

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2115

Vragen van het lid **Wiersma** (BBB) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het artikel «Ziekenhuis Bernhoven onder hoogspanning: «Verzekeraars hebben te veel macht»»* (ingezonden 23 april 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 juni 2026). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2025–2026, nr. 1905.

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Ziekenhuis Bernhoven onder hoogspanning: «Verzekeraars hebben te veel macht»»?¹

Antwoord 1

Ja, hier ben ik mee bekend.

Vraag 2

Bent u het eens met de stelling dat het zorgverzekeringsstelsel de manier waarop Bernhoven passende zorg levert juist zou moeten stimuleren? Zo ja, waarom lukt dit nu niet?

Antwoord 2

Iedereen moet kunnen rekenen op zorg die hij of zij nodig heeft, nu en in de toekomst. Dit kabinet wil dat bereiken door passende zorg altijd en overal de norm te maken. De keuze van Bernhoven om de organisatiefocus volledig te richten op het implementeren van passende zorg is de weg die dit kabinet wil inslaan. We moeten leren van de lessen die zijn geleerd bij Bernhoven en veldpartijen aanmoedigen deze lessen te benutten.

Dit kabinet gaat voorlopers op passende zorg verder ondersteunen in hun aanpak en bijsturen waar men nog niet zover is. Voor partijen moet de samenwerking aan passende zorg lonend zijn. Daarom kijken we tegelijkertijd of de bekostiging en andere randvoorwaarden voldoende aansluiten bij wat we van partijen vragen. Waar nodig passen we deze aan.

Ik heb uw Kamer onlangs geïnformeerd over een samenhangend pakket aan maatregelen, waarin staat beschreven hoe dit kabinet het doel dat passende

¹ Brabants Dagblad, 17 april 2026, ««Als we een patiënt langer laten liggen, verdienen we 12.000 euro»: waarom Bernhoven dat niet doet en daar de prijs voor betaalt» («Als we een patiënt langer laten liggen, verdienen we 12.000 euro»: waarom Bernhoven dat niet doet en daar de prijs voor betaalt | Regio | BD.nl)

zorg de norm wordt wil bereiken.² Dit pakket aan maatregelen gaat over zowel de zorginhoud, het zorglandschap, de rol van zorgverzekeraars als ook over solidariteit in de zin van hoeveel we (mee)betalen aan de zorgkosten.

Vraag 3

Wat vindt u ervan dat het Bernhoven door deze financiële crisis nu financieel afhankelijk wordt van onder andere meer patiënten en goed moet kijken naar welke behandelingen of afdelingen meer geld opleveren? En wat zegt dit over ons zorgverzekeringsstelsel?

Antwoord 3

Het streven is dat de inzet op passende zorg lonend moet zijn. We zien dat in de situatie van Bernhoven er lessen te leren zijn, waar aanbieders en verzekeraars nu al mee aan de slag kunnen en waar het kabinet bij het verbeteren van de randvoorwaarden ook goed rekening mee zal houden. In algemene zin geldt dat het financiële resultaat van een zorginstelling met diverse factoren kan samenhangen, zoals de individuele bedrijfsvoering en kosten die de zorginstelling maakt. Specifiek in relatie tot de financiering door zorgverzekeraars in het zorgverzekeringsstelsel, gelden in de medisch-specialistische zorg voor het grootste gedeelte vrije tarieven. Dat betekent dat de tarieven in dit specifieke geval worden vastgesteld in contractbesprekingen tussen het ziekenhuis Bernhoven en zorgverzekeraars. Daarbij is veel ruimte voor partijen om verschillende soorten afspraken te maken, bijvoorbeeld door gebruik te maken van aanneemsommen en kritieke prestatie indicatoren (kpi's), die bijvoorbeeld gericht zijn op afspraken over passende zorg.

Daarnaast kijkt dit kabinet of de bekostiging en andere randvoorwaarden voldoende aansluiten bij wat we van partijen vragen. Waar nodig passen we deze aan. Zo heeft ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) eerder geconcludeerd dat de huidige bekostiging van de medisch-specialistische zorg de beweging naar passende zorg onvoldoende ondersteunt.³ Daarom onderzoekt de NZa samen met veldpartijen welke verbeteringen nodig zijn. Dit doet de NZa aan de hand van een aantal thema's die aansluiten bij de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

Vraag 4

Op welke manieren kan passende zorg worden gerealiseerd, zonder dat het systeem van betaling per patiënt op de schop gaat?

Antwoord 4

Het kabinet zet in op de gezondste generatie ooit, met passende zorg nu en in de toekomst. Zoals beschreven in voorgaande vragen kan in sommige gevallen de bekostiging knellen bij het leveren van passende zorg. De NZa onderzoekt daarom samen met veldpartijen welke verbeteringen er nodig zijn. Ook kijken de partijen hoe de huidige bekostiging van de medische-specialistische zorg de beweging naar passende zorg beter kan ondersteunen. Tegelijkertijd biedt de contractering veel ruimte om afspraken te maken over passende zorg, door bijvoorbeeld in te zetten op meerjarenafspraken, waarbij er uitgebreidere en meer inhoudelijke afspraken worden gemaakt dan alleen afspraken over de productie. Deze afspraken in de inkoop van zorg kunnen nu al met de huidige manier van bekostigen worden gemaakt en toegepast.

Vraag 5

Deelt u de opvatting dat ziekenhuizen te afhankelijk zijn van zorgverzekeraars voor het maken van langetermijnafspraken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Ziekenhuizen zijn voor hun inkomsten afhankelijk van zorgverzekeraars. Tegelijk hebben ze ook eigen beleidsruimte en andere vormen van financiering.

² Kamerstukken 36 800 XVI, nr. 191

³ Passende bekostiging in de msz | Nederlandse Zorgautoriteit

Het kabinet vindt het wenselijk dat zorgaanbieders zich zo in een regio organiseren dat inwoners de best passende zorg op de beste plek krijgen en wanneer dat nodig is. Daarom gaat het kabinet actiever sturen op de organisatie van zorg in de regio. De regionale plannen over het zorglandschap moeten daadwerkelijk richting geven aan alle zorgaanbieders in de regio en moeten worden doorvertaald in het inkoopbeleid. Van zorgverzekeraars verwacht het kabinet dat ze sterker gaan sturen op de beschikbaarheid van passende zorg. Daarvoor gaan we de zorgplicht van zorgverzekeraars (inclusief hun rol bij transformaties in de regio) verduidelijken, zodat duidelijk is dat die niet alleen ziet op vandaag maar ook gaat over de toekomst.

Vraag 6

Wat kunt u doen om lange-termijnafspraken met ziekenhuizen te bevorderen?

Antwoord 6

Om lange-termijn afspraken te bevorderen zet het kabinet enerzijds in op een passend zorglandschap, waarbij het kabinet actiever gaat sturen op de organisatie van zorg in de regio. Anderzijds zet het kabinet in op de versterking van de rol van de zorgverzekeraars. Van zorgverzekeraars verwacht het kabinet dat zij sterker gaan sturen op de beschikbaarheid van passende zorg. Wanneer er een gezamenlijke visie is over de toekomstige inrichting van het regionale zorglandschap en welke aanpak nodig is om dit toekomstbeeld te bereiken, dan is het uitgangspunt dat hier regionale afspraken over worden gemaakt vanuit een meerjarig perspectief. De doorvertaling van deze regionale afspraken naar de zorginkoop is hierbij van groot belang en is een van de afspraken waar zorgverzekeraars en gemeenten zich in het IZA al aan hebben gecommitteerd.

Vraag 7

Wat betekent het dat de financiële positie van het ziekenhuis Bernhoven van BDO een 2 uit 10 krijgt, voor het rekruteren, aannemen, opleiden en omscholen van personeel?

Antwoord 7

De financiering van de werving en selectie als ook het opleiden en scholen van personeel is een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering in ziekenhuizen. Daar waar er sprake is van marktfalen bij opleiden, pakt het kabinet zijn rol op. Via het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage stelt het kabinet opleidingsplaatsen beschikbaar voor een groot aantal (medische) vervolgoopleidingen voor artsen, gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteunend personeel in het ziekenhuis (CZO opleidingen). Daarnaast stelt het kabinet via subsidieregelingen middelen beschikbaar voor het opleiden en ontwikkelen van zorgpersoneel in ziekenhuizen. Het betreft de middelen van de Subsidieregeling Strategisch Opleiden MSZ, en het Stagefonds tot en met schooljaar 2026/2027.

In reactie op deze vraag heeft Bernhoven bij het Ministerie van VWS aangegeven dat zij op dit moment geen knelpunten ervaren als het gaat om rekruteren, aannemen, opleiden en omscholen van personeel. Zij kunnen vacatures bovengemiddeld goed invullen, er zijn weinig moeilijk invulbare vacatures en de uitstroom ligt op jaarbasis lager dan het gemiddelde op regionaal en landelijk niveau. Waar het gaat om opleiden en scholen van personeel geeft het ziekenhuis aan binnen de FZO-regio conform de regionale ramingen op te leiden en recent een jarenlange verlenging te hebben gekregen van de accreditatie van de CZO-opleidingen. Het ziekenhuis laat tot slot weten dat veel van de medewerkers aangeven dat zij heel bewust voor Bernhoven hebben gekozen vanwege de sterke focus op passende zorg, waarbij de patiënt en de mens achter de patiënt centraal staan.

Vraag 8

Bent u het eens met de quote van de bestuursvoorzitter van Bernhoven: «De zorg wordt ook niet goedkoper van een fusie?»? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

In algemene zin geldt dat fusies zowel positieve als negatieve effecten kunnen hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zo kunnen fusies schaalvoordelen met zich meebrengen en daarmee de

doelmatigheid van zorg vergroten. Soms is een fusie ook noodzakelijk om de continuïteit van zorg te borgen, waardoor de toegankelijkheid van zorg beter geborgd, terwijl hier mogelijk hogere kosten mee gemoeid zijn. Tegelijkertijd kunnen fusies ook risico's met zich meebrengen. Zo kunnen er door een fusie onvoldoende keuzemogelijkheden overblijven voor de patiënt of kan een ziekenhuis een te sterke economische machtpositie verkrijgen.

Het is niet aan het kabinet om fusies te beoordelen, maar aan de NZa en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) als onafhankelijk toezichthouders. De NZa beoordeelt fusies op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) via de zorgspecifieke fusietoets (zft). Daarbij toetst de NZa een voorgenomen fusie op de continuïteit van cruciale zorg en de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders. De ACM beoordeelt een voorgenomen fusie op grond van de Mededingingswet (Mw). Daarbij toetst de ACM op mogelijk concurrentiebeperkende effecten, zoals een vermindering van de keuzemogelijkheden en potentiële prijsstijgingen. Het kabinet verwacht dat fuserende partijen – gegeven de beoordeling door beide toezichthouders – eerst zorgvuldig afwegen wat de gevolgen van een fusie zijn voor de kwaliteit, continuïteit en betaalbaarheid van zorg. Zoals toegelicht in de Kamerbrief van 22 april jl.⁴ is het kabinet daarnaast voornemens het fusietoezicht in de zorg en economie-breed aan te passen. Daarmee worden de toezichthouders beter in staat gesteld evident onwenselijke concentraties in de zorg tegen te houden (NZa) en eerlijke concurrentie economie-breed te bevorderen (ACM).

Vraag 9

Bent u bereid de relevante scenario's rondom fusie, sluiting en schaalvergroting bij de lijst met ombuigingen 2026 (begroting 2027) aan te passen aan de huidige stand van onderzoek of hier het gesprek over aan te gaan met Minister van Financiën? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

De lijst met ombuigingen is een ambtelijk product van het Ministerie van Financiën dat jaarlijks wordt geactualiseerd en een overzicht biedt van technische mogelijkheden om de overheidsuitgaven te verlagen (bezuinigingsmaatregelen). De ombuigingslijst is bedoeld ter ondersteuning van goed geïnformeerde besluitvorming en bevat geen oordeel over de politieke (on)wenselijkheid. De ombuigingslijst van 2026 is nog niet gepubliceerd, en ombuigingslijsten uit eerdere jaren bevatten geen algemene scenario's rondom fusie, sluiting en schaalvergroting. Wel zijn in ombuigingslijsten in eerdere jaren potentiële maatregelen opgenomen over concentratie en sluiting van SEH's. Deze maatregelen worden beschreven op een hoog abstractieniveau. Wanneer daartoe aanleiding is, worden ombuigingsmaatregelen uit eerdere jaren als vanzelfsprekend geactualiseerd op basis van de meest recente inzichten.

Vraag 10 en 11

Kunt u voorafgaand aan het commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel aangeven op welke manieren het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel impliciet en expliciet stuurt op volume, concentratie en schaalvergroting van basis of reguliere zorg, onder andere aan de poort of via normen bij de ambulance?

Hoe wordt «overheidsregie op spreading», afkomstig uit het regeerakkoord, vormgegeven, zowel voor de acute of de planbare zorg? Welke nieuwe instrumenten worden hiervoor ingezet en hoe dragen die bij aan spreading van reguliere zorg?

Antwoord 10 en 11

Binnen het Nederlandse zorgstelsel wordt op verschillende manieren, zowel impliciet als expliciet, en door verschillende partijen (ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid), gestuurd om te komen tot een inrichting van een zorglandschap waarin de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg worden geborgd. Voor dit kabinet is passende zorg daarbij nadrukkelijk het uitgangspunt en de norm. Een belangrijke rol bij de inrichting van het

⁴ Kamerstukken II 2026/27, 32 620 nr. 314

zorglandschap en de beweging naar passende zorg is weggelegd voor zorgverzekeraars, bij wie de zorgplicht is belegd. Via de contractering sturen zij op doelmatigheid, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg. Het kabinet wil deze rol versterken door zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven om niet-passende zorg niet langer te contracteren of te vergoeden, zodat zij gericht kunnen sturen op passende zorg en toekomstbestendige toegankelijkheid. Het kabinet gaat de zorgplicht van zorgverzekeraars (inclusief hun rol bij transformaties in de regio) verduidelijken, zodat duidelijk is dat die niet alleen ziet op vandaag maar ook gaat over de toekomst.

Naast zorgverzekeraars hebben ook de medische beroepsgroepen een belangrijke verantwoordelijkheid. Zij bepalen via richtlijnen en kwaliteitsnormen wat goede en passende zorg is. Dit resulteert vervolgens in regionale werkafspraken (onder andere op ROAZ-niveau), waardoor bijvoorbeeld een ambulance weet bij welke poort zij een patiënt met een specifieke ingangsklacht het beste kunnen presenteren, zodat betreffende patiënt meteen de juiste zorg ontvangt. Het kabinet stelt daarbij scherpere eisen aan de totstandkoming en actualisatie van deze normen, zodat duidelijker wordt welke zorg wel en niet passend is.

De beweging naar passende zorg vertaalt zich verder in de inrichting van het medisch zorglandschap, waarbij het kabinet actiever gaat sturen op de organisatie van zorg in de regio:

- Verscherpen en verduidelijken van de landelijke kaders en minimale eisen voor zorgaanbieders. Deze eisen zijn helder, toetsbaar en gelden voor alle zorgaanbieders, ongeacht de regionale context. Denk hierbij aan deelname aan samenwerkingsverbanden en aan cruciale functies zoals de avond-, nacht- en weekend-zorg.
- Wettelijk vastleggen dat zorgaanbieders in samenspraak met zorginkopers verplicht zijn om constructief en gedegen deel te nemen aan het opstellen en uitvoeren van regionale plannen voor een passend zorglandschap. Wat onder constructieve en gedegen deelname wordt verstaan, wordt uitgewerkt in procesvoorwaarden.
- Er wordt gezorgd dat regionale plannen over het zorglandschap daadwerkelijk richting geven aan alle zorgaanbieders in de regio. En er wordt geborgd dat die richting niet vrijblijvend is.

Voor partijen moet de samenwerking aan passende zorg lonend zijn. Daarom kijken we tegelijkertijd of de bekostiging en andere randvoorwaarden voldoende aansluiten bij wat we van partijen vragen.