2026D35537

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief d.d. 1 juni 2026 inzake Uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp (Kamerstuk 29 247, nr. 490).

De vragen en opmerkingen zijn op 6 juli 2026 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
II. Reactie van de Minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de SEH per 1 januari 2027. Deze leden onderschrijven het uitgangspunt dat acute zorg voor iedereen in Nederland tijdig, toegankelijk en van goede kwaliteit beschikbaar moet zijn. Zij hebben over de brief nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de Stand van de zorg 2025 vooral wijst op een toenemende vraag naar spoedzorg en een schaarste aan zorgmedewerkers als knelpunt voor de acute zorg. Zij vragen de Minister nader te onderbouwen op welke wijze budgetbekostiging van de SEH bijdraagt aan het oplossen van dit personeelstekort. Hoeveel extra zorgpersoneel levert de invoering van budgetbekostiging naar verwachting op, dan wel hoeveel zorgpersoneel blijft hierdoor behouden, en op basis van welke aannames of onderzoeken is deze inschatting gemaakt?

Deze leden lezen dat de argumentatie voor budgetbekostiging vooral is gestoeld op het wegnemen van een productieprikkel en het bevorderen van samenwerking in de keten. Zij vragen de Minister toe te lichten of er onderzoeksgegevens zijn die erop wijzen dat de huidige productieprikkel daadwerkelijk leidt tot overbodige of ondoelmatige zorg op de SEH, en zo ja, welke omvang dit probleem heeft. Ook vragen zij of de Minister heeft overwogen of de knelpunten in de spoedzorgketen, zoals doorstroom en personele beschikbaarheid, ook op andere wijze dan via een aanpassing van de bekostigingssystematiek aangepakt hadden kunnen worden, en waarom uiteindelijk voor deze route is gekozen.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat de SEH nooit op zichzelf staat, maar onderdeel is van het ziekenhuis en van de bredere spoedzorgketen waarin huisartsenspoedpost, ambulancezorg, acute ggz, acute wijkverpleging, diagnostiek en vervolgzorg nauw met elkaar zijn verweven. Zij vragen de Minister hoe de invoering van budgetbekostiging voor de SEH zich verhoudt tot deze ketenbrede samenhang, en of er een risico bestaat dat een gewijzigde prikkel op één onderdeel van de keten leidt tot ongewenste verschuivingen van capaciteitsdruk of personeel ten opzichte van andere schakels in de keten die niet op dezelfde wijze worden bekostigd. Op welke manier draagt budgetbekostiging bij aan betere samenwerking in de bredere spoedzorgketen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van Minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij danken de Minister voor de brief. Deze leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de druk op de spoedzorg toeneemt, maar dat er aan de andere kant sprake is van een schaarste aan zorgmedewerkers. Kan de Minister aangeven hoeveel patiënten nu naar de spoedzorg komen, omdat zij geen reguliere zorg kunnen krijgen? Kan de Minister aangeven wat wij aan de voorkant kunnen doen om te zorgen dat patiënten niet onnodig om de spoedeisende hulp terecht komen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat het kabinet verkent welke randvoorwaarden nodig zijn om te bevorderen dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen bij transformaties en niet gaan meeliften of niet deelnemen. De budgetbekostiging gaat in per 2027. Kan de Minister aangeven welke randvoorwaarden worden verkend? Welke opties worden uitgewerkt? Wanneer verwacht de Minister dat zij de Kamer hierover kan informeren? Genoemde leden lezen namelijk dat het kabinet de randvoorwaarden onderzoekt, maar zij constateren tevens dat deze opdracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt gegeven. Zij komen in Q3 2027 met een uitslag, later dus dan de budgetbekostiging is ingegaan.

De leden van de VVD-fractie lezen in bijlage 1 dat er geen eenmalige of structurele kosten zijn voor zorgverleners bij invoering van de budgetbekostiging SEH. Om vervolgens een opsomming te krijgen van de kosten die zorgverleners wel daadwerkelijk maken. Kan de Minister toelichten hoe zij tot de conclusie komt dat er geen eenmalige of structurele kosten zijn voor zorgverleners? Hiernaast lezen de leden van de VVD-fractie niet duidelijk terug wat nu de daadwerkelijke kostenbesparing of kostenverhoging voor zorgverleners is? Kan de Minister toelichten wat het daadwerkelijke verwachte nettoresultaat zal zijn?

Tot slot zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd naar de regeldruk. Kan de Minister ook toelichten wat de verwachte extra regeldruk en kosten zullen zijn voor de gemeentes? Dat is momenteel niet meegenomen, maar de leden verwachten dat gemeenten een belangrijke rol zullen vervullen bij het mogelijk maken van passende SEH zorg in de regio. Is de Minister dit met deze leden eens?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en stand van zaken invoering budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

Is het nog steeds het doel om regionale ziekenhuizen in de reguliere acute zorg financieel te compenseren voor hun beschikbaarheidsfunctie en voor lagere productieaantallen, conform de opdrachtbrief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? Deelt de Minister de opvatting dat een dergelijke bekostiging kan voorkomen dat regionale ziekenhuizen worden gedwongen hun productie op te voeren om financieel gezond te blijven? Is de Minister daarnaast nog steeds van mening dat de invoering van budgetbekostiging budgetneutraal dient plaats te vinden? Zo ja, hoe

verhoudt zich dat tot de benodigde investeringen in de beschikbaarheid van acute zorg?

Welke gevolgen verwacht de Minister dat concentratie en spreiding van de acute zorg hebben voor de uitstroom en het behoud van artsen en verpleegkundigen op de spoedeisende hulp (SEH)? Is onderzocht in hoeverre het beperken van SEH-functies leidt tot een hogere werkdruk bij omliggende huisartsenposten, ambulancediensten en andere zorgverleners, of kan bijdragen aan het ontstaan van zogenoemde zorgwoestijnen? Zo ja, wat zijn de uitkomsten? Zo nee, is de Minister bereid dit alsnog te onderzoeken of hierover informatie op te vragen bij de relevante beroepsverenigingen en zorgpartijen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH). Deze leden hebben hierover enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie vinden dat acute zorg voor iedere Nederlander tijdig, dichtbij en goed bereikbaar moet zijn. Juist wanneer iedere minuut telt, moet een patiënt kunnen rekenen op een spoedeisende hulp in de buurt. Deze leden zijn daarom kritisch op beleid waarbij onder termen als passende acute zorg, regionale keuzes, differentiatie en passend zorglandschap alsnog wordt toegewerkt naar concentratie, afschaling of verschraling van acute zorg in de regio.

De Minister schrijft dat de acute zorg onder druk staat door een toenemende vraag naar spoedzorg en schaarste aan zorgmedewerkers. De leden van de PVV-fractie erkennen deze druk, maar vragen de Minister nadrukkelijk te bevestigen dat dit niet mag leiden tot minder bereikbare acute zorg voor patiënten. Kan de Minister garanderen dat de ontwikkelroute passende acute zorg niet leidt tot sluiting, afschaling of verschraling van spoedeisende hulpen? Kan de Minister daarnaast bevestigen dat de 45-minutennorm niet wordt uitgehold, opgerekt of anders geïnterpreteerd door regionale afspraken?

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over inwoners buiten de Randstad en in regio's waar de reisafstanden naar acute zorg nu al groot zijn. Een SEH is voor deze leden geen gewone voorziening die op basis van bestuurlijke modellen kan worden herverdeeld, maar een noodzakelijke basisvoorziening. Hoe voorkomt de Minister dat inwoners in dunner bevolkte gebieden straks verder moeten reizen voor spoedzorg? Kan de Minister inzichtelijk maken welke SEH's op dit moment kwetsbaar zijn qua financiën, personeel en bereikbaarheid? En kan de Minister toezeggen dat regionale ziekenhuizen hun herkenbare en toegankelijke functie voor inwoners in de regio behouden?

De leden van de PVV-fractie lezen dat per 1 januari 2027 de eerste stap wordt gezet om alle SEH's te bekostigen met een budget van ongeveer € 4,6 miljoen per SEH. Deze leden begrijpen het uitgangspunt dat een SEH beschikbaar moet zijn, ook als het op een bepaald moment rustig is. Tegelijkertijd roept het vaste bedrag vragen op. Waarop is het bedrag van € 4,6 miljoen precies gebaseerd? Welke kosten worden hiermee volledig gedekt en welke kosten niet? Is dit bedrag voldoende voor personele voorwacht, achterwacht, materiële middelen, overhead en kapitaallasten?

De Minister erkent dat deze eerste stap nog beperkt is en nog niet volledig rekening houdt met verschillen tussen SEH's. Juist dat baart de leden van de PVV-fractie zorgen. Een streekziekenhuis heeft een andere functie dan een UMC, maar kan voor de bereikbaarheid van acute zorg in een regio minstens zo belangrijk zijn. Hoe voorkomt de Minister dat kleine en regionale ziekenhuizen financieel tekortkomen omdat het budget onvoldoende aansluit bij hun specifieke situatie? Wat gebeurt er als een ziekenhuis kan aantonen dat het vaste budget onvoldoende is om de SEH open te houden? Wordt het budget jaarlijks geïndexeerd voor loonstijgingen, inflatie en stijgende personeelskosten?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de beschikbaarheidbijdrage voor SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm komt te vervallen, omdat deze SEH's straks een vast budget krijgen. Deze leden willen dat de Minister glashelder maakt dat geen enkele SEH die van belang is voor de bereikbaarheid erop achteruitgaat. Kan de Minister per ziekenhuislocatie aangeven welke SEH's nu onder de beschikbaarheidbijdrage vallen? Kan de Minister garanderen dat het vervallen van deze bijdrage niet leidt tot financiële problemen bij SEH's die juist belangrijk zijn voor regionale bereikbaarheid? Wat betekent de toezegging dat het vaste budget minimaal gelijk is aan de beschikbaarheidbijdrage concreet per SEH?

De leden van de PVV-fractie hebben ook zorgen over de rol van zorgverzekeraars. Voor het aanvragen van een budget moeten ziekenhuis en zorgverzekeraars afspraken maken over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de SEH. Voor de PVV-fractie staat voorop dat acute zorg geen gewone markt is. Niet de onderhandelingstafel van zorgverzekeraars, maar de bereikbaarheid voor patiënten moet leidend zijn.

Deze leden vragen de Minister daarom wie uiteindelijk bepaalt of een SEH open moet blijven: de Minister, de NZa, de zorgverzekeraar of het ziekenhuis. Hoe voorkomt de Minister dat zorgverzekeraars via het inkoopkader of via budgetafspraken sturen op minder SEH's of minder volwaardige acute functies? Kan de Minister toezeggen dat het belang van patiënten, bereikbaarheid en regionale beschikbaarheid altijd zwaarder weegt dan het financiële belang van zorgverzekeraars?

De leden van de PVV-fractie constateren dat de Kamer in 2024 en 2025 meerdere moties heeft aangenomen over het behoud en de bereikbaarheid van acute zorg, waaronder over Heerlen, essentiële ziekenhuisonderdelen, Zuyderland, het MMT in Oost-Nederland, communicatie in de acute keten, personeel en budgetbekostiging. Voor zover uit de voorliggende stukken blijkt, wordt hieraan nog onvoldoende concreet uitvoering gegeven. Deze leden vragen de Minister per motie aan te geven welke stappen zijn gezet, welke resultaten zijn bereikt, wat nog openstaat en waarom de Kamer hierover niet volledig is geïnformeerd. Het gaat in ieder geval om Kamerstuk 29 247, nrs. 438, 441, 446, 447, 450 en 451, en Kamerstuk 31 765, nrs. 925, 926 en 927.

De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat acute zorg niet overeind blijft met alleen bestuurlijke plannen en nieuwe bekostiging. Er zijn voldoende SEH-artsen, gespecialiseerd verpleegkundigen, physician assistants, nurse practitioners en andere zorgprofessionals nodig. Welke concrete afspraken maakt de Minister met OCW, CZO-opleidingen, ziekenhuizen en regionale partners om versneld en flexibeler op te leiden? Hoe wordt de Basis Acute Zorg hierbij betrokken? En hoe wordt in regio's waar acute zorg onder druk staat, zoals rond Zuyderland, gewerkt aan behoud en uitbreiding van personeel?

Ook vragen deze leden aandacht voor de communicatie in de acute keten en de dekking van mobiele medische teams. Juist in acute situaties moet communicatie tussen meldkamers, ambulances, zorgcoördinatiecentra en hulpverleners foutloos verlopen. Kan de Minister garanderen dat hulpverleners in alle regio's, ook bij verschillende systemen zoals C2000 en push-to-talk, altijd met elkaar kunnen communiceren? Welke knelpunten bestaan er nog en wanneer zijn deze opgelost? Hoe staat het daarnaast met de MMT-dekking, in het bijzonder in Oost-Nederland, en welke stappen zijn nog nodig om witte vlekken weg te nemen?

De leden van de PVV-fractie zijn daarnaast kritisch op de extra regeldruk. Uit het Sira-rapport blijkt dat de invoering van budgetbekostiging nieuwe administratieve handelingen oplevert, waaronder het schonen van tarieven, afspraken met zorgverzekeraars, aanvraagformulieren, opbrengstverrekening en nieuwe informatiestromen. Ook blijkt dat latere regeldruk nog niet volledig is meegenomen, omdat de budgetbekostiging later verder wordt doorontwikkeld.

Deze leden vragen hoe dit zich verhoudt tot de belofte om de administratiedruk in de zorg te verminderen. Waarom kiest de Minister voor een systeem dat opnieuw leidt tot extra formulieren, berekeningen, overleggen en controles? Hoe voorkomt de Minister dat zorgprofessionals indirect alsnog extra administratieve lasten krijgen? Is het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) om advies gevraagd en zo nee, waarom niet? Kan de Minister toezeggen dat de invoering niet doorgaat als blijkt dat de uitvoerbaarheid voor ziekenhuizen, zeker kleinere en regionale ziekenhuizen, onvoldoende is geborgd?

De leden van de PVV-fractie lezen bovendien dat het eigen risico van verzekerden naar verwachting vaker in één keer fors kan worden aangesproken en dat zorgverzekeraars hierover vragen van verzekerden verwachten. Deze leden vinden dat zorgelijk. Acute zorg mag nooit gemeden worden uit angst voor kosten of onduidelijke rekeningen. Kan de Minister uitleggen waarom het eigen risico vaker in één keer fors aangesproken kan worden? Om hoeveel patiënten gaat dit naar verwachting? Hoe wordt voorkomen dat mensen uit angst voor kosten of onduidelijkheid acute zorg gaan mijden? En kan de Minister toezeggen dat patiënten hierover vooraf duidelijk en in gewone taal worden geïnformeerd?

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie aandacht voor de planning. De eerste stap in de budgetbekostiging wordt al per 1 januari 2027 ingevoerd, terwijl belangrijke onderdelen nog verder moeten worden uitgewerkt. Waarom wordt al gestart terwijl de vervolgstappen nog niet volledig duidelijk zijn? Welke risico's ziet de Minister bij invoering per 1 januari 2027? Kan de Minister toezeggen dat de Kamer voor invoering een volledig overzicht ontvangt van de gevolgen per regio en per SEH?

De leden van de PVV-fractie sluiten af met het uitgangspunt dat acute zorg dichtbij en bereikbaar moet blijven. Voor deze leden is leidend: geen verschraling van acute zorg, geen langere reistijden voor patiënten, geen sluiting van onmisbare SEH's en geen extra bureaucratie voor zorgverleners die nu al onder hoge druk staan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken rond de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH). Deze leden onderschrijven dat acute

zorg voor iedere inwoner tijdig, bereikbaar, toegankelijk en kwalitatief goed beschikbaar moet blijven. Tegen die achtergrond willen zij de Minister nog enkele vragen voorleggen over de budgettaire randvoorwaarden, de publieke regie op spreiding, de financiële positie van ziekenhuizen en de uitvoering van de aangenomen motie-Coenradie over spreiding, concentratie en schaalvergroting.

Naar aanleiding van het onderdeel: budgettaire randvoorwaarden en passende zorg. De leden van de JA21-fractie vragen de Minister, tegen de achtergrond van de in het coalitieakkoord opgenomen besparing via passende zorg en aanpassing van wet- en regelgeving, exact uiteen te zetten welke bedragen per jaar zijn ingeboekt voor passende zorg via wet- en regelgeving. Kan de Minister daarbij aangeven via welke maatregelen deze besparing moet worden gerealiseerd en welk deel daarvan direct of indirect moet neerslaan in de medisch-specialistische zorg en de acute zorg?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister op welke wijze wordt geborgd dat de ontwikkelroute passende acute zorg, de doorontwikkeling van budgetbekostiging, de regionale plannen en eventuele differentiatie of concentratie van acute zorgvoorzieningen worden gestuurd door kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit, personele haalbaarheid en medisch-inhoudelijke afwegingen, en niet door een vooraf ingeboekte budgettaire taakstelling.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat het begrip passende zorg in de acute zorg in de praktijk wordt gebruikt als instrument voor volumekrimp of verschraling van voorzieningen, voordat objectief is vastgesteld wat de gevolgen zijn voor patiënten, personeel, regionale bereikbaarheid en de gehele spoedzorgketen.

Naar aanleiding van het onderdeel: stand van zaken invoering budgetbekostiging SEH. De leden van de JA21-fractie constateren dat de Minister schrijft dat per 1 januari 2027 een eerste stap wordt gezet waarbij alle SEH's worden bekostigd met een budget met een beperkte afbakening van ongeveer € 4,6 miljoen per SEH. Kan de Minister nader onderbouwen op basis van welke kostencomponenten, aannames en regionale variaties dit bedrag tot stand is gekomen?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister in hoeverre het genoemde bedrag de werkelijke vaste beschikbaarheidskosten van kleine en regionale ziekenhuizen dekt, inclusief voorwacht, achterwacht, diagnostiek, ondersteunende functies, kapitaallasten en samenhang met de intensive care (IC), operatiekamer (OK) en acute opnamecapaciteit.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister waarom, ondanks signalen van onder meer zorgverzekeraars dat budgetbekostiging pas goed kan worden vormgegeven met een helder inhoudelijk kader, wordt gekozen voor invoering van het tijdelijke tussenmodel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per 1 januari 2027.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister waarom wordt gekozen voor deze vorm van budgetbekostiging van de SEH, terwijl er volgens betrokken partijen ook eenvoudigere vormen denkbaar zijn. Kan de Minister aangeven welke alternatieven zijn onderzocht en waarom deze zijn afgevallen?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister te reflecteren op signalen dat het tussenmodel nadelig kan uitpakken voor patiënten en ziekenhuizen, doordat patiënten geconfronteerd kunnen worden met dubbele

kosten voor het eigen risico en extra kosten door toenemende complexiteit, terwijl ziekenhuizen te maken krijgen met extra administratieve lasten doordat de medisch-specialistische bekostiging moet worden opgeknipt.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat het tussenmodel leidt tot hogere complexiteit zonder extra middelen, extra zekerheid voor kwetsbare ziekenhuizen of een oplossing voor personeelstekorten.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welk noodrem- of correctiemechanisme beschikbaar is wanneer in 2027 blijkt dat het budget voor een individuele SEH of voor een specifieke regio ontoereikend is om de beschikbaarheid verantwoord te borgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of daarbij rekening wordt gehouden met SEH's die voor regionale bereikbaarheid essentieel zijn, maar door schaal, demografie of afstand relatief hoge vaste kosten hebben.

De leden van de JA21-fractie constateren dat uit het onderzoek naar de regeldruk van de invoering van budgetbekostiging blijkt dat de structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen weliswaar beperkt worden geraamd, maar dat bepaalde toekomstige werkzaamheden, waaronder correcties op de schoning in latere jaren, nog niet konden worden gekwantificeerd. Hoe gaat de Minister voorkomen dat de invoering van budgetbekostiging leidt tot een nieuwe structurele verantwoordings- en onderhandelingslast voor ziekenhuizen?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of de Kamer in 2027 separaat wordt geïnformeerd over de feitelijke regeldruk na de eerste contracterings- en budgetcyclus.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister specifiek toe te lichten waarom is gekozen voor een bekostigingsvorm die de medisch-specialistische bekostiging moet opknippen en daarmee nieuwe administratieve complexiteit creëert, in plaats van voor een eenvoudiger beschikbaarheidsbekostiging of een andere minder belastende vorm.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister te bevestigen dat de invoering van budgetbekostiging niet leidt tot extra registratielasten voor zorgprofessionals op de SEH. Welke waarborgen worden ingebouwd om te voorkomen dat aanvullende informatiebehoeften van de NZa, zorgverzekeraars of het ministerie uiteindelijk toch op de werkvloer terechtkomen?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister, indien het doel is om verblijf op de SEH te verminderen, of het beperken van de instroom naar de SEH de meest geëigende route is. Welke andere opties heeft de Minister overwogen om onnodig of langdurig verblijf op de SEH terug te dringen, zoals betere doorstroom, extra capaciteit in vervolgzorg, regionale triage of versterking van de eerste lijn?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of de huisartsenzorg in de betrokken regio's voldoende is toegerust om extra zorgvragen op te vangen. Hoe voorkomt de Minister dat patiënten in sommige regio's minder snel een arts raadplegen, waardoor klachten kunnen verergeren en uiteindelijk zwaardere zorg nodig is?

Naar aanleiding van het onderdeel: passende acute zorg in de regio en overheidsregie op spreiding. De leden van de JA21-fractie constateren, tegen de achtergrond van het coalitieakkoord, dat de overheid een meer sturende rol krijgt op het zorglandschap van de toekomst, met meer regie op spreiding en concentratie en indien nodig strengere eisen aan vergunningverlening. Deze leden constateren dat de brief veel aandacht besteedt aan regionale keuzes, differentiatie, concentratie, strengere procesvoorwaarden en de rol van zorgverzekeraars, maar dat de overheidsregie op spreiding nog onvoldoende concreet wordt ingevuld.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan het verzoek uit de aangenomen motie-Coenradie om uit te werken hoe de Minister meer regie neemt op de spreiding van ziekenhuiszorg en welke bestuurlijke, financiële of wettelijke instrumenten daarvoor nodig zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister daarbij expliciet onderscheid te maken tussen acute zorg, semi-acute zorg en planbare ziekenhuiszorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke concrete maatregelen worden genomen om publieke regie te voeren op de geografische spreiding van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit, diagnostiek, ambulancezorg en andere schakels in de acute zorgketen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke concrete maatregelen worden genomen om ook de spreiding van planbare ziekenhuiszorg, waaronder poliklinische zorg, dagbehandeling, diagnostiek, electieve ingrepen en chronische zorg, dichtbij inwoners te borgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat concentratie van acute functies automatisch leidt tot verschraling of verplaatsing van planbare basiszorg uit regionale ziekenhuizen, terwijl juist die planbare zorg voor de leefbaarheid, toegankelijkheid en financiële draagkracht van regionale ziekenhuizen van groot belang is.

De leden van de JA21-fractie constateren dat de Minister per 1 januari 2029 een vervolgstap wil zetten in de budgetbekostiging voor SEH's, terwijl het inhoudelijk kader daarvoor nog tot stand moet komen in de ontwikkelroute. Kan de Minister toelichten hoe de ontwikkelroute voor SEH-zorg in samenhang wordt bezien met lopende vraagstukken over IC-capaciteit, concentratie en spreiding van medisch-specialistische zorg en acute geboortezorg?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister waarom wordt gekozen voor drie parallelle sporen, waaronder de doorontwikkeling van de budgetbekostiging, en niet eerst voor een inhoudelijke doorontwikkeling waarna de Minister zorgt voor een passende bekostiging.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of de Kamer voor de Algemene Politieke Beschouwingen wordt geïnformeerd over de uitwerking van overheidsregie op spreiding. Indien dat niet het geval is, vragen deze leden de Minister toe te lichten waarom niet.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe in de regionale plannen wordt geborgd dat spreiding en nabijheid niet ondergeschikt raken aan concentratie en doelmatigheid. Welke minimale landelijke randvoorwaarden hanteert de Minister voor bereikbaarheid, regionale continuïteit, kwetsbare regio's, grensregio's en gebieden met relatief grote reisafstanden?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister op welke wijze wordt gewerkt aan een kader met normen voor beschikbaarheid van SEH's of aan een alternatief voor de 45-minutennorm, zoals in het Integraal Zorgakkoord is afgesproken en door de NZa als randvoorwaarde is benoemd voor effectieve beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister waarom in de beleidsbrief geen concreet toegankelijkheidskader wordt beschreven en hoe dit zich verhoudt tot de constatering dat kwaliteitsnormen geen afspraken over toegankelijkheid bevatten.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke rol provincies, gemeenten en andere decentrale overheden krijgen bij de beoordeling van regionale plannen voor acute zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat besluiten over afschaling of concentratie van acute functies feitelijk worden genomen in contracteringsprocessen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zonder voldoende publieke weging van bereikbaarheid, leefbaarheid en regionale gevolgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe ervoor wordt gezorgd dat budgetbekostiging hand in hand gaat met een helder en gedragen inhoudelijk kader, zodat de bekostiging daadwerkelijk bijdraagt aan de toegankelijkheid van aantoonbaar goede en veilige acute zorg voor patiënten.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister op welke wijze budgetbekostiging bijdraagt aan noodzakelijke en onderbouwde keuzes in de regio over concentratie, spreiding en differentiatie van SEH-zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat budgetten voor verschillende typen SEH's het acute zorglandschap juist verder vastzetten in plaats van regionale keuzes mogelijk maken, en hoe perverse prikkels worden voorkomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke doorzettingsmacht beschikbaar is wanneer regionale partijen geen overeenstemming bereiken of wanneer regionale plannen naar het oordeel van de Minister onvoldoende voorzien in spreiding, bereikbaarheid en continuïteit van acute zorg.

Naar aanleiding van het onderdeel: financiële positie van ziekenhuizen, vastgoed en investeringsruimte. De leden van de JA21-fractie maken zich zorgen over de financiële positie en investeringsruimte van ziekenhuizen. Uit de Benchmark Ziekenhuizen/Universitair Medische Centra 2025 van BDO Accountants & Adviseurs blijkt dat de investeringsruimte van ziekenhuizen onder druk staat en dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen financieel kwetsbaar is. Daarbij spelen onder meer personeelskosten, vastgoed, financieringslasten en achterblijvende investeringen een rol.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat financiële kwetsbaarheid, afschrijvingen op vastgoed, bankconvenanten, rentelasten of noodzakelijke balansverbetering de besluitvorming over concentratie, differentiatie of afschaling gaan domineren, in plaats van kwaliteit, toegankelijkheid, regionale spreiding en medisch-inhoudelijke noodzaak.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of de signalen rond het Ommelander Ziekenhuis bekend zijn, waar bouw- en financieringslasten hebben geleid tot een financieel herstelplan waarbij onder meer de provincie Groningen, zorgverzekeraars en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) betrokken zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke lessen hieruit worden getrokken voor de landelijke inrichting van acute zorg, vooral in regio's waar een ziekenhuis maatschappelijk onmisbaar is maar financieel kwetsbaar blijft.

Naar aanleiding van het onderdeel: Onderzoek naar concentratie, differentiatie, schaalgrootte en keteneffecten. De leden van de JA21-fractie constateren dat de aangenomen motie-Coenradie verzoekt om concreet, cijfermatig, domeinoverstijgend en actueel te onderzoeken in hoeverre schaalvergroting door concentratie en differentiatie leidt tot lagere kosten, personeelswinst en betere kwaliteit van zorg. Deze leden vragen de Minister op welke manier uitvoering wordt gegeven aan dit verzoek.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister wie opdrachtgever wordt, wie het onderzoek uitvoert, wat de planning is en op welk moment de Kamer de onderzoeksopzet ontvangt.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke partijen bij het onderzoek worden betrokken. Worden naast zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de NZa, het Zorginstituut Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) en beroepsverenigingen ook patiëntenorganisaties, werknemersvertegenwoordigers, ambulancediensten, huisartsenposten, gemeenten, provincies en deskundigen uit het sociaal domein betrokken?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of er voldoende actuele nationale en internationale literatuur over concentratie, differentiatie, schaalvergroting en optimale schaal beschikbaar is om het onderzoek te beperken tot een literatuurstudie. Indien dat het geval is, vragen deze leden de Minister welke literatuur daarvoor dragend en actueel genoeg wordt geacht.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of het onderzoek, indien de beschikbare literatuur onvoldoende is, wordt uitgebreid met empirische analyses, casusonderzoek en evaluaties van eerdere sluitingen, fusies, afschalingen en concentratiebesluiten.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister in hoeverre de financiële, personele, kwalitatieve en gezondheidseffecten van eerdere sluitingen of afschalingen van SEH's, acute verloskunde, IC-capaciteit of andere acute functies worden meegenomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of daarbij ook wordt gekeken naar effecten op ambulance-inzet, aanrijtijden, doorstroom, reistijd voor patiënten en naasten, druk op huisartsenposten, druk op omliggende ziekenhuizen, personeelstekorten en regionale arbeidsmarkt.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister te bevestigen dat het onderzoek daadwerkelijk domeinoverstijgend wordt opgezet en daarbij ook de kosten en effecten in het sociaal domein, voor gemeenten en provincies, voor bereikbaarheid en mobiliteit, voor mantelzorgers en voor andere decentrale overheden meeneemt.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister hoe wordt voorkomen dat schaalvergroting op papier doelmatiger lijkt binnen de zorgbegroting, terwijl kosten door langere reistijden, verminderde bereikbaarheid, extra ambulance-inzet, druk op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of het sociaal domein en effecten op lokale leefbaarheid elders bij decentrale overheden en inwoners terechtkomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister toe te zeggen dat geen onomkeerbare stappen worden gezet tot sluiting, afschaling of fundamentele omzetting van acute zorgfuncties op basis van de ontwikkelroute passende acute zorg voordat de resultaten van dit onderzoek beschikbaar zijn, met de Kamer zijn gedeeld en inhoudelijk met de Kamer zijn besproken. Indien de Minister dat niet kan toezeggen, vragen deze leden de Minister toe te lichten waarom niet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de Kamer recent de motie-Vermeer heeft aangenomen, waarin de regering wordt verzocht om bij alle vervolgstappen richting de SEH-budgetbekostiging te werken aan een passende financiële positie van SEH's in regionale ziekenhuizen binnen het daarvoor geldende VWS-begrotingskader en binnen het huidige normenkader. Deze leden zien dat met deze brief een eerste tussenstap richting de uitvoering van de motie is gezet.

Kan de Minister concreet aangeven welke vervolgstappen zij gaat zetten om te komen tot een passende financiële positie van SEH's in regionale ziekenhuizen? Maakt het compenseren van lagere productieaantallen vanwege het beschikbaar houden van acute zorg hier onderdeel van uit?

De Minister kondigt een ontwikkelroute aan langs drie sporen. Lopen deze sporen gelijktijdig op? Acht de Minister het mogelijk dat bepaalde onderdelen van deze ontwikkelroute wel worden uitgevoerd en andere niet? Vinden er de komende jaren bezuinigingen plaats op de acute zorg?

De Minister schrijft dat uiteindelijk een budgetbekostiging wordt nagestreefd die rekening houdt met verschillen tussen SEH's, zoals schaalgrootte en de verschillende functies die acute zorgvoorzieningen in een regio kunnen vervullen. De leden van de BBB-fractie vragen de Minister nader toe te lichten wat zij precies verstaat onder een «gedifferentieerd aanbod» van acute zorg. Kan de Minister daarbij expliciet aangeven hoe een dergelijke differentiatie een regionaal ziekenhuis helpt om voor de SEH minder afhankelijk te worden van productieprikkels?

In de eerste stap van de budgetbekostiging blijft het budget voor een ziekenhuis in theorie gelijk. Vaste bijdragen worden gecompenseerd door schoning op de tarieven. Geschoonde prijzen in regionale ziekenhuizen vallen lager uit. De leden van de BBB-fractie vragen in hoeverre regionale ziekenhuizen hierdoor in de praktijk alsnog afhankelijk blijven van hogere productieaantallen om financieel gezond te blijven. In hoeverre dwingt dit hen alsnog tot het draaien van hogere volumes om financieel te overleven? En in hoeverre maakt dit hen afhankelijker van zorgverzekeraars?

De Minister schrijft dat uiteindelijk rekening gehouden zal worden met verschillen tussen SEH's, waaronder schaalgrootte en verschillende functies binnen de regio. De leden van de BBB-fractie vragen wat dit

precies betekent. Indien regionale ziekenhuizen last hebben van kleinere productieaantallen op de SEH, hoe lost het verkleinen van hun productie dan hun probleem op? Welke profielen zijn er voor SEH's in regionale ziekenhuizen? En hoe wordt voorkomen dat regionale ziekenhuizen gedwongen worden om meer productie te draaien in plaats van passende zorg te leveren?

De leden van de BBB-fractie lezen daarnaast dat de Minister schrijft dat niet iedere SEH dezelfde rol of omvang hoeft te hebben en dat ruimte kan ontstaan voor acute zorgfuncties die niet de volledige functie van een klassieke SEH vervullen. Kan de Minister uitsluiten dat de invoering en doorontwikkeling van de budgetbekostiging wordt gebruikt om bestaande SEH's af te schalen naar lichtere voorzieningen? Is de Minister het met deze leden eens dat een spoedeisende hulp in beginsel een volwaardige spoedeisende hulp moet blijven en dat budgetbekostiging niet bedoeld is om SEH's te «downgraden» tot een soort veredelde eerstehulppost of huisartsenpost?

Uit onderzoek blijkt dat veel ziekenhuizen voornamelijk goed bereikbaar zijn met de auto. Is de Minister bereid te onderzoeken hoeveel patiënten voor hun reis naar het ziekenhuis afhankelijk zijn van het openbaar vervoer, zodat deze bereikbaarheid kan worden betrokken bij besluiten over de inrichting van de acute zorg?

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie op welke wijze patiëntenorganisaties, regionale ziekenhuizen, professionals uit de acute zorg en burgemeesters worden betrokken bij de regionale besluitvorming. Hoe verhoudt dit overleg zich tot het opstellen van regiobeelden en regioplannen in het Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ), die in 2028 worden herijkt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio en de stand van zaken van de invoering van de budgetbekostiging spoedeisende hulp. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie benadrukken dat budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp belangrijk is, maar dat dit wel moet worden ingezet om de sluiting of afschaling van spoedeisende hulpafdelingen tegen te gaan. In de brief van de Minister lijkt daarentegen juist te worden voorgesorteerd op het inzetten van budgetbekostiging om juist het tegenovergestelde te bereiken. Klopt dit? Is de Minister van plan om via de budgetbekostiging sommige ziekenhuizen te stimuleren om juist hun aanbod van acute zorg te verminderen?

De leden van de SP-fractie lezen bijvoorbeeld dat het kabinet «wil dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in iedere regio duidelijke keuzes maken over waar welke acute zorg wordt geleverd [en] dat wordt bezien waar zorg anders, minder of op een andere plek wordt georganiseerd, wanneer dit beter aansluit bij kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en personele beschikbaarheid.» Hoe verhoudt dit zich tot de inzet van budgetbekostiging, dat over het algemeen een middel is om juist te voorkomen dat zorgaanbod verdwijnt?

Daarnaast lezen de leden van de SP-fractie dat «De ontwikkelroute is [...] gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Hier is het zorgen voor een passende budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp

een onderdeel van.» Waarom richt de Minister de inzet van budgetbekostiging niet juist op het tegengaan van de afbraak van zorgaanbod? Is de Minister bereid dit alsnog te doen?

II. Reactie van de Minister