

Vergaderjaar 2018–2019

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 228

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 7 juni 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 april 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. 13 maart 2019 inzake stand van zaken MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart (Kamerstukken 31 016 en 29247, nr. 213);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 maart 2019 inzake afschrift instellingsbesluit commissie faillissementen ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 214);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 april 2019 inzake reactie op het verzoek van de commissie om een reactie op bericht Trouw.nl d.d. 1 april 2019 «Ziekenhuis weigert bloed prikken bij patiënt van concurrent» (Kamerstuk 31 016, nr. 217);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 april 2019 inzake bestuurlijke afspraken Maasziekenhuis Pantein (Kamerstuk 31 016, nr. 216);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 april 2019 inzake antwoorden op vragen van de commissie over de stand van zaken rondom het faillissement van ziekenhuizen (Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 218);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 april 2019 inzake de reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 4 april 2019, over het bericht «Van ziekenhuis naar gezondheidsorganisatie: 28 regionale ziekenhuizen lanceren nieuwe strategische koers» (Kamerstuk 27 295, nr. 172);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 april 2019 inzake de reactie op het verzoek van het lid Hijink, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 16 april 2019, over wachtlijsten van een jaar na het sluiten van het MC Slotervaart (Kamerstuk 32 620, nr. 226).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Dik-Faber, Hijink, Kuzu, Lodders, Ploumen, Raemakers, Renkema en Arno Rutte,

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

Aanvang 10.01 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, allemaal. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een algemeen overleg over de stand van zaken ziekenhuisfaillissementen. Ik heet de Minister voor Medische Zorg en Sport, zijn ondersteuning, de Kamerleden, de mensen hier in de zaal en de mensen die dit debat op een andere manier volgen hartelijk welkom. Ik constateer dat er nog maar vier Kamerleden zijn. Ik schat in dat er echt nog wel een aantal mensen komen, maar het kan zijn dat ze onderweg zijn vertraagd. Ik zou wel willen voorstellen om van start te gaan. We hebben van 10.00 uur tot 14.00 uur de tijd. Ik wil daar ook echt aan proberen vast te houden, dus ik zal proberen dat als voorzitter in goede banen te leiden.

Dat waren de huishoudelijke mededelingen. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Hijink. De heer Hijink spreekt namens de fractie van de SP. We hebben vijf minuten spreektijd afgesproken. Ik zou twee interrupties richting elkaar willen afspreken. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Dank u, voorzitter. Ik vervang vandaag mijn collega Van Gerven, die normaal gesproken deze debatten doet. Hij is helaas door persoonlijke omstandigheden niet in de gelegenheid om vandaag hier te zijn.

Voorzitter. Er zijn wachttijden van vier maanden voor de oogarts.

Patiënten die in oktober op controle moesten in MC Slotervaart kunnen nog steeds niet terecht in een ander ziekenhuis. Mensen geven aan dat er nu hele reeksen onderzoeken opnieuw worden uitgevoerd. Dat is zonde van de tijd en natuurlijk verspilling van zorggeld. Dit zijn nog maar de eerste resultaten van een oproep die de SP in Amsterdam deed. Er zijn inmiddels tientallen reacties binnengekomen en mensen bevestigen het beeld dat artsen, ambulancepersoneel en huisartsen ook hebben. Steeds vaker moeten zij leuren met patiënten om de juiste zorg te kunnen krijgen. Ik vraag aan de Minister hoe hij op deze verhalen reageert.

Kan de Minister ook aangeven wat nu precies de stand van zaken is bij het MC Slotervaart? Hoe staat het nu met die lening van Zadelhoff die een faillissement ongedaan zou kunnen maken? Klopt het dat dit zou kunnen betekenen dat De Boer en Winter hun werk weer kunnen hervatten? Klopt het ook dat de curator een eventueel onderzoek naar wanbeleid niet meer zal uitvoeren op zo'n moment? Dat zou natuurlijk te bizar voor woorden zijn. Ik hoor graag of de Minister dat met de SP eens is.

Dan de situatie in Flevoland. Het St Jansdalziekenhuis in Harderwijk moet vaker dan voorheen een patiëntenstop op de spoedeisende hulp afkondigen door een toestroom van patiënten uit Lelystad en omgeving.

Terecht maakt de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad zich zorgen over de menselijke maat, de invloed van inwoners en de gevolgen voor mensen van het afwezig zijn van een ziekenhuis in Lelystad. Klopt de stelling van de actiegroep dat ook de inspectie vaststelt dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in Flevoland sterk is afgenomen? Klopt het dat patiënten zorg mijden?

Voorzitter. Het lijkt slechts een kwestie van tijd voordat het een keer goed misgaat in Flevoland. De Minister heeft ongetwijfeld ook de noodkreet van

het college van burgemeesters en wethouders uit Lelystad gelezen. Zij beschrijven een aantal situaties, waaronder een verhaal van een vrouw die drie weken geleden werd opgeroepen om naar de spoedeisende hulp te komen. In Harderwijk was geen plek en in Almere, Amersfoort, Hilversum en Zwolle ook niet. Mevrouw kon een uur rijden naar Apeldoorn, maar de zoektocht had inmiddels zo lang geduurd dat een ambulance gebeld moest worden. Uiteindelijk zijn we vier uur verder voordat mevrouw de zorg krijgt die ze nodig heeft. Er is zo veel onnodig leed dat je je afvraagt waarom het kabinet het zover laat komen. Denkt de Minister dat het sluiten van ziekenhuizen op deze manier de zorg nog goedkoper maakt? Als een specialist stad en land moet afbellen voor een plek, als ambulances moeten uitrukken omdat iemand niet meer op eigen gelegenheid kan reizen, als iemands toestand flink verslechtert omdat er nergens plek is, wie wordt daar dan precies beter van? Dat vraag ik aan de Minister.

Voorzitter. De Minister laat zelf zien dat het ook anders kan, namelijk bij het Maasziekenhuis in Boxmeer. Hij wil dat ziekenhuis juist overeind houden. De komende jaren kan het ziekenhuis rekenen op 2,5 miljoen euro per jaar om noodzakelijke zorg te kunnen leveren. Het lijkt een soort loterij te worden in ziekenhuisland. Het ene ziekenhuis gaat uit concurrentieoverwegingen dicht, het andere wordt door de Minister geholpen en het lot van andere ziekenhuizen ligt in handen van de verzekeraars. Vindt de Minister zelf dat hier een beeld ontstaat van een overheid die samenhangend beleid voert op de ziekenhuiszorg?

De Minister noemt het wegvallen van acute zorg en verloskunde in de omgeving Boxmeer als een van de redenen om geld te steken in het ziekenhuis. Dat is natuurlijk prima, maar kan hij dat ook uitleggen aan de inwoners op Urk, voor wie acute zorg en verloskunde nog steeds niet goed geregeld zijn? Hoe legt hij dat uit aan die vrouwen op Urk, zeker nu we het verhaal kennen van een vrouw die een uur lang met persdrang in een ambulance op weg was naar het ziekenhuis? Verdienen deze mensen niet dezelfde, gelijkwaardige behandeling van deze Minister?

Voorzitter. De SP ontvangt graag een gedetailleerde doorrekening van het RIVM voor het geval het ziekenhuis in Boxmeer failliet zou zijn gegaan. Wat waren dan de gevolgen geweest? Op welke cijfers baseerde de Minister zich bij het besluit om het ziekenhuis te redden? Blijkt uit die cijfers bijvoorbeeld dat volgens de 45 minuten norm dit ziekenhuis gewoon failliet had kunnen gaan?

Tot slot. De chaotische manier waarop op dit moment ziekenhuizen failliet gaan, in de problemen komen of toch gered worden, is heel slecht voor patiënten en voor zorgverleners. De vraag is of de Minister bereid is vandaag te verklaren dat ziekenhuislocaties nu niet meer gesloten worden en dat daar waar spoedeisende hulp en klinische verloskunde nog aanwezig zijn hij garandeert dat die daar ook gaan blijven. Die toezegging is wat de SP betreft heel belangrijk om de rust in ziekenhuisland nu eindelijk terug te brengen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Raemakers. Hij spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter, dank u wel. Het is goed dat we vandaag weer hier spreken over de faillissementen van het Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen. Ik denk dat twee zaken van belang zijn. Allereerst loopt er nu natuurlijk een onderzoek naar welke lessen de politiek kan trekken. Het is eerder gezegd, maar ik herhaal het hier: ik denk dat we het bij deze faillissementen als politiek te laat doorkregen en het was ook echt niet goed dat het allemaal zo abrupt moest worden uitgevoerd. Ik denk aan de patiënten die binnen

24 uur moesten worden verplaatst et cetera. Ik denk dus dat het heel belangrijk is dat dat onderzoek later dit jaar beschikbaar komt. We zijn heel benieuwd welke lessen we dan kunnen trekken. Ik denk dat het voor nu heel belangrijk is om te kijken hoe we de zorg op dit moment gaan verbeteren. In Amsterdam liggen natuurlijk wat meer ziekenhuizen, dus daar is het probleem wat minder urgent, maar in Flevoland is het wel heel urgent en dat maken we ook wel op uit de stukken.

Het is goed dat wij een inkijkje hebben gekregen in het feitenboek, het proces van de toekomstverkenner. Wij zijn natuurlijk ook heel benieuwd naar de eindrapportage die deze zomer gaat komen. Ik wil daar wel even twee punten uit halen. Het eerste is de druk op de spoedeisende hulp in allerlei ziekenhuizen. We lezen over situaties waarbij patiënten in een ambulance zitten en het de bedoeling is dat ze naar het ene ziekenhuis gaan. Maar daar zit de SEH vol, dus moeten ze naar een andere spoedeisendehulp post gaan. Daar maken wij ons wel zorgen om. De drukte in de acute zorg is natuurlijk breder bekend. We horen vaker dat ook in de Randstad situaties spelen waarbij patiënten naar een andere SEH moeten. Wij willen vragen: wat kan de Minister specifiek voor Lelystad, Urk en Flevoland doen en wat kan hij daarover zeggen?

Het tweede punt over Flevoland. We hebben gezien dat het ziekenhuis St Jansdal het patiënten die bij een zelfstandige kliniek onder behandeling staan niet toestaat om bijvoorbeeld bloedonderzoek of ander diagnostisch onderzoek te doen. Wij hebben daarover natuurlijk een brief van de Minister gelezen, waarin de Minister zegt dat de NZa en de ACM dit nauw volgen. Maar ik vraag mij af: wat vindt de Minister daar nou zelf van? Is het niet willen uitvoeren van diagnostisch onderzoek omdat de patiënt geen behandeling in het ziekenhuis wil niet gewoon een verkeerde financiële prikkel? Zouden wij de keuzevrijheid van patiënten niet gewoon moeten vergroten en een meer algemeen recht moeten geven aan patiënten om overal waar zij willen dat diagnostisch onderzoek te kunnen laten doen, los van waar zij behandeld willen worden? Als een specialisme niet in een ziekenhuis aanwezig is, dan kan ik mij heel goed voorstellen dat mensen naar zo'n zelfstandige kliniek gaan. Voorzitter, dat waren mijn vragen over Flevoland.

Ik wil ook graag de redding van het Maasziekenhuis Pantein te Beugen in de gemeente Boxmeer aan de orde stellen. Ik heb daar, net als collega Hijink, wel een aantal vragen over. Waarom is er nu wel een bijdrage van VWS voor het Maasziekenhuis, maar was die er niet voor het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen? De redenen nummer één tot en met vier die de Minister in zijn brief noemt over specifiek Boxmeer gelden toch ook voor Flevoland? Waar zit het verschil in? Hoe komt de Minister voor het ziekenhuis in de gemeente Boxmeer op het bedrag van 2,5 miljoen euro per jaar?

Voorzitter, ik denk dat ik heel even wacht.

De voorzitter:

Ja, laten we even wachten tot de bel voorbij is. Voor de mensen die hier voor de eerste keer aanwezig zijn: dit is de bel voor de aanvang van de plenaire vergadering. Hij duurt een minuut.

De heer Raemakers vervolgt zijn betoog.

De heer Raemakers (D66):

Ik was bezig met mijn vraag over het Maasziekenhuis in Boxmeer. VWS gaat dus 2,5 miljoen euro per jaar uitgeven. Hoeveel leggen de andere partijen, de zorgverzekeraar, de bank, andere ziekenhuizen, in? Had de bijdrage van VWS ook minder kunnen zijn als de Minister bijvoorbeeld scherper onderhandeld had? Als de verzekeraar, de bank, het Radboud et cetera dat ziekenhuis op die plek zo belangrijk vinden, waarom kwamen zij er dan onderling niet uit?

Dan heb ik nog een vraag over een passage in de brief. In de brief wordt – ik citeer – «de renteontwikkeling en de omstandigheden op de vastgoedmarkt na de financiële crisis» als vijfde reden genoemd om een financiële bijdrage te geven aan dat ziekenhuis. Dat zou een omstandigheid zijn waar het ziekenhuis deels zelf niks aan kan doen. Waar blijkt dat uit? Kan dat nader onderbouwd worden?

Tot slot, voorzitter. We hebben gezien dat het Maasziekenhuis ook in het verleden vaak een slechte beoordeling had en dat er financiële problemen waren. Hoe kan de Minister ons garanderen dat dit zeker een goede keuze was? Zijn er meer ziekenhuizen in Nederland die mogelijk met dit soort problemen kampen? Gaat VWS dan weer een financiële bijdrage leveren? Al met al denk ik dat consistentie in het beleid gewenst is. In de visie die de Minister maakt over het curatieve landschap is het denk ik heel belangrijk om tot één kader te komen: wanneer gaan we wel en wanneer niet, en onder welke voorwaarden, bijdrages leveren aan ziekenhuizen? Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat roept nog vragen op, allereerst bij de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Snapt de heer Raemakers dat datgene wat nu bij het Maasziekenhuis is gebeurd, nogal een beeld oproept van willekeur? Snapt hij dat mensen overal in ons land het gevoel krijgen dat het ene ziekenhuis aan het lot van de verzekeraar wordt overgelaten, maar dat de Minister op andere momenten wel inspringt? Vindt hij dat dit een verantwoorde manier is om met de ziekenhuiszorg in ons land om te gaan?

De heer Raemakers (D66):

Ik denk dat dit een terechte vraag is van de heer Hijink. Ik heb er in mijn vragen ook op gewezen dat het voor de Kamer heel lastig te controleren is hoe het ministerie hierbij tot 2,5 miljoen euro per jaar komt. Dat gaat ook een aantal jaren door. Waarom laat het ministerie het in dit geval niet aan de zorgverzekeraars en andere partijen over, maar intervenueert het zelf? Ik deel eigenlijk dus wel de vraag van de heer Hijink. Hoe voorkomen we willekeur en hoe krijgen we één uniform kader? Ik snap deze vraag en ik wil er graag vandaag een antwoord op van de Minister.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Hijink

De heer Hijink (SP):

Wat mij betreft bevestigt dit dat de grip van de overheid op de zorg de afgelopen jaren veel te veel tekort is geschoten. We hebben dus te veel de boel de boel gelaten aan de markt, de zorgverzekeraar en zorgaanbieders. We zijn dus afhankelijk geworden van de macht van verzekeraars, terwijl heel Nederland het liefste wil dat de Minister, die toch eindverantwoordelijk is voor de zorg in ons land, op tijd ingrijpt, zoals nu bij het Maasziekenhuis gebeurt. Is D66 het dus met de SP eens dat we meer die kant op moeten, dat we naar een stelsel toe moeten waarin de democratisch gecontroleerde overheid bepaalt en controleert op welke plekken welke vormen van zorg worden aangeboden? Dan kan overal de leefbaarheid van mensen centraal staan.

De heer Raemakers (D66):

Nee, daar zou ik niet voor zijn, omdat ik ook denk dat het belangrijk is dat ziekenhuizen hun eigen verantwoordelijkheid hebben. Ziekenhuizen moeten zorgen voor een goed bestuur. Waar dat niet het geval was – helaas is Slotervaart daar een goed voorbeeld van – zijn ook heel veel dingen misgegaan. Daar was mismanagement. Als een ziekenhuis door

omstandigheden die het deels zelf in de hand had in de problemen komt – dan is Slotervaart even een goed voorbeeld – moet je als overheid niet ten koste van alles zo'n ziekenhuis willen redden. Misschien had het Slotervaart wel eerder dicht gemoeten. Misschien had het niet zo moeten gaan. Natuurlijk begrijp ik dat dit voor de patiënten heel vervelend is, maar ik wil niet dat wij ten koste van alles altijd bijspringen. Als een ziekenhuis niet goed presteert, als een bestuur wanbeleid laat zien, moeten wij juist zeggen: het houdt een keer op.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voortbordurend op de vraag van collega Hijink. Bij het Slotervaart en in Flevoland hebben we gezien dat de verzekeraar de stekker eruit trok, om het zo maar even te zeggen, en dat de Minister het zag gebeuren. Ik hoor de heer Arno Rutte naast me mompelen: dat weten we niet. Maar ik heb hier net een bericht in De Telegraaf gezien waarin de voorzitter van Zilveren Kruis, mevrouw Fijneman, zegt dat ze zogenaamd lessen trekken uit het bankroet. Maar dat doen ze niet. Ze geeft ook aan dat ze zo niet verder konden. Ik laat dus even mijn punt staan.

De voorzitter:

Mag ik u vragen om uw vraag aan de heer Raemakers te stellen, niet aan de heer Rutte, die nog geen betoog heeft gehouden?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De heer Rutte komt later! Even terug. De verzekeraar trekt de stekker eruit, patiënt en personeel zijn de dupe, de Minister kijkt toe. Zou er dan niet op zijn minst veel meer een regisserende rol van de overheid moeten zijn dan er tot nu toe is en de Minister tot nu toe heeft laten zien? Dat zou de heer Raemakers toch met mij eens moeten zijn? Want nu laten we onze oren hangen naar de verzekeraars.

De heer Raemakers (D66):

Ik heb in het plenaire debat in het najaar ook aangegeven dat wij vonden dat de zorgverzekeraars in de casus van Slotervaart, maar ook de IJsselmeerziekenhuizen een wel erg bepalende rol hadden. Ik heb in dat debat ook gezegd: we hebben allemaal een feitenrelaas gekregen van de IGJ en de NZa, maar ik vind dat die er wat laat bij staan en dat het inderdaad lijkt alsof de verzekeraar, in dat geval Zilveren Kruis, er wel heel erg over besliste, ook over de inhoudelijke kwaliteit van zorg. Wij hebben daar toen onze zorgen over uitgesproken. Volgens mij zijn er in dit huis heel veel moties aangenomen, waaronder één motie die vraagt om een earlywarningsysteem waarmee de Minister, de overheid het veel eerder doorkrijgt als er problemen zijn. Of het ministerie, de IGJ of de NZa dat moet doen, daar gaat het niet om, maar het moet niet alleen in handen van de zorgverzekeraar zijn. Daar ben ik het helemaal mee eens.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dat is goed om te horen. Zo'n earlywarningsysteem is natuurlijk prima, maar eigenlijk is dat toch een beetje symboolpolitiek. Het zou allemaal niet nodig zijn als er vanuit de overheid een kordate, rationele regie zou zijn. Wat weerhoudt de heer Raemakers ervan om «ja» te zeggen op mijn vraag of hij het ermee eens is? Of misschien doet hij dat wel gewoon!

De heer Raemakers (D66):

Het is natuurlijk niet zo zwart-wit als mevrouw Ploumen nu schetst. Die regie is er sowieso al met de 45 minuten norm, waarbij we een aantal ziekenhuizen als «gevoelig» hebben aangemerkt. De overheid heeft er heel veel regie op om te zorgen dat die ziekenhuizen altijd in stand blijven. Ik denk dat het ook een goede zaak is hoe de Minister nu helpt om in Lelystad en Flevoland te bekijken hoe zorgvormen in stand kunnen worden gehouden. Wij zijn ook tevreden met de voortgang op dat vlak. Maar gezien het voorbeeld uit Boxmeer denk ik dat we wel een kader nodig hebben waarbinnen de Minister moet opereren. Op dat vlak zou ik vandaag graag meer invulling van de Minister zien.

De voorzitter:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog gekomen. Dat betekent dat ik mevrouw Van den Berg het woord geef. Zij spreekt namens de fractie van het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Zorg moet beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar zijn, ook in de regio. Dat is het leidende thema van mijn initiatiefnota Zorg in de regio. Nabijheid van zorg is zeer bepalend voor de leefbaarheid. Afgelopen week kregen we het bericht over Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer. De directie trekt tijdig aan de bel en alle betrokkenen leveren een bijdrage om het ziekenhuis door een moeilijke periode te helpen. Wat een verschil met de IJsselmeerziekenhuizen! Het is triest te constateren dat de zaken nog lang niet op orde zijn en te zien hoe de inwoners van Flevoland daarvan de dupe zijn. Ik deel maar even wat ik verneem via de actiegroep, de ouderenbonden, het provinciebestuur, het gemeentebestuur, de patiëntenvereniging en mijn eigen CDA-contacten. Zo zijn er discussies over medische dossiers en over de vraag waar die opgeslagen worden. De lijst met voorbeelden van lange wachttijden en mensen in stressvolle situaties wordt alleen maar groter. Niet verrassend door de sluiting van de spoedeisende hulp zijn de aanrijtijden van de ambulances langer. Een aantal artsen halen de krenten uit de pap en beginnen een eigen kliniek, maar de minder interessante gebieden blijven achter. Conclusie: versnippering, een pand dat niet gebruikt wordt en onduidelijkheid in het aanbod van zorg.

Intussen is er sprake van zorgmijding omdat de reisafstand te groot is voor veel mensen en het openbaar vervoer geen rekening houdt met loopafstanden. Mensen die geplande zorg nodig hebben en het vervoer wel kunnen betalen, gaan shoppen in andere ziekenhuizen, want St Jansdal in Harderwijk kan het niet aan en is regelmatig vol. In het overleg over acute zorg is ons voorstel aangenomen om het aantal stops per ziekenhuis in kaart te brengen. Kan de Minister dit voor de ziekenhuizen uit het rapport van de toekomstverkenner voor medio juni 2019 opleveren? Wordt in het gesprek met de zorgverzekeraars naast Urk ook Noordoostpolder meegenomen met betrekking tot de extra vergoeding voor kraamhulp?

Voorzitter. De zorg in Flevoland moet zo snel mogelijk weer opgebouwd worden. Daarvoor is de toekomstverkenner aangesteld. Maar cijfers over de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen, waar we met z'n allen het meest op zaten te wachten, ontbreken in dit rapport, terwijl dat de basis was voor de CDA-motie. Ik ben daarin teleurgesteld. Wanneer worden die cijfers opgeleverd? Neemt de toekomstverkenner ook het KPMG-rapport van de provincie mee om de zorgbehoefte in beeld te brengen? Hoe worden patiëntverenigingen daarbij betrokken?

Voorzitter. Al met al is het wat ons betreft een rommeltje. De inwoners zijn de dupe. De Flevolandse bevolking moet perspectief krijgen. Daarom moet zo snel mogelijk weer een sluitende zorginfrastructuur worden gerealiseerd. Niet de zorgverleners, maar de zorgbehoefte moet leidend zijn.

Dat brengt mij bij de zorgverzekeraars, die onzes inziens niet actief genoeg zijn. Alles kan nu nog snel opgebouwd worden, zonder al te veel kosten. Klopt het dat er op korte termijn een shortstay voor laagcomplex geplande zorg mogelijk wordt? Welke acties ondernemen de zorgverzekeraars nu?

Voorzitter. Kan er niet een spoedeisende hulp, een nieuw niveau 4, ingericht worden, waar ervaren spoedeisendehulpartsen het grootste deel van de eerste hulp kunnen verzorgen zonder specialisten? Van spoedeisendehulpartsen die ik heb gesproken, begrijp ik dat men met goede regionale afspraken en goede triage in de eerste lijn die scheiding kan maken. Indien nodig kan de arts met behulp van moderne meekijkapparatuur in de ambulance meebeoordelen en advies geven voor stabiliseren, behandeling en vervoer van de patiënt. Hoe gaan we met moderne technologie en big data zorgen dat de spoedeisende hulp dichtbij beschikbaar blijft? Nu ontbreken cruciale gegevens over spoedeisendehulpzorg. De Netherlands Emergency department Evaluation Database – een lange naam die wordt afgekort tot «NEED» – verzamelt met een simpele koppeling gegevens over spoedeisende hulp die ziekenhuizen toch al registreren. Het helpt ziekenhuizen te leren van anderen en geeft cijfers die we nodig hebben om beleid te maken. Twaalf ziekenhuizen participeren nu. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars daarover in gesprek te gaan om een dergelijke koppeling te eisen? Het CDA zou dan ook graag een advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving willen hebben over ziekenhuiszorg in de regio.

Voorzitter. Ten slotte. Ik begon met Pantein als goed voorbeeld waar een bestuur op tijd aan de bel heeft getrokken. Als het fout lijkt te gaan, maar een raad van bestuur zijn verantwoordelijkheid niet neemt, kan dan bestuurlijk ingegrepen worden? Is het een idee dat de Minister daarvoor een bestuurdersteam stand-by laat staan voor het geval dat er bij een ziekenhuis moet worden ingegrepen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Renkema, die spreekt namens de fractie van GroenLinks.

De heer Renkema (GroenLinks):

Het is misschien goed om even te melden dat ik vandaag mijn collega Ellemeet vervang, die helaas door ziekte hier vandaag niet bij kan zijn.

Voorzitter. Als zich één keer iets voordoet, is dat toeval. Als dat dan nog een keer gebeurt, is het in ieder geval opmerkelijk. Maar bij de derde keer is er sprake van een patroon. Zo heb ik het altijd geleerd. Vandaag spreken we over de stand van zaken van ziekenhuisfaillissementen. We zouden daardoor zomaar kunnen denken dat het hier gaat om incidenten, om enkele ziekenhuizen die door een bizarre samenloop van omstandigheden opeens allemaal rondom dezelfde tijd failliet zijn gegaan of in de financiële problemen zijn gekomen. Amsterdam, Lelystad. Toeval.

Voorzitter. Zo incidenteel zijn die faillissementen niet meer. Integendeel. Er is, denk ik, sprake van een patroon. Nog maar een week geleden heeft de Minister een nieuwe casus weten te voorkomen door tijdig in te grijpen bij het Maasziekenhuis in Boxmeer. Uiteraard is de GroenLinksfractie blij voor deze regio, voor dit specifieke ziekenhuis, voor het personeel daar en voor de patiënten. Maar de vraag is of de Minister nu elk ziekenhuis dat dreigt om te vallen, ridderlijk te hulp schiet. En belangrijker: wanneer doet hij dat niet?

Voorzitter. Voor GroenLinks is het duidelijk dat het ziekenhuiszorgstelsel zoals het nu is vormgegeven, niet meer voldoet. We moeten garanderen dat de basiszorg er voor iedere burger is. We moeten gaan kijken naar nieuwe vormen van zorg en vooral van samenwerking. We moeten nadenken over de gevolgen van vergrijzing en demografische krimp in

een groot aantal regio's. Hoe werken we toe naar een langetermijnvisie waarin deze elementen een plek krijgen? Naast de toezeggingen die de Minister heeft gedaan om met de Kamer in gesprek te gaan over het zorglandschap, willen we graag weten hoe het staat met het onderzoek naar de directe aanleiding van dit AO: de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen. Wie was op welk onderdeel verantwoordelijk? Wie was wanneer op de hoogte? Wat kunnen we leren van wat daar gebeurd is? Mijn vraag aan de Minister is dan ook wanneer we het eindrapport hierover krijgen.

Deze week hebben we nog een aantal spelers binnen het raamwerk van de voormalige IJsselmeerziekenhuizen gesproken. Iedereen doet daar zijn oprechte best om de patiënten zo veel mogelijk te ontzien in dit drama. Dat is hartverwarmend, want veel is niet op orde. De spoedeisende hulp blijft een heikel punt. Er moeten op korte termijn maatregelen genomen worden om de ernstige zorgen daarover bij de inwoners van Flevoland weg te nemen. De Patiëntenfederatie stuurt daarom aan op een convenant, te initiëren door het Rijk, waarbij de provincie, de zorgverzekeraar, maar zeker ook de gemeentes en de patiëntenorganisaties gaan samenwerken. In zo'n convenant moet concreet worden vastgelegd wat er wél aan spoedhulpvoorzieningen te realiseren is, en waar. Is de Minister bereid om met de genoemde partijen te overleggen en te komen tot zo'n convenant?

Voorzitter. Voormalige personeelsleden van de IJsselmeerziekenhuizen hebben aangegeven dat de communicatie naar hen toe erg gebrekkig is geweest. Inmiddels heeft een deel van hen een nieuwe baan gevonden, met name het verplegend personeel, bij het St Jansdal dan wel elders. GroenLinks maakt zich zorgen over het personeel dat niet overgenomen kon worden. Anderen hebben wel een nieuwe baan, maar zijn opgebouwde rechten in één keer kwijt. Ook bij de specialisten zijn zorgen. Volgens onze bronnen verloopt de samenwerking tussen het St Jansdal en de specialisten meer dan stroef. Is de Minister bereid om te onderzoeken welke criteria zijn gehanteerd in het aannamebeleid van het St Jansdal? En is hij bereid te kijken waar en waarom de samenwerking tussen artsen en het St Jansdal stukt?

Ten slotte, voorzitter. GroenLinks wil de Minister de volgende dringende vraag stellen. We zijn het er zoals we hier zitten, de Minister inclusief, allemaal over eens dat hij geen crisismanager is. Zijn taak is niet het blussen of het opruimen van de resten van een brand. Toch is dat het beeld dat nu ontstaat. De vraag is dan ook: heeft de Minister een expliciet afwegingskader op basis waarvan hij situaties wel of niet aanpakt? Of grijpt hij op willekeurige basis in?

En dan nog het grotere plaatje. De Minister is de eerstverantwoordelijke voor ons zorgstelsel. Hoe ziet hij zijn rol hierin? Ziet hij in dit patroon van faillissementen aanleiding om het zorgstelsel te herzien? Ziet hij bijvoorbeeld, doordat er wordt afgerekend op het aantal medische handelingen, juist in dunbevolkte gebieden grote problemen ontstaan? Graag ook op dit punt een reactie.

Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag van de heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dit AO gaat in principe over de faillissementen van het Slotervaart in Amsterdam en de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad. Die voltrokken zich tegelijkertijd. Gezamenlijk is dat een heel groot incident. Toch heeft de heer Renkema het over een patroon. Kan hij dat patroon voor mij schetsen? Welke andere ziekenhuizen zijn rond diezelfde periode failliet gegaan?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Volgens mij lijkt het alsof die twee incidenten toevalligerwijs op hetzelfde moment plaatsvonden. Of daar één, twee of drie weken tussen zaten, is minder interessant. Het patroon is dat ziekenhuizen in de problemen komen. Nadat het in Amsterdam en de IJsselmeerziekenhuizen is gebeurd, is het in Boxmeer gelukkig ternauwernood voorkomen doordat er op tijd is ingegrepen. Wat mij betreft is het geen verzameling incidenten. Je mag er een patroon in ontwaren.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Rutte.

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

Accountantsbureau BDO heeft een tijd geleden een overzicht gemaakt van ziekenhuizen die het financieel moeilijk hebben. Daar stond het ziekenhuis in Boxmeer bij, maar bijvoorbeeld ook het ziekenhuis in Amstelveen. Het ziekenhuis in Boxmeer werd hier een paar keer genoemd. Dat ziekenhuis wordt met enige steun vanuit het ministerie overeind gehouden. In Amstelveen is er een redding gekomen met behulp van zorgverzekeraars, financiers en het ziekenhuis zelf. Heeft de heer Renkema daar een bepaalde weging van? Vindt hij het ene beter dan het andere? Of mag het van hem allebei?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Nou, ik heb aan de Minister nadrukkelijk de vraag gesteld waarom hij in de ene situatie ingrijpt en in de andere niet. Dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid dienen te nemen, ben ik meteen met de heer Rutte eens. Het gaat mij er nu om wanneer de Minister aan zet is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog. Ik geef de heer Rutte het woord voor zijn inbreng. De heer Rutte spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

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

Voorzitter, dank u wel. We spreken vandaag, en dat doen we niet voor het eerst, over de hevige incidenten en de ongecontroleerde faillissementen van het Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen. Die zorgden voor een schok toen die zich in oktober vorig jaar voltrokken. Mensen konden in één keer niet meer naar hun vertrouwde ziekenhuis. In Amsterdam is het ziekenhuis zelfs verdwenen. In Lelystad is het bestaande ziekenhuis niet meer wat het was, maar wordt met behulp van St Jansdal stukje bij beetje wel zorg teruggebracht. Dat is heel goed. Het is een enorme krachttoer voor de mensen van St Jansdal. Ik wil ze daarvoor een enorm compliment geven. Dat gebeurt te weinig. Een ziekenhuis opnieuw opbouwen, is een enorme krachttoer. St Jansdal heeft het daar ook best ingewikkeld mee. Het heeft moeite met de communicatie. Maar het doet het steeds beter en zet steeds meer stappen om de bevolking erbij te betrekken. Het gaat nog niet perfect, maar in eerste instantie wil ik daar wel complimenten voor geven. Tegelijkertijd is er in Lelystad verschrikkelijk veel gebeurd. De zorg is nu nog lang niet zoals die was. Mensen ervaren daar elke dag problemen mee. Ik kom daar zo op terug.

Eerst nog de vraag wat St Jansdal, ondanks de complimenten, zelf wellicht anders en beter zou kunnen doen. In de vragenronde voorafgaand aan dit debat heb ik de vraag gesteld hoe het is gegaan met patiënten die overgingen van de oude ziekenhuizen naar het nieuwe ziekenhuis, St Jansdal. Sommigen wilden hun zorg, bijvoorbeeld op het gebied van reuma of kaakchirurgie, blijven afnemen bij een zelfstandig behandelcentrum. Daar kwam een keurig antwoord op: de mensen zijn

allemaal netjes gebeld. Er is hun eerst gevraagd of ze over zouden willen of dat ze bij St Jansdal zouden willen blijven. Afhankelijk van het antwoord gingen dossiers wel of niet mee. Maar ik heb van mensen gehoord dat ze op een onvriendelijke toon gebeld zijn, zelfs op een dusdanige manier dat ze eraan twijfelden of het wel echt een telefoontje was namens St Jansdal. Ze kregen alleen een voornaam te horen en konden niet terugbellen, want er werd vanaf een geheim nummer gebeld. Het voelde al met al niet goed. Ook dat heeft in het proces tot heel veel gedoe geleid. Zou de Minister daarop kunnen reflecteren? Zou daar in ieder geval in de vervolgstappen niet meer rekening mee gehouden moeten worden? Als je grote stappen zet en mensen bijvoorbeeld van zorgverlener moeten wisselen, vraagt dat heel veel zorgvuldigheid en empathie. Die empathie is door veel mensen gemist. Empathie – dat heeft misschien ook wel met de uitvoering te maken – wordt ook gemist bij het feit dat mensen uit Lelystad en omgeving die in het kader van een bbl-leergang aankloppen bij St Jansdal en vragen of ze die kunnen doen bij locatie Lelystad, te horen krijgen: nee, dat kan niet; dan moet u naar Harderwijk komen. Het is misschien wel uit te leggen dat dit allemaal nog niet kan in Lelystad, maar het helpt wel als dat snel geregeld wordt. Het helpt ook als mensen te horen krijgen dat eraan wordt gewerkt, dat men het snapt dat ze hun opleiding daar willen doen en dat de zorg langzaam maar zeker weer met lokale mensen wordt opgepakt. Dat gaat nog lang niet altijd goed. Kan dat beter? Er is veel gedoe geweest en de IJsselmeerziekenhuizen zijn uit elkaar gegaan. De analyse van wat daar precies is gebeurd, wil ik laten aan de onderzoekscommissie, die er mede is na een verzoek in een motie van mijn hand. Maar er is ook gedoe met de zbc's, de zelfstandige behandelcentra, met de overdracht van dossiers en rondom de klinische analyses die moeten plaatsvinden. De patiënt wordt daartussen vermalen en wil daar niet mee van doen hebben. Er zijn al vragen over gesteld, maar ik vraag mij af: wat is het moment dat de IGJ optreedt? Als er gedoe is, als niet duidelijk is waar je dossier is, als er geruzie is en als allemaal correspondentie tussen boze specialisten via de Tweede Kamer gaat verlopen, dan kan ik me niet voorstellen dat de zorg daar uiteindelijk beter van wordt. De vraag is dus concreet: heeft de IGJ een rol? Voorzitter, tot slot... Of misschien komt er eerst een vraag?

De voorzitter:

Nee, gaat u door. De vragen doe ik aan het eind.

De heer Arno Rutte (VVD):

Prima.

Voorzitter, tot slot. De zorg in Lelystad wordt stap voor stap opgebouwd. Dat is een grote klus. Knap dat het gebeurt. Het moet langzaam maar zeker ook beter. Laten we hopen dat de spoedeisende hulp daar uiteindelijk weer open kan en dat St Jansdal dat aandurft met de extra bijdrage die de Minister bereid is om te geven. In de tussentijd moet er veel gereisd worden naar verschillende locaties. Na het vorige debat is volgens mij een motie van de heer Geleijnse aangenomen waarin werd verzocht om in overleg met zorgverzekeraar Zilveren Kruis te kijken naar een vergoeding voor vervoer. Ik merk dat er vanuit Lelystad heel veel behoefte bestaat aan iets simpels als een busverbinding met een halte voor de deur in Harderwijk. Die is er nu niet. Dat leidt tot heel veel gedoe. Veel mensen in Lelystad hebben een kleine beurs. Kan de Minister zich daarvoor mede inspannen? Kan hij bij het verkennen van hoe de zorg eruitziet, ook kijken of een halte voor het openbaar vervoer geopend kan worden, waardoor de zorg voor mensen in Lelystad laagdrempelig bereikbaar blijft? Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Meneer Rutte stelde zojuist de vraag waar meneer Renkema het op baseerde dat hij een patroon herkende. Maar er ligt natuurlijk een heel duidelijk patroon ten grondslag aan de sluiting van al die spoedeisendehulpverleningsposten en afdelingen acute verloskunde, namelijk de hoofdlijnenakkoorden. In de afgelopen vijf jaar zijn al veertien spoedeisendehulpverleningsposten en afdelingen acute zorg gesloten. De nieuwe hoofdlijnenakkoorden en de volumegroei-beperking, die ook in het regeerakkoord staat en die zelfs wordt beperkt tot 0,0% in 2022, betekenen dat nog veel meer ziekenhuizen en nog veel meer spoedeisendehulpverleningsposten zullen omvallen. Het patroon is dus duidelijk. De steun in de Kamer voor dat beleid is ook duidelijk. Mag ik van de VVD hier dan ook bevestigd zien dat dit is wat de VVD wil? De VVD zou eerlijk, open en recht de camera in moeten kijken, in plaats van dat ze dit soort flauwe vragen stelt aan GroenLinks, terwijl ze zelf het antwoord wel weet.

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

Mevrouw Agema knoopt volgens mij onterecht dingen aan elkaar. Zeker, er zijn hoofdlijnenakkoorden, waarin op een nullijn in de ziekenhuiszorg wordt gestuurd. Dat klopt. Ik denk dat dit heel erg nodig is om te zorgen dat we niet alleen nu, maar ook in de toekomst met elkaar de zorg goed kunnen organiseren. De teruggang in spoedeisendehulpverlening heeft vooral te maken met een totaal ander kwaliteitskader ten aanzien van spoedeisende zorg, waarin steeds hogere eisen worden gesteld, aan de bemensing op een post, aan wat die mensen moeten kunnen en aan de vaardigheden die ze moeten hebben. Die mensen zijn schaars. Je moet ook zorgen dat een spoedeisende hulp een hoge bezetting van patiënten heeft om mensen geoefend te houden. De normen zijn de afgelopen jaren veranderd. Dat heeft effect. Dat betekent dat je op sommige locaties geen spoedeisende hulp kunt behouden. Dat is wat anders dan wat er in de hoofdlijnenakkoorden staat. Die akkoorden zijn ook niet gericht op de sluiting van ziekenhuizen, want de sluiting van een ziekenhuis leidt lang niet altijd tot lagere kosten. Die kan zelfs tot hogere kosten leiden. De akkoorden gaan over het anders inrichten van zorg. Dat is een heel ander verhaal. Ik deel dus niet dat hoofdlijnenakkoorden een soort opmaat zijn voor het failliet laten gaan van ziekenhuizen.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is niet terecht dat de heer Rutte zegt dat ik onterecht zaken aan elkaar knoop. Dit is de feitelijke, onderste laag waarop dit allemaal gebeurt. Dat zien we ook. De kwaliteitseisen voor de spoedeisendehulpverleningsposten zijn omhoog gegaan, maar dat heeft natuurlijk ook een geldcomponent. Als je de kwaliteit omhoog kript, heb je duurder personeel nodig. Dat kost miljoenen meer. Dat is niet vol te houden met die hoofdlijnenakkoorden. Het is niet vol te houden met de volumegroei-beperking. Daardoor zijn dus al veertien spoedeisendehulpverleningsposten en afdelingen acute verloskunde weg. Je ziet dat de nieuwe hoofdlijnenakkoorden en de nieuwe volumegroei-beperking, dus die 0,0% in 2022, exact de voornaamste reden zijn waarom nu ook het Bronovoziekenhuis het hoofd niet meer boven water kan houden en dus opgaat in Antoniushove en Westeinde. Het is dus wel degelijk de volumegroei-beperking die ervoor zorgt dat het landschap gaat verdwijnen. Ik begrijp nu van de VVD dat ze die volumegroei-beperking niet gaat loslaten, maar accepteert ze dan ook verantwoordelijk te zijn voor de vershraling van het zorglandschap, het sluiten van ziekenhuizen,

het sluiten van spoedeisendehulpdiensten en het sluiten van afdelingen acute zorg?

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

Het is feitelijk wel zo dat er een hoofdlijnenakkoord is met daarin afspraken. Dat is feit één. Een ander feit is dat er een kwaliteitskader is voor spoedeisende hulp en de eisen die daaraan worden gesteld. Maar ik deel echt niet met mevrouw Agema dat de hoofdlijnenakkoorden een opmaat zijn voor het sluiten van ziekenhuizen. Dat klopt niet. Daar is ook wel bewijs voor. Kijk naar Brabant. Onder leiding van zorgverzekeraar VGZ zijn ziekenhuizen daar qua omvang aan het krimpen. Dat gebeurt niet op basis van het sluiten van ziekenhuizen, maar juist door ze open te houden en te kijken naar wat ze echt doen, dus veel meer te kijken naar de uitkomsten van zorg. Dan zie je op dit moment geen enkele locatie dichtgaan. De volumegroei beperking houdt in dat je stuurt op wat een ziekenhuis wel en niet doet, wat een heel goede lijn is. Maar ik ben er absoluut geen voorstander van dat ziekenhuizen verdwijnen. Dat is ook helemaal geen doel van het hoofdlijnenakkoord. Het gaat erom dat we de juiste zorg op de juiste plaats leveren. Dat is echt een andere agenda. Ik vind oprecht dat VGZ aantoont dat die twee dingen samen kunnen gaan.

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Agema haar tweede interruptie wil plaatsen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik stoer me er eigenlijk gewoon aan. Wij hebben geen enkel visiedebat in de Tweede Kamer gehad over die volumegroei beperking en ook niet over de rapporten die het Centraal Planbureau uitgegeven heeft in reactie op het regeerakkoord. Er is al aangegeven dat het ten koste gaat van de kwaliteit. Het is een heel verkeerde lezing van de VVD, als het Bronovo ziekenhuis zelf aangeeft het hoofd niet meer boven water te kunnen houden door de volumegroei beperking van 0,0% in 2022 en in opmaat daarnaartoe gaat sluiten. Meneer Rutte zegt gewoon dat dit niet zo is. Dan zitten we in de heel vervelende situatie dat dit de basis en de kern is van het regeerakkoord. Daarover is geen enkel visiedebat geweest. De grootste coalitiepartij houdt hier een onzinverhaal over de reden van het sluiten van ziekenhuizen, spoedeisendehulpdiensten en acute verloskunde, in een tijd dat het economisch eigenlijk redelijk gaat met Nederland. De volumegroei beperking zou daarom helemaal niet op 0,0% in 2022 hoeven worden vastgepijnd. Ik ben tegenstander van het pinnen van economische groei aan de groei van het ziekenhuisbudget, maar er is nu wel heel erg weinig reden om dit te doen.

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

Ik denk dat we in kringetjes draaien en dat mevrouw Agema en ik het niet eens worden. Ik bestrijd dat ik onzin vertel. Wat ik vertel, is feitelijk juist. Ik heb net het voorbeeld van Brabant gegeven. Daar wordt op volumegroei gestuurd, heel succesvol, met behulp van de mensen in de ziekenhuizen, die er ook nog enthousiast over zijn. Die verbeteren daarmee de kwaliteit van de zorg, door heel goed na te denken over wat ze wel moeten doen en wat ze beter niet kunnen doen. Dat is de afgelopen jaren te weinig gebeurd. Dat moeten we meer doen. Het is zeker zo dat er her en der locaties sluiten. Ik ben daar lang niet altijd enthousiast over. Maar dat heeft negen van de tien keer te maken met de kwaliteitseisen die we stellen. Die kwaliteitseisen kunnen te maken hebben met het volume van hoogspecialistische zorg. Sommige dingen zijn zo gecompliceerd dat je ze moet concentreren. Dat is lang niet zo zwart-wit als mevrouw Agema het schetst. Ik werp echt verre van mij dat het hoofdlijnenakkoord de reden zou zijn dat spoedeisendehulpdiensten of ziekenhuizen dichtgaan. Dat is oprecht niet waar.

De voorzitter:
Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

In de vorige periode heb ik enorm gestreden tegen het sluiten van verzorgingshuizen. Keer op keer was het antwoord: de mensen willen zelf niet meer thuis blijven wonen. Keer op keer werd ontkend dat het stoppen van de financiering van verzorgingshuizen de directe aanleiding was, het stoppen van de financiering van zzp 1 tot 3 in 2013 en zzp 4 in 2014. Het was actief regeringsbeleid. Nu zijn alle verzorgingshuizen gesloten en huilt iedereen krokodillentranen. Precies hetzelfde is nu aan de hand met de ziekenhuizen. Het is actief regeringsbeleid. Het staat actief in het regeerakkoord: een volumegroei beperking van 0,0% in 2022 voor de ziekenhuizen. Spoedeisendehulpdiensten vallen daardoor om. Acuteverloskundeafdelingen vallen daardoor om. Ziekenhuizen vallen daardoor om. Over vijf jaar zitten we hier weer met z'n allen en huilen andere partijen hier weer krokodillentranen. Maar ze waren er zelf bij en hebben het zelf gesteund, de VVD voorop!

De voorzitter:

Afrondend, de heer Rutte. Er zijn nog een aantal andere interrupties. Ik heb niet direct een vraag gehoord.

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

Als mevrouw Agema het met heel veel stemverheffing zegt, wordt het natuurlijk niet meer waar. Ik zal niet ontkennen dat de hoofdlijnenakkoorden zijn gemaakt door deze Minister, met steun van de VVD en de andere coalitiefracties, om te komen tot een nulgroei van ziekenhuiszorg in geloof ik 2021 of 2020. Daarin staat heel nadrukkelijk dat we dat doen op basis van zorg op de juiste plek en het afscheid nemen van de dingen die je beter niet in ziekenhuizen kunt doen. Er staat absoluut niet in dat we spoedeisende hulpen willen gaan sluiten.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik las deze week een interview van de heer Arno Rutte op Skiper. Daarin houdt hij een pleidooi voor winstuitkeringen in de zorg. Hij wordt in dat interview tegengesproken door de directeur van het Rode Kruis Ziekenhuis. Ik wil de heer Rutte vragen om te reageren op wat de directeur van het Rode Kruis Ziekenhuis zegt, namelijk: «Bij marktwerking verwacht je dat ziekenhuizen die onderpresteren in prijs of kwaliteit het afleggen. Wat er bij MC Slotervaart precies is gebeurd, weten we nog niet. Maar zij zijn niet failliet gegaan door te hoge prijzen of slechte kwaliteit.» De bestuursvoorzitter van het Rode Kruis Ziekenhuis roept dan ook op om een debat te voeren over het huidige stelsel. Dat is mij uit het hart gegrepen. Zou de heer Rutte met mij zo'n debat willen entameren? Vindt hij dat ook nodig?

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

Mevrouw Ploumen weet van mij dat ik er altijd voorstander van ben dat wij continu blijven nadenken over hoe we de zorg stap voor stap beter kunnen maken. Ik ben mordicus tegen allerhande stelseldiscussies. Dat kun je doen – hartstikke leuk; het houdt ons hier bezig – en dan gooien we de hele boel wellicht overhoop, om na vijf jaar te concluderen dat we het anders hebben georganiseerd maar dat de werkelijke problemen niet zijn opgelost of dat er nieuwe problemen zijn ontstaan. Daarom ben ik daar geen voorstander van. Maar ik kijk nooit weg van specifieke problemen en specifieke oplossingen die je daarvoor moet vinden. Er is namelijk, ook als

je internationaal kijkt, geen land in de wereld waarin men niet allerhande ingewikkelde problemen heeft met de organisatie van zorg. Er zijn problemen in landen die het helemaal publiek regelen, in landen waar het helemaal privaat wordt geregeld en in landen met mengvormen zoals Nederland. Die stelseldiscussie wil ik dus bij voorkeur niet aangaan, want dat vind ik een zinloze discussie. Maar ik ben altijd bereid om na te denken over problemen die er in de praktijk zijn en om te kijken hoe het door checks-and-balances beter kan. Ik ben namelijk heel benieuwd naar de uitkomsten van die onderzoeken, want ik denk dat we daar veel van gaan leren.

De voorzitter:

Interrupties zijn kort en bondig en de antwoorden zijn ook kort en bondig.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Goed, geen stelseldebat dan. Maar is de heer Rutte het, op basis van wat we nu weten, dan in ieder geval met me eens dat er veel meer regie zou moeten zijn van de Minister en het ministerie, vanuit de publieke zaak, vanuit het parlement?

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

Het antwoord daarop is nee. Daar ben ik niet van overtuigd. Ik denk dat we iedere keer opnieuw moeten kijken naar de balans. De balans kan best zijn dat de overheid incidenteel aan zet is, maar er zijn genoeg voorbeelden – ik noemde net het Amstellandziekenhuis in Amstelveen – waarin de partijen in de zorg met elkaar de schouders eronder hebben gezet en tot een deal zijn gekomen om het op te lossen. Daar hebben wij het hier niet over. Er was zelfs niemand geïnteresseerd in dat het was opgelost. En dat is goed, want zo moet het ook gaan. Ik heb veel liever dat mensen dicht op de zaak, uit de praktijk de problemen oplossen, dan dat wij hier van enige afstand met onze politieke pet op sturen in de zorg. Dat is tot 2006 veel gedaan en dat leidde ook niet tot geweldige resultaten. Dus daarom bij voorkeur niet te veel.

De voorzitter:

Een vraag van de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

De heer Rutte zegt er steeds niet bij dat het ziekenhuis in Amstelveen destijds overeind bleef omwille van concurrentieposities en niet omwille van de kwaliteit van zorg.

Ik wil hem de volgende vraag stellen. Daarstraks heb ik gezegd dat de lijn van de Minister een beetje zoek is. Hij heeft altijd gezegd dat het aan de markt is om te bepalen of een ziekenhuis wel of niet open blijft: de zorgverzekeraar moet daar maar over beslissen. Dat bleek ook toen het bij Slotervaart en in Flevoland helemaal misging. Hij stond erbij en keek ernaar. Nu treedt hij wel op bij het Maasziekenhuis in Boxtmeer. Wat vindt de heer Rutte daarvan, als rechtgeaard liberaal? Het kan toch eigenlijk niet dat een VVD-minister beleid voert dat haaks staat op dat wat de VVD altijd heeft gezegd, namelijk: laat het vooral aan de verzekeraars en de instellingen om te bepalen waar een ziekenhuis open moet blijven of niet?

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

Als ik iemand was die heel zwart-wit denkt, dan zou dat waar zijn. Maar ik ben niet zo dogmatisch als de heer Hijink. Situaties verschillen. In Amstelveen kwamen partijen er onderling uit. Dat is heel goed. Het is wel interessant dat de heer Hijink zegt: dat is omwille van de concurrentiepositie. Als het ziekenhuis failliet was gegaan, was hij de eerste geweest om er een debat over aan te vragen. Hij had gezegd: schande! Het had dan omwille van de publieke functie moeten blijven bestaan. Dat is dus een

beetje makkelijk. Het ziekenhuis is overend gehouden, met betrokkenheid van alle partijen. Zo moet het in de praktijk bij voorkeur ook gaan. Maar er kunnen bijzondere situaties zijn. Ik begreep dat het in Boxmeer al lang aan de hand is. Er is lang een dialoog geweest. Er is een puzzel gelegd waarin partijen verantwoordelijkheid namen en er ook een stukje van de overheid nodig was. Dat is een langdurig traject geweest. Ik denk dat dit goed is. Wellicht had die weg ook in Lelystad gekund. Dat zullen we leren als de onderzoeksrapporten er zo meteen liggen. Ik denk dat de mensen in Lelystad dat graag hadden gewild, maar dat weet ik niet en daar ga ik niet op vooruitlopen. De situaties verschillen, en dus kan ik er geen template voor geven.

De voorzitter:

Duidelijk. Afrondend, de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Volgens mij kun je het gewoon niet fatsoenlijk aan de Nederlandse bevolking uitleggen. In bijvoorbeeld de situatie van het Slotervaart in Amsterdam en de situatie in Flevoland gaven de plaatselijke bevolking, de patiënten, de artsen, de gemeente en de provincie, kortom iedereen, aan dat de Minister als eindverantwoordelijke voor de zorg moest ingrijpen en dat hij deze ziekenhuizen had moeten redden. Maar toen keek de Minister weg en deed hij niks, precies in lijn met wat de VVD altijd wil. De VVD vindt namelijk dat de zorgverzekeraars dit moeten oplossen. Maar bij een ander ziekenhuis wordt nu een heel andere lijn getrokken. Volgens mij creëer je dan rechtsongelijkheid voor mensen. Dat is niet de manier waarop je de zorg in ons land zou moeten willen inrichten. Ik krijg van de heer Rutte gewoon geen duidelijk antwoord op de vraag: waarom het ene ziekenhuis wel en het andere ziekenhuis niet? Die willekeur moeten we volgens mij niet hebben. Ik zou verwachten van de VVD dat ze daar ook een duidelijk verhaal over had, en het niet afschuift op: je moet er pragmatisch naar kijken. Nee, je moet juist een heel duidelijk verhaal over de rol van de overheid hebben.

De heer Arno Rutte (VVD):

De heer Hijink blijft bij zijn dogma's. Als het aan hem ligt, grijpt de overheid overal in. Maar de situaties zijn echt heel verschillend, dus kan daar ook op een andere manier op gereageerd worden. We moeten wel leren van de faillissementen die er zijn geweest. Ik denk ook dat er voor een deel geleerd is. Dat zien we nu ook. Maar het is niet zwart-wit. De casus-Amstelland vond plaats na de faillissementen in Amsterdam en in Lelystad. Die casus is wel in onderling overleg, zonder overheidsbemoeienis opgelost. Die situatie was ook anders. Er is dus echt geen zwart-witverhaal over te vertellen.

De voorzitter:

De heer Renkema had een vraag.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik heb ook nog een vraag aan de heer Rutte, een beetje het spiegelbeeld van de vraag die hij mij stelde. Hij zei: hoezo patroon; dit zijn incidenten. Daarmee lijkt hij te zeggen: dat hoort een beetje bij ons huidige stelsel. Ik denk niet dat het een natuurverschijnsel is en dat er toch echt oorzaken voor zijn. Mevrouw Agema verwees daar ook al naar. Ik heb gezegd: één keer is toeval, twee keer is opmerkelijk, drie keer is een patroon. Ziet de heer Rutte ergens in het huidige stelsel elementen, prikkels of afspraken die ertoe leiden dat dit gebeurt?

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik zie dat er ziekenhuizen zijn die het financieel voor de wind gaat en ik zie ziekenhuizen die het financieel moeilijk hebben. Dat heeft niet alleen met het stelsel te maken. Het is heel opvallend dat de UMC's er financieel verschrikkelijk goed voor staan en de niet-academische ziekenhuizen een stuk minder. Maar daarin zijn ook heel grote verschillen. Dat heeft wel aandacht nodig. De verzekeraars hebben een zorgplicht waarmee ze rekening zullen moeten houden. De overheid heeft een rol als het gaat om het handhaven van de 45 minutennorm. Dat is niet alleen een stelseldiscussie. Maar het is niet zwart-wit: er zijn zeker ziekenhuizen die het moeilijk hebben; dat klopt.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

De heer Rutte heeft zonet gezegd dat hij mordicus tegen stelseldiscussies is. Ik ben blij met de motie voor een onderzoek naar wat er precies is gebeurd.

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

Ik ook.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Die motie was volgens mij ook van de heer Rutte. Mocht uit dat onderzoek blijken dat elementen in het stelsel pervers zijn en ertoe leiden dat ziekenhuizen kunnen omvallen, is hij dan bereid om die stelseldiscussie wel aan te gaan?

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

Ik ben bereid om heel serieus te kijken naar gerichte maatregelen, als blijkt dat we die moeten nemen om dingen te kunnen voorkomen zoals die zijn gebeurd in Lelystad. Maar ik vind dat geen stelseldiscussie. Je moet heel serieus naar de problemen kijken. Ik heb niet voor niks die motie ingediend. Maar de stelseldiscussie is een vorm van luie politiek. Dan ga je zeggen: we gaan een revolutie prediken en dan wordt het allemaal beter. In de tussentijd rolt de bal gewoon verder. Ik heb veel liever dat we in de praktijk gericht maatregelen nemen om te zorgen dat het beter wordt. Welke maatregelen dat precies zijn, weet ik op dit moment niet, maar ik zal er heel serieus naar kijken. Ik heb niet voor niks destijds die onderzoeksmotie ingediend.

De **voorzitter**:

Dat was voldoende voor de heer Renkema. Dan de heer Kuzu.

De heer **Kuzu** (DENK):

Toen het ging over de willekeur van de situaties van de ziekenhuizen in Lelystad en Boxmeer, gaf de heer Rutte in antwoord op de interruptie van de heer Hijink aan dat hij het onderzoek afwacht, dat hij bereid is om van dat onderzoek te leren en dat het wellicht zo was dat we in de situatie van Lelystad anders hadden kunnen handelen. Wat hebben de mensen in Lelystad daaraan, meneer Rutte?

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

Ik ben de eerste om te erkennen dat er in Lelystad een verschrikkelijk faillissement heeft plaatsgevonden, ongecontroleerd, op een manier waarover wij allemaal grote zorgen hebben. Dat helpt op dit moment de mensen in Lelystad niet. Wat de mensen in Lelystad helpt, is dat nu de zorg weer stap voor stap wordt opgebouwd en beter wordt, en dat we van de casus zo veel mogelijk leren. Daarom doen we dat onderzoek ook.

De voorzitter:
De heer Kuzu, afrondend.

De heer **Kuzu** (DENK):
Het is volgens mij ook de taak van een regeringspartij, en met name van de grootste fractie in de Tweede Kamer, om niet alleen onderzoek te doen, maar ook om van tevoren te kijken waartoe een situatie kan leiden. We hebben inderdaad te maken met een ongecontroleerd faillissement. Maar meneer Rutte gaat niet beweren dat hij de situatie in Lelystad niet had zien aankomen, want deze discussie is al veel langer gaande. Had hij, met het inzicht van nu, of ook met de gedachten van toen, niet veel kordater moeten ingrijpen, net zoals we dat op dit moment doen in Boxmeer?

De heer **Arno Rutte** (VVD):
Ik weet niet over welke kristallen bol de heer Kuzu beschikt. Ik heb hem in de aanloop naar de faillissementen van Slotervaart en in Lelystad ook nooit aan de alarmbel horen trekken en horen zeggen: er komt een faillissement aan, dus grijp in, Minister. Ik doe het met de informatie die ik tot nu toe heb, namelijk dat de partijen daar daadwerkelijk overvallen werden door de faillissementen, ook partijen als de zorgverzekeraar, die erbovenop zat. Dat geeft mij heel veel zorg. Niet voor niks moeten we dat nu onderzoeken. Het zou heel makkelijk zijn als we het allemaal ruim van tevoren hadden geweten. Dan neem je misschien andere besluiten. Maar we wisten het niet en we zagen het niet. Dat is ook onderdeel van het onderzoek: wat hebben we gemist en hoe hadden we het wel moeten zien? Maar ik ben wel heel blij dat je, daar waar signalen eerder worden gedeeld, zoals in Boxmeer, aan een andere oplossing kunt werken, of, zoals in Amstelveen, dat partijen elkaar eerder vinden en zeggen: dit willen we niet. Dat is beter.

De voorzitter:
Dank u wel. De heer Rutte is aan het eind van zijn betoog. Ik geef graag mevrouw Ploumen het woord voor haar inbreng namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Dank u wel, voorzitter. Het faillissement van de ziekenhuizen dreunt nog na. Elke dag spreek ik nog mensen bij mij in de buurt die patiënt waren bij Slotervaart of daar werkten, en die zich ontheemd en in de steek gelaten voelen. En eerlijk gezegd: zo voelt dat voor ons thuis ook nog steeds. Het dreunt ook na omdat het, breder dan voor alleen de mensen die er direct door getroffen zijn, het vertrouwen heeft ondermijnd van heel veel mensen in de zorg en in de verantwoordelijkheid die de overheid neemt voor die zorg. Daarom vind ik dat we niet alleen maar moeten wachten op het onderzoek dat er komt, inderdaad naar aanleiding van een motie van de heer Rutte en mijzelf, maar dat we ook nu heel actief en heel precies de Minister moeten bevragen over wat hij doet om de gevolgen van die faillissementen te beperken en wat er gebeurt om te voorkomen dat dit ooit nog plaatsvindt. Daarom heb ik een aantal waarnemingen en een aantal vragen. Mijn eerste vraag is: hoe staat het eigenlijk met het onderzoek en wanneer kunnen we de resultaten verwachten?
Twee. De patiëntenzorg in Flevoland staat onder grote druk. Collega's spraken daar al over. Graag een reactie van de Minister op wat hij van dag tot dag doet, of wat hij anderen vraagt te doen, zodat mensen de zorg krijgen op het moment dat ze die nodig hebben.
Voorzitter. In Slotervaart wordt nog steeds gewerkt aan de afbouw van het faillissement. Patiëntendossiers worden nog uitgereikt. Heeft nu iedereen die patiënt was in Slotervaart een andere dokter, die men vertrouwt en waar men terecht kan?

Voorzitter. Ik sprak net al over een artikel dat ik las in De Telegraaf onder de kop «Zilveren Kruis trekt lessen uit bankroet». Dat ging ik geïnteresseerd lezen, maar toen bleek dat Zilveren Kruis helemaal geen lessen trekt, want de bestuursvoorzitter van Zilveren Kruis zegt in dat stuk dat het faillissement in Slotervaart de schuld van het personeel is: veel flexibel personeel liep ineens weg. Dat is niet de beleving van onze patiënten. Ik zou daar dus graag een reactie van de Minister op willen. Wat vindt hij daarvan? Ook zegt de bestuursvoorzitter dat een gecontroleerde afbouw niet had gekund. Waarom eigenlijk niet? Hoe ziet de Minister dat? Voorzitter. Een stapje terug, want deze ziekenhuizen waren niet als enige in de problemen. De Minister schreef ons op 21 januari dat de NZa een onderzoek heeft gedaan naar de financiële positie van ziekenhuizen. De NZa heeft op basis van dat onderzoek geconcludeerd dat er geen aanleiding was om aan te nemen dat er op korte termijn opnieuw een ziekenhuis failliet zou gaan. Desondanks zei BDO in oktober 2018 dat veertien ziekenhuizen onvoldoende scoorden, waarvan er negen ook al in de vorige uitgaven van hun benchmark een onvoldoende scoorden. Die twee spreken elkaar dus tegen. Daar krijg ik graag een reactie op van de Minister.

Nu blijkt ook dat het Panteinziekenhuis in Beugen in de financiële problemen is gekomen. Hoe verklaart de Minister het oordeel van de NZa in januari en het feit dat hij nu in april heeft ingegrepen? Op grond waarvan heeft hij eigenlijk ingegrepen? Op welke manier heeft hij zich verhouden tot de zorgverzekeraars in die regio? Hoe hebben zij hun verantwoordelijkheid genomen?

Tot slot, voorzitter, mijn laatste vraag aan de Minister. Ik weet dat de Minister hier zelf lessen uit wil trekken. Dat heeft hij herhaaldelijk gezegd en dat is ook goed. Ik hoop dat zijn lessen eerlijker en substantiëler zijn dan de lessen die de bestuursvoorzitter trok. Ik weet dat het onderzoek nog komt, maar zou hij nu toch eens willen reflecteren op de volgende vraag: is niet de allergrootste les dat de Minister en het ministerie veel meer regie moeten nemen om ervoor te zorgen dat mensen in Nederland de zorg krijgen die ze nodig hebben en die ze verdienen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber, die spreekt namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag is het precies een halfjaar geleden dat het faillissement werd uitgesproken over het Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen. Inmiddels is het ziekenhuis in Lelystad sinds 1 maart overgenomen door St Jansdal en wordt er hard gewerkt aan het toekomstbestendig maken van de ziekenhuiszorg in Flevoland. Voor de ChristenUnie is het belangrijk dat hierbij in dialoog met de bewoners wordt gekeken welke zorg in de toekomst nodig is. Dit gebeurt nu in Flevoland, maar ook in Drenthe en Den Haag, en het zal nog op veel meer plekken in ons land moeten gaan gebeuren. Want, zoals de Minister ook in zijn brief schrijft: het zorglandschap zal in de komende jaren ingrijpend gaan veranderen. Daarbij is het altijd beter om te anticiperen op wat komen gaat.

Voorzitter. Ik hoop voor Flevoland dat de situatie nu tot rust komt, zodat alle partijen onder leiding van de toekomstverkenner kunnen werken aan een helder toekomstscenario dat op veel draagvlak kan rekenen. Ik krijg echter signalen dat de verkenner vooral uitgaat van de huidige situatie en van gemiddelden, en te weinig redeneert vanuit de vraag van de mensen in Flevoland en wat zij in 2030 aan zorg nodig hebben. Verder zou het feitenboek volgens te regio nog te weinig inzicht in de zorgvraag bieden. Ik zie bovendien dat er drie tafels zijn; ik noem ze even acute zorg, verloskunde en klinische zorg voor kwetsbare inwoners. Dat is natuurlijk

heel goed, maar het zorglandschap is toch veel meer dan dat? Ik zou heel graag zien dat we Flevoland koploper gaan maken in de vernieuwing van het zorgaanbod. Ik denk aan de samenwerking tussen nulde-, eerste- en tweedelijnszorg, maar ook aan e-health. Vindt de Minister in dit licht dat de plannen van de verkenner voldoende ambitieus en toekomstgericht zijn? En zijn wat de Minister betreft alle relevante partijen er wel bij betrokken? Ik heb bijvoorbeeld begrepen dat de zelfstandige behandelcentra nog niet aangehaakt zijn.

Voorzitter. Er is al veel over gesproken: de afwezigheid van acute verloskunde in Lelystad blijft met name voor Urk een zorgpunt. Zou een verloskundige polikliniek met structureel een ambulance voor verloskundige calamiteiten hiervoor een oplossing kunnen bieden? Wil de Minister dit meegeven aan de verkenner?

Voorzitter. De spoedzorg in Flevoland is de afgelopen maanden flink veranderd. Het sluiten van de spoedeisende hulp in Lelystad heeft onder meer geleid tot patiëntenstops op de SEH in Harderwijk, omdat de toestroom daar te groot was. Ik heb begrepen dat de capaciteit in Harderwijk inmiddels is uitgebreid, maar is daarmee ook een einde gekomen aan de patiëntenstops? En weten patiënten inmiddels voor welke zorg ze terecht kunnen op de spoedpoli in Lelystad en voor welke zorg niet? Vorige week is er een motie van collega Arno Rutte en mij aangenomen over uniforme standaarden voor alternatieve vormen van spoedzorg. Dit kan ook helderheid bieden voor Lelystad. Hoe gaat de Minister deze motie uitvoeren?

In het verlengde hiervan: de nieuwe kwaliteitsnormen voor de acute zorg in ziekenhuizen zijn in combinatie met personele schaarste niet haalbaar en niet betaalbaar voor de streekziekenhuizen. We hebben daarover een brandbrief ontvangen van een aantal gemeenten, waaronder ook Lelystad. De Minister heeft toegezegd in gesprek te gaan met de NVZ en de SAZ over de wijze waarop het concept-kwaliteitskader spoedzorgketen uitpakt voor deze streekziekenhuizen. Heeft dit gesprek al plaatsgevonden? Zo ja, wat zijn hiervan de uitkomsten?

Een ander zorgpunt is de dossieroverdracht. Er kan nogal wat tijd zitten tussen het zetten van een handtekening en de daadwerkelijke overdracht vanuit St Jansdal naar een andere zorgaanbieder. Wil de Minister in gesprek gaan met St Jansdal om dit sneller te laten verlopen?

Voorzitter. De afgelopen tijd was er in de media veel aandacht voor de keuze van St Jansdal om geen diagnostisch onderzoek te verrichten voor patiënten van zelfstandige behandelcentra. De NZa en de ACM onderzoeken nu of er sprake is van misbruik van een machtspositie, maar wat vindt de Minister hiervan in het licht van de noodzaak voor St Jansdal om een rendabel ziekenhuis open te houden in Lelystad? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er in Lelystad een ziekenhuis open kan blijven met een vorm van spoedzorg als tegelijkertijd derde partijen in principe alle ruimte hebben om de krenten uit de pap te halen? Graag een reactie.

Voorzitter. Lelystad kent een groot aantal kwetsbare ouderen. Seniorenorganisatie KBO-PCOB wijst erop dat ouderen er steeds vaker voor kiezen om een bezoek aan een specialist uit te stellen onder het mom van «geen gedoe», ook vanwege de toegenomen reisafstanden. Is de Minister het met me eens dat deze vorm van zorgmijding zeer ongewenst is, ook omdat de zorg alleen maar complexer wordt als mensen niet op tijd geholpen worden? Is er voldoende oog voor de specifieke situatie van ouderen? Ook ik refereer nog even aan de aangenomen motie van de heer Geleijnse.

Tot slot. De Minister heeft besloten om in ieder geval in 2019 en 2020 2,5 miljoen beschikbaar te stellen om de toekomstige kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in het Maasziekenhuis Pantein te garanderen. Kan de Minister zich voorstellen dat daar met grote vraagtekens op gereageerd is vanuit Flevoland en Lelystad? Want waarom is hun ziekenhuis ten onder gegaan en kan het ziekenhuis in Boxmeer gered worden? Begrijp me

goed: ik vind het erg goed dat het ministerie in beweging komt, maar ik kan me die vraagtekens ook wel voorstellen. Ik leg de vraag dus neer bij de Minister. Zou hij daarop willen reflecteren?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een vraag van de heer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ja, ik heb een vraag voor mevrouw Dik-Faber. Ik ken de ChristenUnie als een heel betrokken partij waarvoor omzien naar elkaar belangrijk is en zorg dus een heel belangrijk thema is. Ik wil mevrouw Dik-Faber vragen om toch even uit te zoomen van deze bijdrage. Ik heb eigenlijk de vraag hoe de ChristenUnie als regeringspartij kijkt naar dit stelsel als blijkt dat zorg zomaar kan wegvallen en kwetsbare mensen dus in de problemen kunnen komen.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Het is natuurlijk niet goed als er zomaar ineens zorg wegvalt. Wat er gebeurd is in Lelystad verdient absoluut geen schoonheidsprijs, en dan druk ik mij echt nog heel voorzichtig uit. Ik denk dat we er allemaal zo over denken: laat dit alsjeblieft niet weer gebeuren. Ik vind het ook heel goed dat er nu wordt gekeken welke spelers hebben gehandeld of juist niet of niet tijdig hebben gehandeld, zodat we daar lessen uit kunnen trekken. Tegelijkertijd wil ik wel zoeken naar mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Ik kan nu niet zeggen dat dat een complete stelselwijziging moet zijn. Ik vraag me af of dat nodig is. Wij weten ook dat een stelselwijziging heel veel tijd en energie gaat kosten, en ook heel veel geld, geld dat van de belastingbetalers en verzekerden is en dat we dan niet aan zorg besteden. Ik zit dus echt niet te wachten op een grote stelselwijziging. Ik vind dat we lessen moeten trekken en moeten kijken waar zaken beter moeten, maar we moeten het geld niet stoppen in stelselwijzigingen, maar echt in goede zorg.

De voorzitter:

De heer Renkema, afrondend.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik heb het woord «stelselwijziging» overigens niet gebruikt. Ik vroeg eigenlijk naar een reflectie op het stelsel. Mijn vervolgvraag aan mevrouw Dik-Faber is de volgende. Stel nou dat uit al dat onderzoek blijkt dat er prikkels in het systeem zitten die ervoor zorgen dat ziekenhuizen in de problemen komen. Is zij dan ook bereid om maatregelen voor te stellen of te steunen die dat voorkomen? Denk bijvoorbeeld aan het bekostigen van handelingen. Een ziekenhuis wordt betaald voor elke handeling die wordt gedaan. Dat leidt in dunbevolkte gebieden al snel tot problemen.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik ben altijd bereid om met een open oog te kijken naar signalen, zeker ook als we dat onderzoek straks hebben. We hebben zelf ook gesprekken gevoerd met de SAZ. Je ziet inderdaad dat ontwikkelingen, soms ook echt ontwikkelingen vanuit de zorg zelf – denk aan die kwaliteitscriteria – niet altijd helpen om overal de zorg beschikbaar te houden voor kwetsbare mensen. Dat is waar ik vandaag de vinger bij heb gelegd. Ik ben dus altijd bereid om daarnaar te kijken en ik wil daar ook graag het debat over voeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Agema. Zij spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het is duidelijk dat deze Minister inzake de situatie in Lelystad niet in beweging komt en op zijn handen blijft zitten. Onze zorg is dat zich in de tussentijd een calamiteit voordoet. Het motto «regeren is vooruitzien» is hem blijkbaar niet bekend – of toch wel? Want voor het Maasziekenhuis in Beugen trekt de Minister opeens wel de portemonnee en zijn er opeens wel mogelijkheden om tot afspraken te komen en een faillissement te voorkomen. Waarin verschilt de situatie van het Maasziekenhuis van die van het IJsselmeerziekenhuis en het Slotervaartziekenhuis? Waarom is de situatie van Pantein Zorggroep ineens wel uniek en specifiek? Kan de Minister dit toelichten?

De Minister geeft aan tijdig geïnformeerd te zijn inzake de situatie van Pantein Zorggroep. Maar was juli 2018 dan niet tijdig genoeg inzake de situatie van de MC Groep? Ook zegt de Minister dat het Maasziekenhuis een gebied verzorgt met 130.000 inwoners. Maar de regio Lelystad, Dronten en Urk heeft ook meer dan 100.000 inwoners. Is het aantal inwoners ineens een norm? En zo ja, waar ligt de grens van die norm dan? Is het eigenlijk niet zo dat de Minister gewoon erg geschrokken is van het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis, dat hij de gevolgen verkeerd heeft ingeschat en dat hij daarom nu wel de regie neemt en tot andere afspraken komt om een faillissement van het Maasziekenhuis te voorkomen? Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald, maar geef dat dan wel gewoon toe. En leg dan ook uit waarom.

Het gedraai van de Minister omtrent de 45 minuten norm duidt al evenzeer op een dwaling. Deze norm was bij de voorgangers van deze Minister altijd bepalend voor de bereikbaarheid van cruciale spoedzorg. Voordat het ziekenhuis in Lelystad failliet ging, hield ook deze Minister zich aan die norm. Ik citeer uit het debat van 13 juni 2018: «Het beste antwoord voor de spoedeisende hulp is de 45 minuten norm. Voor die sector hebben we een werkbare norm. Of dat nou een politieke norm of een andere norm is, we hebben er een. We moeten het houden bij de regeling die bestaat voor de 45 minuten-gevoelige zorg. Ik hou me aan die gevoelige norm die ik ken. En al is het een politieke norm, die werkt al vijftien jaar, en daar wil ik me graag aan houden.» Nadat het IJsselmeerziekenhuis failliet ging, was deze norm opeens geen norm meer. Hij trok zijn handen ervan af. We hebben ons er allemaal over verbaasd. Maar nu wordt de 45 minuten norm er inzake het Maasziekenhuis toch ineens weer bij gehaald, en wel om in te grijpen. Daar ben ik natuurlijk blij mee, want faillissementen moeten worden voorkomen, maar hoe zit het nu met die norm? En wat betekent dit voor het verdwijnen van de spoedzorg in Stadskanaal en Hoogeveen? Want ook daar worden de aanrijtijden van de ambulances langer en is de nachtzorg niet op orde als de spoedeisendehulpdiensten dichtgaan. Ook de Treant Zorggroep is financieel kwetsbaar en een faillissement is niet ondenkbaar. Graag een reactie van de Minister. Dan de situatie in Lelystad. Senioren die met spoed moeten worden opgenomen, belanden in het ziekenhuis in Sneek. Bezoek van partners of familie is dan amper mogelijk vanwege de grote afstand. Dat is niet bevorderlijk voor hun herstel. Wat vindt de Minister hiervan? Het ziekenhuis in Harderwijk heeft geen bushalte voor de deur. Vrijwilligers zetten zich in om mensen met de auto naar het ziekenhuis te rijden. Dat doen de AutoMaatjes. Wat vindt de Minister hiervan?

In de omliggende ziekenhuizen neemt de druk op de spoedzorg toe. Harderwijk heeft al twee tot drie keer per week een patiëntenstop. Het shoppen met patiënten tussen verschillende ziekenhuizen is uitermate zorgelijk en risicovol. Wat vindt de Minister hiervan?

Door de afstand en de reiskosten wordt zorgmijding in de hand gewerkt. Noodzakelijke zorg wordt uitgesteld. Dit geldt niet alleen voor ouderen. Ook kersverse ouders gaan minder vaak op bezoek bij hun baby op de couveuseafdeling, omdat die te ver weg is. Men is al gauw vier uur

onderweg. We weten allemaal hoe belangrijk tijgeren is in die eerste periode. Wat vindt de Minister hiervan? Dit zijn zomaar een aantal gevolgen van de sluiting van het ziekenhuis in Lelystad. De lijst met incidenten is inmiddels gegroeid tot zo'n 150 meldingen, maar dat is geen reden voor de Minister om in beweging te komen. Maar waarom niet? Waarom blijft hij in Lelystad op afstand? Waarom blijft hij op zijn handen zitten? Zelfs als patiënten niet terecht kunnen bij het St Jansdal voor een aanvullende diagnostiek, omdat zij door een zelfstandig specialist zijn verwezen, komt de Minister niet in beweging. Bij marktmacht komt de Minister niet in beweging. Wat een verschil. Maar hoe verklaart hij dit? Hoe verhoudt dit zich tot het programma De juiste zorg op de juiste plek, dat hij wel aanhaalt in zijn brief over de situatie bij het Maasziekenhuis? De regio Lelystad-Dronten-Urk kenmerkt zich door niet de juiste zorg op niet de juiste plek te hebben.

Als de Minister nu niet ingrijpt, komt het niet meer goed. Ik zeg tegen de Minister: laat dat beleid van die 0% volumegroei los. Het gaat goed met de groei van het bbp. Er is meer ruimte. Dat er zich nog geen grote calamiteit heeft voorgedaan komt niet door de Minister, maar door al die zorgmedewerkers die met kunst- en vliegwerk steeds weer alle ballen opvangen. Straks valt er een bal op de grond. Ondanks dat ben ik hen zeer erkentelijk voor al hun inspanningen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot ga ik naar de heer Kuzu. Hij spreekt namens de fractie van DENK. Gaat uw gang.

De heer Kuzu (DENK):

Voorzitter. In een eerder debat na het debacle met de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis noemde mijn fractie deze Minister een Minister zonder portefeuille, omdat hij onvoldoende regie nam. Wij noemden deze Minister een Minister van stapelstenen, omdat hij zelf ook aangaf dat hij ziekenhuizen zag als stapels stenen. Na het voorbereiden van dit debat, na het lezen van de stukken en na met mensen te hebben gesproken, wil ik deze woorden terugnemen. Ik wil mijn excuses aanbieden richting de Minister via u, voorzitter. Excuses dat ik u Minister zonder portefeuille heb genoemd. Het spijt me. Want deze Minister gedraagt zich niet als een Minister met of zonder portefeuille. Deze Minister gedraagt zich als een soort manager voor zorg, die vooral bezig is met het produceren van stapels brieven vol met ronkend managementgeleuter. Ik noem een aantal voorbeelden van citaten. Dit staat er echt: «De toekomstverkenner is op mijn verzoek begin januari direct gestart met gesprekken over verloskunde op Urk.» De daadkracht spat ervan af. Ik geef een ander citaat: «Innovatie is een belangrijk onderwerp dat in alle sessies terug zal komen.» Niemand heeft dat eerder bedacht. Het volgende citaat is echt de puurste vorm van managementgeleuter: «Voor de vierde sessie worden vijf oplossingsrichtingen verder uitgewerkt tot een plan van aanpak, waarbij ook aandacht zal worden besteed aan de financiële impact.» Want op dit moment zouden de opties onvoldoende concreet zijn. Dat is managementgeleuter, heel veel managementgeleuter. De brieven van de Minister zitten vol met managementgeleuter. Er is ook managementgeleuter over de 45 minuten norm voor de aanrijtijden van ambulances, waarover bij vorige debatten alle politieke partijen kritisch waren op de Minister. De Minister schijft doodleuk: ja, maar die 45 minuten norm is eigenlijk geen norm, geen prestatienorm en geen kwaliteitsnorm. Het is een tekentafelnorm, een fantasienorm. Dat is een kwalijk effect van managementgeleuter. In de brief staat ook dat dat niet wegneemt dat de inspectie de zorgen van onder meer verloskundige patiënten en andere betrokkenen begrijpt. De taak van de inspectie is dus

tegenwoordig om begrip te tonen voor zorgprofessionals. Managementgeleuter.

Dan hebben we de 15 minuten norm voor ernstigere meldingen, oftewel de zogenaamde A1-meldingen. «De inspectie constateert dat deze norm in 95% van de gevallen wordt gehaald.» Voor managementgeleuternormen is 95% fantastisch, maar je vader, moeder, broer of zusje zal maar in die overige 5% zitten. Dan kijkt niemand naar managementgeleuter.

Voorzitter. Het lijkt wel alsof de Minister in zijn eigen wereld, in de ivooren toren van zijn eigen ministerie, leeft. De echte zorg is een soort parallel universum waar de Minister geen verbinding mee lijkt te kunnen maken. Ik noem een voorbeeld. Op aandringen van de Kamer gaat de Minister in gesprek met Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad. Dan denk je: mooi, dat wordt thee, koffie, koekje, gesprek. De Minister en de vertegenwoordigers van de stichting zijn het eens over veel dingen, maar over één ding niet.

Die mensen uit Lelystad vroegen in al hun bescheidenheid niet om de kwaliteitscriteria van een topklinisch of een academisch ziekenhuis, maar gewoon om een normaal ziekenhuis. De Minister was het daar niet mee eens, want de kwaliteit moet volgens dezelfde normen. Dat zijn twee totaal verschillende onderwerpen en twee totaal verschillende werelden.

Voorzitter. We weten allemaal dat managementgeleuter ertoe leidt dat de zorg te veel benaderd wordt als kostenpost. De meesten van ons reageerden ontsteld op het faillissement van de ziekenhuizen. Mensen waren boos en bedroefd. Patiënten werden ziekenhuizen uitgejaagd. Kille curatoren begonnen zich te bemoeien met hoe dokters hun werk deden. Medisch personeel dreigde zijn baan te verliezen. Er leefde veel bezorgdheid onder mensen. Maar wat zijn we opgeschoten? Hoe moet het nu verder? Daar zou het vandaag eigenlijk over moeten gaan en niet over dat we onderzoek dat voor de zomer afgerond wordt, moeten afwachten.

Voorzitter. Er zijn een aantal zorgelijke berichten, met name over de situatie in Harderwijk. Nu blijkt dat mensen bij spoedgevallen ook niet altijd in Harderwijk terecht kunnen. De spoedeisende hulp van St Jansdal in Harderwijk is twee tot drie keer per week overbelast door de toestroom van patiënten uit de omgeving van Lelystad. Dat betekent dat patiënten en ambulances soms nog verder moeten rijden. Ik vraag de Minister: is hij tevreden met de huidige situatie of is hij het ermee eens dat de spoedeisende hulp in Harderwijk opgeschaald moet worden?

Voorzitter. Wij kregen ook het bericht dat na het faillissement en de overname door St Jansdal van de IJsselmeerziekenhuizen er meer sprake is van ontwrichtende concurrentie dan van samenwerking. De nieuwe eigenaren van het ziekenhuis botsen met orthopeden, kaakchirurgen en reumatologen die voor zichzelf zijn begonnen. St Jansdal heeft aangegeven geen patiënten van concurrerende klinieken te willen behandelen. Dit is puur het resultaat van de doorgeslagen marktwerking in de zorg. Het is allemaal te danken aan gestoorde marktdrift. Wij doen een oproep aan de Minister.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

De heer **Kuzu** (DENK):

Daar ben ik mee bezig. Ik zou tegen de Minister willen zeggen: concentreer je minder op statistieken, cijfers, stapels stenen, brieven, eindeloze praat sessies en managementgeleuter en focus je meer op mensen. Zorg voor de mensen. Wees een Minister en geen manager.

Dank u wel, voorzitter.

Voorzitter, als laatste wil ik zeggen dat ik om 12.30 uur naar een uitvaart moet. Daarvoor vraag ik uw permissie. Ik bied mijn excuses aan aan het publiek, mijn collega's, de Minister en zijn ambtelijke staf.

Dank u.

De voorzitter:

Op dat laatste zou ik namens ons allen willen zeggen: uiteraard. Ik wens u sterkte daarbij. Hiermee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De Minister heeft aangegeven ongeveer vijftien minuten nodig te hebben voor de voorbereiding op de beantwoording, dus ik stel voor om ongeveer om 11.32 uur de vergadering te hervatten.

De vergadering wordt van 11.18 uur tot 11.35 uur geschorst.

De voorzitter:

We praten verder over de stand van zaken met betrekking tot ziekenhuisfaillissementen. We hebben de eerste termijn van de zijde van de Kamer gehad. Dat betekent dat ik graag de Minister de gelegenheid wil geven voor het beantwoorden van de gestelde vragen. Ik zou met de leden willen afspreken om een tweetal interrupties toe te staan. Dat betekent wel dat een interruptie een korte vraag is, en tegen de Minister zeg ik: een kort antwoord. Dan hebben we ook de gelegenheid tot een tweede termijn. Het woord is aan de Minister. Het verzoek aan de Minister is ook om even aan te geven hoe de beantwoording zal plaatsvinden. Gaat uw gang.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank voor alle vragen gesteld. Ik stel voor dat ik als volgt zal antwoorden. Eerst heb ik een blokje over Lelystad, dan een blokje over Slotervaart, dan een blokje over Pantein en dan een blokje varia.

Voorzitter. Allereerst over Lelystad. Ik heb u daar de afgelopen maanden meerdere malen over geïnformeerd. Ik probeer altijd aan de ene kant de goede toon te treffen over de zorg voor de inwoners van Flevoland, die ik goed begrijp, en aan de andere kant het perspectief te schetsen van hoe we de zorg in Flevoland weer een stap vooruit kunnen brengen. Per 1 maart jongstleden heeft St Jansdal de zorg in het ziekenhuis in Lelystad overgenomen. Dat is met een op een militaire operatie gelijkend proces vormgegeven. Op maandag 4 maart was het ziekenhuis toegankelijk voor patiënten. Ik wil daar de mensen van St Jansdal zeer mee complimenteren. Mensen kunnen voor het overgrote deel van de zorg die voorheen door de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad werd geleverd, weer in Lelystad terecht.

Vervolgens zijn we nu in de fase terechtgekomen die de stabilisatiefase heet. Ik weet niet of dat een managementwoord is, maar het is het woord dat St Jansdal heeft gekozen voor de periode tot 1 januari 2020 om een stabiele organisatie te creëren waarbinnen de basiszorg op orde is. Van daaruit wordt gekeken of verdere uitbouw van zorg mogelijk is. Inmiddels heeft St Jansdal, zoals u heeft gelezen, vorige week aangegeven het zorgaanbod te willen uitbreiden met planbare ingrepen waarvoor patiënten maximaal drie nachten moeten blijven, zoals knieoperaties. Het gaat daarbij vooral om zorg aan patiënten bij wie geen complicaties worden verwacht. Tevens zal worden bekeken welke mogelijkheden er zijn voor uitbreiding van eerstelijnsverblijf en de oprichting van een eerstelijnsgeboortecentrum in Lelystad en omgeving. Dat is in de periode tot 1 januari 2020.

Na 1 januari 2020 komen we in wat de toekomstfase heet. Zoals ik al heb laten weten heb ik, om de zorg in Lelystad en omgeving ook voor de langere termijn houdbaar neer te zetten, in overleg met alle betrokken partijen een toekomstverkenner gevraagd een reële en haalbare visie op de zorg in Flevoland te maken. Die visie zal het uitgangspunt zijn voor de inrichting van de zorg in die regio. Het gaat daarbij overigens niet alleen over ziekenhuiszorg. Ook de eerste lijn, de langdurige zorg, de thuiszorg en de maatschappelijke ondersteuning moeten daarbij worden betrokken.

Ik heb gevraagd aan de toekomstverkenner om uiterlijk voor de zomer zijn visie op te leveren.

Voorzitter. Zoals u weet, is de toekomstverkenner op mijn verzoek gestart met gesprekken over verloskunde voor inwoners op Urk vanwege de zorgen die daar leven over de langere reistijden door de sluiting van de acute verloskunde in Lelystad. Daar heeft hij inmiddels een aantal gesprekken gevoerd. Inmiddels is men in gesprek over mogelijke oplossingsrichtingen om risico's zo veel mogelijk te vermijden en de onrust in de regio weg te nemen. Zoals eerder besproken, zien St Jansdal en ook Antonius vooralsnog geen mogelijkheden voor een volwaardige SEH en acute verloskunde in Lelystad. Dat komt deels door een tekort aan kinderartsen, maar ook doordat veel andere voorzieningen, zoals een ok, een laboratorium, radiologische faciliteiten en expertise in de vorm van verschillende specialismen nodig en paraat moeten zijn. Met de huidige omvang van de patiëntenpopulatie is het volgens St Jansdal nu geen realistisch scenario om een volwaardige SEH open te houden, ook niet met een door mij aangeboden beschikbaarheidsbijdrage. Zoals u weet, houd ik die bijdrage beschikbaar. Wellicht wordt dit in de verdere toekomst wel mogelijk. De mogelijkheden zullen door de toekomstverkenner expliciet in zijn toekomstvisie worden meegenomen.

Voorzitter. Dat bij wijze van inleidende woorden. Ik heb een aantal vragen gekregen. Ik begin bij de heer Hijink van de SP-fractie. Hij vroeg of het klopt dat de kwaliteit is afgenomen in Flevoland, zoals de actiegroep zegt, die dat dan uit de mond van de inspectie zou hebben gehoord. Dat was, als ik het goed heb genoteerd, de vraag van de heer Hijink. De inspectie heeft de afgelopen maanden meermaals contact gehad met de stichting. De inspectie heeft daarbij toegelicht dat er veilige zorg wordt geleverd. De inspectie heeft er begrip voor dat patiënten die langer moeten reizen of niet meer bij hun vertrouwde arts terecht kunnen, minder kwaliteit van zorg ervaren, maar de kwaliteit van de geleverde zorg is niet afgenomen, aldus de inspectie.

Voorzitter. Dan werd de vraag gesteld of het niet willen uitvoeren van diagnostiek omdat een patiënt geen behandeling in het ziekenhuis wil, geen verkeerde prikkel is. Moeten wij niet gewoon regelen dat patiënten overal terecht kunnen voor diagnostisch onderzoek? Dat was een vraag van de heer Raemakers. Zorgaanbieders mogen in principe zelf besluiten op welke wijze zij hun zorgverlening inrichten. Voor patiënten is het echter essentieel dat zij de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Daartoe bestaan verschillende waarborgen. Zo hebben zorgverzekeraars zich te houden aan hun zorgplicht en dienen zij voor hun verzekerden voldoende goede zorg in te kopen. Indien er onvoldoende alternatieve opties in de regio bestaan, kan het weigeren van diagnostisch onderzoek de keuzemogelijkheden voor patiënten effectief uitschakelen. Dat is mogelijk misbruik van een machtspositie. Hier kan tegen worden opgetreden door de Autoriteit Consument & Markt en door de NZa. Beide bestuderen momenteel de situatie en treden op indien daartoe aanleiding is. Ik zou niet iedere aanbieder willen verplichten tot bepaalde verrichtingen zolang er geen sprake is van een machtspositie.

De voorzitter:

Dat roept een vraag op bij de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Dat is inderdaad ook de lijn uit de brief die we hebben ontvangen, maar mijn vraag was eerder: waarom kunnen we niet toe naar meer keuzevrijheid voor de patiënt? Je zou namelijk ook kunnen redeneren dat, als een ziekenhuis allerlei goede zorg in het ziekenhuis levert, dat ook een positieve prikkel is voor de patiënt om te denken: ik heb hier nu een bloed- en urineonderzoek; ik ga ook gelijk naar dit ziekenhuis toe. Het hoeft dus helemaal niet nadelig te zijn voor ziekenhuizen. Ik zou de Minister willen

uitdagen in de zin van: kunnen we daar niet op een andere manier tegen aankijken? Nu leggen we het alleen in handen van de NZa en de ACM zonder als politiek zelf iets te doen. Is de Minister niet bereid om daar meer stappen op te zetten?

Minister Bruins:

Ik wil hier het volgende doen. Aan de ene kant onderschrijf ik met de heer Raemakers het belang van de keuzevrijheid voor de patiënten. Ik wil weten of die keuzevrijheid hier in het gedrang is gekomen. Daarvoor heb ik de ACM en de NZa nodig. Die moeten daar een uitspraak over doen, maar ik denk dat wij beiden, de heer Raemakers en ik, graag willen dat die keuzevrijheid voor patiënten, voor burgers mogelijk is en blijft. Om te kijken of daarvan sprake is, of daar geen machtspositie is ontstaan, heb ik een oordeel van de ACM en de NZa nodig.

De heer Raemakers (D66):

Het gaat nou weer over machtspositie in het spel, maar mij gaat het juist om die keuzevrijheid. Als we het zouden willen, kunnen we toch met elkaar die keuzevrijheid vergroten los van de vraag of een machtspositie wel of niet in het geding is? Welk argument zou ertegen zijn om de keuzevrijheid op een positieve manier te gaan vergroten?

Minister Bruins:

Ik denk dat de keuzevrijheid voor diagnostisch onderzoek al groot is. Ik heb dus niet de behoefte om die nog verder uit te breiden. Ik kijk juist naar die andere kant: als er een hindernis is in de keuzevrijheid, moet daar dan niet tegen worden opgetreden? Daarom mijn vraag aan de autoriteit. Ook een vraag van de heer Raemakers van D66 was om een inkijkje te geven in het werk van de verkenner. Er zijn zorgen over de drukte in de acute zorg. Patiënten moeten naar een ander ziekenhuis. Wat kan de Minister doen voor Lelystad en Urk? Patiënten moeten inderdaad naar andere ziekenhuizen voor delen van de zorg die eerder in Lelystad werd aangeboden, hoewel, zoals ik in mijn inleiding al zei, een heel groot deel van de poliklinische zorg nu door St Jansdal in Lelystad wordt aangeboden. In de regio zijn daarnaast voldoende ziekenhuizen waar patiënten ook terecht kunnen. De toegankelijkheid van zorg is dus niet in gevaar. Dit is ook het punt waar toezichthouders naar kijken. Zij hebben geen signalen ontvangen dat de zorg niet tijdig beschikbaar is. Ik zal altijd zowel aan de NZa als de inspectie met nadruk vragen om aan dit punt aandacht te besteden.

Voorzitter. De heer Raemakers en anderen vroegen of de meldkamer in Flevoland op de hoogte is van stops in de omliggende ziekenhuizen. Het antwoord is ja. Het komt niet voor dat een ambulance met een patiënt op de SEH komt en daar verrast wordt door een SEH-stop. De meldkamer heeft een actueel overzicht van eventuele sluitingen en stops in de omliggende ziekenhuizen. Als een patiënt naar de SEH van een ziekenhuis moet, wordt deze of door de huisarts/verloskundige of de meldkamer al van tevoren aangekondigd bij het ziekenhuis. Bij deze vooraankondiging zal het ziekenhuis een capaciteitsprobleem, een SEH-stop, altijd direct melden. Dan rijdt de ambulance direct door naar een ander ziekenhuis. Ambulances rijden dus niet maar wat rond. Ze worden altijd gestuurd door de meldkamer.

Voorzitter. Dan was er een vraag van mevrouw Van den Berg over een nieuw niveau 4 voor de SEH. Kan er niet een nieuw SEH-niveau 4 komen waar ervaren SEH-artsen het grootste deel van de eerste hulp kunnen verzorgen zonder specialisten? De toekomstverkenner is aan de slag. Het lijkt me een goed idee, om ook dit idee daar in te brengen. In de tussentijd heb ik dan de mogelijkheid om te kijken wat precies de definitie is van dat nieuwe SEH-niveau 4. Misschien ga ik dat ook nog eventjes uitvragen bij

mevrouw Van den Berg, maar ik zorg dat deze suggestie bij de toekomstverkenner terechtkomt.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg: klopt het dat er op korte termijn een shortstay voor laagcomplexere geplande zorg mogelijk moet zijn? Dat heeft St Jansdal inderdaad vorige week aangekondigd. St Jansdal wil de zorg in Lelystad uitbreiden met planbare ingrepen waarvoor patiënten maximaal drie nachten blijven, zoals knieoperaties. Het gaat dan om ingrepen bij relatief gezonde patiënten bij wie geen complicaties worden verwacht. Het gaat dus niet om acute zorg. Ik las dat artikel in de Trouw; St Jansdal heeft mij laten weten dat dit besluit nog niet definitief is, want er moet eerst voldoende personeel worden gevonden. Ook heeft het ziekenhuis nog meer patiënten nodig om dat betaalbaar te maken, maar St Jansdal heeft er vertrouwen in dat dat gaat lukken.

De zorgverzekeraars maken in deze stabilisatiefase afspraken met de zorgaanbieders in de regio om de zorg voor hun verzekerden te garanderen. Zij zijn ook nauw betrokken bij de in ontwikkeling zijnde toekomstvisie van de toekomstverkenner. Op basis van het beeld dat daarin zal worden geschetst, is het vervolgens vooral aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om gezamenlijk handen en voeten te geven aan deze aanbevelingen. Ik vind dat ze, overigens net als in Hoogeveen en Assen, Drenthe, hierover in goed overleg met het openbaar bestuur en patiënten moeten zijn.

Voorzitter. In het overleg over acute zorg is het voorstel van het CDA aangenomen om het aantal stops per ziekenhuis in kaart te brengen. Kan de Minister dit voor de ziekenhuizen uit het rapport van de toekomstverkenner voor medio juni dit jaar opleveren? In het VAO Acute zorg van 11 april heb ik aangegeven dat ik op dit moment niet over informatie over SEH-stops per 1 januari 2018 beschik. De informatie die ik heb over aantal en duur van deze stops, staat in de Monitor acute zorg. Mevrouw Van den Berg en ik hebben dat in dat debat gewisseld. Het gaat over zeer specifieke informatie van de drie regio's die in die jaren de stops hebben geregistreerd. Andere regio's registreren niet, maar ik heb toen aangegeven dat ik bereid ben om met de NZa en de LNAZ, de koepel van de ROAZ'en, in gesprek te gaan en te kijken of en, zo ja, in hoeverre ik de door mevrouw Van den Berg gevraagde informatie over de stops boven tafel kan krijgen. Na dit gesprek zal ik kijken wat de mogelijkheden zijn om aan het verzoek van mevrouw Van den Berg te voldoen. Het gesprek met de LNAZ staat gepland voor 6 mei aanstaande.

Voorzitter. Een andere vraag van mevrouw Van den Berg was: de zorg in Flevoland moet zo snel mogelijk weer worden opgebouwd, maar de cijfers over beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen ontbreken in het feitenboek van de toekomstverkenner, terwijl dat wel de basis is geweest voor de CDA-motie. Wanneer worden die cijfers opgeleverd en neemt de toekomstverkenner het KPMG-rapport van de provincie mee om de zorgbehoefte in beeld brengen, en worden patiëntverenigingen daarbij betrokken? Dat zijn twee vragen. De toekomstverkenner zal een visie op de inrichting van de zorg in Flevoland opleveren. Daarbij zal hij ook aandacht besteden aan de mogelijkheden en de benodigdheden voor eventuele uitbreiding van de spoedzorg in Lelystad. In de visie zal ook de beschikbaarheid van personeel worden meegenomen. In het feitenboek is wel ingegaan op het aantal artsen en het reeds langdurig bestaande tekort aan kinderartsen in het ziekenhuis in Lelystad. Voor de SEH-artsen zal ik dat nog navragen bij de verkenner, maar het begint dus met het feitenboek. Het feitenboek zal ook nog worden aangevuld. Er zijn toevoegingen gevraagd, waar de toekomstverkenner voor gaat zorgen. Dat is één. En dan moet de toekomst ook in beeld worden gebracht. Dat toekomstbeeld verwacht ik rond de zomer van de toekomstverkenner te krijgen. Het KPMG-rapport van de provincie heeft de aandacht van de verkenner. Hij heeft dat. Dat heb ik gecheckt. Uiteraard maakt de verkenner wel zijn eigen product. Voorts over de patiënten. De Flevo-

landse Patiëntenfederatie en ook de Stichting actie Behoud Ziekenhuis Lelystad zijn betrokken bij alle stappen die worden gezet door de toekomstverkenner.

Wordt in het gesprek met de zorgverzekeraars over de extra vergoeding voor de kraamhulp naast Urk ook de Noordoostpolder meegenomen? Iets specifieker, die extra vergoeding gaat over de achterwacht voor verloskundigen, niet voor de kraamhulp. Het gaat om een adequate vergoeding, een tariefopslag, voor de extra diensten die nodig zijn voor verloskundigen. Zorgverzekeraars Nederland heeft mij laten weten dat de uitkomst van dit overleg is dat alle verzekeraars deze vergoeding zullen afspreken voor verloskundigen in Urk. Een achterwachtregeling is naast Urk ook van toepassing op Emmeloord, Lelystad en Dronten.

Voorzitter. Dan was er een vraag van de heer Renkema over het toe werken naar een langetermijnvisie.

De voorzitter:

Voordat u verder gaat, heeft mevrouw Van den Berg een vraag over het vorige punt.

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

Ik zie dat de Minister naar mijn collega gaat, maar nog even voor de zekerheid, want ik wil het goed begrijpen. Ergens zei de Minister in zijn inleiding dat de omvang van de spoedeisende hulp nu te klein zou zijn voor Lelystad, terwijl ik uit pagina 18 van het rapport van de toekomstverkenner heb begrepen dat Lelystad een middelgrote SEH had. Ik heb dus helemaal niet de indruk dat die te klein zou zijn.

Minister Bruins:

Dit debat hebben wij al eens eerder gevoerd. Die SEH-functie was daar, maar die is daar niet meer. Nu moet er dus opnieuw worden gekeken welke mogelijkheden er zijn om die SEH-functie en de acuteverloskunde-functie opnieuw in te vullen. Die vragen zijn nadrukkelijk bij én St Jansdal én bij de toekomstverkenner onder de aandacht gebracht.

Dan de vraag van GroenLinks over het toe werken naar een langetermijnvisie. Eigenlijk zie ik er twee. De ene is specifiek voor Flevoland, want ik wil geen rapportage hebben van de toekomstverkenner die gaat over een of twee jaar. Nee, dat moet reëel en duurzaam zijn. Dat zijn de woorden die ik heb gebruikt in de opdracht aan de toekomstverkenner. Dat is de ene kant. Die verkenner moet met allerlei partijen praten. Dat heb ik al meermalen gezegd. Vervolgens zijn de lokale partijen aan zet om daar handen en voeten aan te geven. Na 1 juli, na de rapportage van de toekomstverkenner, is er onherroepelijk een vervolg op de vraag: hoe dan? Dus het moet wel van het papier af komen. Daarnaast is er wat mij betreft een langetermijnvisie, die ik u heb aangeboden in een brief op te schrijven, over medische zorg meer in het algemeen. Die brief wil ik voor de zomervakantie bij u bezorgen. Ik ben ook graag bereid om daarover het debat te voeren.

GroenLinks maakt zich zorgen over het personeel en over de medisch specialisten die zich vrij gevestigd hebben. Dat loopt allemaal nogal stroef. Ook de heer Rutte sprak soortgelijke woorden. Ik herken het wel dat het allemaal nog wat stroef verloopt tussen de zorgaanbieders, maar ik realiseer mij ook dat je bij de herinrichting van zorg altijd wat strubbelingen zult zien tussen partijen die een deel van de zorg overnemen. Die nieuwe verhoudingen zullen moeten settelen. Ik vind het van belang dat de zorg voor de inwoners van Flevoland gewaarborgd is. Dat is ook de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Ik heb geen signalen dat er problemen zouden zijn met de toegankelijkheid van de zorg in de regio of dat de zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht zouden kunnen voldoen. Nogmaals, de NZa let hier scherp op. Overigens zal de toekomstverkenner

in zijn visie op de inrichting van zorg in Flevoland ook aandacht besteden aan de beschikbaarheid van personeel.

Is de Minister bereid tot een experiment in Flevoland om de marktwerking op te schorten en partijen gezamenlijk te laten komen tot een samenhangend aanbod? Dat was ook een vraag van de heer Renkema. Ik vind het van belang dat de partijen een gezamenlijk beeld maken van de zorgbehoefte in de regio voor nu en in de toekomst. Ik faciliteer dat op verschillende manieren, maar het gaat mij te ver om alle checks-and-balances in de contractering buitenspel te zetten. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de rol om goede en voldoende zorg in te kopen. Zij houden daarbij de zorgaanbieder scherp op de kwaliteit en doelmatigheid van de aangeboden zorg. Het zomaar loslaten van die verhoudingen door verdeling toe te staan van de markt tussen partijen die ook eigen belangen hebben, verstoort die balans. Daar voel ik niets voor. Voorzitter. Dan heb ik nog een vraag van de heer Renkema opgeschreven: welke criteria heeft St Jansdal gehanteerd bij het aannemen van personeel? Wil de Minister dat onderzoeken? Zoals ik u in de schriftelijke ronde heb laten weten, heeft St Jansdal een doorstart gerealiseerd na het faillissement. Daarbij is St Jansdal ervan uitgegaan de helft van het aantal patiënten van IJsselmeerziekenhuizen te verliezen, onder meer door reisafstanden en veranderingen in het zorgaanbod. Dat betekent dat St Jansdal niet alle medewerkers van IJsselmeerziekenhuizen kon overnemen. St Jansdal laat weten dat er toch meer dan 300 mensen zijn aangenomen. Ik weet niet precies welke afwegingen zij hebben gemaakt bij het aannemen van personeel. Dat is aan St Jansdal als werkgever. Voorzitter. Dan waren er nog een aantal vragen van de heer Rutte van de VVD.

De voorzitter:

Voordat u daartoe overgaat, heeft de heer Renkema een vraag.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik heb een vraag onder het kopje visie op de zorg in Flevoland op de wat langere termijn. Ik weet niet of die beantwoord is. Ik had gevraagd naar de mogelijkheid om een soort convenant op te stellen. Die toekomstverkenner heeft, zoals ik het nu heb begrepen, een behoorlijk vrije rol om het gesprek aan te gaan met alle partijen. Dat leidt ook tot allerlei verwachtingen. Ik denk dat een convenant waarin alle partijen expliciet afspreken wat de richting moet zijn, beter is dan wanneer het impliciete verwachtingen blijven. Graag wil ik een reactie op zo'n convenant, waar de patiëntfederatie naar vraagt maar ik denk ook de provincie behoefte aan heeft.

Minister Bruins:

Ik zou eigenlijk eerst even die toekomstverkenner zijn werk willen laten doen. Als hij klaar is, dan is een vervolgstap noodzakelijk, want die afspraken moeten wel in de praktijk bewerkstelligd worden. Misschien zit ook een beetje achter de vraag van de heer Renkema het belang dat het niet blijft bij een rapport van de toekomstverkenner. Dat gaat zeker niet gebeuren, maar geeft u mij eventjes de ruimte om dat rapport van de toekomstverkenner af te wachten om te kijken hoe die vervolgstap ingericht moet worden. Ik gooi het idee dus niet weg, maar ik omarm het in dit stadium ook nog niet. Ik wil eerst het bericht hebben van de toekomstverkenner.

Voorzitter. Kan het openbaar vervoer een halte openen bij het ziekenhuis in Harderwijk, aangezien de bushalte daar 400 meter is verwijderd van het ziekenhuis? De vraagsteller weet zeker zo goed als ik dat dat vervoer aan gemeenten en provincies is. Ik let er echter goed op. Dit punt stellen wij aan de orde in het overleg met de gemeenten en provincies. De dg (directeur-generaal) van het departement is op 15 april nog in Lelystad

geweest. Dat punt is daar ook besproken. Men is in overleg. Ik zie uw oproep om te zorgen dat die vraag niet van tafel gaat. Daar moet wel een oplossing voor komen. Het lijkt zo eenvoudig, het verplaatsen van één haltepaal, maar ook dat is, weet ik uit een grijs verleden, best ingewikkeld. Dat licht ik in een ander debat graag allemaal toe, maar het punt blijft op tafel.

Dan was de vraag wat St Jansdal anders had kunnen doen. Mensen worden wel gebeld, gaf de heer Rutte aan, maar dat ging er soms niet al te vriendelijk aan toe. Empathie ontbrak. Zou ik daarop willen reflecteren? Ik heb begrip voor het feit dat dit een lastige periode is voor de mensen die in de regio Flevoland zorg behoeven. Het is niet niks als de zorg in de regio zo sterk verandert. Dat de vragen van mensen op een nette en begripvolle manier moeten worden beantwoord, vind ik klip-en-klaar. Ik vind het wel lastig om een oordeel te geven of dit wel of niet voldoende gebeurt in de praktijk. Maar ik wil het zeker meegeven in de contacten die ik heb met partijen in de regio, omdat ik denk dat mensen gewoon helder en duidelijk concreet te woord moeten worden gestaan. Op zichzelf vind ik het heel prettig dat mensen gebeld zijn. Dat vind ik een goede aanpak, maar het moet wel op een invoelende manier gebeuren. Ik zal dit punt ook in mijn contacten met de regio blijvend onder de aandacht brengen. De heer Rutte sprak nog over het gedoe tussen St Jansdal en zbc's. Er waren ruzies over patiëntendossiers en de diagnostiek. Patiënten worden hiertussen vermalen. Hoe kan dat gedoe stoppen? Licht daar een rol voor de inspectie, zo luidde de vraag. Het is niet zo dat dossiers niet worden overgedragen wanneer patiënten daar toestemming voor hebben gegeven. Wanneer er door onvoldoende samenwerking tussen zorgaanbieders gevaarlijke situaties kunnen ontstaan, grijpt de inspectie direct in. Maar als het gaat over die dossiers, maar ook als er andere tekortkomingen in de zorg zouden ontstaan, is het goed als de inspectie daar eerst met de betrokken partijen over aan de tafel zit. Ik wil dat bevorderen. Ik heb het woord «gedoe» uit verschillende van uw monden gehoord. Daar wil ik aandacht aan besteden.

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

In ieder geval dank voor die toezegging. Ik denk dat het nodig is dat de Minister heel nadrukkelijk onder de aandacht brengt dat niemand behoefte heeft aan dat gedoe en dat partijen zich als volwassenen dienen te gedragen. Het gaat wel om zorg voor mensen in Lelystad en niet om hun eigen belangen. Mijn vraag over de IGJ komt niet uit de lucht vallen. Uiteraard zal de IGJ ingrijpen als het escaleert, maar ik weet niet helemaal zeker of het feit dat er gedoe is een reden is voor de IGJ om heel scherp te kijken naar deze situatie. Dat zou mij namelijk wel geruststellen.

Minister **Bruins**:

Dat was eigenlijk de bedoeling van mijn antwoord. Ik vind dat de inspectie in dit opzicht een ultimatum remedium is. Voordien moeten wij proberen om verstandige mensen aan een verstandige tafel verstandige dingen te laten zeggen. Daar zal ik mij actief tegenaan bemoeien, want zoals u begrijpt, wil ik ook graag dat er rust komt en dat het gedoe eruit gaat.

Voorzitter. Mevrouw Ploumen vroeg: wat doet de Minister aan de patiëntenzorg, die apparently – mijn woord – onder druk staat? Het belangrijkste antwoord is dat ik met alle partijen in gesprek ben. Soms is dat met de toekomstverkenners. Daar hebben wij wekelijks contact mee. Daarnaast spreek ik zelf met verschillende partijen, zoals met de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad en de inspectie. Ik vind het van belang dat ik actief bij de thematiek in Flevoland betrokken ben en dat blijft ook zo. Dat zeg ik u toe. Ik denk dat dat belangrijk is. Op de meer stelselachtige vraag kom ik straks nog even terug.

Voorzitter. Mevrouw Dik-Faber vroeg: hoe kunnen we ervoor zorgen dat er in Lelystad een ziekenhuis open kan blijven met een vorm van spoedzorg

als tegelijkertijd derde partijen de krenten uit de pap halen? Ik heb nu geen concrete aanleiding om mij zorgen te maken over de continuïteit van de spoedpoli Lelystad. Ik vind het ook belangrijk dat patiënten keuzemogelijkheden hebben. Bovendien hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Zij moeten voor hun verzekerden voldoende zorg inkopen. De beschikbaarheid van spoedeisende hulp in Lelystad is ook onderdeel van de toekomstvisie. Ik herhaal wat ik in mijn inleiding zei: eerst eventjes die stabilisatiefase en dan de toekomstfase.

Voorzitter. Mevrouw Dik-Faber vroeg ook of een verloskundepoli met structureel een ambulance voor calamiteiten een goed idee zou zijn. Wilt u dit aan de toekomstverkenner meegeven? Ja, dat geef ik mee aan de toekomstverkenner.

Ook was een vraag van mevrouw Dik-Faber of de verkenner uitgaat van de huidige situatie in plaats van de situatie van 2030. Er zijn drie tafels: acuut, verloskundig en klinisch. Het zorglandschap is meer dan dat. Vindt de Minister ook dat Flevoland koploper moet worden in slimme zorg thuis en samenwerking tussen nulde-, eerste- en tweedelijnszorg? Daarbij noemde mevrouw Dik-Faber e-health als voorbeeld. Natuurlijk is de uitgangssituatie van belang voor de toekomstverkenner. Dat is nu. Dat is het feitenboek, dat ook nog wordt aangevuld. In zijn visie zal de toekomstverkenner wel gaan kijken naar de toekomstige situatie en de toekomstige behoeften van de regio. Dat is ook zijn opdracht. Ik ben het er helemaal mee eens dat slimme zorg thuis en samenwerking tussen de verschillende domeinen en sectoren belangrijke aandachtspunten zijn van die toekomstverkenner. In alle werksessies is dat een belangrijk thema. Dat is ook benoemd in de drie werksessies. Dus ik onderschrijf de behoefte die mevrouw Dik-Faber heeft uitgesproken.

Mevrouw Dik-Faber vroeg aandacht voor zorgmijding door reisafstanden. Is de Minister het ermee eens dat dit ongewenst is? Is er voldoende oog voor ouderen in de regio? Ja, ik ben het met u eens dat zorgmijding onwenselijk is. Zorg voor kwetsbare groepen is dan ook een bijzonder aandachtspunt van de toekomstverkenner. Zoals ik eerder heb aangegeven, vind ik ook het goed regelen van het vervoer van belang. In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat specifieke groepen en mensen die zeer frequent naar een zorgverlener toe moeten, gebruik kunnen maken van de regeling ziekenvervoer. Daarnaast heeft Zilveren Kruis een tijdelijke vervoerregeling opgezet voor verzekerden in Lelystad, omdat deze verzekerden niet tijdig kunnen anticiperen op de langere afstand die zij moeten afleggen naar het ziekenhuis. Ook kijkt de toekomstverkenner, samen met het openbaar bestuur, naar de mogelijkheden om ziekenhuizen beter toegankelijk te maken met het openbaar vervoer. Ik herhaal dat gemeenten en provincie daar ook een belangrijke rol in kunnen vervullen. Tot slot kijkt de toekomstverkenner naar innovaties in de zorg, zoals e-health, zodat de zorg dichterbij huis, dichterbij de patiënt kan worden georganiseerd.

Voorzitter. Ik heb nog een viertal vragen van mevrouw Dik-Faber. Zijn de plannen van de toekomstverkenner voldoende ambitieus en zijn alle relevante partijen erbij betrokken? Zij noemde het voorbeeld van de zbc's. Ja, ik denk dat wij een ambitieus plan van de toekomstverkenner krijgen. Hoe weet u dat? Omdat ik hem daartoe heb uitgedaagd. Als wij praten over de ontwikkeling van zorg in Lelystad en omgeving, in Flevoland, en we bij machte zijn – ik zeg «we» maar ik bedoel «ze», maar ik wil daar zelf bij betrokken zijn – om zo'n fenomeen als e-health daar een veel groter belang te geven, dan denk ik dat dat een ambitieus plan is, maar ook iets waardoor de rest van Nederland kan gaan kijken naar die ontwikkeling van zorg in Flevoland. Dat zou ik een mooie gedachte vinden. Zo heb ik daar ook met de toekomstverkenner over gesproken.

Het wordt een ambitieus plan, maar het moet ook een haalbaar plan zijn. Bij de overleggen en werksessies zijn veel veldpartijen betrokken. Ik heb u daar per brief over geïnformeerd. Het is natuurlijk niet werkbaar om met

iedere zorgverlener afzonderlijk te spreken, maar ik ga even dubbel-checken of de zbc's aangehaakt zijn bij het proces. Gaat de Minister in gesprek met St Jansdal om dossieroverdracht sneller te laten verlopen? De curatoren van de IJsselmeerziekenhuizen hebben met St Jansdal afgesproken dat St Jansdal de patiëntendossiers van alle patiënten bewaart, ook de voormalige patiënten van de IJsselmeerziekenhuizen. Ik heb van St Jansdal begrepen dat het hierbij gaat om ongeveer 500.000 dossiers in verschillende formaten en verschillende systemen. Het beheer van die dossiers is voor St Jansdal dus wel een behoorlijke klus. St Jansdal heeft mij verzekerd dat iedere patiënt die om zijn dossier vraagt, dat ook kan krijgen. Op de website van St Jansdal staat hoe men het dossier kan opvragen. Voor niet-urgente patiënten streeft men ernaar de oplevertermijn te versnellen naar enkele dagen. Voor urgente patiënten bestaat een spoedprocedure.

Weten patiënten voor welke zorg ze bij de spoedpoli in Lelystad terecht kunnen en dus ook voor welke zorg niet? St Jansdal communiceert onder andere via lokale media, huisartsen en zijn website over het zorgaanbod. Het is natuurlijk altijd aan te raden om niet zelf meteen naar het ziekenhuis te gaan, maar eerst de huisarts of huisartsenpost te raadplegen.

Is met de toename van de capaciteit een einde gekomen aan de stops in Harderwijk? In de acute zorg zijn stops nooit uit te sluiten. Door plotse linge drukte kan het beter zijn tijdelijk geen nieuwe patiënten op te nemen. Het is dan van belang dat er een goede samenwerking is in de regio. Als er structureel meer capaciteit nodig is, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars maatregelen nemen. Dat is ook gebeurd.

Voorzitter. Mevrouw Agema vroeg: waarom blijft de Minister voor Lelystad op zijn handen zitten? Zij stelt dat mensen niet de goede zorg krijgen.

De voorzitter:

Voordat u doorgaat naar de volgende vraag is er nog een vraag van mevrouw Dik-Faber.

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

Ik had heel wat vragen gesteld; dank aan de Minister voor de beantwoording. Ik wil nog even wat verder ingaan op de positie van de toekomstverkenner. Er wordt veel verwezen naar de toekomstverkenner. Hij is welhaast het wondermiddel om de zorg in Flevoland weer op orde te krijgen. Maar ik krijg veel signalen vanuit het gebied dat de toekomstverkenner erg vanuit de bestaande situatie, vanuit de bestaande menskracht werkt en niet kijkt naar de zorg die mensen nodig hebben. Ook krijg ik signalen dat er een enorme focus is op het herstel van een volledige spoedeisende hulp en verloskunde. Dat willen wij natuurlijk allemaal, dus het zou mooi zijn als dat kan, maar daardoor is er te weinig aandacht voor de zorgvernieuwing, die ook nodig is. De Minister zegt eigenlijk dat de toekomstverkenner daar wel mee bezig is, maar ik hoor signalen dat dat niet zo is. Wil de Minister daar toch nog eens goed naar kijken?

Minister **Bruins:**

Zeker. Ik ben het eigenlijk wel met u eens; ik hoor het mijzelf ook regelmatig zeggen. Er is natuurlijk wel een moeilijke keuze gegeven aan de toekomstverkenner: ga maar eens praten met al die partijen in het veld, die niet allemaal gelijklopende wensen en behoeften hebben. Aan de andere kant heb ik hem ook gezegd: ik wil geen wensbeeld maar een reëel plan van u hebben. Dat maakt het ongelofelijk ingewikkeld, want hoe kunnen we voor een langere periode de zorg in Flevoland goed organiseren? Dat is natuurlijk van belang. Ik heb al gezegd dat het breder is dan ziekenhuiszorg. Ook heb ik het punt van de spoedeisende hulp en de acute verloskunde nadrukkelijk onder de aandacht gebracht bij de toekomstverkenner. Dat vind ik ook logisch gelet op de debatten die we hier hebben

gehad, maar als daardoor de indruk wordt gewekt dat daar te veel de nadruk op ligt, dan wil ik zeggen dat het echt veel breder is dan dat. Dat signaal zal ik met de toekomstverkenner bespreken: het is echt en-en. Het vertrekpunt is nu, maar ik hoop en verwacht een meer toekomstvast zorgaanbod in Flevoland te krijgen van de toekomstverkenner.

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

Mijn fractie hoopt dat Flevoland een voorbeeld wordt van vernieuwing in het zorgaanbod en dat heel Nederland naar Flevoland kan kijken en zeggen: wat daar gebeurt, is begonnen met een bak ellende, maar we zien nu dat er mooie dingen aan de gang zijn. De Minister heeft aangegeven dat er een beschikbaarheidsbijdrage is voor de spoedeisende hulp et cetera. Voorlopig ziet het er niet naar uit dat dat bedrag ingezet kan worden, omdat het niet van de grond komt. Is er een vorm van ondersteuning nodig vanuit het ministerie om die hele zorgvernieuwing een impuls te geven? Wil de Minister daarover nadenken?

Minister **Bruins**:

Dat wil ik zeker, maar mevrouw Dik-Faber begrijpt heel goed dat ik hier eerst het rapport van de toekomstverkenner voor nodig heb. Hier zij nog maar eens herhaald dat die beschikbaarheidsbijdrage nog steeds geldt voor acute verloskunde en spoedeisende hulp. Ik begrijp de vraag van mevrouw Dik-Faber heel goed, maar ik moet even een beetje tijd hebben. Ik wil zien waar de toekomstverkenner mee komt.

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

Ik wil graag nog even wat doorvragen over de toekomstverkenner. De Minister geeft aan dat het sowieso onderdeel van de opdracht is om met allerlei instellingen en organisaties te spreken. Maar mevrouw Dik-Faber sprak ook haar zorg uit dat de uitkomst daarvan kan zijn wat al die organisaties en mensen aan diversiteit willen. We hebben als CDA al eerder gevraagd dat er regiobeelden worden gemaakt van de zorgbehoefte voor de lange termijn. Wij hopen dan ook dat die zorgbehoefte leidend zal zijn, dat die bepalend is, dat de zorgaanbieders op basis daarvan georganiseerd gaan worden en dat niet sprake is van de omgekeerde weg.

Minister **Bruins**:

Ik denk dat ze hand in hand moeten gaan. Dat zijn twee sporen die we naast elkaar hebben in gezet. Regiobeelden willen we overal in Nederland hebben. Die worden ook in Flevoland gemaakt, maar beide richten zich op het doel om maatregelen te treffen om zorg in Flevoland op een toekomstvaste wijze in te richten. Het is logisch dat het bestaande, het heden, het vertrekpunt is, maar we willen het voor de regio toekomstvast. Dat is mijn wens. Daar wil ik naartoe.

Voorzitter. Mevrouw Agema vroeg: waarom blijft de Minister voor Lelystad op z'n handen zitten? Ik blijf helemaal niet op mijn handen zitten. Dat heb ik in vele debatten met u gewisseld. Het debat dat we hier vandaag voeren, waarbij de toekomstverkenner het veld in is gestuurd, als ik het zo mag zeggen, en het overleg dat we met al die verschillende partijen hebben, ook ikzelf in eigen persoon, zijn heel belangrijk. Ik vind het heel belangrijk dat de inspectie toeziet op de ontwikkelingen in de regio, dat er goede en veilige zorg wordt geboden en dat de NZa haar rol pakt. Dat zijn allemaal maatregelen die vanuit deze kant komen. Ik denk dat dat proces ook op die manier moet gaan. Natuurlijk hadden we liever de volgorde andersom gehad. Liever hebben wij dat wij van tevoren, zoals bij Pantein, waar ik straks nog over kom te spreken, worden gevraagd om mee te denken en mee te doen. Dat had ons in Lelystad ook een hoop gedoe gescheeld.

Voorzitter. Er was een vraag over de grote reisafstanden, ook van mevrouw Agema. Wat vindt de Minister daarvan? Daar ben ik eerder op ingegaan. Het thema de reis naar het ziekenhuis maakt deel uit van de opdracht aan de toekomstverkenner. Voorzitter, dat waren de vragen die ik heb genoteerd voor het blok Lelystad.

Dan heb ik een tweede blokje over Slotervaart. De eerste vraag kwam van de heer Hijink. Hoe reageert de Minister op verhalen over de wachttijden in Amsterdam? Zoals ik ook per brief heb laten weten, zijn de gemiddelde wachttijden in de regio Amsterdam sinds de sluiting van het Slotervaart licht toegenomen. Omdat het hier om gemiddelden gaat, zijn er ook alternatieven bij andere instellingen in de regio waar patiënten al op korte termijn terecht kunnen. Zilveren Kruis, in die regio de grootste zorgverzekeraar, heeft de NZa laten weten in gesprek te zijn met ziekenhuizen en huisartsen over de wachttijden. Daarnaast blijven de NZa en de inspectie erop toezien dat patiënten in de regio kwalitatief goede, bereikbare en tijdige zorg krijgen.

Een andere vraag van de heer Hijink was: wat is de stand van zaken bij Slotervaart als het gaat over de curator? Gaat hij zijn onderzoeken stoppen als Zadelhoff daar doorgaat? Eventjes in de precisie, de aandeelhouders van het ziekenhuis hebben vorige maand aangekondigd dat zij een faillissementsakkoord willen sluiten. Hierbij zouden alle schuldeisers hun geld terugkrijgen. De aandeelhouders hebben hiervoor financiering gevonden bij een vastgoedinvesteerder. De gemeente Amsterdam heeft echter aangekondigd dat zij de erfpacht van de grond waarop het ziekenhuis staat wil beëindigen. In dat geval zou het faillissementsakkoord niet doorgaan. Ik heb begrepen dat er nog gesprekken plaatsvinden tussen de gemeente, de curatoren en de vastgoedinvesteerder. Het is nog niet duidelijk wat daaruit gaat komen en of het faillissementsakkoord doorgaat. Wat mij betreft is het van belang dat de schuldeisers van Slotervaart, waaronder ook oud-werknemers, zo veel mogelijk schadeloos kunnen worden gesteld. Daarnaast lijkt het mij heel onwenselijk als de aandeelhouders van Slotervaart een rol zouden spelen bij de toekomstige exploitatie van het ziekenhuis. Dat zou niet uit te leggen zijn aan iedereen die door het faillissement van Slotervaart is geraakt, zoals voormalige patiënten en het personeel van het ziekenhuis.

Dan was er een vraag over het faillissementsakkoord. Als dat er komt, dan stopt inderdaad het onderzoek van de curator. Maar, haast ik mij daarbij te zeggen, de andere onderzoeken van de inspectie, de NZa, Van Manen en de Onderzoeksraad voor Veiligheid gaan allemaal gewoon door.

De heer **Hijink** (SP):

De Minister dreunt nu eigenlijk de antwoorden op die hij gisteren al naar de Kamer heeft gestuurd. Dat is niet zo heel veel nieuws. De vraag is wat hij gaat doen om te voorkomen dat de eigenaren, Winter en De Boer, alsnog via de achterdeur het Slotervaart weer gaan overnemen. Ik denk dat bijna iedereen hier het erover eens zal zijn dat dat absoluut onwenselijk is. Ik zou van de Minister graag de bevestiging willen hebben dat hij alles op alles gaat zetten en dat hij gaat garanderen dat dat niet gaat gebeuren, linksom of rechtsom.

Minister **Bruins**:

Ik heb het inderdaad ook al schriftelijk aan uw Kamer laten weten. Ik vind het heel onwenselijk als de aandeelhouders van Slotervaart een rol zouden spelen bij de toekomstige exploitatie van het ziekenhuis. Ik heb nog geen wettelijke mogelijkheden daarvoor aangetroffen, maar ik ga mij inzetten om te zorgen dat het die kant niet op gaat. Het begint met het uitspreken en op schrift zetten in de richting van uw Kamer dat dit mijn route zal zijn.

De **voorzitter**:

De heer Hijink, afrondend.

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Dat het onwenselijk is, daar zijn wij het over eens, maar het gaat dus ook niet gebeuren. Ik wil graag de uitspraak van de Minister hebben dat we deze twee lieden niet opnieuw aan de leiding van het Slotervaartziekenhuis gaan zien.

Minister **Bruins**:

Die garantie kan ik natuurlijk niet geven, want ik heb u net gezegd dat ik geen wettelijke maatregelen heb. Maar ik ga wel actief een opstelling kiezen die inhoudt dat het heel onwenselijk is als de aandeelhouders van Slotervaart een rol gaan spelen bij de toekomstige exploitatie van het ziekenhuis. Zo kijk ik tegen de zaak aan. Op die manier ga ik ook deze discussie aan. De heer Hijink kijkt een beetje vertwijfeld, maar we moeten eerst nog eventjes zien hoe het gaat lopen met dat faillissementsakkoord. Daarnaast zijn er ook andere partijen, ook hier in deze zaal aanwezig. Denk aan de zorgverzekeraars. Ik stel mij de vraag of die wel de bereidheid hebben om te contracteren. Tot zover mijn opvatting.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Ploumen over het Slotervaart. Hebben alle patiënten inmiddels een andere dokter? Ja, dat hebben wij gecheckt bij de curatoren. Alle patiënten zijn overgedragen aan andere zorgverleners, zo heeft de curator laten weten.

Waarom had een gecontroleerde afbouw van het Slotervaart niet gekund? De curator heeft na het faillissement besloten de zorg snel af te bouwen, omdat hij de kwaliteit en veiligheid niet kon garanderen. Om te zien of dit niet anders had gekund, moet ik toch verwijzen naar het rapport dat de commissie-Van Manen ons in december zal aanbieden.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan de Minister. Ik vroeg hem specifiek te reageren op uitspraken van Zilveren Kruis, dat blijkbaar wel al conclusies kan trekken, namelijk dat een gecontroleerde afbouw niet had gekund. Dat hoor ik de Minister niet zeggen, maar dat zegt Zilveren Kruis wel. Bovendien legt Zilveren Kruis de schuld van die ongecontroleerde afbouw in ieder geval ook bij het personeel. Ik zou graag een reflectie van de Minister daarop willen hebben.

Minister **Bruins**:

Over die schuldvraag hebben we het eerder gehad, ook al in de debatten vorig jaar november en sindsdien eigenlijk altijd. Misschien had ik het mij zelf veel gemakkelijker gemaakt door over die schuldvraag een uitspraak te doen en te zeggen: jij of jij bent schuldig. Ik heb dat elke keer niet gedaan, omdat ik vind dat we daarvoor een onderzoekscommissie hebben ingericht, of eigenlijk meerdere, want het zou ook kunnen zijn dat we een deel van het antwoord krijgen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Mevrouw Fijneman van Zilveren Kruis merkte op dat de snelheid waarmee het ziekenhuis stil kwam te liggen samenhangt met het feit dat er veel ingehuurd personeel werkte en dat dat meteen na het faillissement niet meer kwam opdagen. Dat vind ik iets anders dan dat «het personeel» het faillissement zou hebben veroorzaakt. Ik heb ook met medewerkers van het ziekenhuis gesproken; mevrouw Ploumen weet dat. Er was veel ingehuurd personeel, maar met de kennis van nu – ik ben dus voorzichtig, want ik heb die rapporten niet – geloof ik niet dat het personeel het faillissement heeft veroorzaakt. Ik weet ook niet zeker of mevrouw Fijneman van Zilveren Kruis dat op die manier heeft gezegd of bedoeld, maar dit is in ieder geval wat ik bedoel te zeggen.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik vond het nogal kort door de bocht om alle schuld af te schuiven op de inzet, of het nou personeelsbreed is of de flexibele krachten betreft. Ik ben blij dat de Minister het met mij eens is dat we de onderzoeken moeten afwachten, maar ook dat dat niet de hoofdoorzaak zou kunnen zijn. Zo probeer ik hem toch wel te beluisteren.

Minister **Bruins**:

Ik geloof dat ik daar heel duidelijk in ben geweest. Je kunt niet zeggen dat het personeel het faillissement heeft veroorzaakt. Even los van de vraag of mevrouw Fijneman dat gezegd of bedoeld heeft, en los van de rapportages die we nog krijgen, vind ik dat je dat, met het verstand van nu, niet kunt zeggen.

Voorzitter. Dat waren de vragen die ik had genoteerd bij het onderwerp Slotervaart. Dan heb ik een derde blokje over het Maasziekenhuis. Eerst wil ik iets zeggen in algemene zin, omdat we nog niet eerder hebben gesproken over de Panteingroep en het Maasziekenhuis.

Op 17 april heb ik afspraken gemaakt met Zorggroep Pantein, zorgverzekeraars, Radboud, Sint Maartenskliniek en de Rabobank om er met elkaar voor te zorgen dat er voor het Maasziekenhuis weer een toekomstbestendige situatie ontstaat. Het Maasziekenhuis is een regionaal ziekenhuis dat door schaalnadelen en hoge financieringslasten in financiële problemen is gekomen. Tegelijkertijd is het Maasziekenhuis een belangrijk ziekenhuis voor de behandeling van veelvoorkomende ziektes en de spoedeisende hulp in de regio. Bovendien maakt het deel uit van een grotere zorggroep met onder andere veertien zorgcentra en een thuiszorgorganisatie. Dat is de Panteingroep. Het Maasziekenhuis is daarmee een cruciale schakel binnen het regionale zorglandschap, zowel in de curatieve als de langdurige zorg.

Door de unieke situatie – ik ga dat nog een paar keer benadrukken – waarin het Maasziekenhuis zich bevindt, heb ik besloten dat ingrijpen door de overheid noodzakelijk is om de continuïteit van zorg te garanderen. Hebben het Maasziekenhuis zelf en de zorgverzekeraar dan niks gedaan? Jawel, hoor. In de afgelopen jaren heeft het Maasziekenhuis al vergaande maatregelen genomen om de kosten in het ziekenhuis te reduceren en tegelijkertijd de kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening op peil te houden. Met de zorgverzekeraar, met name VGZ, heeft het ziekenhuis verbeterde prijsafspraken gemaakt. Helaas blijkt dat nog niet genoeg te zijn. Zonder verdere maatregelen ontstaan er mogelijk in de komende maanden risico's voor de continuïteit van de zorgverlening door het ziekenhuis.

Omdat ik tijdig door het ziekenhuis en zorgverzekeraar VGZ ben geïnformeerd, heb ik met de meest betrokken partijen afspraken kunnen maken over een passende, toekomstbestendige oplossing voor het Maasziekenhuis. Het gaat hierbij zowel om financiële afspraken als afspraken op het gebied van het verschuiven van zorg naar het Maasziekenhuis. Alle betrokken partijen leveren een substantiële bijdrage, waarbij echt – mijn woorden – de stretch is opgezocht. Voor VWS gaat het om een bijdrage van 2,5 miljoen euro per jaar voor de komende vier jaar met een tussentijdse evaluatie na twee jaar. Ik ga ervan uit dat de afspraken die nu gemaakt zijn, ervoor zorgen dat er voor de komende jaren een stevig fundament is gelegd voor het Maasziekenhuis en dat daarmee de zorgverlening in de regio voor de toekomst goed is geborgd. Dit blijven wij natuurlijk de komende jaren goed in de gaten houden. Ik heb aan de NZa gevraagd om de afspraken te gaan monitoren. Voorzitter, dat even bij wijze van introductie.

De vraag van de heer Hijink was: is er een gedetailleerde doorrekening? Als het Maasziekenhuis failliet zou zijn gegaan, zouden er dan problemen zijn met de 45 minutennorm? Het RIVM heeft me laten weten dat, als het Maasziekenhuis failliet zou gaan, het ziekenhuis in Venlo, VieCuri, en het

ziekenhuis in Helmond, Elkerliek, gevoelig zouden worden voor de 45 minutennorm. Het Maasziekenhuis zelf is niet gevoelig voor de 45 minutennorm. Het Maasziekenhuis gaat niet failliet. Nader onderzoek vind ik dus ook niet nodig.

Ik heb nog een vraag van de heer Hijink, in totaal drie. Zal ik ze even allemaal doen?

De voorzitter:

Ja.

Minister Bruins:

Waarom is acute zorg wel een argument in Boxmeer maar niet in Urk? Het Maasziekenhuis is niet door mij geholpen enkel om de acute zorg. Er zijn vijf redenen waarom de situatie in het Maasziekenhuis uniek is. Acute zorg is daar een van. Ik wil graag dat u die vijf redenen tezamen neemt als bewijs van de unieke situatie in Boxmeer.

De derde vraag van de heer Hijink was: vindt de Minister dat er samenhangend beleid is in de ziekenhuiszorg; IJsselmeerziekenhuizen aan de ene kant, het Maasziekenhuis aan de andere kant? Ik vind dat die vergelijking niet is te maken. Het Maasziekenhuis is een unieke situatie. Om vijf samenhangende redenen vond ik de betrokkenheid van de overheid noodzakelijk. De risico's voor acute zorg waren een van de redenen. Ik snap de behoefte om een kader te maken – daar heeft de heer Hijink naar gevraagd – maar ik zal altijd blijven benadrukken dat er ook ruimte moet zijn voor maatwerk.

Dat waren mijn antwoorden voor de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Het punt, dat meerdere woordvoerders hebben aangegeven, is dat wij enige consistentie proberen te vinden in de visie van deze Minister. Waarom laat hij in het ene geval de boel de boel en laat hij verzekeraars en bestuurders het dan oplossen? En waarom grijpt hij in het andere geval wel in? De Minister erkent die 45 minutennorm. Die is eigenlijk geen norm, heeft hij eerder gezegd, en die speelt hier eigenlijk niet echt een rol; we moeten het totaalpakket bezien. Dat wekt uiteindelijk de schijn van willekeur, omdat ieder geval op deze wijze in aanmerking kan komen voor steun. Daar ligt dan toch helemaal geen visie onder?

Minister Bruins:

Daar zijn meerdere antwoorden op mogelijk. Ik ben de Panteingroep en de zorgverzekeraar erkentelijk dat zij op tijd de hulpvraag hebben gesteld. Dat helpt enorm. Als je op tijd ziet dat je in een zorgelijke situatie terecht kan komen, dan vind ik het belangrijk dat die hulpvraag wordt gesteld. Ik denk eerlijk gezegd – men leest in Boxmeer ook de krant – dat als gevolg van de faillissementen van Slotervaart en Lelystad, de waarschuwingsslag bij deze en gene wel is gehesen, en laten we eerlijk zijn, ook op het departement. Dus ik ben open als partijen zeggen: kom praten. Dan moet er altijd een gesprek mogelijk zijn. Dat is misschien wel de belangrijkste stelselrol die een Minister heeft. Ook moeten wij alle verantwoordelijkheden laten liggen waar ze liggen: bij ziekenhuisdirecties, zorgverzekeraars, inspectie et cetera. Maar als de hulpvraag wordt gesteld, dan moet ik daar de oren voor open hebben. U zou mij een verwijt maken als ik dat niet deed.

Dan maak ik nog even een punt van de vraag of er wel een zekere consistentie is als het gaat over die 45 minutennorm. We hebben al een andermaal gewisseld dat dat geen prestatienorm is maar een spreidingsnorm. Aan die spreidingsnorm zijn ook consequenties verbonden. Dat betekent dat, als er ergens een ziekenhuis failliet gaat, het RIVM ogenblikkelijk gaat kijken, door mij gevraagd, waar een gevoelig ziekenhuis ontstaat. In een van de eerdere debatten heeft een collega van

u, de heer Geleijnse, gevraagd of ik nog eens op een rijtje kan zetten welke ziekenhuizen dan gevoelig zijn voor acute verloskunde en voor SEH. Dus die spreidingsnorm werkt.

Er is een spreidingsnorm, maar zonder medisch-wetenschappelijke onderbouwing. Daar stel ik mij de vraag bij of dat de beste norm is die wij als spreidingsnorm kunnen gebruiken. Ik hoop dat wij daar meer onderbouwing van kunnen krijgen. Daarom heb ik dat aan de Gezondheidsraad gevraagd. Maar we hebben die spreidingsnorm. We gebruiken hem. Aan de andere kant, als zo'n ziekenhuis als de Panteingroep zegt «ik heb een probleem; Minister, wil je meeluisteren?» en daarna vraagt «wil je ook meedoen?» – wat ik heel goed begrijp – dan wil ik dat wel op zijn merites beschouwen. Ik vind dat we met het bestaande stelsel een goed kader hebben, maar in elk kader dat ik nog kan bedenken, zal ik blijven zoeken naar maatwerk als dat nodig is. Daarom heb ik mij in de brief over de Panteingroep ook uitgeput om de uniciteit van de situatie in Boxmeer te beklemtonen.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

De Minister zegt eigenlijk: als een organisatiebestuur vraagt om een gesprek, want er komen misschien problemen, dan is hij graag bereid om te komen. Het lijkt mij ook dat je dat dan doet. Het is ook goed dat de Minister dat doet. Maar het punt en de les van Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen zijn natuurlijk dat je niet moet afwachten tot een falend bestuur bij het ministerie aanklopt. Het gaat er natuurlijk juist om dat je de ziekenhuizen die er zelf een potje van maken in het vizier hebt, zodat je bijtijds kan bijspringen. Want wat gebeurt er nou als we de lijn van de Minister doortrekken? Hij grijpt alleen in bij die gevallen waarbij het bestuur van een ziekenhuis aangeeft: als u nu niet de portemonnee trekt, hebben wij straks een probleem. Dat betekent dus dat de Minister geen zicht heeft op waar evident slecht bestuur plaatsvindt, dus blijven we achter de feiten aanlopen en kan de Minister zich straks opnieuw laten verrassen door een chaotisch faillissement. Klopt dat?

Minister Bruins:

Nee. Laat het zonnetje nou wel een klein beetje schijnen. We hebben zowel de inspectie als de NZa om toe te zien op het goede werk dat in ziekenhuizen wordt gedaan. We hebben aan de ene kant de veiligheid van de ziekenhuiszorg en aan de andere kant hebben we de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben. We hebben al eerder geconstateerd dat dat systeem onvoldoende heeft gewerkt in de situaties van Slotervaart en Lelystad. Daarom hebben wij gezegd dat we daar onderzoek naar willen laten doen en daar plaats ik mijzelf niet buiten. Daar wil ikzelf ook van kunnen leren. Eén van de maatregelen die vooruitloopt op wat we nog gaan horen van onderzoekscommissies is het punt van zo'n earlywarning-systeem. Daar ga ik u ook al eerder, rond de zomer, over informeren. Dat is een instrument. Maar nogmaals gezegd, ik denk dat de waarschuwingsvlag aan verschillende kanten wel is gehesen en dat partijen nu veel makkelijker het gesprek gaan voeren, ook intern, ook tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht. Zo moet dat natuurlijk ook. Daar moeten die gesprekken eerst eens worden gevoerd. Ik ben ook blij dat dat wordt gedaan.

De voorzitter:

Ik zie een vraag van de heer Renkema, maar de Minister komt nog op zijn specifieke vraag rond dit onderwerp. Ik weet niet of u wilt wachten met uw interruptie in dit geval? Gaat uw gang.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Het is even naar aanleiding van wat er net gezegd werd. De Minister heeft het woord «uniciteit» heel vaak gebruikt, dus het is een heel bijzondere situatie. Als ik kijk naar de kenmerken van het ziekenhuis en de brief lees, dan denk ik: het geldt voor heel veel ziekenhuizen dat ze schaalproblemen hebben en aan een aantal dingen niet goed kunnen voldoen. Zit die uniciteit nu in de kenmerken van het ziekenhuis, of in de houding van het ziekenhuis om te zeggen dat ze een probleem hebben?

Minister **Bruins**:

Die uniciteit zit in die combinatie van factoren. Daar heb ik echt even een middagje op zitten zweten. Ik denk dat het zit in het feit dat het een belangrijke aanbieder is van zorg in de regio en in het feit dat het ziekenhuis een combinatie van ziekenhuiszorg en langdurige zorg biedt. Daarnaast speelt de samenwerking met andere ziekenhuizen ook een rol. Het is dus allemaal en-en-en.

De **voorzitter**:

Afrondend, meneer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dat is dus maatwerk. Elke situatie is dan uniek. Betekent dat dat als een ziekenhuis in de toekomst – en dat kunnen we niet uitsluiten – in de problemen komt, de Minister weer een middag gaat zweten en er dan vanuit VWS een oplossing komt?

Minister **Bruins**:

Ik heb geen signalen daarover, dus ik weet niet wanneer ik weer ga zweten, maar er komt altijd wel weer een nieuw onderwerp. U begrijpt wel dat ik mij heb uitgeput om dat unieke karakter te benadrukken, want het is natuurlijk niet de bedoeling dat alle ziekenhuizen van Nederland zich gaan melden. Het is van groot belang dat wij die 45 minuten norm – daar kunt u wel vrolijk over zijn – hebben. Wij hebben die 45 minuten norm, die spreidingsnorm en een beschikbaarheidsbijdrage. Ik vind dat een goed werkend systeem. Als daarboven piep-en-knijp een ziekenhuisgroep zich meldt, dan ga je daar toch het gesprek over aan? En in dit geval gaat het dus niet alleen over ziekenhuiszorg, maar ook over die langdurige, cruciale zorg. Als ik het niet zelf had bedacht, had u mij tot die houding opgeroepen, denk ik.

Voorzitter. Dan de vragen van de heer Raemakers. De eerste vraag was: waarom redt u nou wel het Maasziekenhuis en niet Lelystad? Ik denk dat ik die vraag inmiddels heb voorzien van een antwoord.

Dan de ontwikkelingen en omstandigheden op de vastgoedmarkt. Die worden genoemd als een omstandigheid waar het ziekenhuis zelf niet zo veel aan kan doen. Waar blijkt dat uit? Dat was een vraag van de heer Raemakers. Het Maasziekenhuis had om twee redenen gewoon pech bij het realiseren van zijn nieuwbouw rond 2011. Eén. De financiering werd afgesloten tegen een naar huidige maatstaven hoog rentepercentage. Deze werd een paar dagen voor de bankencrisis, die niemand had zien aankomen, afgesloten. Twee. De oude gebouwen werden verkocht tijdens de dip in de vastgoedmarkt na de crisis. De opbrengsten waren daardoor een stuk lager dan men had geraamd, zo heeft Pantein mij laten weten. Overigens is dit op zichzelf geen reden voor een bijdrage van VWS. Deze reden moet echt worden gezien in samenhang met die andere vier redenen. Maar de heer Raemakers vroeg om een toelichting op dit punt en die hoop ik hiermee te bieden.

Dan het punt hoe de Minister tot het bedrag van 2,5 miljoen per jaar komt. Het Maasziekenhuis stond voor een financiële opgave die het niet alleen kon opvangen. Dat heb ik ook extern en onafhankelijk laten vaststellen. Om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgverlening in het

Maasziekenhuis te borgen, hebben de in mijn brief genoemde partijen een bijdrage geleverd, financieel en anderszins. Voor VWS gaat het om een bijdrage van jaarlijks 2,5 miljoen voor vier jaar met een tussenevaluatie na twee jaar. Pantein zal dit gebruiken voor investeringen die de komende jaren nodig zijn, bijvoorbeeld investeringen in medisch apparatuur. Met de andere partijen heb ik afgesproken dat ik geen mededelingen zal doen over de hoogte van hun bedragen, omdat daar bedrijfsvertrouwelijke informatie bij zit. Als vuistregel kunt u aanhouden dat ongeveer een derde van de financieel benodigde opgave afkomstig is van VWS.

Wat hebben de overige partijen bijgedragen? Dat was ook een vraag van de heer Raemakers. Die informatie kan ik u dus niet per stuk geven, maar u heeft nu wel een indicatie van de omvang van de opgave. Die andere informatie is bedrijfsgevoelige informatie en de betrokken partijen hebben mij nadrukkelijk en in alle toonaarden gevraagd om hier vertrouwelijk mee om te gaan, dus dat wil ik dan ook doen. Wat ik hier wel wil doen, is benadrukken dat alle partijen hun commitment hebben getoond en zich hebben gestretcht om hier een resultaat te boeken.

Had de bijdrage van VWS minder kunnen zijn als de Minister scherper had onderhandeld? Ik denk dat hiermee de beste deal is gemaakt tussen de verschillende partijen. Zowel VWS als de andere partijen hebben hun best gedaan.

De heer Raemakers heeft nog als laatste gevraagd: de Minister noemt in zijn brief vier redenen, één tot en met vier, en die gelden toch ook voor de situatie in Flevoland? Ik heb al eerder gezegd dat ik die vergelijking tussen het Maasziekenhuis en Flevoland niet passend vind. Het gaat om de combinatie van die vijf factoren.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Raemakers, gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Dank voor deze toelichting. Het gaat hier natuurlijk over publiek geld en volgens mij zijn wij het er allemaal over eens dat de Kamer in een democratie moet kunnen controleren wat de Minister met publiek geld doet. Dan is het ook belangrijk dat we niet over één nacht ijs gaan. Ik krijg wel een beetje het idee dat op een ochtend de vraag is gekomen: goh, we hebben 2,5 miljoen nodig. Toen heeft de Minister gedacht dat hij daar een middagje op moest zitten zweten en vervolgens schrijft hij het allemaal uit van: oké, hier heb je 2,5 miljoen. Dat zou ik eigenlijk een onwenselijke situatie vinden, dus ik zou de Minister willen vragen of hij het proces kan schetsen. Duurde dat dagen? Duurde dat weken? Ik snap natuurlijk dat bedrijfsgevoelige informatie van een zorgverzekeraar of een bank hier niet wordt gedeeld, maar er moet toch wel enige onderbouwing zijn voor waarom er 2,5 miljoen nodig is. Misschien was 1,5 miljoen ook genoeg geweest. Dat kunnen wij zo niet controleren.

Minister Bruins:

Dat vind ik ook een beetje ongemakkelijk, eerlijk gezegd. Daarom probeer ik u zo goed mogelijk wel te informeren. Met Pantein Zorggroep en andere partijen hebben we vanaf februari om de tafel gezeten, dus het is niet op een ochtendje eventjes gedaan. Er zijn echt meerdere sessies geweest. Ik denk een stuk of vier of vijf met mij aan tafel. Tussendoor hebben er ook allerlei andere contacten plaatsgevonden. Is het allemaal zomaar uit de lucht komen vallen? Nee, er is eerst door Pantein Zorggroep zelf goed gerekend en die heeft het door een derde partij laten verifiëren. Toen de opdracht op de tafel kwam waar ik alle partijen heb samengebracht, heb ik nogmaals laten vaststellen wat de omvang van de opgave was. Dat heb ik door een externe partij, een van de grote accountantsbureaus, laten

doorrekenen, zodat ik mij ervan kon vergewissen wat de omvang van de opgave was.

De voorzitter:

Afrondend, meneer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Dank dat we daar in ieder geval enig inzicht in krijgen. Maar is de Minister het wel met D66 eens dat er voor de toekomst wel een kader moet komen voor hoe bij dit soort situaties wordt gehandeld? Want we kunnen niet uitsluiten dat er nog meer van dit soort gevallen gaan komen. Misschien moet de Tweede Kamer dat aan de Minister meegeven. Ik kan mij niet voorstellen dat er nu al een richtlijn of protocol op het ministerie ligt. Dus zegt de Minister: inderdaad, als de Kamer mij daar iets bij helpt, dan kan ik dat goed gebruiken? Of zegt de Minister: nou, ik heb op basis van protocol 46 uit die brief gehandeld? Dat protocol heb ik niet, maar misschien heeft de Minister dat wel.

Minister Bruins:

Deze vraag begrijp ik heel goed. Ik zou het zelf ook willen, maar ik heb natuurlijk geen kader. Ik heb u een brief toegezegd voor voor de zomervakantie over medisch-specialistische zorg. Daarin zal ik ook dit onderwerp aan bod laten komen. Eén ding is zeker: wat ik ook opschrijf over een kader, ik zal daar altijd de ruimte voor maatwerk willen behouden, omdat ik de situatie voor de toekomst zo verdraaid lastig kan voorspellen. Ik wil in die brief in ieder geval uitstralen dat het ons niet weer zal overkomen. Dat is denk ik de belangrijkste opdracht.

Voorzitter. In de richting van de heer Renkema...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft de heer Renkema nog een vraag. U mag nog één vraag stellen, meneer Renkema. U mag ook nog wachten.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik tel ook mee, hoor. Nog even op dit punt. Eigenlijk is de vraag: wat is hier de businesscase? Hoe weten we immers zeker dat 2,5 miljoen voldoende is? Weet de Minister zeker dat we over twee jaar niet dezelfde discussie hebben? Hoe kan de Minister garanderen dat dit een vervolg krijgt omdat de unieke kenmerken van dit ziekenhuis daarom vragen?

Minister Bruins:

Misschien een tweeledig antwoord. Eén. Ik vind het van belang dat ik, voordat we afspraken gingen maken met die andere partijen, een en ander door een externe partij heb laten verifiëren. Misschien zeker zo van belang is het punt dat ook die andere partijen alleen maar een financiële bijdrage willen leveren als dit een toekomstbestendige oplossing is. Daarbij heb ik iedereen goed aangekeken: het Radboud, de Maartenskliniek, de Rabobank en de verzekeraar en natuurlijk ook de directie van Pantein. Het feit dat iedereen hier de schouders onder zet geeft mij echt een goed gevoel voor langere tijd. De onderbouwing van KPMG – daar kwam hetzelfde uit als waar Pantein mee kwam – hielp in dit geval natuurlijk ook.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen heeft ook een vraag.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Kort, ook op dit punt. De Minister zegt in antwoord op de vraag van de heer Raemakers dat hij de vraag in een kader begrijpt en daar in een brief op terug wil komen. Dat is heel goed. Ik heb eigenlijk wel een suggestie

wat dat kader zou kunnen zijn en die wil ik de Minister voorleggen. Eigenlijk is het niet zo heel ingewikkeld. Een spreidingsplan – waar zijn ziekenhuizen nodig en welke zorg moeten die ziekenhuizen in die regio aan de patiëntengroepen leveren? – zou het eerste deel van het kader zijn. Het tweede deel van dat kader zou zijn: waar lopen we risico's dat de zorg onvoldoende geborgd is en dat ziekenhuizen op basis van de lijst van NZa en BDO in problemen komen? Dat lijkt mij het kader dat wij nodig hebben om in ieder geval de eerste stap te kunnen zetten en te begrijpen waarom de Minister ergens wel of niet ingrijpt. Het tweede is dan: in welke mate? Zou de Minister ervoor voelen om zo'n actueel spreidingsplan toe te zeggen?

Minister Bruins:

Nee, daar voelt de Minister niet voor. Maar dat zat ook niet in uw vraag besloten. Ik vind van belang wat wij eerder hebben gedeeld, namelijk dat we per regio een regiobeeld maken. Ik heb die regiobeelden nodig om te zien hoe de zorg zich per regio ontwikkelt. Dat is geen vage praat, dat is heel concreet omdat de thematiek in Zeeland nu eenmaal anders is dan in de Randstad of in Groningen. Zonder semantisch te worden: in dat kader – whatever that may be; ik denk niet dat ik kom met een uitgewerkt kader – zal ik zeggen dat we regiospecifieke maatregelen moeten nemen voor regiospecifieke situaties. Dat is een ingrediënt van dat «kader». Ik moet een ander woord kiezen, want het wordt geen sluitend kader. Ik probeer wel duiding te geven wanneer ik het van belang vind om een bijdrage te leveren, zodat ik mijn rol als stelselverantwoordelijke duidelijk kan maken, met inachtneming van de verantwoordelijkheden die andere partijen hebben. Zoiets als de beschikbaarheidsbijdrageregeling, die al bestaat, moet blijven bestaan. Ook dat ga ik opschrijven in de brief die u voor de zomer krijgt. Het is dus geen spreiding vanuit hier. De regiobeelden worden de komende periode gemaakt. Het belang van zorg in de regio verschilt sterk. We denken hier altijd aan ziekenhuizen, maar het gaat ook om de samenhang met langdurige zorg, huisartsenzorg en paramedische zorg, dus andere vormen van zorg. Dat maakt het ook wel ingewikkeld. Maar de afdrank van de brief die u voor 1 juli krijgt is dat u ziet dat wij een actieve houding hebben en dat we een plompverloren faillissement nooit meer willen meemaken.

De voorzitter:

Afrondend mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank aan de Minister. Ik vroeg hem natuurlijk eigenlijk, en dat doorzag hij, waarom hij niet de regie neemt. Dat mag wat mij betreft – graag zelfs – op grond van die regiobeelden, want ik ben het helemaal eens met wat hij daarover zegt. Zeeland is geen Limburg en Noord-Holland is geen Friesland. Dus ik probeer het nog een keer. Ziet de Minister toch niet kans om op basis van de regiobeelden met een spreidingsbeeld te komen? Dat hoeft van mij niet voor de zomer, dat mag wat mij betreft ook later in het jaar. Ik ben niet zo gehecht aan een datum voor de zomer, want ik begrijp dat er tijd nodig is om het zorgvuldig te doen.

Minister Bruins:

Ik kan het nog een keer zeggen, maar een landelijk spreidingsplan van deze Minister gaat «m niet worden. Daarvoor vind ik de regio's te divers. Mevrouw Ploumen onderstreept eigenlijk ook dat de regio's zeer verschillend zijn. Ik zie niet een blauwdrukmodel voor me. Ik heb echt nodig dat prikkels van partijen uit de regio een rol spelen. Die initiatieven in de regio vind ik van heel groot belang. Dat de inspectie daarbij kijkt naar de veiligheid van zorg, is ook belangrijk, dus zij moet haar rol houden. De NZa moet de zorgplicht goed in het oog houden. De zorgaan-

bieders moeten zorg van goede kwaliteit leveren. Ik zal moeten zorgen dat daar waar iemand een hulpvraag stelt, ik die kan adresseren in de zin dat ik me daar niet van afdraai maar naartoe draai. Dat zie ik als de overheidsrol, maar dat is wat anders, echt wat anders, dan de regierol. Voorzitter. Dan heb ik nog een vraag van de heer Renkema liggen: wat gaat het Maasziekenhuis doen met het geld van VWS? Dat geld moet worden gebruikt voor het borgen van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de patiëntenzorg, bijvoorbeeld in de vorm van investeringen in opleidingen, e-health en medische apparatuur. Zo heb ik het ook in de brief verwoord.

Mevrouw Ploumen vroeg wat de verzekeraar heeft gedaan bij de Pantein Zorggroep. Die heeft ook een financieel steentje bijgedragen. VGZ draagt ook het nodige bij door volumegroei vanuit het Radboud en de Maartenskliniek te faciliteren, en dat is ook financieel te vertalen. Ze dragen dus actief bij.

Hoe verklaart de Minister het oordeel van de NZa in januari over «geen financiële problemen» versus het Maasziekenhuis nu? Eind 2018 heeft de NZa op mijn verzoek gekeken naar de financieel slecht presterende ziekenhuizen op de BDO-lijst, inclusief het Maasziekenhuis. De NZa concludeerde dat er «financiële uitdagingen zijn», maar ook dat er «proactief met de zorgverzekeraars wordt gewerkt aan een oplossing». In het geval van het Maasziekenhuis bleek begin dit jaar betrokkenheid van het ministerie nodig.

Die vragen had ik genoteerd van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja, maar...

De **voorzitter**:

Mevrouw Ploumen, u heeft al uw vragen benut. Ik weet niet of het een...

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Het is meer een feitelijke vraag.

De **voorzitter**:

Als het heel kort kan.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja, oké. De brief van de Minister over het advies van de NZa dateert van 21 januari. De interventie dateert van... Ik zal niet zeggen vorige week, want het liep al langer. Maar wist de Minister op 21 januari nog niet dat er een probleem was bij de Pantein Zorggroep? Is dat de conclusie? Hoe kan de NZa die conclusie trekken als ze twee weken later bij de Minister aankloppen?

Minister **Bruins**:

Het was bij mij nog niet bekend dat er sprake was van acute financiële problemen. Zoals ik het net heb toegelicht, komt het ook van de NZa. De NZa heeft geconcludeerd dat er bij deze ziekenhuizen inderdaad financiële uitdagingen zijn, maar ook dat er proactief met de zorgverzekeraars wordt gewerkt aan een oplossing. Dat is ook het verschil. Als later in de tijd blijkt dat er wel hulp is van VWS, moet ik ook helpen. Voorzitter, ik heb nog een...

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Ploumen nog niet helemaal tevreden is.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter,...

De voorzitter:

Nee nee, mevrouw Ploumen. Dan moet ik andere mensen ook de gelegenheid geven om te interrumperen, want anders is het niet fair. Ik wil u vragen om uw vraag te bewaren voor de tweede termijn.

Minister Bruins:

Ik heb nog een vraag van mevrouw Dik-Faber: waarom heeft VWS een rol om het Maasziekenhuis geld toe te kennen? Ik denk dat ik daar inmiddels op in ben gegaan.

Mevrouw Agema heeft nog gevraagd naar de 45 minuten norm. Ze zei: de Minister zei eerder zich aan die norm te willen houden, maar hij liet die norm los en nu houdt hij er weer aan vast. Ik houd bij het Maasziekenhuis niet vast aan de 45 minuten norm, want het Maasziekenhuis is geen gevoelig ziekenhuis. Bij het Maasziekenhuis zijn er vijf redenen die er allemaal bij elkaar voor zorgen dat het gaat om een unieke situatie. Wat die 45 minuten norm betreft: bij het wegvallen van het Maasziekenhuis worden twee andere ziekenhuizen gevoelig. Dat is een van die redenen. In andere delen van Nederland is sprake van een andere situatie.

Een andere vraag van mevrouw Agema was waarin het Slotervaartziekenhuis verschilt van het Maasziekenhuis. Daar ben ik inmiddels op ingegaan.

Ik heb nog één mapje met varia liggen. Ik begin weer bij de heer Hijink van de SP. Maakt het sluiten van ziekenhuizen de zorg goedkoper? Nu moet er veel te lang naar een plek voor patiënten worden gezocht, zegt de heer Hijink. Ik ben het ermee eens dat sluiting niet ongecontroleerd moet plaatsvinden. Door beter vooruit te kijken naar een optimale inrichting van zorg in de regio kan dit worden voorkomen, waardoor de kwaliteit kan worden gewaarborgd, net als de doelmatigheid. Ik denk dat dit de kern moet zijn van mijn brief die ik de Kamer voor 1 juli aanbied.

Nog een vraag van de heer Hijink: is de Minister bereid toe te zeggen dat ziekenhuizen en locaties waar acute zorg en verloskunde aanwezig zijn niet meer gesloten worden? Er zullen de komende jaren nog veel bewegingen in het ziekenhuislandschap plaatsvinden op weg naar de juiste zorg op de juiste plek. Mij gaat het erom dat er voldoende zorg beschikbaar blijft voor de inwoners van Nederland en dat die zorg kwalitatief goed en voldoende toegankelijk is. Op dit moment hebben wij onder meer de 45 minuten spreidingsnorm om ervoor te zorgen dat verspreid over Nederland er voldoende SEH's en afdelingen voor acute verloskunde beschikbaar blijven. Zoals toegezegd zal ik nader onderzoek laten doen naar deze 45 minuten norm, waarbij ik onder meer zal laten kijken naar de medisch-inhoudelijke onderbouwing en de realiseerbaarheid van deze of een andere norm. Denk aan de arbeidsmarktomstandigheden, denk aan de budgettaire consequenties. Aan de hand van de uitkomsten van die onderzoeken zal ik bezien of dit gevolgen moet hebben voor de inrichting, voor de ordening van de acute zorg.

Die vragen had ik nog genoteerd van de SP. Dan heb ik nog een vraag van de heer Raemakers: zijn er nog andere ziekenhuizen met dreigende financiële problemen? Ik heb hier op dit moment geen concrete signalen voor. Het valt natuurlijk nooit uit te sluiten dat er ooit weer een ziekenhuis in de financiële problemen komt. Als het nodig is, voer ik daar ook het gesprek mee.

Dan een vraag van mevrouw Van den Berg: kan bestuurlijk worden ingegrepen als een raad van bestuur van een ziekenhuis niet op tijd aan de bel trekt als het financieel slecht gaat? Ja, op het moment dat door het handelen van de raad van bestuur risico's ontstaan voor de kwaliteit of de continuïteit van de patiëntenzorg, kan de inspectie ingrijpen. Maar zoals ik eerder heb betoogd, wil ik zo'n situatie liever voor zijn. Om die reden werk ik aan een earlywarningsysteem. Daarbij maak ik ook afspraken over wanneer zaken moeten worden gemeld bij zowel de NZa als de IGJ en, in het uiterste geval, bij het ministerie.

Een andere vraag van mevrouw Van den Berg: is het een idee dat de Minister een bestuurdersteam stand-by laat staan voor het geval er bij een ziekenhuis moet worden ingegrepen? Als dat wordt uitgelegd als een team dat permanent in de wacht staat totdat er zich een vraag aandient, dan lijkt me dat geen goed idee. Maar het kan wel een goed idee zijn om in sommige situaties een ervaren bestuurder in te vliegen. Dat hebben we ook gedaan bij het Slotervaart. Toen heb ik een ervaren bestuurder gevraagd om de curatoren bij te staan bij de overdracht en afbouw van de zorg. We hebben op het departement zo'n lijstje beschikbaar. Dus als ik op die manier de vraag van mevrouw Van den Berg mag uitleggen, dan ben ik het ermee eens.

Nog een vraag van mevrouw Van den Berg: is de Minister bereid om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan om een koppeling tussen NEED en ziekenhuizen te eisen? Ik ben het met mevrouw Van den Berg eens dat het nuttig is als gegevens over SEH-afdelingen, die toch al worden geregistreerd, worden gebruikt voor benchmark en wetenschappelijk onderzoek. Dat kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg in Nederland. De NEED is ontwikkeld als nationale kwaliteitsregistratie van SEH-afdelingen in ons land. Het lijkt mij meer dan logisch dat SEH-afdelingen in Nederland zich hierbij aansluiten. De route van een verplichting via zorgverzekeraars wil ik nog niet opgaan. Maar ik zeg u toe dat ik in gesprek ga met de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen om te horen waar nu de knelpunten zitten voor ziekenhuizen om zich bij NEED aan te sluiten. Vervolgens ga ik die knelpunten ook voorleggen aan en bespreken met de NVZ. Daarover wil ik u in het derde kwartaal van dit jaar informeren.

Nog een andere vraag van mevrouw Van den Berg: is de Minister bereid de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving advies te vragen over de ziekenhuiszorg in de regio? Ik heb met partijen in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken dat het thema «de juiste zorg op de juiste plek» daarin centraal staat. Daarin hebben we afgesproken dat maatwerk in de regio mogelijk moet zijn. Zoals ik eerder heb gezegd vanochtend, is de situatie in Amsterdam anders dan in Drenthe en zullen daar ook andere keuzes worden gemaakt. De ideeën over de regionale inrichting moeten dus ook vanuit partijen in de regio zelf komen. Daartoe worden regiobeelden ontwikkeld. Ik vind het nu dus niet in de rede liggen om een algemeen advies over ziekenhuiszorg in de regio aan de RVS te vragen. Ik zou willen zeggen: geef mij eerst de kans om mijn brief te schrijven. We hebben dus hoofdlijnenakkoorden, regiobeelden en voor 1 juli heeft u ook een brief over hoe ik aankijk tegen medisch-specialistische zorg in brede zin. Mevrouw Van den Berg en de heer Renkema hebben gevraagd wanneer het onderzoek naar de gang van zaken rondom de faillissementen te verwachten is. Van Manen heeft laten weten dat hij ernaar streeft om dit begin december te doen. Van de Onderzoeksraad voor Veiligheid weet ik het niet, maar ik dacht dat het in diezelfde maand zou zijn.

Dan waren er nog een paar vragen, onder andere de volgende. De Minister is geen crisismanager; heeft u een afwegingskader? Ik denk dat ik daar inhoudelijk voldoende op in ben gegaan.

Ga je elk ziekenhuis helpen? Dat is dus niet het geval. Ik heb de unieke situatie van het Maasziekenhuis beklemd. Dat heb ik u uitgebreid verteld.

Ziet de Minister een patroon in de faillissementen? Is er dus aanleiding om het zorgstelsel te herzien? Nee, ik zie geen patroon, maar er is wel een ontwikkeling aan de gang en daar zullen wij de komende jaren nog veel over spreken. Daar wil ik in de brief van 1 juli meer over melden aan u. Dan heb ik een vraag van de VVD-fractie: wat is uw reactie op de signalen dat studenten in Flevoland geen bbl-opleidingsplek kunnen krijgen bij het St Jansdal in Harderwijk? Het St Jansdal in Harderwijk...

De **voorzitter**:

Nee, in Lelystad.

Minister Bruins:

In Lelystad, ja. Toch even mijn antwoord beginnen. Het St Jansdal in Harderwijk heeft overeenkomsten met roc's die het theoretische deel van de opleiding verzorgen. Op dit moment zijn dat de roc's Landstede, Harderwijk en Zwolle en het Hoornbeek College in Amersfoort, Apeldoorn en Kampen. Deze opleidingen hebben een onderwijsmethode die goed aansluit bij de wensen van het St Jansdal. Op deze roc's vind je studenten uit de hele regio, uit Gelderland en ook uit Flevoland. Met het mogelijke voornemen om de zorg in Lelystad uit te breiden met kort verblijf en dagbehandeling gaat het St Jansdal opnieuw de afweging maken over mogelijkheden van leerwerkplekken en stages ook in Lelystad.

De voorzitter:

Er is een vraag van de heer Rutte. Gaat uw gang.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dat het opnieuw wordt afgewogen is heel goed. Nou spreekt de Minister weleens met mensen van St Jansdal in verschillende overleggen, heb ik net gehoord. Het zou wel fijn zijn als opnieuw wordt benadrukt dat het ook voor de inbedding van het nieuwe ziekenhuis enorm belangrijk is dat mensen uit Lelystad daar ook stage kunnen gaan lopen, daar een opleiding kunnen genieten en daar vervolgens ook aan de slag kunnen. Ik heb er alle begrip voor dat je, als je vanuit ziekenhuis Harderwijk al afspraken had in Harderwijk, dat niet morgen hebt geregeld. Maar ik zou heel graag op korte termijn een signaal willen krijgen dat ze het niet alleen onderzoeken, maar het ook daadwerkelijk gaan doen. Zou de Minister zich daarvoor in willen zetten?

Minister Bruins:

Dat punt van die inbedding ziet St Jansdal ook heel goed. Het getroost zich ook veel moeite om onderdeel te worden van het regionale wezen, als ik dat zo mag uitdrukken, van Lelystad. Het organiseren van bbl-plekken zou heel goed kunnen helpen. Ik weet zeker dat St Jansdal deze mening ook is toegedaan, maar in mijn gesprek met St Jansdal zal ik ze erop attenderen. Ik denk en weet eigenlijk wel zeker dat dat ten overvloede is, maar ik zal dat doen, want ik weet zeker dat dit punt van inbedding St Jansdal ook aan het hart gaat.

Voorzitter. Ik heb nog een vraag liggen van mevrouw Ploumen of de Minister lessen wil trekken voordat er onderzoeksresultaten zijn. Ik denk dat ik die vraag inmiddels heb beantwoord, omdat ik voor mijzelf een actieve rol zie liggen en ik het stelsel intact wil laten. Dat zeg ik onder de aantekening dat iedereen daar zijn eigen verantwoordelijkheid in heeft. Maar het stelsel is nooit af. Ik denk bijvoorbeeld aan de concept-AMvB over acute zorg die ik u eind vorig jaar heb laten zien. Je bent dan aan het finetunen binnen het bestaande stelsel. Dat zie ik ons dus nog vaker doen. Heb ik dan een idee waarover precies? Nee, maar in alle ontwikkelingen tussen ziekenhuizen en zorgaanbieders in brede zin en in de ontwikkelingen rond de rol van de inspectie, de NZa en de zorgverzekeraars zullen steeds stappen worden gezet. Ik beschouw dat als een doorontwikkeling van het bestaande stelsel.

Ik heb nog twee vragen liggen, voorzitter. Ze zijn allebei van mevrouw Dik-Faber. De Minister heeft toegezegd in gesprek te gaan met NVZ en SAZ over de wijze waarop het concept Kwaliteitskader Spoedzorgketen uitpakt voor streekziekenhuizen. Heeft dit gesprek al plaatsgevonden en zo ja, wat was de uitkomst daarvan? Ja, dat gesprek heeft plaatsgevonden. In mijn brief aan uw Kamer met de reactie op de initiatiefnota van mevrouw Van den Berg heb ik daarvan verslag gedaan. Na de aanbidding van het

kwaliteitskader aan het Zorginstituut eind vorige week heb ik nogmaals contact met de SAZ opgenomen. Van de SAZ, die koepel van regionale ziekenhuizen, heb ik begrepen dat zij zich kunnen vinden in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen zoals dat nu is aangeboden. Door de aanpassingen die naar aanleiding van de budgetimpactanalyse hebben plaatsgevonden, zit er voor de regionale ziekenhuizen iets meer regelruimte in het kwaliteitskader. Er is ook een implementatieperiode aan een aantal belangrijke normen gekoppeld. Dat is voor mij een belangrijk signaal, want als de verwachting was dat door het kwaliteitskader SEH's in regionale ziekenhuizen zouden moeten sluiten, dan zou de SAZ hier beslist anders over hebben geoordeeld. Tot slot. Hoe gaat de Minister de motie-Rutte/Dik van vorige week over uniforme standaarden voor alternatieve vormen van spoedzorg uitvoeren?

De heer **Arno Rutte** (VVD):
Het is andersom.

Minister **Bruins**:

Is het omgekeerd? Sorry. Excuus, het is niet Dik-Faber, maar Dik-Rutte. Zoals ik ook in het VAO heb aangegeven ben ik geen voorstander van uniforme standaarden voor alternatieve vormen van spoedzorg. Dat is een kwestie van maatwerk gericht op de specifieke behoefte van de regio. Dat is niet een kwestie van een blauwdruk, dus ik ben nog aan het bezien hoe ik uitvoering aan dat deel van de motie kan geven. Ik zal daarvoor in gesprek gaan met de koepels van ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen. De motie vroeg ook om het maken van een handreiking met betrekking tot wijzigingen in het zorglandschap en om daarbij aandacht te besteden aan het informeren van inwoners in de regio. Ik heb aan de NZa en de IGJ gevraagd dat te doen. Het is dus onderhanden werk. Ik bied u spoedig het resultaat aan. Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Spoedig is niet zo'n hele gemakkelijke duiding voor de toezeggingen, dus graag zou ik het iets specifieker hebben.

Minister **Bruins**:

Ik ga het proberen, in de tweede termijn.

De **voorzitter**:

De Minister komt in de tweede termijn even op deze toezegging terug. Ik zie nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

De Minister refereerde even aan het nieuwe kwaliteitskader voor spoedeisende hulp en hij zei dat er nog recentelijk met de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen daarover was gesproken. Als ik even in mijn geheugen duik, hebben we er volgens mij tijdens het debat over de acute zorg over gesproken dat er sinds kort jaarlijks een budgetimpactanalyse wordt gemaakt. Eerder hebben wij gepleit voor een leefbaarheidsanalyse. Dat betekent dat de NZa ook vooraf gaat kijken wat de gevolgen zullen zijn. Volgens mij zou de Minister nog een keer schriftelijk terugkomen op hoe nou dat hele proces van dat kader voor spoedeisende hulp vanaf het begin is gelopen.

Minister **Bruins**:

In dit geval is er inderdaad een budgetimpactanalyse gemaakt. Ik heb bij de eerdere besprekingen over die leefbaarheidsanalyse de relatie gelegd met het werk dat het Zorginstituut besteedt aan de toegankelijkheid van

de zorg. Ik beschouw de afstemming met de SAZ steeds om te kijken of de SAZ ook vindt dat er genoeg oog is voor de toegankelijkheid van zorg die in de regio door hen wordt geleverd. Daarom ben ik zo nadrukkelijk ingegaan op wat de SAZ vindt van de ontwikkeling van dat spoedzorgkader.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Maar dat was dus terugkijkend op het moment dat de budgetimpactanalyse er al was – dat was 26 miljoen – en daarna was het gesprek met de SAZ, terwijl de motie van het CDA die toen is aangenomen, volgens mij toch vroeg dat van begin af aan even contact zou worden gelegd over wat dit betekent, dus voordat de budgetimpactanalyse naar buiten zou worden gebracht. De Minister zou volgens mij schriftelijk nog even apart op dat proces terugkomen.

Minister Bruins:

Die toezegging wil ik best herhalen. Ik weet dat ik u hierover nog een brief heb aangeboden. Die wil ik ook nog steeds schrijven. Ik dacht dat ik misschien het antwoord mondeling kon geven, maar ik begrijp dat die behoefte nog steeds leeft, dus ik ga die brief nog steeds maken.

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik heb één korte vraag. Ik ben blij te horen dat de Minister met de SAZ heeft gesproken en dat er in het kwaliteitskader is afgesproken dat er ruimte komt voor de regionale ziekenhuizen. Maar we hebben voor deze vergadering wel een brief gekregen van een drietal gemeenten. Ik geloof dat het gaat om Stadskanaal, Hoogeveen en Lelystad. Die zeggen gewoon letterlijk in hun brief: «De nieuwe kwaliteitsnormen voor de acute zorg in ziekenhuizen in combinatie met personele schaarste zijn niet haalbaar en niet betaalbaar voor de streekziekenhuizen.» Dus we krijgen vanuit die gemeenten wel echt een signaal dat hun ziekenhuizen onder druk staan. Wat zou de Minister tegen die gemeenten willen zeggen? De SAZ lijkt een akkoord te geven, maar de gemeenten zijn nog niet overtuigd.

Minister Bruins:

Dat kan ik mij goed voorstellen. Ik denk dat gemeentebesturen altijd een spreekbuis zijn voor hun inwoners. Het gaat misschien niet altijd over gevaren voor de gezondheidszorg, maar dan is er wel onrust over de zorg. Dat zal een gemeentebestuur, of een provinciebestuur, altijd in onze richting blijven adresseren. Ik heb hier aan u willen aangeven aan de hand van het eerdere voorbeeld over de rol van de SAZ, dat we vorige zomer hebben besproken, dat ik hecht aan de actieve betrokkenheid van de SAZ en dat ik het een belangrijk gegeven vind dat de SAZ kan instemmen met de route die wij aflopen rond het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Ik heb dat dus acuut gecheckt. Er is gisteren nog contact geweest met de SAZ om te horen hoe zij daarin zitten. Ik ben verheugd dat zij kunnen instemmen met deze werkwijze.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn wij daarmee aan het einde van de eerste termijn gekomen. Ik wil vragen of er behoefte is aan een tweede termijn, want dat kan ik mij zo voorstellen. Dat is het geval. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Hijink. Laten wij als richttijd ongeveer anderhalve minuut aanhouden. Aan u het woord, meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik probeer mij toch een beetje voor te stellen hoe mensen vanuit Flevoland, Drenthe of Oost-Groningen naar dit debat hebben gekeken. Ik denk dat bij veel mensen toch het gevoel ontstaat dat de Minister wel heel hard zijn best moet doen om enige logica te laten zien achter de besluiten die hij heeft genomen om het ene ziekenhuis te laten vallen en failliet te laten gaan en het andere ziekenhuis, namelijk het Maasziekenhuis in Boxmeer, te redden. Ik weet eigenlijk wel zeker dat het gevoel dat het ziekenhuisbeleid steeds meer op een loterij begint te lijken, het beeld vormt dat bij mensen beklijft.

Ik heb nog een vraag over het Slotervaartziekenhuis. Die gaat met name over wat er gebeurt als nou die lening er wel zou komen en die curator het faillissement moet opheffen en daardoor geen onderzoek meer kan doen naar wanbeleid. Mijn vraag aan de Minister is: welke onderzoeksmogelijkheden en bevoegdheden die informatie zouden kunnen opleveren die we niet kunnen ophalen met de andere onderzoeken die gedaan worden, heeft een curator? Ik hoop dat hij begrijpt wat ik bedoel. Het kan natuurlijk zijn dat een curator meer mag dan andere onderzoekers. Ik zou graag horen of dat voor problemen gaat zorgen.

Dan nog een laatste vraag over de acute verloskunde in Lelystad. De Minister geeft aan dat een gebrek aan kinderartsen en dergelijke één van de problemen is waardoor dit nu niet van de grond komt. Als ik met jonge specialisten spreek, dan zeggen zij tegen mij dat jonge specialisten niet in dit soort ziekenhuizen aan de slag willen vanwege onzekerheid over de financiering en het gebrek aan toekomstperspectief. Zij zeiden letterlijk tegen mij: je gaat niet werken op een zinkend schip. Ik zou de Minister toch willen vragen hoe hij aankijkt tegen dit soort uitspraken. Ik snap zoiets namelijk heel goed. Je gaat niet in een ziekenhuis aan de slag als je niet weet of het ziekenhuis over vijf jaar nog bestaat. Ik zou de Minister toch willen vragen om daarop te reageren. Ik zou de Minister ook willen vragen om richting jonge specialisten duidelijk te maken dat streekziekenhuizen belang hebben bij vastigheid, zekerheid en financiële zekerheid, zodat zij een toekomst hebben. Wij moeten specialisten ook uitdagen om in dat soort ziekenhuizen te gaan werken. Graag een reactie daarop. Ik vraag bij dezen graag een VAO aan, omdat wij natuurlijk nogal wat moties in te dienen hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Voordat ik doorga naar de volgende spreker, moet ik even vragen of u het VAO nog voor het reces wilt. Of mag het ook na het reces?

De heer **Hijink** (SP):

Na het reces.

De **voorzitter**:

Na het reces, oké. Dan kunnen we dat even doorgeven aan de Griffie Plenair. Akkoord. Dank u wel voor de toelichting. Dan de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Goed dat we vandaag dit overleg hebben gehad. In de tweede termijn heb ik nog twee zaken, allereerst het diagnostisch onderzoek dat ziekenhuis het St Jansdal bij patiënten heeft geweigerd die ook bij een zelfstandig behandelcentrum in behandeling zijn. Laat eerst even helder zijn dat iedereen het St Jansdal zeer erkentelijk is dat ze de zorg in Lelystad willen verzorgen. Dat is ontzettend belangrijk. Ik denk dat het probleem groter is. Ik verwijs naar hoogleraar gezondheidseconomie Wim Groot, die laatst in dagblad Trouw heeft aangegeven dat het vaker voorkomt dat ziekenhuizen patiënten van zelfstandige behandelcentra weigeren. Dat kan soms ook in ernstigere gevallen gebeuren. Zo wordt er een geval genoemd van een patiënt van een zbc die een bloeding krijgt

maar die bij het ziekenhuis wordt weggestuurd en vervolgens een ander ziekenhuis moet zoeken. Wat vindt de Minister van dat geval? Ik heb er nog twee andere vragen over. Artikel 13 van de Zorgverzekeringswet gaat over de vrije artskeuze in relatie tot de zorgverzekeraar en de arts, maar kan het indirect niet ook betrekking hebben op deze situatie? Twee. Zou de Minister dit hele gebeuren misschien eens bij de NVZ willen aankaarten om te zien of ze daar intern misschien iets mee willen doen? Voorzitter, ik rond af met de vraag waarom Lelystad niet wordt geholpen en Boxmeer wel. We hebben daar veel over gedebatteerd. Het is heel goed dat de Minister dit gaat meenemen in zijn visie. Ik wil het dan ook even aankijken en de Minister hiervoor de kans geven, maar ik hoop dan wel dat het een enigszins stevig kader wordt, want het is voor mijn fractie heel belangrijk. We wachten het af. We zien graag waar de Minister mee komt.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel.

Minister Bruins:

Voorzitter, ik wil even iets vragen. Ik heb de vraag over de casus van diagnostisch onderzoek goed begrepen en de laatste opmerking over de wens van een duidelijk kader heb ik ook goed begrepen, maar de middelste vraag van meneer Raemakers heb ik niet goed begrepen; excuus daarvoor.

De heer Raemakers (D66):

Ik bedoel dus of de kwestie van het diagnostisch onderzoek niet ook een keer kan worden besproken met de NVZ.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was het einde van uw inbreng, meneer Raemakers. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Eerst dank aan de Minister voor de antwoorden. Blijkbaar is op zeer korte termijn met zorgverzekeraars gerealiseerd dat de achterwacht voor verloskunde eenduidig betaald gaat worden, niet alleen op Urk, maar ook in Emmeloord, Dronten en Lelystad. Ook goed te horen dat de Minister het idee van spoedeisende hulp op een nieuw niveau 4 door zal geven aan de toekomstverkenner en dat ook nader wil bestuderen. Ik heb nog wel een vraag ten aanzien van de stops van ziekenhuizen. De Minister gaf aan dat de meldkamer weet waar een stop is. De Minister komt ook nog met een overzicht van de gegevens die hij heeft. Maar het mag duidelijk zijn dat onze zorg er voornamelijk in zit – dat hebben we ook bij acute zorg aangegeven – dat men op sommige ambulances zegt: vroeger had ik één keer in de week te maken met een stop van een ziekenhuis en nu twee keer per dag. Dat levert enorm veel stress op bij het ambulancepersoneel en ook zijn er zorgen over de patiënt, die bij een snelheid van 140 km/u rechtsomkeert naar een ander ziekenhuis moet. Fijn dat de Minister in gesprek gaat met de brancheorganisatie van spoedeisende hulp en met de zorgverzekeraars over de aansluiting bij NEED, dus de registratie van data. Zou de Minister dit kunnen opleveren voor de begroting? Hij had het over Q3, maar het zou fijn zijn als we daarover een bericht kunnen krijgen voor de begroting.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. De heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de Minister bedanken voor zijn uitgebreide beantwoording rondom de drie casuïstieken waarover we het vanochtend hebben gehad.

Het vierde blokje in de beantwoording noemde hij varia, maar toch zit daar wat mij betreft de crux van het debat. Onzes inziens is er wel degelijk een patroon ontstaan van ofwel onverwachte, plotselinge faillissementen, ofwel plotselinge, onverwachte reddingen van ziekenhuizen. Dat ondermijnt het vertrouwen van burgers in de beschikbaarheid van acute zorg op het moment dat die nodig is. Wat ons betreft moet die zorg er altijd zijn, ook in regio's die minder dichtbevolkt zijn. We denken echt dat een aantal prikkels in het huidige stelsel niet bijdragen aan het in stand houden van ziekenhuiszorg. Als we daar niet over gaan praten, dan gaan we hier over een jaar wellicht spreken over weer drie nieuwe casuïstieken. Ik zie uit naar de langetermijnvisie op het zorglandschap; de brief die we voor 1 juli ontvangen. Wil de Minister toezeggen dat hij de demografische ontwikkelingen in de verschillende regio's en ook de unieke kenmerken van de verschillende regio's hierbij expliciet zal betrekken in deze visie? Is hij ook bereid om een visie op de eventuele interventies van de Minister daar een plek in te geven? Dus een soort interventieladder: wanneer neemt de Minister het initiatief, wanneer komen er investeringen? Dat lijkt nu willekeurig, dat is het beeld. Dat is niet goed, dat beeld.

Ik wil hierbij de met een ruime meerderheid aangenomen motie-Ellemeet c.s. van 31 oktober 2018 in herinnering roepen over het aanstellen van een bewindvoerder bij een dreigend faillissement. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van deze motie?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Rutte.

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

Voorzitter. Opnieuw een intensief debat en zeker niet het laatste debat over dit onderwerp; dat staat nu al vast.

Ik wil de Minister bedanken voor zijn uitgebreide beantwoording en de vele toezeggingen die hij in mijn richting heeft gedaan. Ik vind ze stuk voor stuk heel relevant voor het opbouwen van vertrouwen in Lelystad en het weer op orde krijgen van de zorg. Het is relevant dat het gedoe tussen de zbc's en het St Jansdal stopt. Het is relevant dat erop wordt ingezet dat er in Harderwijk gewoon voor de deur wordt gestopt door het openbaar vervoer. Het is relevant dat de inwoners van Lelystad een bbl-opleiding in Lelystad kunnen volgen als ze een bijdrage willen leveren aan de zorg. Het zijn allemaal stappen die we met elkaar moeten zetten. Het is net zo relevant dat mensen zo worden bejegend dat ze de indruk hebben dat ze ertoe doen en dat hun problemen worden erkend. Ze zijn echt door een diep dal gegaan.

Ik hoor heel veel collega's hier zeggen dat ze uitzien naar een nieuwe visie op de ziekenhuiszorg. Er zou dan meer regie van de bewindspersoon moeten zijn. Ik wil hun in overweging geven om zich te verdiepen in de situatie waarin Els Borst zich bevond. Zij, toch echt een hele goede Minister, moest hier debatten voeren over kinderen die overleden in de ambulance omdat er voor hen geen plek gevonden kon worden op een intensive care. Dat was in een tijd waarin de overheid, de Minister, planmatig en regiematig verantwoordelijk was voor de ziekenhuiszorg en de wachttijden gigantisch lang waren. Er is geen eenvoudige oplossing. Het is niet zo dat dit soort problemen zich niet voordoen als je alles in handen van de overheid legt. Denk daar dus niet te makkelijk over.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Ik geef onmiddellijk toe dat ik niet het imago heb van «zwaar op de hand zijn», maar dat wil niet zeggen dat ik gemakkelijk denk over dingen. Tegen de heer Rutte zeg ik dat ik denk dat het heel erg belangrijk is dat de Minister op basis van de regioverkenningen en -plannen wel de regie neemt, dus gestuurd van onderaf en helemaal niet van bovenaf, maar wel met een duidelijke regie, die wat mij betreft erop gericht moet zijn dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ik denk dat daar zeker een verantwoordelijkheid voor de Minister zou moeten liggen. Voorzitter. Mijn tweede punt...

De **voorzitter**:

Voordat u daartoe overgaat, heeft mevrouw Dik-Faber nog een vraag.

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

Ik ben aan het zoeken naar wat de Partij van de Arbeid precies wil. In de vorige kabinetsperiode hebben Partij van de Arbeid en ChristenUnie samen een motie ingediend – die is ook aangenomen door de Kamer – waarin wordt gevraagd om regiobeelden op te stellen. Die motie is destijds niet uitgevoerd. Ik zie nu een Minister die geen blauwdruk vanuit Den Haag wil maar wel regiobeelden wil laten maken. Wat moet er dan nog meer gebeuren? De Minister geeft gewoon uitvoering aan onze gezamenlijke motie. Volgens mij is er later nog een motie van het CDA aangenomen waarin wordt gerefereerd aan onze motie. Dus wat moet er nou nog meer gebeuren?

De **voorzitter**:

Mevrouw Ploumen?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Die regiobeelden zijn zeker belangrijk. Ze zijn de basis voor alles. Maar ik zou willen dat de Minister niet alleen die regiobeelden naast elkaar legt of, heel oneerbiedig gezegd, een nietje door die regiobeelden slaat en dat dat het dan is, maar dat hij er een appreciatie aan geeft. Wellicht kan hij tot de conclusie komen «dat regiobeeld past bij mijn zorgplicht, bij de zorg die ik wil bieden, maar dat regiobeeld zouden we op een andere manier moeten doen». Eigenlijk is het niet meer, zou je kunnen zeggen, dan een extra stap: het bundelen van de regiobeelden tot een breed beeld van de zorg in Nederland, waarbij ook de problemen en de hiaten worden geadresseerd. Het is dus eigenlijk één stap extra. Misschien wil mevrouw Dik-Faber nu wel samen met mij een motie indienen om de Minister te vragen niet alleen die regiobeelden op te stellen, maar ook nog een extra stap te zetten.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk. Mevrouw Dik-Faber kort en afrendend.

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

Nee, ik wil geen gezamenlijke motie indienen, omdat ik het belangrijk vind dat er op regionaal niveau wordt gekeken welke zorg waar nodig is. Natuurlijk zal dat ook in deze Kamer een discussie zijn, maar de regio is echt aan zet. Daar hebben we ook de organisaties voor. De Minister zegt steeds dat hij de gemeenteraden wil betrekken bij veranderingen in de zorg, dus de lokale volksvertegenwoordigers. Ik ben echt een beetje aarzelend om, nadat de regio's hun werk hebben gedaan, er vanuit Den Haag weer een laag bovenop te zetten. Laten we dat niet willen. Dat geef ik even mee aan mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik hoor mevrouw Dik-Faber en tegelijkertijd ben ik ervan overtuigd dat het juist een meerwaarde kan hebben om de regiobeelden naast elkaar te leggen en ons ervan te vergewissen of iedereen op basis van die regiobeelden ook echt de zorg krijgt die nodig is. Ik ben ervan overtuigd dat, ondanks alle goede stappen die er gezet zijn, de mensen in Amsterdam Nieuw-West niet het gevoel hebben dat ze zorg hebben gekregen. Dat geldt ook voor de mensen in Flevoland. Dus vind ik dat er ook een verantwoordelijkheid zou moeten liggen bij de Minister. Maar ik ga me verdiepen in een mooie motie en wellicht kunnen we elkaar toch vinden.

Voorzitter, mijn eigen tweede punt. Ik probeer even helder te krijgen hoe het proces is verlopen. De Minister zegt op 21 januari in zijn brief dat hij geen aanleiding heeft om aan te nemen dat er op korte termijn opnieuw een ziekenhuis failliet gaat. Vrij snel na 21 januari wordt er bij de Minister aan de deur geklopt door Pantein Zorggroep. Wat betekent dat nou? Betekent dat een ongelukkig toeval? Betekent het dat de NZa zich onvoldoende heeft vergewist van de situatie daar? Betekent het dat de Minister de signalen van de NZa misverstaan heeft? Is er per ongeluk iets helemaal verkeerd gegaan? Ik krijg dat niet goed gecombineerd: 21 januari is er geen probleem en vlak daarna wel. Vervolgens heeft de Minister dat opgelost, wat wij goed vinden. Ik vraag dit om herhaling te voorkomen en om maximaal inzicht te krijgen.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de Minister bedanken voor de antwoorden en voor de toezeggingen die hij heeft gedaan. De zorgverkenner gaat aan de slag, ook met het element van vernieuwing van het zorglandschap. Ik zie uit naar de uitkomsten.

De Minister heeft in antwoord op mijn vraag of een polikliniek verloskunde met structureel een ambulance voor verloskundige calamiteiten niet een oplossing zou zijn voor Urk, aangegeven dat hij dit mee zal geven aan de verkenner. Ik ben heel benieuwd naar de reactie.

Ik zit even in mijn aantekeningen te kijken. We krijgen nog een reactie op de aangenomen motie van collega Rutte en mijzelf over veranderingen in het zorglandschap aan de ene kant en de vraag hoe je mensen daarover duidelijkheid kunt geven aan de andere kant. Heb je nieuwe standaarden voor spoedeisende hulp nodig? Ik denk dat dat zinvol is.

Tot slot wilde ik nog even ingaan op de blauwdrukken van Nederland versus de regiobeelden, maar dat heb ik net al gedaan in het interruptie-debatje met mevrouw Ploumen en daar laat ik het bij.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. We zijn weer een debat verder, maar ik concludeer dat de situatie in Flevoland niet veranderd is. Ik vind dat heel erg verdrietig. Voortdurend wordt de boel op de lange termijn geschoven en er wordt naar de toekomstverkenner gewezen. En het zijn van die praktische dingen, zoals die specialist die zijn broek had moeten laten zakken. Daar wordt eigenlijk helemaal niets verbeterd. In antwoord op vragen zegt de Minister: het St Jansdal heeft met de curatoren de afspraak gemaakt dat zij de patiënten die op de wachtlijst staan van het oude ziekenhuis hebben benaderd met de vraag of zij zorg willen ontvangen van het St Jansdal. Waarom het St Jansdal wel en waarom de specialisten

die een zelfstandig behandelcentrum zijn gestart niet? Waarom die ongelijkwaardige situatie, die in het voordeel is van het St Jansdal? Of neem die simpele vraag van de bushalte. Waarom is dat niet geregeld? Bezoek dat zoveel verder moet reizen. Patiëntenstops. Daar verandert niets in. Zorgmijding? Geen enkel antwoord. Maar ook de situatie van de acute verloskunde op Urk: 51 minuten en meer dan een uur rond moeten rijden terwijl je al aan het bevallen bent en de situatie al aan het escaleren is. Het is een acute situatie en je moet acuut naar het ziekenhuis. Daar is nog geen begin van een verbetering.

Dat is mijn grote teleurstelling van dit debat. Je gaat hiernaartoe en dan wil je dat de Minister verbeteringen laat zien. Dat bedoel ik met «de Minister zit op zijn handen». Er gebeurt niets, er verandert niets en er verbetert niets. We moeten gewoon wachten. Wachten op de volgende klap. Wachten op de calamiteit. Wachten tot de ballen naar beneden vallen die door al die zorgmedewerkers in de lucht worden gehouden. Wachten op de toekomstverkenner die toch persoonlijk al de mening toegedaan is dat het wel wat minder kan met de spoedeisende hulpdiensten en dat we die zelfs kunnen halveren.

Voorzitter. Ik kijk uit naar het moment dat er wel iets gaat veranderen. Tot die tijd, zolang we geen groen licht hebben voor en geen witte vlag kunnen tonen aan de inwoners van Flevoland, vind ik dit soort debatten eigenlijk overbodig en onzinnig.

De voorzitter:

Dank u wel. En daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef graag de Minister de gelegenheid om op de gestelde vragen in te gaan. Het woord is aan de Minister.

Minister Bruins:

Dank u wel, voorzitter. De heer Hijink vroeg wat een curator wel kan achterhalen wat uit die andere onderzoeken niet naar voren komt. Missen we informatie als we de andere onderzoeken wel krijgen maar niets van de curator, vraagt hij. Dat weet ik niet, dat ga ik uitzoeken. De vervolgvraag is dan of we alsnog aan die informatie kunnen komen. Ik moet het eerst even feitelijk op een rijtje zetten.

Verder zei de heer Hijink dat jonge specialisten niet in bepaalde regionale ziekenhuizen willen werken. U weet dat ik onderzoek laat doen naar mogelijke tekorten aan medisch specialisten in bepaalde regio's. Als de heer Hijink op de situatie in Lelystad wijst, dat jonge specialisten vrezen daar geen toekomst op te kunnen bouwen: ik heb de bereidheid uitgesproken om de beschikbaarheidsbijdrage voor een langere tijd beschikbaar te houden.

Dat in de richting van de heer Hijink, voorzitter.

De heer Hijink (SP):

Even op dat eerste punt nog. Wanneer kunnen wij een reactie verwachten wat een curator wel en niet kan boven op de onderzoeken die al lopen? Het kan natuurlijk opeens heel snel gaan en dan worden we liever niet verrast.

Minister Bruins:

Dit kan ik los van het faillissementsakkoord uitzoeken, dus ik zeg u toe dat u dit volgende maand heeft.

Voorzitter, dan in de richting van de heer Raemakers. In tweede termijn begon de heer Raemakers met een casuspositie. Hij vroeg of ik daarover een opvatting kan formuleren. Dat vind ik heel ingewikkeld. Als er vraagtekens rijzen over de kwaliteit of de veiligheid van zorg, is het misschien het beste dat die casus wordt voorgelegd aan de inspectie. Dat lijkt mij het beste.

Dan het punt van het diagnostische onderzoek: wanneer wel en wanneer niet? Ben ik bereid om dat met de NVZ te bespreken? Ik ben graag bereid om dat te doen, dat zeg ik toe.

De heer Raemaekers heeft nog eens gezegd dat hij een kader wenst. Nou ja, ik geloof dat gedurende het debat de meningen over wat er allemaal in zo'n kader «mot», nogal verschilden. Het wordt geen interventieladder, zeg ik tegen de heer Renkema. Ik ga wel nadenken over de vraag hoe ik kan laten zien dat de situatie voor iedereen gelijk is. Maar ik zal ook betogen dat er altijd ruimte moet blijven voor maatwerk.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar de gesprekken over NEED. Wij zullen voor de zomer in gesprek gaan met de NVSHA en de NVZ. Ik zal u zo spoedig mogelijk informeren, in ieder geval voor de begrotingsbehandeling.

De volgende vraag betreft de stops voor de ambulance en de stress die dat kan veroorzaken bij het ambulancepersoneel en ook bij de patiënten. Ik heb daarover geen klachten gehoord, maar het is natuurlijk wel voorstelbaar dat er klachten zijn. Daar ga ik navraag naar doen, ook in de wetenschap dat stops natuurlijk nooit helemaal te voorkomen zijn. Maar ik denk dat mevrouw Van den Berg en ik daar niet verschillend over denken. De heer Renkema zei: het laatste mapje van de Minister heet dan wel «varia», maar bij ons zat de crux in de varia. Ik denk dat ook in mijn brief over de inrichting van het medische zorglandschap en de uitwaaiering naar andere vormen van zorg, die u voor de zomervakantie krijgt, in ieder geval zal staan dat er zorg van goede kwaliteit voor iedereen moet zijn. Maar wat dat dan inhoudt, wanneer een inspectie of een zorgverzekeraar moet ingrijpen en wanneer er een rol ligt voor het ministerie, daar wil ik ook op ingaan. Dat leidt niet tot een ander stelsel, maar wel tot discussie over de vraag waar je het bestaande stelsel moet finetunen. Daar zal ik op ingaan.

Komen in de regiobeelden ook de demografische gegevens? Jazeker. Beter nog, er is een website van het RIVM waarop je nu al kunt zien hoe demografische ontwikkelingen in een bepaalde gemeente ervoor staan. De titel van die site is mij even ontschoten, maar als ik heel lang praat, krijg ik die vanzelf op een geel briefje. Ik heb al een preview gehad, maar vanaf volgende maand, vanaf mei, kan iedereen op die website per gemeente, dus niet per regio, de demografische ontwikkelingen zien. Dus ja, die gegevens komen in de regiobeelden. Daarmee heb ik de vragen van de heer Renkema ook van een antwoord voorzien, denk ik.

De voorzitter:

Daar denkt de heer Renkema anders over.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ook die over de bewindvoerder?

Minister Bruins:

Ja, de motie. Ik heb de commissie-Van Manen gevraagd om dit onderwerp mee te nemen in haar onderzoek, omdat ik van die commissie advies vraag. Het idee om een bewindvoerder aan te stellen, dat per motie is uitgesproken, maakt daarvan onderdeel uit. Daar kom ik dus op terug. Ik heb nog twee vragen liggen van mevrouw Ploumen. Ik ben blijkbaar niet duidelijk geweest over het Maasziekenhuis en de volgorde der dingen, dus daarover het volgende. De brief van de NZa uit januari gaat over het acute faillissementsrisico. Dat was er niet. De conclusie van de NZa in dat rapport uit januari was ook dat er wel ziekenhuizen zijn die kampen met financiële problemen en dat zorgverzekeraars daarmee intensieve gesprekken voeren. Het Maasziekenhuis was er daar een van. Vervolgens leidde het gesprek van de verzekeraars en het Maasziekenhuis niet tot een oplossing. Daarom zijn de gesprekken onder mijn regie

gestart. In weken gemeten was dat maar een paar weken later, want ik heb voor het eerst met die groep aan tafel gezeten in februari. Dan nog de vraag van mevrouw Ploumen om regiobeelden te appreciëren. Dat lijkt mij nou niet mijn eerste rol, hoewel ik het heel prettig vind om overal wat van te vinden. Ik denk dat wij op basis van regiobeelden straks allerlei gesprekken gaan voeren waarin een regio zal zeggen hoe zij denkt dat de zorg zich moet of zal gaan ontwikkelen. Daar zullen wij wel bij betrokken zijn, maar het appreciëren en zeggen dat het in de ene regio goed gaat en in een andere niet, zou net de verkeerde prikkel zijn. Ik hoop erg dat regiobeelden bouwsteen zijn voor gesprekken in de regio. Zorgpartijen spraken de afgelopen jaren heel veel onderling, met elkaar – ik zeg het veel te kort door de bocht – en te weinig met het openbaar bestuur. Ik verwacht echt dat het winstpunt van het maken van regiobeelden is dat ook het openbaar bestuur aanhaakt en daarmee ook burgers, inwoners, patiënten. Dat lijkt mij een ontwikkeling ten goede. Dat is mijn verwachting van regiobeelden.

Tot slot in de richting van mevrouw Agema. Zij zegt: ik ben teleurgesteld, want er gebeurt niks. Ik heb ook in dit debat willen betogen dat er heel veel gebeurt, niet alleen in de regio, en dat deze Kamer een actieve houding van de Minister mag verwachten. Die mag zij blijven verwachten. Ik ga daar stapsgewijs invulling aan geven.

Ik had het nog over dat gele papiertje over het databeeld. Dat komt te staan op de website van De juiste zorg op de juiste plek, zeg ik nog tegen de heer Renkema.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dan heeft de commissie nog een toezegging van de Minister tegoed over de termijn waarop de Kamer de brief over de uitvoering van de motie-Dik-Faber/Rutte tegemoet kan zien. Daar zou u een termijn aan koppelen.

Minister Bruins:

Dat is in het derde kwartaal.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan noteren we die.

Daarmee zijn we aan het einde van de tweede termijn van dit debat gekomen. Ik heb een heel aantal toezeggingen. Ik kan ze voorlezen. Bestaat daar behoefte aan of gaan we ze schriftelijk delen? Schriftelijk delen? Dan gaan we dat doen.

Dan constateer ik dat de heer Hijink een VAO heeft aangevraagd. Wij hebben zojuist de Griffie al laten weten dat dit na het reces ingepland kan worden. U ziet de datum verschijnen.

Mij rest de Minister te bedanken. Dat geldt uiteraard ook voor zijn ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun bijdrage in dit debat en ik dank u op de publieke tribune voor de belangstelling. Dat geldt natuurlijk ook voor de mensen die thuis of ergens anders dit debat gevolgd hebben. Zeer veel dank voor uw belangstelling. Ik wens u een prettige dag.

Sluiting 13.46 uur.