeren. Ik kan hem de notitie, de position paper aanreiken, waarin ideeën staan. Die gaat naar hem toe. Ik kan zorgen dat ik zelf regelmatig met hem spreek, maar de professionals zijn echt in de lead. Het moet ook een duurzame oplossing zijn. Ik hoop dat we stapje voor stapje een beetje verder komen. Maar ik ben wel ongelofelijk voorzichtig, want ik zou het vervelend vinden als er morgen in de krant staat dat het wel even geregeld is voor Flevoland. Dat zit er niet in.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ploumen? Niet? Dan alsnog de heer Van der Staaij.

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

Ik wil het stokje graag overnemen van mevrouw Ploumen op dit punt. De Minister verwees net even naar de Waddeneilanden, maar Urk is sinds 1939 geen eiland meer. Sinds die tijd is er ook een behoorlijke vooruitgang in de verloskundige zorg. Dat niveau zou ik graag ook willen handhaven voor de toekomst en ik neem aan dat de Minister het met mij eens is dat we niet achteruit willen boeren. We hebben natuurlijk wel te

maken met de brief van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Zij zeggen: we doen allemaal ons best, maar het is echt niet goed genoeg. Als de Minister zegt dat hij niet morgen met een oplossing kan komen, begrijp ik hem, maar ik hoop wel dat hij alles op alles wil zetten om toch een verbetering te krijgen in de situatie ten opzichte van hoe het nu is.

Minister Bruins:

Volmondig «ja». Ik ben daar actief mee aan de slag. Ik hoop ook dat ik daar de goede woorden voor heb gesproken. Natuurlijk wil je in Urk niet de situatie zoals op de Waddeneilanden. Zo bedoelde ik dat ook niet. Het ging mij erom te laten zien dat een verloskundige altijd een professionele afweging zal maken. Of het kindje nou op Terschelling wordt geboren of op Urk, in beide gevallen is de rol van de verloskundige van heel groot belang. Ik heb ook die brief gelezen van de organisatie van verloskundigen. Voor zover ik een aansporing nodig heb, heb ik die daar wel in gelezen. Ook de KNOV ziet wel dat we aan de slag moeten met die 45 minutennorm, maar voordat dat allemaal gereed is, zijn we weer veel verder, dus ik hoop echt dat we in de meest praktische zin van het woord, zo praktisch als die ambulance is, daar een stap in kunnen zetten. Dat hoop ik te horen van die toekomstverkenner. Als het nodig is, schuif ik ook zelf aan tafel bij die gesprekken.

De heer Van der Staaij (SGP):

Wanneer verwacht de Minister dat de toekomstverkenner ook op dit punt helderheid zal kunnen bieden over de mogelijkheden?

Minister Bruins:

Zo gauw mogelijk. Het vervolgesprek is over twee weken. Als dat tot een resultaat leidt, meld ik u dat; anders is het verder in het voorjaar. Maar ik denk meer in weken dan in maanden. Dat is de procesopmerking. Dan maak ik een voorzichtige opmerking over wat dan het resultaat is van de inzet, maar ik hoop u natuurlijk zo snel als mogelijk iets concreets voor te leggen, niet alleen omdat u dat prettig vindt, maar ook omdat de verloskundigen en de inwoners van Urk dat prettig vinden. Dat is zoeken.

De voorzitter:

Dan draag ik het stokje over aan de heer Van Gerven voor een vraag.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister hanteert weer de trukendoos en komt met het verhaal dat de aanrijtijden van de ambulances binnen de 15 minutennorm zijn. Ja, maar ambulances zijn geen ziekenhuizen, wil ik de Minister voorhouden. Daar koopt die aanstaande moeder in nood niks voor. Laten we die moeder nemen die thuis aan het bevallen is en met spoed naar het ziekenhuis moet, omdat dat wenselijk wordt geacht. Vindt de Minister dan dat die mevrouw binnen 45 minuten een ziekenhuis moet kunnen bereiken waar de bevalling kan plaatsvinden?

Minister Bruins:

Als er een risico is bij de bevalling, dan zal het, denk ik, altijd zo zijn dat de verloskundige daar met de moeder over spreekt. Als het noodzakelijk is om de vrouw in een ambulance naar een ziekenhuis te laten gaan, moet die afweging worden gemaakt. Dat moet op het beste moment gedaan worden. Daar kan ik moeilijk een algemene uitspraak over doen.

De heer Van Gerven (SP):

Dat is nou het probleem: de Minister duikt gewoon voor het antwoord. Hij weet heel goed wat mijn vraag is, maar hij beantwoordt hem niet. Mijn vraag was: als er spoed aan de orde is in een thuissituatie – want er zijn

veel thuisbevallingen in Urk – en er door een verloskundige gebeld wordt, moet die mevrouw dan in 45 minuten een ziekenhuis kunnen bereiken waar die klinische bevalling kan plaatsvinden? Ik heb ook de verloskundigen in Urk gesproken. Het systeem staat op instorten daar. Als we niet handelen, hebben we straks helemaal geen verloskundigenpraktijken meer in Urk, omdat er dan geen verloskundigen meer zijn, omdat zij geen bevallingen willen doen met in het achterhoofd de gedachte dat de achtervang niet goed geregeld is. Als angst regeert, dan zijn de rampen niet te overzien. Dan is het wachten op het eerste ongeluk. Daarom stel ik nogmaals mijn vraag aan de Minister: vindt hij dat in het concrete geval van een zwangere die op bevallen staat in Urk, deze mevrouw binnen 45 minuten een ziekenhuis zou moeten kunnen bereiken als dat nodig is?

Minister Bruins:

Het antwoord blijft hetzelfde: die zwangere mevrouw moet zo snel als mogelijk in het ziekenhuis zijn. Dat is mijn beste antwoord. Die afweging kan het best gemaakt worden door de zorgprofessional samen met die mevrouw. De heer Van Gerven zegt dat het systeem in Urk op instorten staat. Dat is nou juist de reden dat ik de toekomstverkenner heb gevraagd om met voorrang te kijken naar plaatsen waar we verbetering kunnen aanbrengen in het systeem. Maar als er een makkelijk antwoord was dat ik even met een groot gebaar en een flinke glimlach hier zou kunnen brengen, dan had ik dat zeker dolgraag gedaan. Geld is daar niet het grootste vraagstuk. Dat kunnen we ergens in de plooiën van de begroting wel weer vinden, vast ook met instemming van u allen, maar het gaat er nu om een toekomstvaste en door professionals gedragen oplossing te vinden. Dat is oerengewikkeld. Dat gaat dus niet met een groot gebaar, dat gaat met kleine woorden en kleine stapjes. Dat is volgens mij de beste manier van handelen.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik ben blij om te horen van de Minister dat hij geen genoegen neemt met het oplopen van de rijtijden, dat hij alles op alles zal zetten en de toekomstverkenner al op pad heeft gestuurd om ervoor te zorgen dat we de situatie verbeteren. Een van de vragen van de gemeente Urk was de volgende. Er is een tweede ambulance bij gezet. Kan er een permanente ambulancepost van gemaakt worden die niet meedoet in het zogenaamde DAM-systeem? Mijn vraag aan de Minister was of hij daarnaar wil kijken, omdat dit voor de gemeente Urk echt belangrijk is. Wellicht kan die vraag aan de toekomstverkenner mee worden geven. Dat is mijn eerste vraag.

Minister Bruins:

In de loop van mijn eerste termijn beantwoord ik die vraag graag. Ik heb het antwoord nu niet, het zit in een ander mapje. Daar kom ik op terug, maar deze vraag is zo specifiek dat ik er uit mijn hoofd niet het antwoord op weet.

De voorzitter:

Oké, dus dat antwoord komt straks. Heeft u een andersoortige vervolgvraag, mevrouw Dik-Faber?

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ja, ik heb nog een andere vraag. De Minister gaf aan dat hij al een aantal keren contact heeft gehad met de RAV. Ik weet zo gauw even niet waar de afkorting voor staat, maar de Minister weet wat ik bedoel: de ambulancevoorziening in de regio. Zij gaven aan dat ze niet te maken hebben met het omrijden van ambulances of ambulances die op pad zijn naar een ziekenhuis en dan toch naar een ander ziekenhuis moeten gaan. Nu heeft het actiescomité die signalen wel. Ik ga ervan uit dat ze allebei gelijk hebben, maar het kan eigenlijk niet allebei waar zijn. Mijn vraag is dus of

de Minister de signalen van het actiecomité serieus wil nemen, met hen in gesprek wil gaan en die signalen door wil geven aan de inspectie. De RAV zegt dat het niet gebeurt, maar het actiecomité zegt dat het wel gebeurt. Wie spreekt hier de waarheid?

De voorzitter:

De RAV is – mevrouw Dik zei het al bijna; alleen de «R» ontbrak – de Regionale Ambulancevoorziening.

Minister Bruins:

Dat gaat over het actiecomité. Dat heeft, als ik het goed begrepen heb – ik heb de brief nog niet gelezen – vandaag opnieuw een lijst gestuurd met een aantal signalen. De inspectie heeft inmiddels het gesprek gevoerd met het actiecomité over de eerste reeks signalen die het heeft afgegeven. Daarbij is de werkafpraak gemaakt dat er een kort lijntje is tussen actiecomité en inspectie. Ik heb de inspectie gevraagd: wilt u echt al die signalen, heel specifiek, stuk voor stuk, nalopen, samen met de mensen van het actiecomité? Dus: ja, dat contact is er. Inmiddels heb ik ook van StJansdal begrepen dat het contact tussen actiecomité en ziekenhuis is gelegd, zodat er ook gesprekken kunnen worden gevoerd tussen ziekenhuis en actiecomité, zodat het actiecomité ook het gevoel kan krijgen dat er wordt gebouwd aan zorg. Die gesprekken zijn dus gaande. Als deze tweede brief mij bereikt, zal ik zorgen dat die ook bij de inspectie terechtkomt, zodat de inspectie die signalen kan beoordelen.

De voorzitter:

Dan geef ik het woord aan de heer Kuzu, die diep in gedachten verzonken lijkt, maar ongetwijfeld in staat is om een vraag te stellen. Nee, dat wil hij toch niet. Dan gaan anderen voor. Mevrouw Ellemeet steekt enthousiast de hand op.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voordat dit debat begon hebben wij een petitie overhandigd gekregen van de Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad. Ook hebben wij nog even gesproken met de mensen die deze petitie aanboden. Een van de opmerkingen die mij is bijgebleven, is: we zouden wel meer voorzieningen kunnen opzetten, als we niet zouden hoeven voldoen aan de standaard van de academische ziekenhuizen; het staat ons nu in de weg dat aan ons dezelfde eisen worden gesteld als aan een complex academisch ziekenhuis, terwijl wat wij willen minder complex is. We hebben de kwaliteitseisen zo hoog opgeschroefd dat we onszelf daardoor eigenlijk in de vingers snijden. Dat leek me nogal relevante informatie. Mijn vraag aan de Minister is: is het niet mogelijk om wat meer coulance te betrachten, passend bij de omgeving en het verzoek dat deze mensen doen voor voorzieningen in de regio?

Minister Bruins:

Ik weet niet zeker of ik de petitie ook heb gekregen, want zij staat me niet voor de bril, maar ik wil er graag kennis van nemen. Ik wil dan ook graag reageren op dit punt, want het gaat over de kwaliteitsstandaarden van algemene ziekenhuizen. Het treft dat wij daar nou net vorig jaar een debat over hebben gehad. Die standaard moest worden gemaakt en daar is nog een addendum over geschreven, de rol van de algemene ziekenhuizen is door mevrouw... Kijk eens! Ik krijg de petitie nu aangereikt, sneller dan het licht. We hebben het gehad over de algemene ziekenhuizen en de hoogopgeschroefde eisen die daar inderdaad gelden voor zorg. Ik zou die vraag en het antwoord heel graag als een pakketje bij u willen brengen; dan kunnen we daarover spreken. Mijn eerdere standpunt was dat ziekenhuiszorg overal in Nederland van goede kwaliteit moet zijn en dat er niet een A- en een B-kwaliteit moeten zijn. Dat kan ik er dus in z'n

algemeenheid over zeggen, maar ik wil graag het document dat u aanhaalt, nader bestuderen. Ik stel voor dat ik daar dan een reactie op maak en dat wij die bespreken.

De voorzitter:

De Minister geeft dus in ieder geval een reactie op de petitie. Die is net via mevrouw Ploumen bij de Minister geland. Dat is mooi. Anders hadden de heren en dames hier nog wel gezeten om daarvoor te zorgen, dus dat komt helemaal goed. Mevrouw Ellemeet heeft nog een vervolgvraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

In de petitie zelf staat dit punt niet. Het is wel mondeling gemaakt. Ik denk dat het belangrijk is dat u met deze personen in gesprek gaat. We moeten natuurlijk geen A- en B-kwaliteit hebben, maar we moeten ook niet voorzieningen onmogelijk maken omdat we eisen hanteren die zo complex zijn dat ze eigenlijk niet van toepassing zouden moeten zijn op de vraag die er nu voor deze regio is. Fijn dat de Minister deze toezegging doet.

Minister Bruins:

Ja. Ik kijk via de voorzitter mevrouw Ellemeet en het actiecomité aan, al weet ik niet precies wie ik dan moet aankijken. Ah, daar zitten ze; dag, actiecomité. Het lijkt mij een goed idee om dat gesprek te voeren, maar ik plaats daar één kanttekening bij: kwaliteitsstandaards worden natuurlijk niet door de overheid, maar door de professionals bepaald. Dat is misschien wel een belangrijk punt dat ik in dat gesprek moet meenemen. Misschien is dat ook prettig om te horen voor de opstellers van de petitie. Het lijkt mij goed om het gesprek met het actiecomité te voeren.

De voorzitter:

Een korte vraag van mijn kant: wanneer denkt de Minister de reactie op de petitie te kunnen leveren?

Minister Bruins:

Wij kunnen dat gesprek na deze bijeenkomst plannen. Dan moeten we het voeren en dan moet ik het op schrift zetten. Dat kan allemaal in de loop van de komende weken. Dat hoeft niet zo lang te duren. Maar ik heb u op hoofdlijnen al verteld wat ik vind van het handhaven van kwaliteitsstandaarden. Dan heeft u in ieder geval een uitspraak van mij die een beetje richtinggevend is.

De voorzitter:

Wij noteren: de komende weken. Dat is een marge waar we mee kunnen leven, denk ik. Mevrouw Van den Berg wil een vraag stellen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik wil even doorgaan op het onderwerp dat mevrouw Ellemeet naar voren bracht. Ik heb in mijn inbreng aangegeven dat je de ontwikkeling ziet dat de topklinische ziekenhuizen in feite een stuk van de zorg weghalen bij de regionale ziekenhuizen. De steeds hogere standaarden, waar de regionale ziekenhuizen veel moeilijker aan kunnen voldoen, versterken die ontwikkeling. Vorig jaar juni hebben wij uitgebreid gesproken over de extra eisen die aan de intensive care werden gesteld. Toen is na enorme druk, ook vanuit de Kamer, uiteindelijk geregeld dat regionale ziekenhuizen meer ruimte zouden krijgen om te kijken hoe ze tot een bepaalde invulling kunnen komen. Dat zou ik de Minister graag willen meegeven, omdat we op dit moment weer spreken over een kwaliteitskader voor spoedeisende hulp. De Minister geeft aan dat de beroepsgroep dat doet. Vorig jaar hebben wij al bepleit dat er ook hiervoor veel meer overleg in de keten moet zijn. Niet alleen de beroepsgroep die het betreft – in dit geval de

intensive care – moet zeggen wat er moet gebeuren, maar er moet veel breder worden gekeken: wat betekent dat voor andere zorgverleners en de ziekenhuizen? Wij hebben dat toen een leefbaarheidsanalyse genoemd. Dat wil ik toch even in herinnering roepen. Mijn vraag is of de Minister dat wil meenemen in zijn reactie op de petitie, waar mevrouw Ellemeet om vroeg.

Minister Bruins:

Als ik 's nachts wakker word, dan denk ik niet alleen aan de kwaliteitsstandaard, maar ook aan het addendum van 21 augustus vorig jaar. We hebben ook een evaluatie van het geheel voorzien in 2021, maar dat duurt u allemaal te lang en mij ook. Ik wil dus graag proberen om hier iets puntiger op te antwoorden naar aanleiding van het gesprek met het actiecomité, maar weet u ervan overtuigd dat ik het debat van vorig jaar goed in m'n hoofd heb zitten. Ik kan me heel goed voorstellen dat het kan bijdragen aan het behoud van goede zorg in de regio, wat we allemaal van belang vinden. Aan de andere kant is de professionaliteit van de zorg ook van heel groot belang. Daar zitten de spanningen natuurlijk.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Van den Berg hiermee akkoord is. Dan vraag ik de Minister om voort te gaan.

Minister Bruins:

Ik heb nu al veel gezegd over Lelystad, Urk en de 15 minutennorm, maar ik heb nog een paar losse vragen in dat stapeltje. Ik ga er een beetje op hoofdlijnen door, als u dan niet heel hard piept. De heer Kuzu heeft gevraagd of de toekomstverkenner onafhankelijk is.

De voorzitter:

Mevrouw Agema was de eerste die dat vroeg. Maar waarschijnlijk hebben ze het allebei gevraagd.

Minister Bruins:

Sorry, mevrouw Agema dus. Ik heb eerst getoetst of de toekomstverkenner een voor iedere partij acceptabele persoon was. Ik vind dat het een deskundige man is, die verschillende kanten van het zorglandschap heeft gezien. Iedereen kon prima leven met deze keuze. Daarom denk ik dat ik daarin de goede keuze heb gemaakt.

Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter, ik heb een punt van orde. Ik heb geen interrupties meer, maar de Minister gaat ook niet in op mijn vraag. Ik heb aangegeven dat die meneer twee maanden geleden nog een interview heeft gegeven waarin hij bepleitte dat het aantal spoedeisendehulpverleners wel gehalveerd kon worden. Is hij dan wel de meest geschikte verkenner? Dat was mijn vraag.

De voorzitter:

Dat hebben we gehoord. De Minister gaat over zijn eigen antwoord. Misschien wil hij nog een korte toelichting geven, maar daar blijft het dan bij.

Minister Bruins:

Ik heb echt gezocht naar iemand die niet slechts bestuurlijke ervaring heeft, maar juist bestuurlijke én professionele zorgervaring heeft. Het feit dat zo iemand zich roert en ook columns schrijft, vind ik juist fantastisch. Ik vind het prima dat hij dat doet. Maak ik daarmee zijn mening tot de mijne? Nou nee, ik vind niet dat we moeten halveren, niet het aantal ziekenhuizen en niet het aantal SEH's. Maar ik vind wel dat we iemand

gekozen hebben die het zorgveld goed kent en daarin participeert. Daarom ben ik tevreden met die keuze.

De voorzitter:

Nu wil de heer Kuzu alsnog een vraag stellen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Was bij de Minister bekend dat de toekomstverkenner een dergelijke opvatting heeft?

Minister Bruins:

Jazeker, want ik lees die columns ook. Zeker, ik heb dat wel gelezen, ja.

De heer **Kuzu** (DENK):

Is de Minister dan van mening dat hij op de juiste manier advies kan geven, aangezien hij ook een veronderstelling heeft over de toekomst van het landschap?

Minister Bruins:

Ja, ik heb hem gesproken, het gewikt en gewogen en in de week gelegd, dus ja, ik vind het de goede toekomstverkenner.

De voorzitter:

De Minister gaat verder.

Minister Bruins:

Over de toekomstverkenner gesproken: wanneer is er een eerste product beschikbaar? Wij hebben in een eerder debat gesproken over verschillen van inzicht over de cijfers van patiënten in het oude ziekenhuis en in het nieuwe ziekenhuis. Het ongemak over die cijfers – ik denk dat ik het toen zo heb genoemd – is door verschillenden van u besproken. Ik verwacht dat die klaarheid over de cijfers aan het eind van deze maand kan worden geboden. Dat zal het eerste product zijn van de toekomstverkenner, tenzij hij eerder al iets te vertellen heeft over de verloskunde in Urk.

Dan de extra reiskosten. Ik geloof dat mevrouw Van Brenk daar een vraag over heeft gesteld. Daarover hebben we een afspraak gemaakt. In ieder geval een aantal verzekeraars heeft in de afgelopen zes weken 700 verzekerden een vergoeding gegeven voor extra reiskosten. 700 mensen hebben die aangevraagd en 99% van de aanvragen is gehonoreerd. Per 1 maart neemt StJansdal het over. De verwachting is dat het overgrote deel van de patiënten voor zorg in Lelystad terecht kan en dan hopelijk geen extra reiskosten meer heeft. Maar als er voorbeelden zijn van individuele probleemsituaties, ben ik graag bereid om die met gemeenten en/of zorgverzekeraars te bespreken.

Dan het vliegveld Lelystad. Daar kan ik echt geen zinnig antwoord op geven, anders dan dat ik herhaal wat we eerder hebben besproken. Als er een besluit wordt genomen over het aantal vluchten op vliegveld Lelystad of als er een andere grootschalige, economische ontwikkeling op gang wordt gebracht in de omgeving van Lelystad, kan dat natuurlijk helpen, omdat dat als effect zal hebben dat het gebied meer inwoners krijgt. Dat maakt de kans om de ziekenhuisfunctie in Lelystad groter te maken weer groter. Zo heeft StJansdal het geformuleerd en dat lijkt me een goede ontwikkeling.

Over het terugbrengen van de acute verloskunde en de SEH naar Lelystad heb ik het inmiddels gehad.

De heer Raemakers vroeg naar de spoedeisende hulp voor kinderen. Is er ook een paardenmiddel voorhanden? Ik zou willen dat ik een paardenmiddel in handen had, maar het is blijkbaar moeilijk om kinderartsen naar Lelystad te krijgen. Dit betreft het vraagstuk van de specialisten. Er worden, nationaal gezien, voldoende specialisten opgeleid, maar we zien

dat ze in sommige ziekenhuizen niet makkelijk aan de praat zijn te krijgen, als ik dat zo mag zeggen. Ik laat dat onderzoeken en ik hoop dat ik daar dit voorjaar iets meer over weet, zodat we iets meer sturing kunnen krijgen of iets meer kunnen verleiden zodat sommige specialisten makkelijker in de regio, in regionale ziekenhuizen, kunnen gaan werken. Ook dit is niet iets wat heel makkelijk te organiseren is, maar aan de hand van een eerder debat heb ik u dat onderzoek toegezegd en dat is dus binnenkort gereed.

De heer **Raemakers** (D66):

Het gaat natuurlijk vaak over jonge specialisten die klaar zijn met hun opleiding en dan een plek gaan kiezen om te gaan werken. Is er volgens de Minister ook te denken in termen van het kwijtschelden van een studieschuld, hulp bij een hypotheek of dat soort maatregelen waardoor jonge mensen die bijvoorbeeld de opleiding tot kinderarts hebben gevolgd zeggen: dan is het interessant en ga ik in deze regio aan de slag? Denkt de Minister ook aan dit soort opties?

De **voorzitter**:

Van paardenmiddelen naar creatieve oplossingen.

Minister **Bruins**:

Ja. Ik zat er zelf meer aan te denken om te kijken of je stages kunt vergemakkelijken in regionale ziekenhuizen, maar dit soort, noem het maar creatieve, oplossingen maken deel uit van de studie die dit voorjaar komt. Ik hoop dat dat naar uw zin is en ook naar mijn zin.

De **voorzitter**:

De Minister kan zijn betoog vervolgen.

Minister **Bruins**:

Ik kijk even wat we nog meer hebben. Mevrouw Dik-Faber vroeg nog of ik wil zorgen voor een goed toegeruste ambulance op Urk en of er sprake is van een intensive care op wielen. Ik heb het nog even gecheckt. Dat is in zijn algemeenheid een te groot woord. Je kunt al wel zeggen dat een ambulance een half ziekenhuis is. Er komt dus een goed gekwalificeerde ambulance. Die is daar al, maar het is geen mobiele ic-unit die daar 24/7 staat.

Dan was er de vraag of er een eerstelijns geboortecentrum en verblijfsvoorziening worden gerealiseerd in Lelystad, nog dit jaar. Nee, St Jansdal heeft dit jaar nodig voor zijn stabilisatiefase. In het komend jaar wordt gekeken naar uitbreiding van vormen van zorg, waaronder eerstelijns verblijf en de oprichting van een eerstelijns geboortecentrum. Het is dus niet de verwachting dat die er dit jaar al komen. Dan de busverbinding. Ik heb van St Jansdal gehoord dat zij graag een betere busverbinding willen. Ik ga er niet over, zoals u weet. Maar in een van de komende overleggen zitten we ongetwijfeld met de gemeente, met de provincie of met beide aan tafel en daar zal ik de suggestie onder de aandacht brengen. Dat is dan de opdrachtgever van de busverbinding, om even duidelijk te zijn.

De **voorzitter**:

Komen we daarmee aan het einde van het blokje Lelystad/Urk? Heb ik dat goed begrepen?

Minister **Bruins**:

Er was nog één vraag van de heer Rutte: wilt u de dominante verzekeraar in Flevoland aansporen om fors te investeren in e-healthoplossingen? Ik heb dat aan de toekomstverkenner meegegeven, dat ingezet moet worden op dit soort technologische ontwikkelingen en dat daar energie en esprit van uit kan gaan.

Voorzitter, tot zover de vragen over Lelystad, Urk en de 15 minutennorm.

De voorzitter:

Ik kijk nog een keer rond. Ik zie dat mevrouw Dik-Faber nog een vraag wil stellen.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik had nog de vraag openstaan over het realiseren van een permanente ambulancepost op Urk, die niet meedoet in het zogenaamde DAM-systeem. Dat is een heel specifieke vraag. Ik hoop dat de Minister daar nog op terug kan komen, omdat het wel belangrijk is voor de gemeente Urk.

Een andere vraag die ik had – daar hebben we al in algemene zin over gesproken – ging over de eisen die worden gesteld vanuit de beroepsgroep aan streekziekenhuizen. Ik weet dat de Minister daarmee aan de slag gaat, maar ik heb hem ook gevraagd, in een eerder debat al, of we de casus Lelystad kunnen gebruiken om dat nog eens specifiek te onderzoeken. Ik hoop dat die toezegging nog staat. De Minister kijkt een beetje moeilijk. Die toezegging is gedaan. Die kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep zijn eigenlijk in het nadeel van streekziekenhuizen. Hoe zit dat in Lelystad? Wanneer krijgen we daar informatie over?

De voorzitter:

De eerste vraag was die ene die nog uit een mapje opgediept zou worden, maar die is kennelijk nog niet helemaal boven komen drijven. Misschien lukt dat zo meteen nog.

Minister Bruins:

Die gaat over de inzet van een permanente ambulance. Ik dacht dat ik die had beantwoord. Wij gaan in de loop van 2019 de inzet van die extra ambulance evalueren. Dat eerst en van daaruit verder. Ik heb eerst die evaluatie nodig. Dan over dat DAM-vraagstuk. Daar komt helemaal aan het einde van mijn eerste termijn nog een reactie op.

Dan het onderzoek naar de kwaliteit van professionals. Ik dacht dat ik daar aan de hand van de opmerkingen over de kwaliteitsstandaard een afdoende antwoord op had gegeven. Uw gedachte is dat ik daar de casus Lelystad, om het lelijk te noemen, als voorbeeld voor kan gebruiken. Dat moet ik even nazoeken. Ik ben daar namelijk niet tegen, maar ik weet niet precies hoe ik daar invulling aan kan geven. Ik vind die kwaliteitsstandaard namelijk van groot belang en daar wil ik eigenlijk ook niet vanaf. Ik zeg u toe dat ik dat onderwerp betrek bij het gesprek dat ik met de actiegroep heb over dit onderwerp, over algemene ziekenhuizen van goede kwaliteit. Ik vind dat we niet toe moeten naar een A- en een B-kwaliteit van ziekenhuizen.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Voorzitter, u mag dit gewoon als interruptie van mij tellen. Nog even op dit laatste punt. De Minister heeft in een van zijn brieven opgeschreven dat hij in gesprek is gegaan met het Zorginstituut over het vaststellen van die kwaliteitsstandaarden. Hij heeft daarbij aangegeven dat het Zorginstituut hem ervan overtuigd heeft dat niet alleen de grote academische ziekenhuizen, maar ook de regionale ziekenhuizen voldoende hun input kunnen leveren. Dat is toch het Zorginstituut dat zegt over zijn eigen procedures: wat doen wij het toch goed. Met alle respect voor het Zorginstituut, overigens. Ik hoor vanuit de kleine ziekenhuizen, de streekziekenhuizen, dat zij wel degelijk op achterstand staan. Juist omdat je nou ziet dat die kwaliteitsstandaarden ook van belang zijn voor een ziekenhuis als dat in Lelystad, hebben we in het vorige debat gezegd: laten we er toch nog een keer met z'n allen naar kijken en laten we dan kijken op basis van die casus Lelystad of we daar toch – niet met A- en B-kwaliteit, maar met realistische eisen aan een spoedeisende hulp – een opening kunnen creëren. Dat is in het vorige debat gewisseld, maar ik wil

heel graag het verslag teruglezen. Ik vind alleen het gesprek met het Zorginstituut gewoon niet voldoende. Dat is toch: wij van het Zorginstituut doen het hartstikke goed. Dat doen ze ook, maar ik wil graag die ziekenhuizen erbij hebben.

Minister Bruins:

De toezegging staat, dus daar heb ik nog werk te verrichten. Dank voor de nadere inkleuring. Ik bied u een brief aan op dit punt en dat doe ik binnen een maand.

De voorzitter:

Staat genoteerd. Kunnen we daarmee voor nu het blokje Lelystad/Urk voor dit debat afsluiten? Ja. Oké. Dan kunnen we verder met het volgende blok. Dat had ik genoteerd als Drenthe en Bronovo en dan neem ik daar maar de ruimte bij om te zeggen dat het vast ook over Zuidoost-Groningen gaat.

Minister Bruins:

Zo is het. Het gaat ook over Stadskanaal, Emmen en Hoogeveen. Eerst in algemene zin. Ik heb vorige week met alle betrokken partijen om de tafel gezeten. Ik heb ook aan hen gevraagd – dat gaat over Treant – om extreem veel tijd te nemen om het met iedereen in hun omgeving te bespreken. Waar denkt u dan aan, Minister? Nou, aan de gemeentebesturen en aan inwoners. Wat ik een goed punt vond van Treant, was dat ze zeiden dat zij het verhaal zouden laten vertellen – dat zou deze maandag zijn – door de zorgprofessionals. Het waren dus niet de bestuurders die op het toneel stonden, maar de zorgprofessionals. Ik denk dat dat een goede keuze is, omdat ik denk dat zorgprofessionals zich beter kunnen inleven in de patiënt en in de bewoners. Ik heb ze dus op het hart gebonden om veel tijd te nemen voor dat gesprek: communiceren, communiceren, communiceren. Dat is trouwens ook het gesprek dat ik heb gevoerd met Haaglanden Medisch Centrum: communiceren, communiceren, communiceren.

Dan Drenthe. Een vraag van mevrouw Ploumen was hoe ik de aanrijtijden beoordeel. Die 45 minuten norm zal daar wel gehaald worden. Ik zet er een klein sterretje bij dat we voor die 45 minuten norm iets beters moeten maken, omdat het alleen een modelmatige norm is. Maar die zal wel worden gehaald. Dat ziet er goed uit in de plannen.

Mevrouw Van den Berg stelde de vraag of de regionale bestuurders en zorgaanbieders voldoende betrokken zijn geweest bij de plannen om de spoedeisende hulp in Stadskanaal en Hoogeveen te sluiten. Ik heb vorige week vrijdag het kernteam aan de tafel gehad. Dat zijn de ziekenhuisbestuurders en een aantal huisartsen. Zij vormen het kernteam, samen met een vertegenwoordiger van de verzekeraar en een vertegenwoordiger van de medisch specialisten. Daarnaast is er een zorgtafel Drenthe, die onder voorzitterschap staat van de commissaris van de Koning in Drenthe, mevrouw Klijnsma. Daar ben ik ook een aantal keren bij aan tafel geweest. Ik heb aan het begin van deze week nog contact met mevrouw Klijnsma gehad. Die twee, kernteam en zorgtafel, passen eigenlijk in elkaar. Het kernteam ziet heel goed dat het zijn plannen ook moet presenteren aan de zorgtafel om al die partijen, ook overheden, lokaal en provinciaal – in dit geval dus niet regionaal maar wel provinciaal – mee te nemen in de ontwikkeling. De vertegenwoordiging van het regionaal bestuur zat dus niet in het kernteam maar zit wel aan de zorgtafel. Die twee zijn goed aan elkaar geklonken.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg wil daar graag nog een vraag over stellen. Mevrouw Ploumen is door haar vragen heen. Het is op! Maar mevrouw Van den Berg kan nog ruimschoots vragen stellen.

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

Ruimschoots gaan wij los. Dank u wel, voorzitter. Ik wil toch even terugkomen op dat kernteam. Ik heb begrepen dat de ambulancedienst er in ieder geval nu niet in zit. Die zou er dan nu bij gaan komen. De regionale bestuurder zit er dus ook niet in. We lezen vanmorgen in een bericht in de krant in het noorden dat er in ieder geval volgens de bestuursvoorzitter van het Martini Ziekenhuis heel veel losse eindjes zijn. Ik moet dus concluderen dat het overleg dat met andere professionals in de keten heeft plaatsgevonden, niet op een integrale wijze is gebeurd. Bronovo, het Haaglanden Medisch Centrum, is in die dialoog wel veel verdergegaan, maar gaat daar de implementatie niet veel te snel? Daar heb ik in mijn inbreng ook naar gevraagd. Aan de andere kant constateren we namelijk dat de wachttijden aan het toenemen zijn.

De **voorzitter**:

Uw vraag, mevrouw Van den Berg.

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

Ik heb dus twee vragen aan de Minister op dit punt. A: is het wel voldoende besproken geweest, en wie zitten er nu allemaal wel of niet in dat kernteam? En b wordt er ook gekeken naar de effecten op wachttijden en op het hele proces?

Minister **Bruins**:

Om misverstanden te voorkomen: zowel in Drenthe/Zuidoost-Groningen als in Bronovo moet het gesprek nog worden gevoerd. Dat is de afgelopen weken allemaal op gang gekomen. De presentatie van de plannen van Treant is maandagochtend geweest. Nu moeten die gesprekken dus worden gevoerd. Ik heb het kernteam net genoemd. Daarin zitten een aantal ziekenhuizen van de Treant Zorggroep plus medisch specialisten plus de zorgverzekeraar plus een aantal huisartsen, maar een heel aantal professionals niet. Buiten de kring van professionals zitten bijvoorbeeld de regionale maar ook de lokale bestuurders allemaal niet in dat kernteam. Die gesprekken moeten dus allemaal gaan gebeuren. Dat gebeurt bij Bronovo precies hetzelfde. Er zijn plannen bekendgemaakt, maar dat zijn voornemens. Het is niet zo dat er al besluiten zijn genomen. Ze werken wel toe naar een besluit. Het is ook niet zo dat het maar een luchtballonnetje is. Voor beide locaties liggen er behoorlijk uitgewerkte plannen als voornemen. Mijn boodschap in beide richtingen, Bronovo en Drenthe/Zuidoost-Groningen, is: communiceer nou eindeloos, oeverloos en zeer intensief met alle partijen die een effect kunnen verwachten van de ontwikkeling van deze ziekenhuiszorg. Dus we staan helemaal aan het begin, en het is niet zo dat de pap al gestort is en dat het besluit is genomen. Met nadruk heb ik dat gevraagd aan beide bestuurders. Binnenkort ga ik naar Drenthe, met plezier. Dan ga ik daar de vorderingen vernemen. Ik ben ook al eerder bij die zorgtafel geweest. Ook met de mensen van het HMC onderhoud ik contacten om in ieder geval het punt van de vroegtijdige betrokkenheid en de communicatie te benadrukken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg, in tweede instantie.

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

Het is goed om te horen dat dit pas voorgenomen besluiten zijn. Maar dan heb ik nog wel even een vraagteken bij het voorgenomen besluit om hier bij het Haaglanden Medisch Centrum de eerste implementatie van de zomer al te doen. Is daar dan ook nog meer ruimte in het tijdspad? Wordt in beide onderzoeken ook het effect op de wachttijden meegenomen? Hebben de andere ziekenhuizen dus echt voldoende capaciteit om dat op te vangen?

Minister Bruins:

Die wachttijden vormen een van de thema's waarover bestuursvoorzitter Doop het gesprek moet voeren met zijn collega's, met de andere ziekenhuizen. Dat doet hij ook. Dat was hij al van plan. Daar hoefde ik hem niet toe op te roepen. Dat gebeurt idem dito in Drenthe/Groningen. Mevrouw Van den Berg stelt specifiek een vraag over de implementatietermijn. Als het allemaal voor de zomer moet, ben ik daar niet op tegen – de bestuurder bestuurt – maar het leek mij nogal op een draffje. Ik heb in het gesprek met HMC dus benadrukt dat ik vind dat de zorgvuldigheid en het voeren van de gesprekken hierin voorop moeten gaan voordat er iets wordt afgeraffeld. Dat heeft Doop ook bevestigd. Dat wil hij ook. Hij wil die gesprekken zorgvuldig voeren, en dan een besluit, en dan pas de implementatie.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Wat heb ik dan nog liggen? Er zijn van mijn kant geen andere opmerkingen meer over Treant.

Mevrouw Van Brenk vroeg of er uitgebreide communicatie beschikbaar is in de situatie rond Bronovo. Er zijn veel oudere mensen in de omgeving van Bronovo. Daar heb ik met HMC over gesproken. Daar denkt men dat het handig is om niet alleen een website en een folder te maken, maar juist ook veel gesprekken in de buurt te doen. Ik weet uit betrouwbare bron dat er inmiddels met de wijkvereniging gesprekken worden gevoerd. Dat lijkt mij dichtbij goed communiceren.

De heer Van Gerven heeft in verband met Bronovo gesproken van kapitaalvernietiging. Ik vind dat echt een vraagstuk dat we bij de bestuurder moeten laten. Ik vind het belangrijk dat die zorg goed blijft worden georganiseerd. Ik ben ongelofelijk benieuwd wat er uiteindelijk met het gebouw Bronovo wordt gedaan, omdat ik denk dat mensen in de buurt van Bronovo die daar bijvoorbeeld nog naar de huisarts gaan of een andere vorm van zorg hebben, heel graag willen weten of dat daar blijft, of zij daar terecht kunnen en of er misschien andere zorgfuncties op die plek worden ingericht. Ik heb de vraag gesteld aan Doop. Hij zei dat hij daar nog helemaal niet aan toe is en dat hij er nog heel weinig over kan zeggen. Ik denk dat de eerste gesprekken moeten gaan over het goed organiseren voor langere termijn van de zorg van Bronovo.

De heer Raemakers van D66 heeft gezegd dat huisartsen en verloskundigen in de situatie van Bronovo vinden dat ze enkel geïnformeerd zouden worden, en pas in een laat stadium. Ik heb andere informatie, zoals ik net heb aangegeven. HMC vindt het werkelijk van belang dat die dialoog met huisartsen goed wordt gevoerd. Zonder huisartsen kun je de toekomst van de zorg in een stad niet goed regelen. Zij zijn van eminent belang. HMC handelt daar ook naar.

Ik denk dat hiermee ook de belangrijkste vragen over Bronovo beantwoord zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Van Brenk wil er nog een vraag over stellen.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Mijn laatste vraag is volgens mij niet beantwoord, althans niet naar mijn tevredenheid. Die vraag was of er bij de Minister al meer bekend is over de vorm van ouderenzorg die dichter bij de patiënt maar buiten het ziekenhuis wordt vormgegeven.

Minister Bruins:

Nee. Het eerlijke antwoord is dat daar nog niet meer over bekend is bij mij. Ik weet ook niet zeker of dat al wel bekend is bij HMC, bij de Bronovo-directie. De plannen zijn begin januari verschenen, ik denk dat de gesprekken nu op gang aan het komen zijn.

De voorzitter:

Dat ter afronding van het blok Drenthe en Bronovo. En ook Zuidoost-Groningen, ik zeg het nog maar een keer. Dan komen we nu bij het vierde blok, over de individuele vragen, denk ik. Klopt dat?

Minister Bruins:

Ja.

De voorzitter:

Dan geef ik de Minister daarvoor graag het woord. Sorry, nee, mevrouw Dik-Faber heeft op de valreep toch nog een vraag over het afgelopen blok.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Wellicht is het aan mijn aandacht ontsnapt, wij zitten al vier uur in debat, maar ik meen dat een aantal vragen van mij niet is beantwoord. Ik heb namelijk best wel zorgen over de verloskundige zorg. Blijft de capaciteit voldoende op orde gedurende de transitieperiode van Bronovo? Ik heb begrepen dat het Westeinde in beeld is. Er is een krimp van het aantal bedden, pas eind van het jaar is er weer een groei van het aantal bedden. Daar zijn zorgen over, die ik graag aan de Minister voorleg.

Wat betreft Drenthe had ik gevraagd naar de grensoverschrijdende spoedzorg in de EUREGIO. Zou de Minister dat willen meegeven aan het kernteam?

Tot zover maar even. Ik had een aantal vragen; het waren er ook wel veel, maar laat ik deze nog even aan de Minister voorleggen.

De voorzitter:

Oké, dan gaan we nu horen of die misschien in het mapje met de individuele vragen zaten of dat ze inderdaad aan de aandacht waren ontsnapt.

Minister Bruins:

Dat weet ik niet, maar ik beantwoord ze nu. Het punt over de grensoverschrijdende spoedzorg en de opdracht voor de EUREGIO zal ik meenemen naar het kernteam.

Dan de vraag hoe het zit met de capaciteit voor verloskunde in het Westeinde. Ik laat daar de inspectie naar kijken. Voor mij geldt hierbij dat geen bericht, goed bericht is. Maar ik zal actief vragen of er voldoende capaciteit voor verloskunde beschikbaar is.

Ik neem hierbij gelijk de vraag mee of de ambulance op Urk meedoet in het dynamisch ambulance management, het DAM. Nee, die ambulance is 24/7 voor Urk en doet dus niet mee in dat DAM. Als de ambulance weggrijpt met een patiënt, komt er direct een andere ambulance. De enige uitzondering is als er een grootschalig ongeluk of een grootschalige ramp in de buurt is. In dat geval moet de Urkse ambulance mee gaan helpen. Voorzitter. Dan nu nog een aantal individuele vragen. Ik begin bij mevrouw Ploumen. Zij had het over het citaat dat het onnodig of te vroeg melden van financiële problemen het vertrouwen in zorgaanbieders kan schaden. Stel ik daarmee de tucht van de markt boven de zorg? Nee, zeker niet. Wij praten hier vanmiddag altijd vanuit de zorg en zo moet het ook blijven. Ik heb in de brief wel een lastig punt willen schetsen bij de uitwerking van het earlywarningsysteem. Als je in grote kring gaat melden dat er een ziekenhuis of tehuis op omvallen staat, wordt dat dan een selffulfilling prophecy? Dat is een puzzel die ik nog moet leggen.

Ik denk dat we een oplossing zouden kunnen organiseren. Dat hebben we ook in het debat in november besproken. Dat is namelijk dat je aan elk ziekenhuis in Nederland vraagt om een situatieschets te maken van waar je je zorg organiseert in geval van een onverhoopt faillissement. Als elk ziekenhuis dat doet op het moment dat het helemaal kerngezond is, is het heel normaal om dat aan iedereen te vragen en wordt het geen uitzondering. Dat zou kunnen helpen. Het is voor mij onderdeel van het nadenken over dat earlywarningsysteem. Maar die selffulfilling prophecy, wat ik ook bij het faillissement van Slotervaart wel heb gehoord, willen we natuurlijk niet, dat zou meer dan vervelend zijn.

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Van den Berg over de wachttijden. Sommige patiënten ervaren een te lange wachttijd. Wat kunnen we daaraan doen? Over dit onderwerp zouden we apart een heel debat kunnen voeren, maar de vraag is nu gesteld, dus ik wil die graag beantwoorden. We hebben bij mondelinge vragen eerder gewisseld dat ik vind dat de bekendheid met het wachtlijstbemiddelingsstelsel kan verbeteren. Niet iedereen weet dat je met je verzekeraar kan bellen als je niet binnen de daarvoor gestelde treknormen terecht kan bij het ziekenhuis van je keuze. Dan kun je via de verzekeraar kijken waar je wel terecht kunt. Bij de gelegenheid van die mondelinge vragen heb ik, dacht ik, ook gezegd dat de Patiëntenfederatie met hulp van anderen een systeem aan het opzetten is dat binnen het eerste kwartaal van 2019 gereed zal zijn en waarin je kunt zien waar er nog ruimte is in de capaciteit. Zo kan een patiënt die voor een operatie staat en die niet terecht kan bij het ziekenhuis waar hij altijd naartoe gaat, inzicht krijgen in waar hij wél naartoe kan. Dat vergemakkelijkt het gesprek met de verzekeraar.

Gerelateerd aan de wachttijden is er ook gevraagd of we voldoende specialisten opleiden. Ook op andere punten is dat natuurlijk de vraag. Het antwoord is ja, we leiden echt voldoende mensen op. Maar niet iedereen wil even gemakkelijk in elk ziekenhuis werken. Hier las ik het antwoord in dat ik eerder aan de heer Raemakers heb gegeven, namelijk dat ik vind dat we moeten kijken wat er behulpzaam kan zijn om te vergemakkelijken dat specialisten ook makkelijk in andere ziekenhuizen gaan werken.

Voorzitter. Tot zover over de wachttijden.

Dan het punt van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, het programma van Sjoerd Repping. Er klonk verbazing door in de stem van mevrouw Van den Berg dat niet alle zorg bewezen effectief is en dat we nog een zorgevaluatieonderzoek moeten doen. Als je erover nadent, is het natuurlijk zo dat ook bij de vraag over wel of geen buisjes in de oren, wel of geen hernia-operatie, of wel of niet amandelen knippen, zorg en zorgontwikkeling zich door de jaren heen ontwikkelen. Dus zorgonderzoek en zorgevaluatie, waar Repping zich de komende jaren mee bezig gaat houden, zijn heel nuttig. Het is bovendien een afspraak uit de hoofdlijnenakkoorden.

Tot zover de vragen van mevrouw Van den Berg die nog in mijn mapje zaten.

De voorzitter:

Het is wonderlijk, maar zij heeft daar toch nog een aanvullende vraag over. Dit is hét moment, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. Ik dacht: ik houd in ieder geval één interruptie over voor het rondje met de persoonlijke vragen. Ik zou namelijk heel graag ook een reactie van de Minister willen horen op het feit dat er geen huisartsenpost is in Woerden.

De voorzitter:

Dat was inderdaad in eerste termijn gevraagd. De Minister.

Minister Bruins:

De hap in Woerden is inderdaad gesloten. Dat was voor u geen nieuws, want dat hebben we volgens mij gewisseld bij schriftelijke vragen, ergens al een aantal maanden geleden. Ik heb onder meer aangegeven dat ik het belangrijk vind dat het ziekenhuis en de hap hier goed over communiceren met de inwoners en duidelijk maken wat de gevolgen zijn voor patiënten. Inmiddels is er een ander initiatief, een privaat initiatief, ontstaan, om het eerstelijnsaanbod in de avonden en weekenden in Woerden te verzorgen. Op dit moment is men bezig om de plannen uit te werken. Ik wil u graag informeren zodra er meer zicht is op de komst van een hap in Woerden.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb ook gehoord van dat private initiatief, maar ik heb ook begrepen dat de zorgverzekeraars er nog niet enthousiast van overtuigd zijn. Betekent dit dan ook dat de Minister bereid is om dit wat te duwen? Want, nogmaals, wij vinden het onverteerbaar dat in een stad van 50.000 inwoners er vanaf 17.00 uur geen huisartsenpost meer is en er in het weekend überhaupt geen huisarts beschikbaar is.

De voorzitter:

Gaat de Minister duwen?

Minister Bruins:

Het lijkt mij goed dat het eerste gesprek plaatsvindt tussen de aanbieder, die private partij, en de verzekeraar. Laten die eerst maar eens het goede gesprek voeren, want als wij direct aan tafel komen, wordt het ongelofelijk druk, wat op zich plezierig is. Ik wil mij dus op de hoogte laten houden van de uitkomst van het gesprek tussen de verzekeraar en die private initiatiefnemer. Als meer nodig is, ben ik graag bereid om dat gesprek op gang te brengen en ga ik ook aan de tafel zitten.

Voorzitter. Ik heb nog een vraag liggen van mevrouw Van Brenk over de motie-Geleijnse over bedden capaciteit. Over verbetering van het inzicht in de beschikbaarheid van bedden is op mijn verzoek door de koepel van ROAZ'en, het LNAZ, gesproken. Ze geven aan dat ze de ambitie uit de motie onderschrijven. Er is wel enige terughoudendheid over de invoeringstermijn. Waar zit dat op vast? De kern van de motie is: inzicht bieden in de beschikbaarheid van bedden voor acute zorg in een regio. Dat gesprek is op gang gebracht. Dat was een belangrijk deel van de motie. Dat ICT-achtige deel, dat inzicht bieden, is ingewikkeld, maar dat kun je wel organiseren. Complex is nog dat wij van de ziekenhuizen willen dat zij de gegevens leveren om dat systeem te voeden. Gelukkig is er in Noord-Nederland een pilot aan de gang, die heel goed loopt. Ik hoop dat we dat kunnen gebruiken als reclame voor ook andere ziekenhuizen om dat systeem te laden. Op de vraag of het nou een-twee-drie op nationaal niveau in werking is, reageer ik voorzichtig. Maar er wordt wel aan gewerkt. De gesprekken worden gevoerd en die pilot loopt. Als er vanuit deze kant een zetje moet worden gegeven, dan doe ik dat graag.

De voorzitter:

Mevrouw Van Brenk heeft een vraag.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Ik begrijp dat er wat terughoudendheid is bij ziekenhuizen, omdat als een ziekenhuis bijvoorbeeld twaalf bedden over heeft voor een longfunctie, er gesuggereerd kan worden: goh, het loopt daar niet goed, misschien gaat het wel niet goed. Wij hoeven helemaal niet te weten, mensen hoeven helemaal niet te weten dat er twaalf bedden beschikbaar zijn. Het gaat erom dat er «een» bed beschikbaar is in dat betreffende ziekenhuis.

Misschien kan de Minister helpen om wat koudwatervrees weg te nemen op juist dit punt.

Minister Bruins:

Ja, dat hoop ik te doen aan de hand van de pilot in Noord-Nederland. Dat bedoel ik met reclame maken: kijk, jongens, het kan wel als we collegiaal zijn. Dat moet helpen.

Er was nog een vraag van mevrouw Van Brenk. Die ging over bewegen voor ouderen. Heeft het gesprek dat ik had toegezegd bij het wetgevings-overleg Sport, al plaatsgevonden? Ja, we zijn in gesprek met de ouderenbond. De ouderenbond heeft het Sportakkoord ondertekend. Ze zijn een van de partners in de Alliantie Sporten en bewegen voor iedereen. We praten nu met de ouderenbond over een projectsubsidie ten behoeve van het stimuleren van sport- en beweegprogramma's voor ouderen en van de deelname van ouderen daaraan.

Dan is er nog een vraag van mevrouw Van Brenk, de laatste die ik heb: is de Minister bereid om met zorgverzekeraars te spreken over de vergoeding van preoperatieve zorg, dat wil zeggen een beweegprogramma voordat de operatie plaatsvindt? Ja, ik ben zeker bereid om dat te doen. Er lopen op dit moment al een aantal pilots op het gebied van preoperatieve zorg. Betrokken partijen kijken op dit moment of zij tot een health deal over dit onderwerp kunnen komen. Ook verzekeraars zien dit wel zitten. Menzis speelt hierin een actieve rol.

Voorzitter, tot zover de vragen die ik had genoteerd van mevrouw Van Brenk.

De heer Van Gerven heeft nog vragen gesteld over winstuitkering door zorgaanbieders en de besluitvorming daarover. Ik roep in herinnering dat wij werken aan twee onderzoeken. Het ene is een inhoudelijke analyse van de huidige praktijk en de effecten daarvan op betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Bij verschillende zorgsectoren wordt gekeken naar onder meer behaalde winst, winstuitkering en uitbesteding van activiteiten naar dochterondernemingen en derden. Het andere onderzoek is een juridische analyse van de ruimte binnen de kaders om winstuitkering door zorgaanbieders te kunnen beperken. Mijn oogmerk en ook dat van mijn collega's – wij doen dit met z'n drieën – is dat we u in de eerste helft van dit jaar over de uitkomsten informeren.

Voorzitter, ik hoop dat ik de vragen van...

De voorzitter:

Heel kort.

De heer Van Gerven (SP):

Ik had namelijk gevraagd of hij de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg wil intrekken, want daar is geen draagvlak voor in de samenleving en ook niet bij een meerderheid van de Kamer.

De voorzitter:

Een concrete vraag.

Minister Bruins:

Het antwoord is concreet: nee. Ik wil eerst die onderzoeken afwachten, dan samen met de collega's een opvatting daarover formuleren en dan vandaaruit verder.

Voorzitter. Ik heb nog een vraag van mevrouw Ellemeet. Ze stelt dat extra ondersteuning is gewenst voor geriatrische expertise in ziekenhuizen. Wij proberen het thema «samen beslissen» al langere tijd wind onder de vleugels te blazen. Mevrouw Ellemeet weet dat. Deze aandacht voor geriatrische expertise zou daar, denk ik, heel goed in passen. Je wilt namelijk dat arts en patiënt zo goed mogelijk, op het best mogelijke

niveau samen het gesprek kunnen voeren over de inhoud van de behandeling. Het thema «samen beslissen» is voor u niet nieuw. Wij ondersteunen dat. Wij werken daaraan. Het Zorginstituut werkt daar ook aan. En ik denk dat ZonMw dit thema de komende jaren ook actief blijft ondersteunen, omdat ik dat graag wil.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is mooi. Tegelijkertijd zijn dit wel wat algemeen geformuleerde opmerkingen. Het gaat inderdaad om samen beslissen. Maar ik heb het specifiek over het bekijken en faciliteren van de rol die de geriater daarin kan spelen. Ik zou van de Minister net een stapje meer willen vragen, namelijk om in de programma's die er al zijn, ook te kijken of er meer aandacht kan zijn voor die rol van geriaters.

Minister **Bruins**:

Ik was een beetje voorzichtig, want ik moet nog met ZonMw in gesprek. Er wordt daar gewerkt aan een signalement dat «de oudere patiënt in het ziekenhuis» heet. Daar zou dit thema heel goed in kunnen. Maar ik moet dat gesprek nog voeren. En wat is dan zo'n signalement? Dat is eigenlijk een thema voor op de beleidsagenda van ZonMw. Ik wil dat gesprek dus voeren vanuit het vertrekpunt van «samen beslissen».

Voorzitter. Ik heb nog de vraag liggen: wat doet u aan de personeelstekorten in de ziekenhuizen. Dat was ook een vraag van mevrouw Ellemeet. Ook daarover kunnen we natuurlijk weer een hele middag spreken. Ik noem even de heel grote lijnen. Er wordt heel flink geïnvesteerd in het opleiden van medisch specialisten, van gespecialiseerd verpleegkundig personeel en van medisch ondersteunend personeel. Budgettair is daar ook heel veel geld voor beschikbaar: 800 miljoen. Dat is één. Twee is de aandacht voor het behoud van huidig personeel, voor omscholing, bijscholing en nascholing. Daarvoor is de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg ingericht. Daar zit 200 miljoen in. Dan is er het programma Werken in de Zorg, dat u kent. Daarin gaat het over bijvoorbeeld taakherschikking en jobcarving. U weet ook dat we de publiekscampagne Ik Zorg aan het inrichten zijn. Dat zijn allemaal maatregelen. Is het genoeg? Nee, het is nooit genoeg. Dit vraagstuk is een van de grote vraagstukken waar we voor staan: voldoende mensen voor de zorg interesseren.

De **voorzitter**:

Heel snel, mevrouw Ellemeet. Het kan nog.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Er is een heel mooi voorbeeld uit Canada, waarbij medisch specialisten zelf hebben aangegeven dat ze zich zorgen maken over het tekort aan verpleegkundigen en dat een deel van hun salaris terecht zou moeten komen bij de verpleegkundigen. The Washington Post heeft daarover geschreven. Prachtig. Ik vraag de Minister: lees dat artikel en kijk op welke manier we daaruit inspiratie kunnen halen, zodat we ook in Nederland kunnen kijken naar een betere verdeling van de middelen en we het grote verschil dat we in Nederland kennen, namelijk dat medisch specialisten gemiddeld tien keer zo veel verdienen als een hbo-verpleegkundige, wat kunnen verkleinen.

Minister **Bruins**:

Het begint natuurlijk met het lezen van dat artikel. Dus laat ik dat nou eens toezeggen. En voor de rest – ook over dit onderwerp zouden we een hele middag kunnen spreken, zo zeg ik in de richting van de voorzitter – weet u dat ik wat betreft de medisch specialisten het van belang vind om vooral het thema van de gelijkgerichtheid te bevorderen. Daar doen we onderzoek naar. Ook dat hoop ik dit voorjaar nog af te maken. En dan

denk ik – u heeft allemaal het regeerakkoord gelezen – dat we over de bezoldiging van medisch specialisten best nog het een en ander kunnen zeggen tegen elkaar.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Ik kom bij de vragen van de heer Raemakers, voorzitter. Ik heb er twee of drie. De eerste is: kan verplaatsing van de zorg over de domeinen heen worden gerealiseerd met de huidige bekostigingsregels? Ik hoop dat ik de vraag goed heb geformuleerd. Eigenlijk is het antwoord als volgt. Eén: er kan al heel veel binnen de bestaande regels. Twee: er zijn in de verschillende bekostigingssystematieken vrijwel overal, zo heb ik mij laten vertellen, experimenteerartikelen om over de domeinen heen combinaties te maken. Drie: er is een wet in de maak, de Wet marktordening gezondheidszorg, waarin die ruimte voor het bekostigen over de domeinen heen nog meer aandacht krijgt. Dat wetsvoorstel was al naar de Kamer gestuurd. Dat wordt aangepast. Die aanpassing zal u snel bereiken. Het is een onderwerp van collega De Jonge; hij is daarmee bezig. U hoort dus dat daar wel enige ruimte zit.

De heer Raemakers (D66):

Ik vind het heel goed dat er ook wettelijk wordt gekeken naar hoe je de belemmeringen kunt wegnemen, hoe je het allemaal mogelijk kunt maken. Maar mijn vraag gaat over meer. Deze verandering – van de tweede lijn naar de eerste lijn, de juiste zorg op de juiste plaats – moeten we met zijn allen doormaken. Wat gaat de Minister er nou ook zelf actief aan doen? Hij refereert aan Minister Hugo de Jonge. Die komt heel vaak met een actieplan. Kan de Minister ook zelf zijn visie geven op hoe hij dit mede gaat faciliteren en aanjagen? Kan hij dat eens op papier zetten?

Minister Bruins:

Dat is misschien wel de brief die we eerder bespraken, over hoe ik denk dat de silo's in de zorg beter kunnen worden verbonden, dus over die samenwerking. Daarbij wil ik het betrekken. Dat is eigenlijk de kern. Het is belangrijk dat de zorg in de komende jaren meer uit de eigen silo moet, dat er meer verbinding moet worden gemaakt. Dat zeg ik overigens met erkenning van alle goede initiatieven die er op dat punt al worden genomen. Ik zal er een korte en bondige brief van maken, maar ik hoop wel dat die helderheid verschaft. Het verbinden van domeinen is namelijk van groot belang.

De heer Raemakers (D66):

Dank daarvoor. Ik hoorde de Minister eerder vandaag ook wat zeggen over de verbinding van zorg met sociale thema's. De Minister noemde zelf ook het thema «schulden» al. Daarover is vandaag ook heel veel nieuws. En morgen hebben we daar een debat over. Ik vraag me in dat kader het volgende af. De rijksbegroting heeft allemaal eigen delen. Je hebt VWS, en dan heb je allemaal dingen die bij VWS op de begroting staan. Als je er nou in slaagt om de zorgkosten bij VWS terug te dringen maar daardoor meer kosten op SZW-gebied hebt, wat zomaar zou kunnen in de toekomst, hoe gaan we daar dan mee om? Ik wil gewoon eens een open vraag aan de Minister stellen: hoe ziet hij dat er misschien tussen VWS en SZW beter ontschot kan worden?

Minister Bruins:

We moeten de vraagstukken niet te groot maken, zeker niet om 18.30 uur, na vierenhalf uur debat. Bij schuldhulpverlening is de gemeente de belangrijkste actor. Ik denk dat, als wij in de komende periode de

regiobeelden voor de ontwikkeling van de zorg krijgen, wij zullen zien dat daar niet alleen zorgpartijen bij worden betrokken maar ook andere partijen, zoals gemeenten. Dan heb ik het dus niet over twee departementen die ergens in Den Haag naast elkaar zijn gevestigd en elkaar soms wel goed en soms minder goed kunnen vinden. Dan heb ik het echt over: probeer in de regio de verbinding te maken.

De voorzitter:

De Minister gaat verder. Ik kijk op de klok. Als het een beetje vlot kan, dan hebben we nog net tijd voor een tweede termijn. Dat zou mooi zijn.

Minister Bruins:

Ik haast me, voorzitter. Ik had nog één opmerking over het AYA-platform, waarover de heer Raemakers sprak. Hij zei: er is een pilot psychosociale zorg bij aanpassingsstoornissen na kanker. De pilot liep nog niet zo goed. Inmiddels gaat het wat beter: de instroom in januari is aangetrokken. Ik vind het op dit moment nog voorbarig om conclusies te trekken over de uitgaven binnen de pilot. Als de instroom toch nog achterblijft, zal ik de budgettering heroverwegen. Tegen die tijd zal ik dan een beslissing nemen over de eventuele andere middelen. Dat is een antwoord voor op termijn. Maar u vraagt om een investering in psychosociale zorg voor jongvolwassenen met kanker via dat AYA-platform. Via de voorzitter zeg ik tegen de heer Raemakers dat hij het platform erop kan wijzen dat de jongvolwassenen ook kunnen deelnemen aan de pilot. Zo missen we deze groep daar niet bij.

De heer Raemakers (D66):

Wat bijzonder is aan dat AYA-netwerk, is dat het zowel gaat over de psychosociale problematiek als echt ook over zorg. Men probeert om in het ziekenhuis in het geval van een zorgbehandeling, bijvoorbeeld een chemotherapie of bestraling, ook dat sociale stukje erbij te doen. Het is niet helemaal hetzelfde als psychosociale behandeling. Psychosociale behandeling is er wel onderdeel van. Ik vind het wel een interessante zorginnovatie. Ik zou de Minister daarom willen vragen of hij in gesprek kan gaan met het AYA-platform om te kijken hoe nieuw het is en om op zoek te gaan naar een structurele manier om er middelen voor vrij te maken.

Minister Bruins:

Ik vind dat eerst het gesprek met de wetenschappelijke beroepsvereniging moet worden gevoerd. Dat eerst. Ik heb begrepen dat de petitie van AYA er is. U heeft die ook. Ik wil AYA graag verbinden aan de wetenschappelijke vereniging. Ik heb daarbij op het oog de Stichting Oncologische Samenwerking, Soncos. Dan kunnen de professionals het gesprek onderling voeren. Ik denk dat dat het krachtigste is.

Voorzitter. Ik kom nu op de nog resterende vragen van mevrouw Dik-Faber. Dat zijn er niet meer zoveel. Over de treeknorm en de wachttijden hebben we het inmiddels gehad. Wanneer kunnen we wat betreft de advance care planning concrete stappen verwachten? En wordt advance care planning in de opleidingen meegenomen? Advance care planning, oftewel het gesprek tussen de patiënt en de arts over wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde, krijgt steeds meer aandacht, ook in de opleidingen. Specifiek is dat het geval in bijvoorbeeld de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, en breder zien we dat onder de noemer «samen beslissen». Voor VWS is dit een belangrijk aandachtspunt in de nu lopende gesprekken rond het nieuwe raamplan geneeskunde, dat met ingang van volgend jaar geldt. Bij de gesprekken over de inrichting van de studie geneeskunde die we aan het voeren zijn, wordt advance care planning als thema betrokken. Dit waren de vragen van mevrouw Dik-Faber die ik nog had liggen.

Tot slot kom ik nog op een vraag van de heer Van der Staaij over aandacht voor meer ambulancecapaciteit op landelijk niveau. Er is op dit moment geen krapte wat betreft budget of regels op landelijk niveau. Ik hecht eraan om dat vast te stellen. Wat het op dit moment heel lastig maakt – daar hebben we het eigenlijk de hele middag over – is het personeels tekort. Ik heb u half november het Actieplan ambulancezorg toegezonden, dat tot stand kwam in een samenwerking tussen de zorgverzekeraars, het ministerie en AZN, Ambulancezorg Nederland. Ik denk dat het ook belangrijk is dat we daar bekendheid aan geven. Ik spreek daar veel over met Ambulancezorg Nederland, maar het blijft ingewikkeld om de personeelssterkte voldoende op peil te krijgen.

Ik kom op een vraag over de 15 minuten norm, waarover wij hedenmiddag spraken: kun je de zorgverzekeraars beboeten als zij niet voldoen aan die wettelijke norm om in 95% van de gevallen binnen die tijd bij de patiënt te zijn? Ik vind dat er momenteel voldoende middelen zijn om de zorgverzekeraars scherp te houden. Zij hebben een zorgplicht, ook wat betreft die 95%-norm. Zij maken met de RAV's, de Regionale Ambulancevoorzieningen, afspraken over de te leveren prestaties. Dat kan ertoe leiden dat een RAV wordt gekort op haar budget. Het toezicht daarop is in handen van de NZa. Dus je kunt een zorgverzekeraar beboeten als die 95%-norm niet wordt gehaald, maar ik weet niet zeker of dat de goede trigger is. Mijn gesprekken met de zorgverzekeraars over het Actieplan ambulancezorg zijn er juist op gericht om andere dingen te bedenken, zoals een betere triage en kijken of alle spoedritten werkelijk A1-spoedritten zijn. We kijken dus naar dat soort vraagstukken, om langs die weg te proberen om overal in Nederland weer toe te werken naar die 95%. Dat vind ik krachtiger dan een boete, maar die boete is wel op te leggen.

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

Ik heb nog een vraag over die ambulances. Ik heb aangehaald dat dit op verschillende plekken in Gelderland al jarenlang niet wordt gehaald. Ik weet niet of het in andere provincies ook speelt maar daar kreeg ik wat cijfers van en dat was recent ook in het nieuws. Voorziet het Actieplan ambulancezorg erin dat dit binnen korte tijd dan wel het geval is of helpt het daar niet voor?

Minister **Bruins**:

De crux van uw vraag is «op korte termijn». Dat personeelsvraagstuk poetsen we niet zomaar weg, dat zien we in een aantal regio's in Nederland. We hebben in Urk en Lelystad alles op alles gezet en daar zitten we echt weer aan de goede kant, maar in andere regio's, zoals Elspeet, die u heeft genoemd, is het een kwestie van permanente aandacht. Er zit een hele hoop uitpluiswerk en onderzoek in. Het is niet even makkelijk geregeld om die ambulancesterkte overal in Nederland boven die norm te krijgen, dus dat blijft echt een punt van aandacht. Hoe praktischer de maatregelen zijn, hoe beter het is.

De **voorzitter**:

Ik wijs erop dat we binnenkort een apart overleg hebben over ambulancezorg. Dan zullen we het er uitgebreid over gaan hebben.

Minister **Bruins**:

Ik heb nog één vraag van de heer Rutte. Zijn er kansen om in Lelystad meters te maken met innovatieve vormen van zorg en kan er een experimenteertitel voor de bekostiging worden geregeld? Ik verwijs naar het antwoord dat ik gaf op de vraag van de heer Raemakers. Er kan al veel. Het is mogelijk om via het experimenteerartikel een aanvraag te doen. Wat betreft wetgeving: het aangepaste wetsvoorstel Wet marktorientering gezondheidszorg komt snel naar u toe.

De voorzitter:

Dan met gezwinde spoed toch nog een tweede termijn, want ik denk dat het kan, als we ons beperken tot één minuut per persoon en dat ook echt doen. Ik kondig alvast aan dat er morgenochtend een verslag algemeen overleg is, dus dan kunnen we ook moties indienen. Dat biedt ook weer ruimte. Laten we dit snel doen. Ik begin bij mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel. In een vorig debat zei de Minister: die 45 minuten norm bestaat al vijftien jaar. Dat wil zeggen dat je binnen 45 minuten na een spoedmelding op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis moet kunnen zijn. Het is een norm die eerder in de Kamer is besproken en die is vastgelegd in de regels. Hij stond ervoor en hij gaf het als toezegging. Inmiddels zien we dat de huisartsen, de verloskundigen, de GGD en het gemeentebestuur van Lelystad aangeven dat die tijd fors wordt overschreden, tot 51 minuten en een uur en een kwartier in Urk. En dat boeit de Minister eigenlijk helemaal niet. Hij komt niet met een plan van aanpak, maar hij laat het gewoon zo. We moeten maar afwachten waar de inspectie nog mee komt. Dat scheidt geen vertrouwen. We hebben bij het vorige debat een motie van wantrouwen ingediend. Dit is zo ernstig, dat een Minister dit laat lopen. Bevallende vrouwen zo lang in een ambulance het land door sturen, dat is werkelijk onacceptabel.

Als het gaat om het zorglandschap, die 0% groei zorgt ervoor dat het ene na het andere ziekenhuis zal omvallen. De coalitiepartijen, VVD, CDA, D66 en ChristenUnie, moeten zich dat aanrekenen. Zij zijn verantwoordelijk, zij zitten aan de knoppen. Willen zij niet dat dit gebeurt, dan moeten zij nu bijsturen. Dan moeten zij nu zeggen dat dit onacceptabel is. Op het moment dat een ziekenhuis sluit, gaat het zoals wij hebben gezien bij de verzorgingshuizen. Een ziekenhuis is architectonisch een bijzonder gebouw. Als je dat op stel en sprong terug wil hebben, omdat het aantal ouderen nog gaat verdubbelen tot 2040, dan bouw je dat niet zomaar meer op. Je doet er tien jaar over om een ziekenhuis te bouwen. Je moet dat niet verloren laten gaan. Je moet nu je verantwoordelijkheid nemen en hier een stokje voor steken.

De voorzitter:

Punt.

Mevrouw Agema (PVV):

Want door die 0%-groei norm valt nu het Bronovo om, en straks nog veel meer ziekenhuizen.

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. De antwoorden van de Minister op de zorgen die ik en anderen hadden over de verloskundige hulp op Urk en in andere plaatsen, geven eigenlijk weinig vertrouwen. De Minister zegt dat hij niet wil komen met grote woorden, en dat hoeft voor mij ook niet, maar hij moet wel ingrijpen. Het is mij in dit debat niet duidelijk geworden waarom het niet mogelijk is om die verloskundige zorg op peil te houden. De verloskundigen maken zich zorgen en die vrouwen hebben gewoon minder mogelijkheden dan vrouwen in de rest van het land.

Voorzitter. De mensen uit de Drentse en Groningse Veenkoloniën kijken mee met dit debat en die denken: dat gaat straks bij ons ook zo. Er liggen allerlei plannen. Experts twijfelen aan de haalbaarheid van die plannen. In 2013 is de mensen in die regio's al beloofd dat de zorg op peil zou blijven. Wat is de belofte waard die nu gedaan wordt aan die mensen? Dat vragen zij zich af en ik vraag me dat met hen af.

Daar wil ik heel graag antwoorden op hebben van de Minister. Geen grote woorden, maar gewoon concrete daden, waardoor mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben en ook nog de keuzes kunnen maken die andere mensen, in andere delen van het land, ook kunnen maken. Dank u wel.

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats wil ik de Minister bedanken voor alle antwoorden. Het is in ieder geval goed om te horen van de Minister dat alle regiobesluiten die er nu liggen, voorgenomen besluiten zijn en dat die nog uitgebreid besproken worden in de regio. Vindt de Minister ook dat de zorgbeelden van die regio's ook echt beschikbaar moeten zijn, voordat een definitief besluit genomen kan worden? Het is ook goed om te horen dat de Minister opnieuw bij de kwaliteitskaders de leefbaarheidstoets in het achterhoofd houdt. We zien uit naar de cijfers van Lelystad over verloskunde en spoedeisende eerste hulp; of daar wel of niet voldoende zorgverleners aanwezig zijn. Mijn laatste vraag: ik heb in eerste termijn ook gesproken over de adherentiecijfers. Ik vroeg of we er meer inzicht in kunnen krijgen waar de zorg daadwerkelijk geleverd wordt. Dank u wel.

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Van Brenk.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Dank, voorzitter. In Nederland zou het niet moeten uitmaken waar je woont, of je jong of oud bent. Iedereen moet toegang hebben tot goede zorg, dicht in de buurt. De Minister moet hier regie op houden en zorgen dat die toegankelijkheid en kwaliteit gegarandeerd zijn. Wij zien dan ook uit naar een debat over de langetermijnvisie op ziekenhuiszorg. Ik wil de Minister dankzeggen voor zijn toezegging dat hij openstaat voor bemiddeling, als mensen nu hoge reiskosten hebben, en dat hij zich dan voor hen zal inzetten. Dat vinden wij een mooie plus. Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. Het woord is aan de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. We zijn nu bijna vijf uur aan het debatteren en we zijn alleen maar achteruitgeboerd. We zijn helemaal geen meter opgeschoten in het garanderen van veilige verloskunde in Lelystad, bijvoorbeeld. Zei de Minister eerst nog dat die 45 minuten hem heilig waren, nu ontwijkt hij een antwoord op mijn vraag of een zwangere die met spoed naar het ziekenhuis moet, in 45 minuten het ziekenhuis moet kunnen bereiken. Dan duikt de Minister. Wat is dit voor vertoning, zou ik willen zeggen. Is de Minister bereid om de consequenties te aanvaarden wanneer het helemaal misgaat? Beseft hij dat hij daar medeverantwoordelijk voor is, omdat hij niet handelt? Hij zegt dat de professionals het voor het zeggen moeten hebben, in the lead, heet dat in het Engels, geloof ik. Als de verloskundigen het voor het zeggen hadden gehad, dan was Lelystad niet dichtgegaan. Als de verloskundigen op Urk het voor het zeggen zouden hebben, dan zou Lelystad nu opengaan. Erkent de Minister dat dit de realiteit is? Het zou hem sieren als hij dat erkent en per direct maatregelen neemt om het ziekenhuis in Lelystad weer volwaardig te laten functio-

neren en zowel de acute verloskunde als de spoedeisende hulp daar weer zo snel mogelijk operationeel te maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Dank aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Ziekenhuispolitiek is incidentenpolitiek geworden. Dat is echt een hele treurige constatering. We hebben het hier continu over incidenten. Dat zou gewoon niet zo mogen zijn als we het over zo'n belangrijk onderdeel van de zorg hebben. Ik hoop dat we heel snel kunnen overstappen van incidentenpolitiek naar politiek gebaseerd op een visie, maar dat kunnen we natuurlijk pas doen als we de incidenten goed hebben opgelost. Ik ben dan ook blij dat de Minister heeft aangegeven dat hij in gesprek gaat met de betrokkenen rond Lelystad om te kijken of we niet alsnog met criteria kunnen komen die ook echt werkbaar zijn, opdat goede zorg wordt geleverd in de regio. Zo zijn er nog andere incidenten waar ik verwacht dat de Minister daarbovenop zit en die snel oplost. Ik kijk uit naar zijn visie.

Ik ben blij dat de Minister aangeeft met ZonMw in gesprek te gaan over, zoals ik het heb opgeschreven, het signalement oudere patiënt in het ziekenhuis. Het is belangrijk om daar ook te kijken naar de toegevoegde waarde van de geriater. Ik hoop daar een terugkoppeling op te krijgen. Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. Het woord is aan de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter. In tweede termijn wil ik nog aandacht vragen voor de positie van ziekenhuizen bij de juiste zorg op de juiste plaats. Ik heb in eerste termijn gezegd dat een ziekenhuis nooit belang heeft bij minder patiënten, tenzij je een ziekenhuis daarvoor gaat belonen. Maar daar zal bij komen in de toekomst dat als het lukt om meer zorg in de eerste lijn te organiseren, dit bij een ziekenhuis ook voor capaciteitsproblemen kan zorgen. Ik zie daar nog wel een spanningsveld. We zien dat de Minister heel erg bezig is met Lelystad, met Urk, met Bronovo. We hebben al die plekken heel terecht genoemd. Het is ook terecht dat daar aandacht voor is, maar ik mis wel nog een beetje het grote plaatje hoe wij in de toekomst de ziekenhuizen heel goed betrekken bij het verhaal van «naar de eerste lijn toe». Ik heb wel behoefte – gelukkig is daar maandag ook een rondetafel over in dit huis – om daar nog nader over van gedachten te wisselen. Dank u wel.

De voorzitter:

Maandag hebben wij inderdaad alle kansen op dat gebied. We gaan zo horen wat de Minister ervan vindt. Mevrouw Dik-Faber heeft het woord.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook ik zie heel erg uit naar de rondetafel die we maandag hebben omdat ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is, in de eerste plaats voor kwaliteit van zorg, maar zeker ook om de zorgkosten nu en in de toekomst betaalbaar te houden.

We hebben goed van gedachten kunnen wisselen met de Minister. Er is heel veel langsgekomen, onder andere de regiobeelden, de dialoog en de algemene maatregel van bestuur die eraan komt. Ik ben ook heel blij dat de Minister innovatie, innovatieve zorg en e-health in Flevoland helder op het netvlies heeft.

Mijn enige zorgen zitten eigenlijk toch nog wel in het proces van dialoog. We hebben nog niet de AMvB, maar er zijn nu wel voorbeelden – die casuïstiek krijgen we ook in onze mailbox en zien we in de media – van ziekenhuizen waar veranderingen zijn waar mensen zich ongerust over maken. Die AMvB is er dus nog niet. Tegelijkertijd worden over een halfjaar al de eerste stappen gezet. Over een halfjaar gaan er gewoon al dingen veranderen hier in Den Haag en in Drenthe. Gaat het proces niet te snel? Heeft de Minister het vertrouwen dat die dialoog goed wordt vormgegeven en houdt de NZa daar voldoende toezicht op?
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dik-Faber. Ik geef het woord aan de heer Kuzu.

De heer Kuzu (DENK):

Voorzitter. Mijn fractie maakt zich over meer zorgen dan alleen het proces van de dialoog. In de afgelopen weken en maanden heeft bijna de voltallige oppositie wekelijks aan de interruptiemicrofoon gestaan om een debat te steunen of om een debat aan te vragen over de verschillende onderwerpen die vandaag zijn besproken. Ik heb geconstateerd dat in de afgelopen weken alle coalitiepartijen hebben verwezen naar dit algemeen overleg. Wat een anticlimax was het vandaag. Beloften die in het verleden zijn gedaan, worden niet nagekomen. Keiharde toezeggingen waar Lelystedelingen, Flevolandse en mensen in Drenthe op zaten te wachten, zijn er vandaag niet gekomen. Ik vind het ook schandalig dat de Minister blijft volharden en aangeeft dat we de koppeling van de economische groei aan de zorgkosten realistisch achten.

Morgen zal er plenair een VAO zijn. Als ik nog een laatste punt mag maken: ik heb hier de convocatie voor me met alle onderwerpen die vandaag besproken moeten worden; het is een container-AO geworden dat vijf uur heeft geduurd. Volgens mij moeten we echt vaker en met enige regelmaat over dit onderwerp spreken, zodat we niet alles ophopen in een algemeen overleg waar we dan niet echt toekomen aan datgene wat we moeten bespreken. Dat moet regelmatig gebeuren, zodat de Kamer ook de vinger aan de pols kan houden. Daar spreken we morgen over verder.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Ik weet niet of we daar morgen tijdens het verslag algemeen overleg over praten, maar in de procedurevergadering sowieso. Dan hebben we het over dit soort dingen. Ik geef het woord aan de heer Van der Staaij.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag de Minister danken voor de beantwoording. Ik ondersteun het punt dat mevrouw Ellemeest heeft gemaakt. Ook voor de SGP-fractie is de wens dat we juist op grond van regionale beelden en toekomstvisie niet telkens weer over ad-hocsituaties moeten gaan spreken, maar dat er eigenlijk wat meer rust en duidelijkheid voor iedereen komt. Het ging vandaag bijvoorbeeld heel concreet over de 45 minutennorm en de problemen die er in de verloskundige zorg zijn in Urk en op andere plekken in Flevoland. Dan vind ik het van belang dat we vandaag vaststellen dat we niet de oplossing gaan zoeken in het relateren van die 45 minutennorm, maar juist ook in, zoals ik de Minister ook hoorde zeggen, het weer zo snel mogelijk terechtkomen op plekken waar dat nu niet het geval is.

Voorzitter. Tot slot. Ik weet dat we op een later moment nog doorspreken over de ambulancecapaciteit, maar ik wil hier toch graag het punt gemaakt hebben dat ik het een hele slechte zaak vind als daar te lang situaties zijn waarin de 15 minutennorm niet gehaald wordt. Ik heb daar

een aantal voorbeelden van genoemd. We zullen met voorstellen blijven komen om daar ook verbetering in te kunnen aanbrengen.
Dank u wel.

De voorzitter:

Tot slot zou ik zelf ook graag nog even het woord willen voeren.

Voorzitter: Van der Staaij

De voorzitter:

Dan is het woord aan de heer Rutte voor zijn bijdrage in tweede termijn namens de VVD-fractie.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter, dank u wel. De zorg verandert en de ziekenhuiszorg verandert echt razendsnel. Ik denk dat vandaag opnieuw duidelijk is geworden hoe onmenselijk het is als dat ongecontroleerd gebeurt in de vorm van faillissementen. De brokstukken daarvan zijn we nog steeds aan het oprapen met elkaar. Tegelijkertijd is het ook echt wel goed om te zien dat er stap voor stap aan herstel wordt gewerkt. Dat is niet klaar. Ik ben ook heel blij dat de Minister met de actiegroep in contact treedt, zodat ook daar duidelijke beelden met elkaar kunnen worden gewisseld en we dat stap voor stap invulling kunnen gaan geven op een manier die ook voor de inwoners van Lelystad en Flevoland weer houvast geeft, zo van: dit vinden wij met elkaar goede zorg. Met mevrouw Dik deel ik dat daar ook oplossingen voor slimme zorg thuis en e-healthoplossingen een goede plek in moeten hebben.

Ik ben er erg voor om met deze commissie vaak over gezondheidszorg en over ziekenhuiszorg te praten. Ik hoop dan ook dat als er regionale ontwikkelingen zijn en partijen met elkaar zeggen «we willen het op deze manier in stand houden en met deze verandering gaan we door», dit niet meteen weer hetzelfde verhaal is van: het is allemaal schande en er is weer geen regie. Dan komen we in de situatie terecht dat het nooit goed is. Dat vind ik ook voor het beeld naar buiten niet goed. Dat geeft ook geen vertrouwen. Dat is het laatste wat ik hierover wil zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Rutte, voor uw bijdrage in tweede termijn.

Voorzitter: Arno Rutte

De voorzitter:

Ik kijk naar de Minister. Hij kan meteen antwoorden.

Minister Bruins:

Voorzitter. In de tweede termijn zijn er geen nieuwe thema's langsgekomen. Ik maak nog een enkele opmerking.

Allereerst in de richting van mevrouw Agema. Zij zegt dat de 0%-groei van ziekenhuizen noopt tot bijsturen. We hebben het de hele middag gehad over dat sturen en bijsturen. Toen ik afgelopen zomer de hoofdlijnakoorden aan u presenteerde, had ik voor ogen – die woorden heb ik ook gebruikt – dat ik de werkagenda voor de komende jaren had. Ik dacht: dit is het document aan de hand waarvan u mij kunt afrekenen op wat er gaat gebeuren in de zorg, in de kolommen, in de silo's waar ik voor verantwoordelijk ben: de ziekenhuizen aan de ene kant en de huisartsen aan de andere kant. Sindsdien is er weer zo veel gebeurd dat het goed is om het niet alleen bij die hoofdlijnakoorden en niet alleen bij die werkagenda te laten. Daarom voel ik me uitgenodigd door u, ook door uw debat vanmiddag, om daar iets van een schets – een «visiedocument» vind ik al een veel te groot woord – van te geven. Dat is een schets van hoe de zorg

in Nederland in ieder geval vanuit de ziekenhuizen zich meer beweegt naar ziekenhuiszorg en andere vormen van zorg in de eerste, de anderhalve, de tweede en de derde lijn en hoe die ontwikkeling zich volgens mij zou moeten gaan voltrekken. U kunt er dus van verzekerd zijn dat we sturen en bijsturen met een actieve rol.

In de richting van mevrouw Ploumen. Verloskundige zorg op Urk. Inderdaad, ik heb geen grote woorden gebruikt, maar met mevrouw Ploumen hoop ik dat we kleine stapjes voorwaarts kunnen zetten. Daarvoor hebben we de toekomstverkenner aan boord. Ik ben echt aan het zoeken waar we ten genoegen van niet alleen de verloskundige zorg voor de inwoners van Urk een verbetering kunnen maken. Wat zou ik het graag uitschreeuwen met u: we hebben het allemaal weer op het niveau van een paar jaar geleden geregeld. Dat zie ik nog niet. Daarom ben ik zo voorzichtig. Maar u kunt wel van mij verwachten dat ik daar actief aan werk en blijf werken. Dat geldt voor de verloskunde specifiek, maar ook voor acute zorg en SEH. De budgetten, die beschikbaarheidsbijdragen, blijven ook en blijf ik onder de aandacht brengen van St Jansdal. Daar blijf ik ook het gesprek mee voeren, niet alleen deze maand en komende maanden, maar ook op de langere termijn.

Dan de opmerking die mevrouw Ploumen maakte over Treant. Mevrouw Ploumen haalde een opmerking uit 2013 aan dat er toen ook al eens een poging is gedaan om de toekomst van ziekenhuiszorg of zorg in Drenthe zeker te stellen. Je zou kunnen zeggen: dan blijkt maar eens hoe moeilijk dat is. Ik heb afgelopen vrijdag met partijen gesproken over de vraag wat hun horizon is. Is die drie tot vijf jaar of is die langer? Zij zeggen een tienjaarplan voor ogen te hebben. Dat vind ik wel een prettige constatering. Het lijkt me ook ongeveer het maximum dat je af kunt kijken. Daarbij hoort dat er intensief wordt gecommuniceerd, niet alleen door de leden van het kernteam – dat kwam hier vanmiddag langs – maar ook breder. In ieder geval moet erover gesproken worden door zorgtafel Drenthe. Voor zover er opwekking nodig is vanuit mijn kant, zal ik die blijven doen. Nogmaals zeg ik dat ik daar zelf in persoon aan tafel blijf aanschuiven. Dat heb ik ook afgesproken met de commissaris van de Koning.

In de richting van mevrouw Van den Berg. Denk ik dat die regiozorgbeelden af zijn voordat de situatie Treant bijvoorbeeld van een regionaal beeld is... Ik weet niet zeker of dat zorgbeeld vergelijkbaar is met de andere zorgbeelden die worden gemaakt, maar zij moeten wel in Drenthe een zorgbeeld hebben. Dat geldt ook voor de Haaglanden. Men moet een beeld hebben van waar die zorg naartoe gaat.

Dan het inzicht bieden in adherentiecijfers. Ik vind dat dit een onderdeel moet zijn van die regiobeelden, die wij eerder bespraken. Dus ja, ik vind dat er inzicht moet zijn. Het is even puzzelen hoe.

In het betoog van mevrouw Van Brenk zaten geen nieuwe vragen meer. De heer Van Gerven heeft nog een keer gezegd dat hij graag zou willen dat Lelystad weer een volwaardig ziekenhuis inclusief spoedeisende hulp en actieve verloskunde krijgt. In alle oprechtheid: ik zie het gewoon niet snel gebeuren. Als dat anders was, zou ik het dolgraag vertellen. Ik weet van de inzet die St Jansdal wil plegen. Maar echt, meneer Van Gerven, dat is echt niet iets wat we deze week, deze maand, voor de verkiezingen of zo geregeld hebben. Dat gaat niet. Dat gaat niet gebeuren. Het zijn kleine stapjes voorwaarts. Ik wijs op de beschikbaarheidsbijdrage. We houden de aandacht, ook die van mij, bij het ziekenhuis. Dat is het beste dat ik u kan bieden.

Dan in de richting van mevrouw Ellemeet over de hoofdlijnakkorden en het visiebeeld. Dat heb ik inmiddels met u gedeeld.

Dan nog de vraag van de heer Raemakers: kun je ziekenhuizen belonen voor minder patiënten? Ik vind dat goede voorbeelden van contractering zoals in Bernhoven in Uden, waar die verbinding tussen ziekenhuiszorg en huisartsenzorg echt goed op gang is gebracht, waar die zich ook al een

paar jaren bewijst en waar de zorgverzekeraar ook op intekent, inderdaad kunnen. Het komt dan wel aan op goede afspraken maken. Ik weet dat ook andere zorgverzekeraars die meerjarige contracteringen, die contractering over de ziekenhuissilo heen, steeds vaker doen. Dat gaat de goede kant op.

Mevrouw Dik-Faber stelt terecht dat die AMvB nog de status heeft van een concept-AMvB. Zolang die AMvB een concept is, nog niet is aangenomen en nog niet is verheven tot regelgeving, is het een concept. Maar ik vind het nou juist mijn rol om me wel te gedragen alsof die al is aangenomen. Ik kan gesprekken voeren met ziekenhuizen om te zeggen dat dit de inhoud is van die AMvB en dat zij er goed aan doen om al conform de inhoud van die AMvB te werken. Dat zie ik ook als een actieve rol van mijn kant. Zo deed ik dat met Drenthe en Zuidoost-Groningen en met de HMC, dus ik blijf dat doen, totdat die AMvB tot wasdom is gekomen.

In het betoog van de heer Kuzu zaten geen nadere vragen aan mij.

De heer Van der Staaij ziet het belang van spreken aan de hand van een visiebeeld, niet casusgericht. Dat zou ik ook fantastisch vinden. Aan de andere kant is het soms ook praktisch wat wij op zo'n middag wisselen. Ik denk dat daar soms ook behoefte aan is, in Hoogeveen, in Stadskanaal of op andere plekken in Nederland. Dat geldt voor ziekenhuizen en voor ambulancecapaciteit. Ik zie dat daar nog echt werk aan de winkel is, aan de hand van dat actieplan. Daar zijn we nog niet mee klaar.

Het is echt niet makkelijk, in een situatie waarin we veel meer handjes in de zorg nodig hebben om te doen wat wij kunnen doen, met de schaarse middelen. Het geld of het budget is niet het grootste vraagstuk, maar de personele capaciteit is echt een slim punt.

Tot zover deze verzuchting, voorzitter. Dank voor het debat. Het duurt wel lang, maar ik vind het heel plezierig dat we dit zo uitgebreid konden bespreken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Graag gedaan. Ik moet de commissie complimenten geven. Het is net niet gelukt, 19.00 uur, maar we zitten er heel dichtbij. Dat is een hele prestatie, met zo veel sprekers.

Ik heb een hele rits aan toezeggingen. Het is altijd goed als u even meeluistert, zowel de Minister als de ambtenaren, of het allemaal klopt en of iedereen zich daarin terughoort, aan deze kant van de tafel.

- Voor de zomer stuurt de Minister een toekomstvisie/zorgbeeld over ontwikkelingen in de curatieve zorg naar de Kamer.
- De Minister informeert de Kamer zodra de eerste resultaten te melden zijn van de gesprekken van de toekomstverkenner over verloskundige zorg. Dat schijnt de eerste stap te zijn in de verloskundige zorg. Ik neem aan dat we over elke volgende stap ook zullen horen, mochten die stappen er zijn.
- De Minister stuurt de Kamer in de loop van de komende weken – dat is een krap, maar reukelijk begrip – een reactie op de aangeboden petitie van de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad, die hier aanwezig is, en de resultaten van het gesprek met de actiegroep.
- Eind deze maand zal het eerste product van de toekomstverkenner worden opgeleverd, met hierin verduidelijkingen van de cijfers over verloskundige zorg. Ik heb het vermoeden dat ik die net ook al heb voorgelezen.

Minister Bruins:

Dit is net een andere.

De voorzitter:

Oké, dat is toch een andere. Heel goed.

- In het voorjaar zullen de resultaten van het onderzoek naar specialisten in regio's met tekorten aan deze professionals naar de Kamer worden gestuurd.
- Binnen een maand stuurt de Minister een brief over kwaliteitsstandaarden in relatie tot de casus Lelystad.
- In de eerste helft van het jaar informeert de Minister de Kamer over de twee onderzoeken met betrekking tot winstuitkering in de zorg.

Minister **Bruins**:
Ministers.

De **voorzitter**:

Ja, Ministers. Dat doet niet alleen deze Minister, maar dat doen beide Ministers op het ministerie. Heeft iemand nog iets gemist? Nee. Dan zien wij elkaar ongetwijfeld morgenochtend om 10.15 uur in de plenaire zaal, bij het verslag algemeen overleg, waar iedereen de mogelijkheid heeft om moties in te dienen naar aanleiding van het debat van vandaag. Ik dank u wel.

Sluiting 19.04 uur.