

## 5

### Positie van regionale ziekenhuizen

Aan de orde is het **debat** over de **positie van regionale ziekenhuizen**.

**De voorzitter:**

Aan de orde is het debat over de positie van regionale ziekenhuizen. Ik heet de minister voor Medische Zorg van harte welkom. Excuses dat we het debat later starten dan gepland. Het vorige debat is een beetje uitgelopen omdat er heel veel moties waren ingediend, een stuk of 21, wat een beetje tijd kostte.

Dan geef ik mevrouw Van den Berg namens het CDA als eerste spreker het woord. De spreektijd is vier minuten per fractie.



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

Dank u wel, voorzitter. Het CDA vindt dat iedereen recht heeft op goede zorg dichtbij, of je nu in een grote stad woont of in een klein dorp. Het belang van een streekziekenhuis is even groot als dat van een academisch ziekenhuis. Dat geldt voor de kwaliteit van de zorg, want bereikbaarheid is deel van de kwaliteit, maar zeker ook voor de leefbaarheid van een regio is het voortbestaan van een streekziekenhuis noodzakelijk. In de afgelopen jaren hebben we gezien wat er gebeurt als een intensive care of spoedeisendehulp post moet sluiten. De hele organisatie komt daarmee onder druk te staan door teruglopende inkomsten. Er vindt een leegloop plaats van gespecialiseerd personeel, terwijl dat in de regio nu al zo moeilijk te vinden is. Het ziekenhuis komt, kortom, als organisatie in een sterfhuisconstructie. Gevolg is dat patiënten in de regio hun vertrouwde ziekenhuis dichtbij kwijt zijn en ze steeds verder moeten reizen voor de basiszorg. Delen van ons land worden hiermee steeds minder leefbaar. Het is voor het CDA onverteerbaar als dit proces aangewakkerd wordt door aangescherpte normen die niet eens breed in het zorgveld gedragen worden, zeker als in die normen het belang van de leefbaarheid van de regio niet expliciet is meegenomen.

**Voorzitter.** De vereniging van regionale ziekenhuizen heeft de noodklok geluid. Vier of de tien regioziekenhuizen kunnen niet voldoen aan de nieuwe eisen van de intensive care. Klopt dit aantal volgens de minister? Gisteren schreef de minister dat de SAZ en de NVIC aan een addendum op de richtlijn werken waardoor maatwerk mogelijk wordt en de exclusieve beschikbaarheid van de intensivisten in de avond, de nacht en het weekend niet meer nodig zou zijn. Betekent dat dat deze intensive cares open kunnen blijven? Wil de minister toezeggen dat de inspectie niet ingrijpt bij deze ziekenhuizen zolang het addendum niet in het register is opgenomen?

**Voorzitter.** Tijdens het vragenuur gaf de minister aan dat bij het openhouden van een intensive care in een regioziekenhuis er een balans gezocht moet worden waarbij de leefbaarheid ook een factor is. Op welke wijze wordt die balans gezocht? Hoe gaat de inspectie daarmee om? De minister gaf ook aan dat als bij een nieuwe kwaliteitsstandaard de kosten enorm uit de pas lopen, de minister een budgetimpactanalyse uitvoert. Dat is natuurlijk terecht maar

waarom zou de minister wel ingrijpen als de kosten uit de hand lopen maar niet als de leefbaarheid in de regio in het geding is of de diversiteit in vertegenwoordiging niet in orde is? Kan een maatschappelijke kosten-batenanalyse met specifieke gevolgen voor de leefbaarheid in de regio onderdeel worden van de nieuwe kwaliteitsstandaarden? Kan de ...

**De voorzitter:**

Maakt u eerst uw zin af, mevrouw Van den Berg.

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

Ik heb nog twee korte paragraafjes.

**De voorzitter:**

Dan stel ik voor dat u die eerst voorleest.

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

Oké.

Kan de minister toezeggen een dergelijke analyse in ieder geval alvast te betrekken bij de analyse die de Zorgautoriteit momenteel maakt van de impact van het kwaliteitskader waar de spoedeisende eerste hulp aan moet voldoen?

**Voorzitter, ten slotte.** De inspectie heeft aangegeven dat zij de onderbouwing van het besluit van Treant om afdelingen te sluiten in Stadskanaal en Hoogeveen onvoldoende vindt en dat er onvoldoende overleg is geweest met de partners in de regio. Dit is dus een voorbeeld van hoe het wat ons betreft niet moet. Het is dan ook goed om te zien dat de inspectie streng toeziet op de communicatie en het proces. Wil de minister toezeggen de Kamer in de komende maanden tijdig te informeren over het traject dat de inspectie samen met Treant in gaat?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het verhaal van mevrouw Van den Berg is mij uit het hart gegrepen, maar het wijkt finaal af van het verhaal van de minister. Aangezien mevrouw Van den Berg onderdeel is van de coalitie, wil ik van haar ook boter bij de vis. Ik wil van mevrouw Van den Berg het volgende weten. Eén: blijven de streekziekenhuizen, ook na het ingaan van de nieuwe kwaliteitseisen, van de nieuwe richtlijn, open als het aan het CDA ligt? Twee: zij had het over de betaalbaarheid op macroniveau, het nieuwe wetsvoorstel dat eraan komt; gaat zij dat blokkeren?

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

Wij willen dat er een veel zorgvuldiger proces komt en dat er ook naar andere factoren wordt gekeken bij de beoordeling van die kwaliteitsstandaarden. Dat noemen wij een leefbaarheidstoets. De minister kijkt nu naar het geld. Wij vinden het prima dat er naar het geld wordt gekeken, maar wij vinden het nog belangrijker dat er ook naar het effect op de mensen wordt gekeken. Er moet dus uitgebreid overleg in de regio zijn tussen zorgverzekeraars en alle betrokkenen. Dat is in Drenthe niet gebeurd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar dat is niet wat de minister zegt. Daar zie ik dus een enorme discrepantie. De minister houdt zich eigenlijk afzijdig. Hij zegt: het is niet aan de minister om inhoudelijke kwaliteitsstandaarden te bepalen en dus ook niet om te bepalen of het ziekenhuis open moet blijven of dichtgaat. Daar gaat de minister niet over. Het CDA zegt: ja, maar dat willen wij wel. Dat ben ik met het CDA eens, maar gaat het CDA dat dan ook van de minister verlangen? Verlangt het CDA van de minister dat die leefbaarheidstoets er niet alleen komt, maar dat die ook doorslaggevend wordt en dat er, als het gaat om de financiële kaders, boter bij de vis geleverd wordt?

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

Ik denk dat mevrouw Agema onze motie gaat ondersteunen, dus daar ben ik blij mee. Wij willen inderdaad in concreto dat die leefbaarheidstoets een onderdeel wordt van de beoordeling van de kwaliteitsstandaarden.

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

Ik heb ook met interesse geluisterd naar het betoog van het CDA. Van dat onderzoek naar de leefbaarheid weet ik de uitkomst wel, namelijk dat het Refaja Ziekenhuis in Stads kanaal en het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen open moeten blijven en dat de spoedeisende hulp, intensive care en klinische verloskunde, dus bevallen in het ziekenhuis, gewoon gegarandeerd moeten worden. Vindt het CDA dat ook? Is mevrouw Van den Berg bereid om op dat punt vandaag een duidelijke boodschap mee te geven aan de minister om ervoor te zorgen dat die ziekenhuizen inderdaad volwaardig openblijven, evenals al die afdelingen?

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

Wij vinden a dat de leefbaarheid meegenomen moet worden in de beoordelingen en b dat er heel goed overleg moet zijn. Dan kan men samen daar in de regio bepalen wat waar openblijft. Wij vinden niet dat wij als Kamerleden daar een uitspraak over moeten doen.

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

Daarmee neemt het CDA dezelfde positie in als de minister, die ook wegstrekt en eigenlijk maar één criterium hanteert, namelijk het 45 minuten criterium. Als dat maar niet geschonden wordt, kan het spel gewoon doorgaan. Maar de afgelopen jaren hebben we gezien dat ziekenhuizen afgebouwd en afgebroken worden. Is het nu niet eens tijd om echt een piketpaal te slaan en te zeggen: het is afgelopen, er gaat gewoon geen afdeling meer dicht? Laten we de daad bij het woord voegen voor Hoogeveen en Stads kanaal, waar dat nu actueel is.

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

Wij hanteren dus niet alleen het 45 minuten criterium. Wij zeggen: nee, je moet eens naar de leefbaarheid van de hele regio kijken. Want juist een regionaal ziekenhuis heeft effect op de totale werkgelegenheid en alle andere zorgaspecten in de keten. Wij hebben in ieder geval vandaag nog een brief gekregen van de verloskundigen uit Drenthe. Zij zeggen: als je dat ene ziekenhuis sluit, heeft dat enorme gevolgen voor wat er verder in de keten gebeurt. Wij vinden

dus dat die aspecten meegenomen moeten worden in die hele beoordeling.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven namens de SP.

□

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

Voorzitter. Ruim 100 jaar geleden werd in Assen de eerste steen gelegd van het Wilhelmina Ziekenhuis, ontstaan vanuit de bevolking en een betrokken burgemeester. De mensen gingen met de pet rond voor hun ziekenhuis. En het ziekenhuis kwam er. Nu leven we in 2018. 111 jaar later moeten we vrezen voor de spoedeisende hulp en de intensive care van dit gemeenschapsziekenhuis. Het Wilhelmina staat voor vele andere regionale ziekenhuizen die in gevaar zijn en waar ontmanteling dreigt. Hoe is het mogelijk in een land dat zoveel rijker is dan 111 jaar geleden? Het Refaja in Stads kanaal staat in brand, net als het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen, waar nu de klinische verloskunde, het bevallen in het ziekenhuis, dreigt te verdwijnen. En wat te denken van het Waterland in Purmerend? Ook daar de klinische verloskunde weg. En bij het Ruwaard van Putten in Spijkenisse of het Hofpoort in Woerden kun je al niet meer van volwaardige ziekenhuizen spreken.

Op al deze regionale ziekenhuizen moeten we even zuinig zijn. Immers, als een ziekenhuis weg is, komt het niet meer terug. En de afgelopen tientallen jaren zijn al zoveel algemene ziekenhuizen verdwenen. Die afbraak moeten we stoppen. Handen af van de regionale ziekenhuizen, zou ik willen zeggen. Zij zijn cruciaal voor de leefbaarheid van de regio. De bereikbaarheid van een goed basisziekenhuis wordt steeds belangrijker, ook gezien de toenemende vergrijzing. Het ziekenhuis om de hoek, dat moet blijven.

Vandaag hebben we weer een tribune vol met mensen, afgereisd uit een regio waar een ziekenhuis dreigt te verdwijnen. Door een dag te besteden aan het reizen naar Den Haag en het bijwonen van dit debat laten zij wederom zien hoe belangrijk de regionale ziekenhuizen voor hen zijn. Laten we naar hen luisteren. Dat betekent dat het roer om moet. De politiek is aan zet. Laten we aan de regio's in het hele land de volgende belofte doen. Alle regionale ziekenhuizen blijven zeven dagen per week, 24 uur per dag open. Dat betekent altijd goede zorg dichtbij. Dat kunnen we bereiken door per direct een fusieverbod en een verbod op verdere schaalvergroting in de basisziekenhuiszorg af te kondigen. Er worden geen afdelingen spoedeisende hulp, klinische verloskunde of intensive care meer gesloten.

Het verdwijnen van ziekenhuizen wordt goedgepraat onder de mantra dat nog grotere ziekenhuizen betere kwaliteit leveren en efficiënter werken. Dat is een rechtvaardiging om afdelingen te kunnen wegbezuinigen, om daarmee het feit goed te praten dat we te weinig specialisten opleiden. Niet is aangetoond dat de kwaliteit van zorg in regionale ziekenhuizen slechter is. Bovendien gaat kwaliteit ook over leefbaarheid en bereikbaarheid, voor patiënten en hun familie.

Veel is gesproken over de richtlijnen voor goede zorg bij de spoedeisende hulp en de intensive care. Daarbij moet

maatwerk worden toegepast. Een regionaal ziekenhuis is geen academisch ziekenhuis met zwaardere patiënten. Maatwerk en samenwerking zijn daarbij geboden. We moeten de regionale ziekenhuizen helpen met een kosten-dekkende kleinschaligheidstoeslag, zodat zij ook financieel goed in staat zijn de spoedeisende hulp en intensive care open te houden en voldoende goed gekwalificeerd personeel aan te trekken.

Van de minister wil ik horen dat hij niet langer wegstapt maar optreedt. Hij moet garanderen dat de klinische verloskunde, ic's en spoedeisende hulp in Hoogeveen en Stadskanaal openblijven. Immers, daar waar de markt faalt, moet de politiek ingrijpen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mijnheer Van Gerven. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS. Alle variaties van uw naam zijn voorbijgegaan de afgelopen periode!



**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Voorzitter. Ik luister naar allemaal, maar de klemtoon ligt op de laatste lettergreep. Het centraliseren van kennis en expertise is een goede zaak, maar niet als dit tegelijkertijd betekent dat daardoor de dekking van algemene ziekenhuizen onder druk komt te staan. We zien dat steeds meer ziekenhuizen besluiten om de spoedeisende hulp te sluiten, zoals onlangs in Hengelo. Dat levert iedere keer grote onrust op bij de inwoners van de regio. Dat is terecht, want dat is inderdaad een aanslag op de leefbaarheid. Er blijven minder afdelingen spoedeisende hulp over terwijl de toeloop eraan en de druk erop steeds groter wordt. Volgens veel artsen is dit een gevolg van het sluiten van de verzorgingstehuizen en het gebrekkig inkopen van zorg door gemeenten, waardoor mensen thuis soms te weinig zorg krijgen en daardoor eerder in het ziekenhuis belanden. Daarbovenop worden regels dusdanig aangescherpt dat het voor kleine ziekenhuizen steeds moeilijker wordt om het hoofd boven water te houden. Een voorbeeld daarvan is de IC-richtlijn, die vereist dat in elk ziekenhuis zeven dagen per week een intensiverechts arts aanwezig is en dat hij of zij ook exclusief beschikbaar moet zijn voor de ic. Dat kost een ziekenhuis extra geld en mankracht. Bij een kleiner ziekenhuis is het juist prima mogelijk dat een ic-arts af en toe inspringt op de eerste hulp. Mevrouw Van den Berg heeft daarover al een paar vragen gesteld. Ik ben benieuwd naar de antwoorden daarop.

Het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies zegt dat als de helft van de kleinste acutezorgafdelingen sluit, dit slechts een besparing oplevert van 0,5% van het totale ziekenhuisbudget. Daarnaast levert het sluiten van de spoedeisende hulp een nadelig bijeffect op waardoor kleine ziekenhuizen het nog moeilijker krijgen om te overleven. De vrees van samenwerkende algemene ziekenhuizen is dat wanneer het merendeel van de afdelingen ic en spoedeisende hulp sluit, dit tot een kettingreactie zal leiden. Zonder die twee afdelingen blijven er patiënten weg, die vervolgens naar andere ziekenhuizen gaan waar wel een ic-afdeling of een eerstehulp post is. Het beste personeel zal snel volgen, terwijl het in deze tijd van personeelschaarste al zo moeilijk is om met grotere ziekenhuizen te

concurreren. Hoe kijkt de minister aan tegen dit gevreesde domino-effect?

Het verminderen van het aantal ziekenhuizen beperkt de bereikbaarheid voor de patiënt en de bezoekende familieleden. 50PLUS vindt het een goede ontwikkeling dat er grote expertisecentra ontstaan, maar die moet losstaan van een goede dekking door algemene ziekenhuizen. Als sluiting van de helft van de kleinste acutezorgafdelingen maar een besparing van 0,5% van het totale ziekenhuisbudget oplevert, zou een andere verdeling van budgetten misschien een oplossing kunnen zijn voor het openhouden van deze spoedeisendehulpafdelingen en daarmee de overlevingskans voor deze ziekenhuizen kunnen vergroten. Wat is de gedachte van de minister hierover? Is hij bereid om hierover te praten met de zorgverzekeraars? Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Sazias. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.



**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter. Iedereen is het erover eens dat kwaliteit van zorg ontzettend belangrijk is. Ik heb gelukkig al een aantal collega's horen zeggen dat ook leefbaarheid belangrijk is en dat we die meer en nadrukkelijk moeten betrekken in de discussies over de zorg. Richtlijnen gaan vaak over kwaliteit en zijn heel erg belangrijk om goede zorg te organiseren en de kwaliteit op niveau te houden. Op dit moment dreigt de nieuwe IC-richtlijn meer kwaad dan goed te gaan doen, met name voor de regionale ziekenhuizen. Voor de totstandkoming van de richtlijn heeft het Zorginstituut uiteindelijk haar doorzettingsmacht moeten gebruiken. De uitkomst is nu dat er een richtlijn ligt, maar dat niet alle partijen zich hierin kunnen vinden. Kan de minister een toelichting geven op het verloop van dat proces?

Een van de grote bezwaren die de regionale ziekenhuizen hebben, is dat er simpelweg niet genoeg mensen zijn om aan de richtlijn te voldoen. De minister heeft eerder aangegeven dat hij zou nagaan of er voldoende intensivisten zijn om te voldoen aan de kwaliteitsnorm. Volgens hem zijn die er. De vraag is of die er ook in de regio zijn. De minister heeft aangegeven dat hij dat gaat onderzoeken. Net zoals hij heeft beloofd om te onderzoeken hoe het precies zit met het tekort aan kinderartsen in Hoogeveen en Stadskanaal. Het lijkt mij nuttig als al die informatie er voor 1 juli is, als de IC-richtlijn in werking treedt. Bovendien kan dan ook de informatie over dat tekort worden meegenomen in het besluit over Treant dat in de zomer definitief moet zijn. Kan de minister garanderen dat hij hier voor 1 juli meer informatie over heeft? Wat gaat hij doen als dan bekend wordt dat er in de regio inderdaad een tekort is? Wordt dan de deadline van 1 juli uitgesteld? Graag een reactie daarop.

Voorzitter. In de richtlijn wordt bepaald dat een intensivist exclusief beschikbaar moet zijn voor de ic. Mevrouw Sazias had het daar ook al over. Op een grote ic met twintig bedden is dat ongetwijfeld nuttig, maar ik betwijfel of dat ook geldt voor de kleinere ic's. Als je acht of tien bedden hebt, waarbij de helft van de patiënten stabiel is, vraag ik me af of dat noodzakelijk is. Hoe kijkt de minister ertegenaan om het begrip "aanwezigheid" in de richtlijn breder, ruimer te interpreteren en meer maatwerk mogelijk te maken, kijkend

naar de omvang van het ziekenhuis? Het gaat mij er niet om dat er een nieuwe richtlijn wordt opgesteld, maar om tot een zinnigere invulling van deze richtlijn te komen. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Partijen zijn nu ook bezig met het opstellen van een addendum. Heeft de minister er zicht op of zij tot overeenstemming kunnen komen voor 1 juli? In de brief stelt de minister dat de kwaliteitsstandaarden niet bindend zijn. Dat is een heel interessante opmerking. Ik vraag de minister om daar nader op in te gaan. Kan de minister daarmee de zorg wegnemen dat als deze regionale ziekenhuizen niet 24/7 een intensivist exclusief op de ic hebben, die ic-afdelingen niet open kunnen blijven? De minister noemt als alternatief voor het sluiten van een ic-afdeling om de afdeling af te schalen naar een mediumcareafdeling of een highcareafdeling. Voor zover ik weet, is medium care niet gedefinieerd in een richtlijn en is er dus ook geen betaaltitel voor. Dat lijkt mij dan niet een heel werkbare oplossing. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. De IC-richtlijn zorgt ervoor dat intensivisten soms onnodig op de ic zijn. Ze moeten er altijd zijn. Dat maakt het beroep er niet per se leuker op. Daarnaast worden de ziekenhuizen daarmee mogelijk ook onnodig op kosten gejaagd. Het feit dat het voor de ziekenhuizen ook steeds duurder wordt, kan er concreet toe leiden dat ic-afdelingen juist gesloten moeten worden. Dat heeft verregaande consequenties voor zo'n ziekenhuis. Het sluiten van de afdelingen voor kindergeneeskunde en verloskunde in Hoogeveen en Stadskanaal heeft ook consequenties voor de leefbaarheid en de toegankelijkheid. Zelfs de inspectie heeft daar grote zorgen over. Ze wil meer informatie over de toegankelijkheid van de zorg, zeker wat betreft de 45 minuten norm en de mogelijkheid om thuis te bevallen. De minister hint er al op dat de toegankelijkheid minder wordt door te stellen dat een aantal patiënten wellicht iets verder moet reizen dan eerder het geval was. Kan de minister dit verduidelijken? Ik kan uit eigen ervaring vertellen dat als je hoogzwanger bent en naar een ziekenhuis moet, je niet 45 minuten wilt reizen.

Voorzitter. Verwacht de minister inderdaad dat een aantal ziekenhuizen zal moeten sluiten? En heeft hij nu al een beeld van het aantal ziekenhuizen dat niet aan de richtlijn voldoet? Graag meer informatie hierover. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

□

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

Voorzitter, dank u wel. De ChristenUnie vindt het belangrijk dat zorg dichtbij mensen beschikbaar is, ook elementaire ziekenhuiszorg. Iedereen wil voor algemeen voorkomende behandelingen het liefst naar het dichtstbijzijnde regionale ziekenhuis. De minister heeft eerder aangegeven dat de beschikbaarheid van basiszorg in de regio ook voor hem van groot belang is. Als beslissingen worden genomen die van invloed zijn op de basiszorg moet er volgens de minister sprake zijn van een zorgvuldig proces, met betrokkenheid van de gemeenten en bewoners. Uiteindelijk ligt de bal echter bij het zorgveld.

Het is nu het zorgveld dat heeft gezorgd voor nieuwe standaarden voor de intensive care en de spoedeisende zorg. De IC-richtlijn is al enkele jaren van kracht. Deze en schrijft voor dat in elk ziekenhuis zeven dagen per week een intensivist exclusief beschikbaar moet zijn voor de intensive care. Het kwaliteitskader voor de spoedeisende zorg brengt ook extra bezettingseisen met zich mee. Hoe goed deze kwaliteitseisen ook zijn, het is voor de regionale ziekenhuizen moeilijk om eraan te voldoen. Ze kunnen allereerst vaak niet de juiste mensen vinden. Als dat al lukt, is het nog maar de vraag of ze hun afdelingen spoedeisende zorg en intensive care open kunnen houden.

Voorzitter. Zonder spoedeisende hulp wordt het voor veel kleine regionale ziekenhuizen lastig om het hoofd boven water te houden, terwijl we zouden moeten willen dat voor kwetsbare groepen — ik noem ook ouderen — basisziekenhuiszorg dichtbij beschikbaar blijft. Niet iedereen is zomaar in staat om verder weg te reizen, naar een ander ziekenhuis. Terwijl er in de grote steden vaak meerdere ziekenhuizen zijn, moeten mensen in de regio steeds verder reizen. Dit zorgt voor een kloof die we niet groter moeten maken dan hij al is. Hoe kijkt de minister naar de bezettingseisen in de nieuwe standaarden en de problemen die dit oplevert voor de kleine regionale ziekenhuizen? Ziet hij mogelijkheden om tegemoet te komen aan de zorgen van de regionale ziekenhuizen, zonder dat er concessies hoeven te worden gedaan aan de kwaliteit van de zorg? De regionale ziekenhuizen zelf stellen dat met de nieuwe eisen de zorg wel duurder wordt, maar zeker niet per definitie kwalitatief beter.

Voorzitter. Ik begrijp dat de IGJ vanaf 1 juli risicogestuurd toezicht gaat houden op de naleving van de IC-richtlijn. Uit onderzoek van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen blijkt dat op dit moment 12 van de 28 ziekenhuizen niet aan de richtlijnen voldoen. Krijgen zij dan meteen een bezoek van de inspectie? Of biedt de inspectie ruimte voor andere oplossingen, die ervoor zorgen dat de IC open kan blijven zonder dat patiënten risico's lopen? Er wordt nu gewerkt aan een addendum voor de IC-richtlijn. Kan de minister toezeggen dat hij, voor zover dat binnen zijn invloedssfeer ligt, bevordert dat dit addendum tijdig bij het Zorginstituut wordt ingediend en er in de tussentijd geen onomkeerbare stappen worden gezet?

Dan nog een punt in het verlengde van deze discussie. Onlangs zagen we bij Treant in Drenthe en Groningen dat het voorgenomen besluit om belangrijke afdelingen, de kindergeneeskunde en verloskunde, te sluiten voor ongerustheid over de toekomst van de ziekenhuizen in Hoogeveen en Stadskanaal zorgt. De IGJ heeft klip-en-klaar aangegeven dat het voorgenomen besluit onvoldoende onderbouwd is en dat belanghebbenden beter moeten worden betrokken. Ook de betrokken zorgverzekeraar was niet te spreken over het besluit. Hoe verklaart de minister dat de IGJ noch de zorgverzekeraar zijn meegenomen in de besluitvorming? Kan de minister aangeven wat de verdere stappen zijn in dit proces? Hoe wordt gezorgd dat alle belangen, ook van gemeenten en inwoners, daarbij worden meegewogen?

Tot slot. Het uitgangspunt van dit kabinet is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Voor de ChristenUnie spelen regionale ziekenhuizen, waar basiszorg en acute zorg beschikbaar zijn, een belangrijke rol. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de belangen van patiënten die van deze ziekenhuizen afhankelijk zijn,

zorgvuldig worden meegewogen bij belangrijke beslissingen?

Dank u wel.

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

De ChristenUnie haalt terecht Treant aan en de ziekenhuizen in Hoogeveen en Stadskanaal waar verloskunde dreigt te verdwijnen. Feit is dat de ziekenhuizen onder druk staan. Wat is eigenlijk het standpunt van de ChristenUnie: vindt zij ook niet dat de klinische verloskunde, spoedeisende hulp en intensive care daar gewoon open moeten blijven?

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

Ja, dat is mij uit het hart gegrepen. Ik zou ontzettend graag zien dat die afdelingen open blijven. We hebben de commotie gezien bij de ziekenhuizen zelf, maar zeker ook bij de mensen in de regio. Tegelijkertijd wil ik niet vandaag vanuit de politiek een motie indienen waarin staat dat die afdelingen open moeten blijven, omdat we nog middenin het proces zitten. Dat proces is niet zorgvuldig verlopen. De inspectie heeft daarop geattendeerd: dit is niet goed. De zorgverzekeraar werd voor een onaangename verrassing geplaagd. Het proces moet dus ordentelijk verlopen. We zitten daar middenin. Ik wil dat nu een kans geven voordat we ons daar vanuit de politiek in gaan mengen.

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

We zitten al 30 jaar in processen. Dat heeft ertoe geleid dat vele ziekenhuizen zijn verdwenen of ontmanteld. Is het nu niet eens tijd — zo vraag ik toch ook aan de ChristenUnie — dat de politiek het heft wel in handen neemt en niet wegkijkt? De feiten liggen er, de zaken zijn volstrekt duidelijk. Er zijn tegengestelde belangen die het proces vertroebelen. Moeten we niet als politiek, hier in Den Haag, duidelijk een verklaring afgeven dat de afdelingen van de ziekenhuizen in Hoogeveen en Stadskanaal openblijven en zeggen "minister, doe uw werk, ga dat regelen"?

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

In ons land hebben we een proces afgesproken dat veel verantwoordelijkheid neerlegt bij de politiek, maar ook veel verantwoordelijkheid bij het zorgveld. Volgens mij is dat een juiste balans. Het zorgveld gaat over de kwaliteit van zorg. De politiek is aan zet om te zorgen voor de nabijheid van zorg. Daar hebben we het vandaag ook over. Dat is een spanningsveld. Hoe kun je ervoor zorgen dat die kwalitatief goede zorg dichtbij in de regio beschikbaar blijft? Daar hebben we het vandaag over. Het pleidooi van de SP-fractie is om de politiek nog meer invloed te geven. Ik herinner mij het verkiezingsprogramma van de SP. Wat de SP betreft krijgt de politiek, de overheid, de staat, een veel grotere vinger in de pap als het gaat om de zorg. Dan zijn de zorg-professionals dus niet meer primair aan zet, maar beslist de staat welke zorg goed voor u is. Dat is een route die mijn fractie in ieder geval niet voor ogen staat. Dan krijgt de staat een grotere vinger in de pap en krijgen we dus een staatsgeorganiseerde zorg. Dat wil ik niet. We hebben het vandaag over de balans, kwaliteit van zorg en nabijheid van zorg. Dat is waar we het over hebben. Die balans is lastig. Daar moeten we het debat over voeren. Ik wil echt ver vandaan staatsgeorganiseerde zorg blijven.

**De voorzitter:**

De heer Van Gerven krijgt de gelegenheid om op uw opmerking over de SP te reageren als daar behoefte aan is, maar niet om vervolgens weer allerlei vragen te stellen.

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

We moeten dat toch even rechtzetten. De SP is bij uitstek de partij die de professionals ruimte wil geven. Maar dat moet de overheid regelen en borgen. Dat is het punt. Wij willen dat de landelijke overheid, de politiek hier, regelt dat bijvoorbeeld het Bethesda in Hoogeveen en Refaja in Stadskanaal volwaardige basisziekenhuizen blijven, dat daar de voorwaarden voor worden gecreëerd en dat wij zeggen, het statement afgeven: die ziekenhuizen moeten overeind blijven en het wordt de taak van de minister om die voorwaarden te creëren, zodat vervolgens de professionals aan het werk kunnen om dat te realiseren. Maar de overheid moet nu optreden, want anders gaat het mis.

**De voorzitter:**

U hebt het standpunt van de SP toegelicht. Dank u wel, mevrouw Dik-Faber.

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

Laten we met elkaar in gesprek blijven hoe we kwalitatief goede zorg dicht bij mensen kunnen garanderen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Dik-Faber. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Aukje de Vries namens de VVD.

□

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Voorzitter. Het bericht dat intensive careafdelingen en spoedeisende hulpposten bij een groot aantal regionale ziekenhuizen zouden moeten sluiten, zorgt begrijpelijk voor onrust. Ik zie dat mensen zich zorgen maken als de ic mogelijk verdwijnt uit hun regio, want vaak is het gevolg dat andere ingrepen en behandelingen uit hetzelfde ziekenhuis verdwijnen en dat de spoedeisende hulp dreigt te veranderen. Zeker in het geval van acute complexe zorg wil je goed en snel behandeld kunnen worden.

Voorzitter. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van zorg overal in Nederland goed is. Daarvoor is soms specialisatie, concentratie of samenwerking nodig. Naast kwaliteit moeten we ook kijken naar de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg. Zo kan niet iedereen makkelijk verder reizen en de naasten in je nabijheid als je in het ziekenhuis ligt is ook kwaliteit. De zorg die wordt geleverd mag echter nooit ondermaats zijn. Door het regelmatig uitvoeren van behandelingen worden artsen beter in hun vak, waardoor de kwaliteit van zorg toeneemt. Voor de betaalbaarheid van de zorg, ook op de langere termijn, wil je dat die zorg zo doelmatig mogelijk wordt geleverd. Het is daarom slecht uit te leggen dat een intensivist in de toekomst op sommige momenten mogelijk moet zitten duimendraaien.

Voorzitter. Er moet een balans zijn tussen goede kwaliteit van zorg voor iedereen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Een ic moet gewoon voldoen aan de vastgestelde richtlijnen. Tegelijkertijd mag het er niet toe leiden dat alle ic's uit de regio verdwijnen. Mensen moeten op een redelijke afstand bij een ic kunnen zijn. De zorgverzekeraars hebben daarin ook een zorgplicht. Die redelijke afstand kan natuurlijk per type zorg wel verschillen. Daarom heb ik een aantal vragen aan de minister. Kunnen met de vastgestelde IC-richtlijn en de impact daarvan alle verzekeraars voldoen aan hun zorgplicht? Wordt in richtlijnen rekening gehouden met bijvoorbeeld toegankelijkheid en doelmatigheid? Hoe houdt het Zorginstituut, als het zijn doorzettingsmacht gebruikt, daar rekening mee? En ziet de minister mogelijkheden om dat wel mee te laten wegen?

De zorgprofessionals stellen de kwaliteitskaders op en dat is volgens mij ook goed. Politici zijn geen artsen en we moeten ook niet doen alsof. Als de zorgprofessionals er niet uit komen, dan stelt het Zorginstituut ze vast. Hoe worden de verschillende partijen daarbij betrokken: grote en kleine zorgaanbieders, maar ook partijen in dichtbevolkte en in dunbevolkte gebieden? En in hoeverre moet het kwaliteitskader vooral vastleggen wat kwaliteit is? Er moet ook ruimte zijn om te bepalen hoe je die kwaliteit of doelmatigheid bereikt. Welke mogelijkheden ziet de minister voor samenwerking om aan die eisen te voldoen, zodat er ook voldoende keuzemogelijkheden blijven?

De VVD krijgt net als GroenLinks signalen dat er een aantal zaken knellen, bijvoorbeeld bij de financiering in de netwerkzorg, maar ook bijvoorbeeld voor de medium care. Klopt dat, en hoe is dat geregeld?

Als dit soort berichten verschijnen, is het ook goed om met de betrokken partijen zelf te praten. Uit mijn contacten blijkt dat de verschillen misschien wel niet zo groot zijn en dat men eigenlijk geen verschil in kwaliteit in de regio's wil. Voor de ic's heeft men de afgelopen tijd ook wel gezocht naar een oplossing. Daarbij wordt vooral gekeken hoe de kwaliteit doelmatig ingevuld kan worden. Klopt het dat er inmiddels een oplossing in de maak is?

De VVD wil ook graag weten wat de stand van zaken is voor het spoedkader. In hoeverre zijn de betrokken partijen daar ook in overleg om te komen tot een doelmatige oplossing waarmee ook goede kwaliteit en zorg geleverd kan worden? Als dat niet het geval is, is de minister dan bereid om dat gesprek te organiseren?

Voorzitter. Tot slot. In Drenthe speelt een iets andere problematiek, namelijk een tekort aan kinderartsen. Maar er zijn wel vergelijkbare gevolgen, die ook zorgen geven bij de bewoners. Daarom heb ik daar ook een aantal vragen over. Wordt door het voorgenomen besluit van Treant nog voldaan aan de afgesproken normen en voldoen verzekeraars aan hun zorgplicht? Wat heeft Treant er zelf aan gedaan om nieuwe kinderartsen aan te trekken? En wat zijn de mogelijkheden voor samenwerking met andere ziekenhuizen? Welke oplossing biedt het landelijke programma voor het tegengaan van de krapte op de arbeidsmarkt in dit geval? Hoe kan in de regio ook gewerkt worden aan het werven van artsen, bijvoorbeeld zoals in Friesland gebeurt, waar een tekort aan huisartsen is? En hoe gaat het overleg in de regio nu verder?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.



**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. De afgelopen anderhalf jaar heb ik bijna tienmaal mijn beide ouders mogen bijstaan op de spoedeisende hulp- en intensivereafdelingen van verschillende ziekenhuizen. Veel dank ben ik verschuldigd aan al die artsen en verpleegkundigen die hun werk met passie, betrokkenheid en bekwaamheid doen. En wat hebben ze het ongelofelijk druk. Ze vliegen van kamertje naar kamertje. Ik maak mij er wel zorgen over dat het te veel is.

Ook heb ik het belang van intensivere- en spoedeisende hulpposten in streekziekenhuizen ervaren. Een patiënt komt binnen, de situatie is ernstig, er is bijvoorbeeld een disbalans in de medicijnen, er volgt een spoedopname, maar enkele dagen later gaat de patiënt weer naar huis. Dit komt heel veel voor. En ik vraag me echt af: als die spoedeisende hulpposten en als die intensivereafdelingen in die streekziekenhuizen worden afgewaardeerd of sluiten, zitten die grote ziekenhuizen hier dan wel op te wachten? Ik denk het niet.

Voorzitter. Dan de richtlijn. Kwaliteit willen we allemaal. Medische ontwikkelingen gaan snel, en zeker op afdelingen als de intensive care en de spoedeisende hulp zien we ook steeds meer bijzondere en ingewikkelde apparatuur verschijnen. Wij pleiten dan ook al jaren voor de aanwezigheid van voldoende artsen en voldoende gekwalificeerd personeel op de spoedeisende hulp en de intensive care. Wij vinden het daarbij onaanvaardbaar dat ziekenhuizen uit kostenoverwegingen onervaren en nog in opleiding zijnde artsen op deze cruciale plaatsen diensten laten doen. Zij zijn de sterren van de toekomst en doen ontzettend veel ervaring op, maar ze mogen niet overbelast raken. Laten we niet vergeten dat iemand die in het weekend met spoed in een Nederlands ziekenhuis wordt opgenomen, nog altijd een grotere kans op overlijden heeft dan iemand die op maandag wordt opgenomen.

De eis in de nieuwe richtlijn dat er vanaf 1 juli zeven dagen per week exclusief een intensivist aanwezig moet zijn op de intensive care, lijkt een goede beslissing. Tegelijkertijd is dat begrip "exclusief" datgene wat tot onrust leidt. Eigenlijk denk ik dat niemand tegen deze kwaliteitsstandaard is of ertegen is dat in elk ziekenhuis zeven dagen per week een intensivist beschikbaar is, en dat deze exclusief voor de intensive care beschikbaar moet zijn. Echter, adviesbureau Gupta inventariseerde dat 12 van de 28 ziekenhuizen dit niet kunnen bolwerken. Daarnaast kunnen 22 van de 28 ziekenhuizen de nieuwe richtlijn voor spoedeisende hulp niet bolwerken. Dit zijn met name streekziekenhuizen. Zij wijzen op de hoge kosten van het exclusief reserveren van een intensivere-arts en een intensivist, die niet meer mag bijspringen op de spoedeisende hulp. De vrees bestaat dat deze ziekenhuizen gaan omvallen en dat wil ook niemand. Dit is een enorme spagaat voor de minister. Spoedeisende hulpposten en intensivere-afdelingen mogen niet verloren gaan. Met kwaliteit mag je ook niet sullen. De vraag is wat de minister gaat doen.

Wat dat betreft vind ik de brief van de minister nog onvoldoende. Hij schrijft: het is niet aan een minister om inhoudelijke kwaliteitsstandaarden te bepalen. Maar hij schrijft daarbij ook: "Relativering hierbij is dat met het oog op de betaalbaarheid op macroniveau zoals u weet wordt gewerkt aan een wetsvoorstel dat het mogelijk maakt voor de minister van VWS of de minister voor Medische Zorg om in te grijpen als een nieuwe richtlijn kwaliteitsstandaard de macrobetaalbaarheid van de zorg in gevaar brengt." Dus met andere woorden zegt hij het volgende. De kwaliteit? Nee, daar gaat het veld zelf over. Maar als het te veel kost? Nou, dat mag niet. Ik vind dat een verkeerd signaal. Ik vind dat de minister zich zowel de kwaliteit moet aanrekenen als de betaalbaarheid. Maar ook de toegankelijkheid, door de minister niet voor niets een van de drie pijlers van de zorg genoemd. De minister moet er pal voor gaan staan dat de regionale intensive cares en spoedeisendehulpopen blijven. Dat is ook wat ik hier van de minister vandaag wil horen. Ik wil een klip-en-klaar antwoord. Niet wegstijven en het is niet aan de minister om inhoudelijke kwaliteitsstandaarden te bepalen. Nee, hij moet het volgende zeggen. Eén. De kwaliteit moet hoog zijn. Twee. De spoedeisendehulpopen en intensive cares blijven open.

Ten slotte nog een korte vraag, voorzitter. Ik lees dat vanaf 1 juli de inspectie gaat handhaven, maar ik lees ook in de brief van de minister dat de budgetimpactanalyse pas eind 2018 gereed is. Dat vind ik raar. Dus ik vraag de minister of de inspectie kan gaan handhaven nadat die budgetimpactanalyse binnen is, omdat we daarover nog een oordeel moeten kunnen vellen.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen namens de Partij voor de Dieren.



**Mevrouw Van Kooten-Arissen (PvdD):**

Voorzitter, dank u wel. 45 minuten aanrijtijd voor acute zorg. 45 minuten voor acute zorg. Dat noemen we nog acceptabel in een klein land als Nederland. De zorg wordt kapot bezuinigd en de regionale ziekenhuizen worden kapot bezuinigd. De neerwaartse spiraal die oud-minister Schippers heeft ingezet, laat minister Bruins overgaan in een vrije val. Dat regionale ziekenhuizen het nu meer dan moeilijk krijgen met de nieuwe bezettingsnorm, namelijk het permanent aanwezig zijn van specialisten op de intensive care die niet mogen bijspringen op de spoedeisende hulp kost regionale ziekenhuizen vele miljoenen. Minister Bruins wist allang van tevoren dat dit het gevolg zou zijn van zijn vergaande bezuinigingsslag. Regionale ziekenhuizen kampten al met grote tekorten aan specialisten. Dat is logisch, want wie zou niet vroegtijdig een zinkend schip willen verlaten?

En er is nog iets bijzonders aan de hand. Specialist worden alleen maar gespecialiseerder. Vervolgens worden ook die specialisten geacht fulltime beschikbaar te zijn, terwijl ze wel vaak moeten opereren, willen ze kwalitatief hoge zorg kunnen blijven bieden. Ik las ergens de wat cynische, maar begrijpelijke uitspraak van een chirurg: "Slechts twee keer per jaar een bepaald type operatie doen is als het ware

moord met voorbedachte rade." Laat de minister het allemaal maar gebeuren, of wat gaat hij daar precies aan doen?

Zorg moet van hoge kwaliteit zijn en ook toegankelijk voor iedereen die dat nodig heeft. We zijn in dit land hard op weg naar een situatie waarin de zorg verschaalt en de toegankelijkheid wordt beperkt tot een handjevol megaziekenhuizen. Dat is niet voldoende, en dat zou ook niet nodig hoeven zijn. Hoe denkt de minister de zorg voor iedereen in Nederland toegankelijk te houden? Hoeveel mensen wonen nu op een locatie waar spoedeisende en acute zorg onbereikbaar zijn geworden? Hoeveel mensen gaan dat de komende jaren worden? Wat vindt de minister van die zogenaamd acceptabele 45 minuten aanrijtijd voor acute zorg? Dit is een minister die let op de cijfertjes, hebben we gemerkt. In welke cijfertjes is de minister precies geïnteresseerd? Die boekhoudersmentaliteit, dat onvermoebaar bonen tellen tegen beter weten in, wat heb je eraan als het om mensenlevens gaat?

Straks bestaan ziekenhuizen alleen nog uit managers, ondermanagers en onder-ondermanagers. Hypermoderne regionale ziekenhuizen en verloskamers zijn nog niet gesloten of de overnameadviseur is al met een grote zak geld op weg naar de volgende regionale verwoesting, met veel extra werk voor advocaten, accountants, allerhande adviseurs en dienstverleners. Dat is pas geldverspilling. De menselijke maat is volledig zoek. Er ontstaan mammoetziekenhuizen met ieder meer dan 1.000 bedden. Is de minister daar daadwerkelijk blij mee? Internationale studies wijzen namelijk uit dat de optimale omvang van ziekenhuizen tussen ongeveer 200 en 300 bedden ligt. Onderzoek van de TU Delft wees al in 2011 — zeven jaar geleden dus — uit dat ziekenhuizen minder efficiënt worden naarmate ze groter zijn en te maken hebben met negatieve schaal effecten. Wil de minister daar in het licht van de onstillebare fusiedrang eens op reflecteren? Hoe is het mogelijk dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit er wel een probleem van maakt als ziekenhuizen onderling gaan samenwerken, maar niet moeilijk doet bij fusies? Tot zover de geregleerde concurrentie in het Nederlandse zorgstelsel.

Voorzitter. Is de minister bekend met de term "bermbaby"? Zonder gekheid, ik hoop niet dat mijn baby in november geboorteplaats "A12, hectometerpaaltje zoveel" krijgt. Want ook in Woerden is de pas ingerichte verloskamer alweer verdwenen, net als het regionale ziekenhuis. Dit is een veelvoorkomend probleem. Vrouwen verliezen de keuzevrijheid om thuis te bevallen en de geboortezorg wordt zo volstrekt onnodig gemedicaliseerd en duurder, want hoeveel vrouwen zonder medische indicatie zullen nu niet uit voorzorg kiezen voor een gereserveerd plekje in een verafgelegen ziekenhuis vanuit de reële angst dat zij het ziekenhuis niet op tijd zullen bereiken wanneer er toch onverhoopt iets misgaat? Regionale ziekenhuizen vrezen een stijging van het aantal bermbaby's door massale sluiting van de verloskamers. Wat gaat de minister daaraan doen?

Tot slot, voorzitter. Wat zou de minister ervan vinden als iedere minister van Volksgezondheid of voor Medische Zorg de artseneed van Hippocrates af zou leggen en zich daarmee onder andere aan de volgende gelofte zou verbinden ...

**De voorzitter:**

Wilt u afronden?

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Ja, mijn allerlaatste zin. Ik citeer: "Ik zal naar mijn beste oordeel en vermogen en om bestwil mijner zieken hen een leefregel voorschrijven en nooit iemand kwaad doen." Want de minister is verantwoordelijk voor de zorg in Nederland in al zijn facetten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van Kooten-Arissen. Ik dacht dat ik nu het woord zou geven aan de enige man in dit gezelschap, maar de heer Van der Staaij is er ook nog. Het woord is aan de heer Kerstens namens de PvdA.

□

**De heer Kerstens** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Een tijdje geleden — ik was nog niet terug in de Tweede Kamer — hoorde ik de minister op de radio over het onderwerp dat we vandaag bespreken. Hij probeerde daar de onrust weg te nemen die was ontstaan dat, simpel gezegd, afdelingen spoedeisende hulp en ic in flink wat regioziekenhuizen dreigen te verdwijnen, met alle effecten van dien. Dat deed hij door te zeggen dat het gewoon ging om afspraken die het veld zelf had gemaakt — een beetje "waar hebben we het over" dus — en dat de soep niet zo heet zou worden gegeten als die was opgediend omdat er praktische oplossingen waren. Dat het niet echt het veld, waaronder bijvoorbeeld de streekziekenhuizen, is geweest dat die afspraken heeft gemaakt waarover nu zo veel commotie is, is mij inmiddels wel duidelijk. Het standpunt van die ziekenhuizen is opzijgeschoven. Nu stellen dat ze daar natuurlijk een beetje chagrijnig over zijn, doet geen recht aan hun argumenten. Ik vind dat die argumenten het verdienen om serieus te worden genomen, dat onze streekziekenhuizen het verdienen om serieus te worden genomen, net als de mensen die daar werken en de mensen die in de regio wonen.

De praktische oplossingen heb ik nog niet voorbij horen komen uit de mond van de minister. Wel las ik in de brief die hij ons gisteren heeft gestuurd dat er nu dan toch een onderzoek gaat komen naar de beschikbaarheid van medisch specialisten. Dat is niet onbelangrijk als blijkt dat onduidelijk is of er daar nou wel genoeg van zijn of niet. Uit het onderzoek moet vervolgens blijken of er zich regionaal problemen voordoen en, zo ja, waarom dat zo is. Antwoorden op die vragen zijn van belang voor eventuele oplossingen, schrijft de minister. Dat is toch wel heel erg gek, de omgekeerde wereld. Je creëert eerst een probleem en denkt dan pas na over oplossingen. Dat kan toch handiger, zou je denken.

De Partij van de Arbeid vindt uiteraard ook niet dat getornd moet worden aan de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt. Die is soms letterlijk van levensbelang. Maar ik denk dat het mogelijk moet zijn om die kwaliteit overeind te houden zonder een pad op te gaan dat leidt tot een steeds verdere uitkleding van ziekenhuizen in de buurt en zonder een pad op te gaan dat de belangrijke rol van streekziekenhuizen — in veel oplossingen om de zorg dicht bij mensen en met andere spelers in het zorgveld nog verder te verbeteren — als we niet uitkijken tenietdoet. Daar is wel voor nodig dat ruimte wordt gegeven aan de professionaliteit in

het veld, aan de professionals in het veld, en aan maatwerkoplossingen. Stuk voor stuk zaken waar de minister zelf ook steeds hoog van opgeeft. Daar is voor nodig dat, zoals dat heet, regelruimte wordt gegeven. Ruimte waarbij recht wordt gedaan aan de vereiste kwaliteit, maar die ook invulling geeft aan de praktische mogelijkheden die er zijn om die kwaliteit op een andere manier vorm te geven. Ruimte om die invulling op maat te doen plaatsvinden.

Ik hoor vandaag graag van de minister dat hij die ruimte ook wil geven, dat hij de opmerkingen van bijvoorbeeld de regionale ziekenhuizen daarover serieus neemt, dat hij met hen in overleg gaat en dat hij minstens serieus aangeeft waarom hij — als dat het geval mocht zijn — er niks in ziet. Ik zeg hem alvast dat het wat mij betreft niet genoeg is om het te laten bij het antwoord "daar gaat het veld over". Al is het maar omdat de regionale ziekenhuizen ook andere zaken aanstippen, zaken waar hij als minister verantwoordelijk voor is, zaken waar je dus iets van moet vinden en waardoor, als we niet uitkijken, het vormgeven van die door ons allemaal belangrijk gevonden integrale regionale netwerken, of zelfs het voortbestaan van die ziekenhuizen zelf, in gevaar komt.

Het lijkt me niet dat de minister de geschiedenis in wil gaan als de man die de strop om nek van de regionale ziekenhuizen met een o zo belangrijke functie, nog wat strakker aanhaalde terwijl hij ook gewoon zijn verantwoordelijkheid had kunnen nemen om tot een oplossing te komen, een oplossing die een toekomst biedt voor onze streekziekenhuizen. Het is van belang dat je, waar je ook woont in Nederland, een goed ziekenhuis in de buurt hebt waar goede zorg wordt geleverd. Ik ben het dus eens met degenen die hier vandaag zeggen dat bij beslissingen die ziekenhuizen raken, ook gekeken moet worden naar de belangrijke rol die zo'n ziekenhuis speelt bij de aantrekkelijkheid van en de leefbaarheid in een regio.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Pia Dijkstra namens D66.

□

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Als ik hoor wat hier vandaag is gezegd, dan denk ik: het gaat vooral om de balans. Om de balans tussen enerzijds de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg dichtbij en anderzijds de kwaliteit van de zorg. Wat zijn de gevolgen van concentratie en spreiding, voor de stad en voor de regio? Volwaardige ziekenhuizen in de regio's zijn natuurlijk nodig. Een streekziekenhuis is nodig. Maar hoeveel zijn er nodig, en wie bepaalt dat? En dat is meteen mijn eerste vraag aan de minister. Want hij zegt dat dat de zorgverzekeraars zijn: zij hebben de zorgplicht en zij maken de afspraken met de ziekenhuizen. Maar ik wil graag weten hoe hij zijn eigen rol ziet als systeemverantwoordelijke.

Op dit moment praten we vooral over de spoedzorg en de intensive care. Dichtbij kan van levensbelang zijn. Maar kwaliteit ook. Het is weer die balans. In de position paper die wij hebben ontvangen van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, komen een aantal knelpunten aan de orde. Die zijn ook al door anderen genoemd. De exclusieve aanwezigheid van een intensivist op de ic, overdag en in



het weekend, en de exclusieve beschikbaarheid in de avond en de nacht zijn volgens hen niet realistisch. Maar het kwaliteitskader spoedzorg, in concept gereed, vraagt er ook nog om dat 24 uur per dag een spoedeisendehulparts aanwezig is die twee jaar klinische ervaring heeft, waarvan één jaar als poortspecialist. De ziekenhuizen vrezen dat dit gaat leiden tot verlies van SEH's en ic's binnen de regionale ziekenhuizen, met alle gevolgen van dien. Het is ook al door anderen aan de orde gesteld. De algemene ziekenhuizen merken op dat de kwaliteit nu op orde is. Dat is meteen natuurlijk het lastige, want de Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen zegt dat die goede kwaliteit, de goede en optimale zorg, op dit moment niet is gegarandeerd. Nou geeft de minister in zijn brief van gisteren aan dat beargumenteerde afwijken van de kwaliteitsstandaarden legitiem is zolang voldaan wordt aan de randvoorwaarden voor een goede en veilige zorg. Kan de minister aangeven of dat iets anders is dan de zorg die er nu al geleverd wordt? En wat betekent die opmerking voor de betreffende ziekenhuizen? Bij mij is er ook steeds een vraag over de kwaliteitsstandaard. Ik ben het helemaal eens met hoe dat gegaan is. Zo hebben we dat geregeld: het Zorginstituut heeft doorzettingsmacht. Maar als er zo veel weerstand is en men er helemaal niet met elkaar uitkomt, als de ziekenhuizen er niet aan kunnen voldoen en het ook niet handhaafbaar is, dan leidt dat dus tot een situatie waarin je je moet afvragen wat je aan zo'n standaard hebt. Ik zou daar graag van de minister wat meer over willen horen.

Voorzitter. Als ik mij niet aan mijn tekst op papier houd, dan is mijn tijd zo heel snel op, dus ik kijk snel even wat ik in elk geval aan de orde wil stellen. Het arbeidsmarktvragestuk. Aan de ene kant zeggen de ziekenhuizen: wij hebben niet voldoende personeel om aan de ic-richtlijn te voldoen. Aan de andere kant zegt de Nederlandse Vereniging voor Intensieve Care: die zijn er wel, er zijn voldoende intensivisten. De vraag is natuurlijk: zijn die ook op de plekken waar ze ze nodig hebben? Graag een reactie van de minister. Is er voldoende instroom in de opleiding? Hoe kan een goede verdeling worden gemaakt? Ik zou ook de minister willen horen over de opmerking dat het sluiten van die SEH's en ic's ook gevolgen heeft voor de opleidingscapaciteit van de verschillende opleidingen.

Voorzitter. Dan met betrekking tot de situatie in Drenthe. Treant heeft besloten verloskunde en kindergeneeskunde te concentreren in Emmen. Daar is heel veel verzet tegen. Ik begrijp ook heel goed dat dat verzet er is, omdat het natuurlijk een grote verandering betekent. Maar een aantal jaar geleden hebben we het hier over Meppel gehad. We hebben het ook gehad over de Sionsberg in Drachten. Dat heeft allemaal gespeeld en uiteindelijk is die concentratie van de zorg naar andere ziekenhuizen toch doorgedaan. Ik vroeg me af: weten wij iets over de gevolgen daarvan? Zijn die inderdaad zoals toen voorspeld werd? Ook nu worden er natuurlijk weer beelden geschetst van hoe erg het is als je niet meer in de betreffende ziekenhuizen terecht kunt.

Voorzitter, ik zie het, ik moet afsluiten. Dank u wel.

#### De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dijkstra. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Van der Staaij namens de SGP.



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

Mevrouw de voorzitter. Het is vandaag al heel duidelijk uit de verf gekomen dat in de zorg soms verschillende waarden met elkaar om voorrang strijden. We hechten allemaal aan kwalitatief goede zorg, kwaliteit en betaalbare zorg, maar ook aan goed bereikbare en toegankelijke zorg. In de ideale situatie zijn die waarden met elkaar in evenwicht, maar het komt ook voor dat ze wat met elkaar schuren en botsen. Dat is vandaag ook aan de orde, namelijk daar waar de nieuwe kwaliteitseisen voor spoedzorg en intensive care de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg in de regio onder druk lijken te zetten.

Voorzitter. Laat ik helder zijn: in de opvatting van de SGP is het vaak ook niet erg of zelfs gewenst als mensen voor kwalitatief hoogwaardige zorg verder moeten reizen. Ik denk aan de behandeling van veel vormen van kanker, waarbij de overlevingskans en de kwaliteit van de behandeling fors toenemen als deze wordt aangeboden in een gespecialiseerd ziekenhuis. Dat wil niet zeggen dat je altijd kan zeggen dat de bereikbaarheid niet veel uitmaakt als daarmee de kwaliteit ook maar ietsje omhooggaat. Nee, vandaag spreken we erover of de streekziekenhuizen met de eisen die worden opgelegd niet voor grote problemen worden gesteld. De redenen zijn al genoemd. Het gaat over de beschikbaarheid van personeel en over de vraag of het de meest zinnige invulling is van de intensieve carezorg. Dan kan het onverkort toepassen van vastgestelde kwaliteitsrichtlijnen ertoe leiden dat juist de hele financiële basis voor ziekenhuizen gevaar kan lopen als die afdelingen weg zouden vallen, als die afdelingen in de regionale ziekenhuizen gesloten zouden worden. Dat is toch buitengewoon ongewenst. Zoals de minister het nu beschrijft, lijkt het erop dat het toch min of meer een autonoom proces is waar je eigenlijk verder ook vanuit de politiek, de volksvertegenwoordiging weinig tegen in kan brengen. Het veld of een commissie van wijzen stelt kwaliteitseisen op, de inspectie gaat erop toetsen en zorgverzekeraars kopen geen zorg meer in als die niet voldoet aan de kwaliteitseisen. Als dat tot gevolg heeft dat kleine ziekenhuizen in de regio daardoor de deuren moet sluiten, dan zij dat maar zo. Zo lijkt het nu te gaan en dat zouden wij toch betreuren. Wat je dan eigenlijk mist, is dat er een wat verfijndere weging plaatsvindt. Stel dat het nu om een heel beperkte kwaliteitswinst gaat met tegelijkertijd een dramatische achteruitgang in bereikbaarheid. Zouden we dat dan moeten willen? Interessant is de discussie die we onlangs hebben gehad met de minister over de financiën. Als de kwaliteit zo wordt bepaald dat het enorme gevolgen voor de betaalbaarheid heeft, moet er dan niet een soort van weging zijn — er is nu een wetsvoorstel in voorbereiding — op grond waarvan ingegrepen kan worden? Mijn vraag aan de minister is of dit op het punt van de bereikbaarheid niet op dezelfde manier zou kunnen en moeten, namelijk dat je bij het wetsvoorstel dat er ligt ook kijkt of het onverkort doorvoeren van de kwaliteitseisen niet leidt tot een enorm verlies qua bereikbaarheid en toegankelijkheid. Zou je dan niet evengoed moeten kunnen ingrijpen? Dat is de vraag die ik graag aan de minister voorleg.

Voor de korte termijn is een belangrijke vraag of die regionale ziekenhuizen een punt hebben als ze zeggen onvoldoende intensivisten en spoedeisendehulpartsen te kunnen aantrekken. De minister heeft een onderzoek aangekondigd om dit uit te zoeken. Mag ik ervan uitgaan dat zolang dat

onderzoek loopt en het allemaal nog niet helder is, er ook geen onomkeerbare stappen worden gezet?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van der Staij. Daarmee zijn we aan het eind gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De beraadslaging wordt geschorst.

**De voorzitter:**

Ik schors de vergadering tot 13.50 uur. Dan beginnen we met de beëdiging van een nieuwe collega, de heer Renkema. Daarna is de regeling van werkzaamheden en vervolgens gaan we verder met dit debat.

De vergadering wordt van 13.21 uur tot 13.50 uur geschorst.