

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 enkele brieven inzake Acute zorg:

1. TNO-rapportage dashboard acute zorg (Kamerbrief 29 247, nr. 377).
2. Criteria regiobeelden/plannen, ROAZ-beelden/plannen en beoordelingskader impactvolle transformaties IZA (Kamerbrief 31 765, nr. 704).
3. Adviesrapport «Het perspectief voor toekomstbestendige acute zorg» (Kamerbrief 29 247, nr. 386).
4. Advies bevordering implementatie multitraumanorm (Kamerbrief 29 247, nr. 387).
5. Inrichting van zorgcoördinatie (Kamerbrief 29 247, nr. 389).

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie Den Haan

II. Reactie van de Minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse de brieven omtrent de plannen voor de acute zorg gelezen. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de zorg van goede kwaliteit en dichtbij beschikbaar is en zien de urgentie om werk te maken om de acute zorg toekomstbestendig te maken én te houden. Zij danken de Minister voor zijn brieven, al roepen deze nog veel vragen op.

Genoemde leden lezen in de stukken over behorende bij de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO)-rapportage dashboard acute zorg dat binnen het onderzoek geen analyse is gedaan van mogelijke follow-on effecten/cascade-effecten op andere afdelingen van het ziekenhuis en/of van effecten voor Spoedeisende Hulp (SEH)-locaties die door nachtsluiting elders met extra toestroom van patiënten te maken krijgen. Ook is geen onderzoek verricht naar zorginhoudelijke en/of organisatorische consequenties. Er kunnen wat deze leden betreft op basis van deze stukken geen conclusies getrokken worden met betrekking tot de gevolgen van (nachtelijke) sluitingen van SEH's in het algemeen. De leden van de VVD-fractie hechten eraan dat onderzoek een zekere mate van valorisatie heeft en dat kennis dat uit onderzoek voortkomt ook in de praktijk benut kan worden. Welk nut heeft dit onderzoek voor de praktijk gehad? Blijft het dashboard dat TNO ontwikkeld heeft actief en wordt deze ook geoptimaliseerd zodat ook de uitkomsten uit het dashboard beter worden? In hoeverre bevat de studie die in 2017 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verscheen met de titel «Concentratie van de spoedeisende hulp»¹ resultaten die in dit licht meegenomen (kunnen) worden?

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het beoordelingskader voor impactvolle transformaties en de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om in samenwerking plannen te ontwikkelen voor impactvolle transformaties. Hoe verhouden deze afspraken zich tot het zevende punt van de algemene maatregel van bestuur (AMvB) van acute zorg²? Kan de Minister aangeven in welke gevallen van impactvolle

¹ Ntvg, 31 augustus 2017, «Concentratie van de spoedeisende hulp» (<https://www.ntvg.nl/artikelen/concentratie-van-de-spoedeisende-hulp>).

² Overheid.nl, 18 juni 2021, «Besluit van 15 juni 2021, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg» (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-291.html>).

transformaties deze in werking treedt? Genoemde leden lezen dat het bij impactvolle transformaties vooral gaat om de wijze waarop met elkaar wordt gewerkt en het vertrouwen dat er onderling is. Op welke manier is er toezicht op de wijze van samenwerking en onderling vertrouwen? Hoe verhoudt dit zich tot bijvoorbeeld de casus van het Gelre-ziekenhuis in Zutphen?

Deze leden lezen dat level 1 traumacentra die niet voldoen aan de minimumnorm van 240 patiënten per locatie per jaar, vanaf 1 januari 2024 geen multitraumazorg meer mogen leveren. Om hoeveel locaties zou dat gaan indien uit wordt gegaan van de huidige situatie? Op welke termijn vinden de gesprekken met betrokken partijen plaats? Hoe groot acht de Minister de kans dat de normen voor multitraumazorg alsnog kunnen worden gehaald? Hoe is het overleg met aanpalende beroepsgroepen en organisaties geregeld gedurende dit proces?

In het advies Bevordering implementatie multitraumanorm wordt ook meermaals gesproken over innovaties. Een van de aanbevelingen is het stimuleren van onderzoeken naar innovatieve verbetermogelijkheden zoals de prehospitale lactaatbepaling. Ook (video)ondersteuning van de ambulance en het daarbij betrekken van *best practices* en technologische innovaties is een van de aanbevelingen. De leden van de VVD-fractie zijn groot voorstander van innovaties in de zorg, maar merken ook op dat de implementatie hiervan vaak achterblijft, zowel in omvang als in tijd. Wat kan de Minister vanuit zijn rol doen om deze innovaties sneller en breder geïmplementeerd te krijgen? Neemt de Minister dit vraagstuk mee in de gesprekken met betrokken partijen?

Tevens lezen de leden van de VVD-fractie dat ook zorgverzekeraars afwachtend zijn bij de bekostiging van innovaties en *best practices* in de traumaregio's. Kan de Minister aangeven wat hiervan de reden is? In de beleidsagenda Toekomstbestendige acute zorg³ geeft de Minister aan van zorgverzekeraars te verwachten dat zij bijdragen aan de realisatie van de normen voor multitraumazorg, bijvoorbeeld met hun inkoop en contractering. Geldt deze verwachting ook voor wat betreft innovaties? Zo niet, is de Minister bereid met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over snellere bekostiging van innovaties?

Daarnaast hebben de leden van de VVD-fractie met veel interesse de visie op zorgcoördinatie gelezen. Om de beweging naar zorgcoördinatie te maken, moet de Minister snelle stappen zetten in het realiseren van de juiste randvoorwaarden. Deze leden lezen dat de Minister mede op basis van pilots is gekomen tot de visie op hoofdlijnen. Wat waren knelpunten uit deze pilots op het gebied van administratieve lasten en capaciteit en hoe worden deze aangepakt? Genoemde leden denken dat genoemde richtingen zoals meer informatiegestuurd werken, landelijk inzicht in beschikbare capaciteit en een duidelijkere lijn in meldingen en meldstromen een grote verbetering kunnen opleveren voor de organisatie van de acute zorg. Zij hechten er hierbij wel aan dat ook voorbij de vrijblijvendheid wordt gekeken. Hoe wordt geborgd dat informatie over beschikbare capaciteit in Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's daadwerkelijk aangeleverd en bijgehouden wordt? Voor wie wordt deze capaciteitsinformatie inzichtelijk? De Minister stelt dat inzicht in de capaciteitsinformatie in de toekomst «idealiter beschikbaar in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)» wordt. Waarom wordt er hier niet voor gekozen om dit de norm te maken, in plaats van een gewenst «ideaalbeeld»? Zal gewerkt worden met open normen als het gaat om de inrichting van de acute zorg, waarbij een minimale set aan basisvoor-

³ Kamerstuk 29 247, nr. 362.

waarden wordt vastgelegd, maar waarbij het aan ROAZ-regio's zelf is om deze norm passend in de context van de regio's in te vullen?

Verder zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd of de Minister ervaringen van andere landen meeneemt in zijn uiteindelijke besluiten omtrent zorgcoördinatie. Uit onderzoeken blijkt dat dit in Engeland⁴ en Denemarken⁵ niet heeft geleid tot verminderde druk op de acute zorg maar soms juist een aanzuigende werking had. Welke acties neemt de Minister om dat te voorkomen? Hoe wordt bijvoorbeeld zelftriage zo goed mogelijk ingericht en uitgelegd aan mensen thuis? In het IZA is door partijen afgesproken om het voorkómen van acute zorg prioriteit te maken in het beleid. Genoemde leden vragen op welke manier slimme zorg, zoals technologie, digitalisering en e-health onderdeel wordt van het besluit rondom zorgcoördinatie om zo toegang te verhogen en arbeidslast te verlagen. Deze leden lezen dat de Minister ervan uitgaat dat zorgcoördinatie bestaat uit vier functies. Eerder in zijn beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg ging hij nog uit van zeven functies. Waar zit het verschil nu in en wanneer kan de Minister aangeven wat de definitieve functies van zorgcoördinatie zijn?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister in het advies wordt gevraagd het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) opdracht te geven om een landelijk domeinoverstijgend capaciteitsinformatiesysteem te ontwikkelen. Wordt dit ook meegenomen in de plannen rondom een landelijk dekkend netwerk van infrastructuur? Ook lezen deze leden dat zorgaanbieders terughoudender zijn geworden om capaciteitsdata aan te leveren en dat de Minister hierover in gesprek is. Genoemde leden maken zich hier zorgen over, ook gezien zij landelijk inzicht in beschikbare capaciteit cruciaal vinden. Waar komt deze terughoudendheid bij zorgaanbieders vandaan en wat wordt gedaan om dit knelpunt weg te nemen? Kan de Minister ook hier nadenken over een vast te leggen norm in plaats van een gewenst «ideaalbeeld»?

Genoemde leden denken dat zorgcoördinatie een goede verbetering kan zijn, maar zij vinden de plannen nog erg oppervlakkig. Zij merken op dat de Minister in het najaar met nadere informatie komt maar dat hij het van groot belang acht dat regio's niet wachten om aan de slag te gaan met het implementeren van (onderdelen) van zorgcoördinatie. Hoe ziet de Minister dit voor zich als er nog veel onduidelijk is? Kan de Minister aangeven wat hij nu precies verwacht van zorgaanbieders? Hoe richt de Minister het proces zodanig in dat er niet alleen gepraat en overlegd wordt, maar vooral ook besluitvorming plaatsvindt, waarbij de individuele belangen van zorgaanbieders niet het algemeen belang voor de mensen in de regio in de weg staan?

Al met al zijn de leden van de VVD-fractie voorstander van de plannen omtrent acute zorg maar zouden zij graag wat meer concreetheid, meer richting en urgentie willen zien bij de Minister. Kan de Minister daarom met een duidelijk tijdsplan en -proces komen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66 fractie kennisgenomen van de stukken omtrent de acute zorg. Deze leden vinden het belangrijk dat acute zorg beschikbaar blijft, juist ook in regio's waar deze zorg onder druk

⁴ BMJ Journals, 13 november 2013, «Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study» (<https://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003451>).

⁵ BMJ Journals, 12 februari 2020, «Increasing emergency hospital activity in Denmark, 2005–2016: a nationwide descriptive study» (<https://bmjopen.bmj.com/content/10/2/e031409>).

staat. Zij zien ook de krapte op de arbeidsmarkt, met name ook onder verpleegkundigen. Kan de Minister aangeven hoe deze beroepsgroep goed meegenomen wordt in de plannen voor de inrichting van de acute zorg? Genoemde leden vinden het ook belangrijk dat er snel vanuit de Minister een plan naar de Kamer komt over de inrichting van de acute zorg in Nederland, zodat stappen kunnen worden gezet om de beschikbaarheid te blijven garanderen. Deze leden geven daarbij ook aan dat zorgvuldige besluitvorming van groot belang is, waarbij de verschillende partijen uit de hele zorgketen op regioniveau goed meegenomen worden.

Genoemde leden vinden het belangrijk dat er snel regiobeelden komen over de inrichting van het (acute) zorglandschap en begrijpen dat partijen in de zorg hier ook mee bezig zijn. Kan de Minister aangeven wanneer de Kamer over de uitkomst van deze regiobeelden wordt geïnformeerd? Een van de uitdagingen die de leden van de D66-fractie zien voor de uitwerking van de regiobeelden, is het tot stand komen van de domein-overstijgende samenwerking. Kan de Minister een analyse delen met de Kamer waarin hij aangeeft waar hij nu nog (beleids)drempels ziet en aan welke oplossingen hij daarvoor denkt? Deze leden begrijpen de keuze van de Minister om richting meer samenwerking te gaan heel goed en vragen daarbij hoe de Minister oog houdt voor de kwaliteitsverbetering die hiermee gepaard moet gaan en hoe de (digitale) toegankelijkheid goed geborgd blijft worden.

De leden van de D66-fractie lezen in het rapport over de landelijke inrichting zorgcoördinatie dat vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaarden gesteld moeten worden aan het leveren van deze zorg. Deze leden vragen de Minister hoe hij ervoor gaat zorgen dat digitale systemen, financiering en de aansluiting op de verschillende sectoren zo wordt georganiseerd dat deze zorgcoördinatie ook goed tot stand gaat komen. Zij horen ook graag van de Minister hoe de regiobeelden concreet handen en voeten gaan krijgen en welke mogelijkheden er zijn via bijvoorbeeld financiering etc. om de richting van de regiobeelden meer aan te jagen.

Genoemde leden vragen de Minister hoe ervoor wordt gezorgd dat hoogcomplexere zorg ook daadwerkelijk in de traumacentra georganiseerd wordt. Hoe wordt de Kamer meegenomen in de uitwerking hiervan? Zij zijn positief over de campagne die gelanceerd is door de Minister over «bel alleen 112 bij levensgevaar» onder andere naar aanleiding van het verzoek van het lid Paulusma om in 2023 een publiekscampagne te houden. Zij worden graag geïnformeerd over de voortgang van deze campagne. Is er een monitor van de effecten van deze campagne en wanneer worden de resultaten naar de Kamer gestuurd?

De leden van de D66-fractie hebben daarnaast veel interesse voor de inzet van kunstmatige intelligentie (AI) in de zorg, mits de randvoorwaarden hiervoor goed geborgd zijn. Kan de Minister de Kamer informeren over de voortgang van de inzet van AI in de zorg? Welke mogelijkheden zijn er om de inzet hiervan te versnellen, zodat ook de acute zorg bijvoorbeeld slimmer ingericht kan worden?

Genoemde leden vragen hoe de aansluiten van acute zorg met omliggende landen op dit moment is geregeld en welke mogelijkheden de Minister ziet om juist in grensregio's hier betere afspraken over te maken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van de Minister inzake (de inrichting van) de acute zorg. Deze leden hebben daarover een aantal vragen en opmerkingen. Zij zijn teleurgesteld dat de Minister uit de TNO-rapportage dashboard acute zorg geen conclusies wil trekken. De rapportage schiet tekort, aldus de Minister en verder is het aan het ROAZ om te bezien wat een eventuele (nachtelijke) sluiting van een SEH in de regio voor consequenties zou hebben. Deze leden vinden dit te kort door de bocht en zien graag dat de Minister het TNO onderzoek uitbreidt en verdiept. Genoemde leden vinden het van groot belang om helder te krijgen of nachtelijke sluiting van een SEH nu wel of niet bijdraagt aan het personeelstekort in de zorg. Graag ontvangen deze leden een toezegging hierop.

Genoemde leden begrijpen dat de Minister met zorgcoördinatiecentra de doorstroom van patiënten naar de SEH en van de SEH naar ziekenhuis-, verpleeg- of revalidatiebedden of thuiszorg wil bevorderen. De oorzaak dat die doorstroom stopt ligt echter niet bij een gebrek aan coördinatie, maar simpelweg bij een tekort aan bedden in al die sectoren. Dat nu het coördinatiecentrum moet gaan rondbellen op zoek naar een plek voor een patiënt in plaats van bijvoorbeeld de huisarts of de wijkverpleegkundige is slechts een taakverschuiving, maar geen oplossing. De oorzaak van het probleem wordt dus niet aangepakt maar de Minister doet aan symptoombestrijding. Intussen gaat het beleid van SEH-posten, afdelingen acute verloskunde en hele regionale ziekenhuizen sluiten gewoon door, waardoor er nog meer druk ontstaat. Ook de factsheet «Spoedzorg in Nederland»⁶ stelt dat: «Het sluiten van SEH's zal de kwaliteit van zorg voor deze patiënten juist doen afnemen». Is de Minister bereid het sluiten van SEH's te voorkomen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PVV-fractie willen weten of de Minister net zo overvallen is door het besluit van het ziekenhuisbestuur van Gelre ziekenhuizen om de verloskunde en de SEH op de locatie Zutphen te sluiten als de burgemeester en inwoners van Zutphen en het personeel zelf. Zo ja, wat zegt dit over de procedure in het algemeen en de maatschappelijk-publieke belangen in het bijzonder? Zo nee, vindt de Minister dat de communicatie en het proces helder en transparant zijn verlopen? Genoemde leden willen graag weten welke instrumenten de Minister in principe ter beschikking heeft om de sluiting te voorkomen. Is de Minister voorts bereid om de achterliggende argumenten voor de sluiting te achterhalen bij het ziekenhuisbestuur? Wat levert de sluiting het ziekenhuisbestuur financieel op? Is de situatie in Zutphen een voorbode van nog meer zorgafbraak? Volgt straks Zoetermeer?

Deze leden verbazen zich over de rol die de Minister de huisartsen toebedeelt bij de inrichting van de zorgcoördinatiecentra. De meeste patiënten met een spoedvraag worden immers door de huisarts gezien. Genoemde leden vragen of het de bedoeling is dat de huisartsenposten (HAP's) verdwijnen. Zij begrijpen dat het belangrijk is de huisarts zoveel mogelijk te ontlasten, maar lezen ook in de factsheet «Spoedzorg in Nederland» dat «in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Angelsaksische landen juist een lichte afname van het aantal SEH-patiënten te zien (is) in Nederland, met name dankzij het nog steeds goed functionerende huisartsensysteem, binnen en buiten kantooruren. Het is belangrijk dat systeem te blijven koesteren, ondersteunen en versterken». Kan de

⁶ Parlement en Wetenschap, 27 april 2023, «Factsheet Spoedzorg in Nederland: van historische ontwikkeling tot huidige knelpunten» (<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2023Z08157&did=2023D19330>).

Minister verduidelijken hoe een regionaal en op termijn landelijk zorgcoördinatiecentrum het lokale huisartsensysteem ondersteunt en versterkt en waarop is dat gebaseerd? Circa 90 procent van de acute zorg is basis medisch-specialistische zorg. Deze patiënten – vaak met meerdere aandoeningen – zijn volgens genoemde leden per definitie beter af in een bestaande lokale keten, in plaats van ‘s avonds en ‘s nachts vervoerd te moeten worden naar een ander voor hen onbekend ziekenhuis. Is de Minister het met deze leden eens?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de diverse brieven en rapporten met betrekking tot de acute zorg. Deze leden hebben hier enkele vragen bij. Is de Minister het met deze leden eens dat leefbaarheid en de nabijheid van zorg voor mensen ook een aspect van kwaliteit is? Genoemde leden vragen hoe de Minister tot op heden uitvoering heeft gegeven aan de breed gesteunde motie Van den Berg⁷ waarin de regering verzocht wordt zich in te zetten voor behoud van capaciteit van zorg in de regio door een bottom-up aanpak voor de organisatie van de zorg. Wat betekent tegen die achtergrond de brief⁸ van premier Rutte met onder andere reactie op de rapporten Eigentijdse Ongelijkheid en Elke regio telt dat dit belangrijke uitgangspunten voor het kabinet zijn bij het vormgeven van beleid voor het beleid met betrekking tot acute zorg?

De leden van de CDA-fractie vragen wat de Minister vindt van de opmerking van de heer Eringa in de NRC van afgelopen week: «Dus is een situatie denkbaar waarin inwoners het oneens zijn met een beslissing, die dan niet doorgaat?»⁹ «Nou, dat denk ik niet. Die kans is klein. Als onze plannen gewijzigd moeten worden door inspraak van bewoners, zijn het geen goede plannen. Als wij iets voorleggen, is het onze inschatting dat dat noodzakelijk en veilig is. Het kan niet zo zijn dat de plannen inwoners niet aanspreken, en wij die dan moeten bijstellen.»⁹ Hoe ziet de Minister deze opmerkingen in relatie tot de AMvB¹⁰ waarin onder andere verschillende keren staat: «Terugkoppelen aan gemeenten en inwoners wat met naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan?» Vindt de Minister met deze leden dat die opmerkingen getuigen van een enorme arrogantie? Vindt de Minister het niet verbijsterend dat men up front ervan uitgaat dat andere mensen geen creatieve ideeën en oplossingen kunnen aanbrengen? Hoe vindt de Minister dit in relatie tot het (Sociaal-Economische Raad) SER-rapport van februari 2023 Waardevol werk: publieke dienstverlening onder druk¹¹ waarbij juist ook gepleit wordt van anderen te leren?

Genoemde leden vragen of het klopt dat Nederland ten opzichte van andere landen relatief grote ziekenhuizen heeft (gemiddeld veel bedden) en het minst aantal SEH's. Klopt het daarnaast dat via de SEH ongeveer 40% van de mensen binnenkomen die uiteindelijk in het ziekenhuis komen te liggen en dat weghalen van de SEH feitelijk gelijk staat met het ontmantelen van een ziekenhuis?

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 679.

⁸ Kamerstuk 36 338, nr. 1.

⁹ NRC, 12 mei 2023, «Zorg centreren? Dan verdwijnen geboortezorg en spoedeisende hulp uit deze ziekenhuizen».

¹⁰ Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹¹ SER, 17 februari 2023, «Aanhoudende arbeidsmarktcraptes in publieke sectoren vraagt om ferme keuzes van kabinet» (<https://www.ser.nl/nl/Publicaties/arbeidsmarktcraptes>).

Zij vragen wat de Minister ervan vindt dat bij het Langeland ziekenhuis in Zoetermeer en het Gelre ziekenhuis in Zutphen niet de procedures conform de AMvB worden gevolgd (er wordt geïnformeerd maar niet overlegd) en dat betrokken gemeentebesturen niet eens antwoord krijgen op hun vragen. Wat vindt de Minister ervan dat nu tussentijds allerlei besluiten worden genomen terwijl juist de ROAZ-en de opdracht hebben om met een integraal plan acute zorg voor iedere regio te komen? Waarom wordt daar niet op gewacht? Klopt het dat de voorzitter van de ROAZ-en op persoonlijke titel, dus zonder mandaat, in het LNAZ zitten? Wat vindt de Minister in dat kader van de opmerking van de heer Kramer, voorzitter van de LNAZ, om nog in ongeveer 40 ziekenhuizen acute zorg aan te bieden en de rest om te bouwen tot spoedposten?¹² Deelt de Minister de mening van de leden van de CDA-fractie dat laagcomplexe zorg meer dan 90% van de zorg betreft? Zo niet, kan de Minister dan een overzicht geven van hoogcomplexe- en laagcomplexe acute zorg? Hoe ziet de Minister de opmerking van de voorzitter van het LNAZ tegen de achtergrond van zijn opmerking in het commissiedebat over acute zorg dat het onderzoek over Denemarken relevant is en dat het halveren van het aantal SEH's dus niet verstandig is¹³?

Genoemde leden vragen of het klopt dat het ROAZ geen juridische entiteit met eigen bevoegdheden is. Klopt het dat de traumacentra de regionale overleggen acute zorgketen organiseren en dat er nu elf ROAZ-regio's zijn? Wie zijn nu exact de vertegenwoordigers in de ROAZ en wie geeft hen mandaat? Wie bepaalt wie lid mag zijn van het ROAZ? Welke besluiten mag een ROAZ zelfstandig nemen en waar is dat geregeld? Is dit alleen in de betreffende AMvB geregeld¹⁴?

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat de huidige level 1 traumacentra zijn: het Amsterdam Universitair Medisch Centrum (UMC) (AMC en VUmc), het UMC Groningen, het Maastricht UMC, het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), het Erasmus MC, het UMC Utrecht, het Medisch Spectrum Twente, het Radboudumc, Isala, het HagaZiekenhuis, het LUMC en het Haaglanden MC (HMC). Door wie wordt dit bepaald? Vindt de Minister dat deze traumacentra voldoende gelijkmatig over het land verspreid zijn? Zo ja, graag ontvangen genoemde leden hierop een toelichting. Zo nee, welke acties worden ondernomen om voor een betere spreiding te zorgen? Vallen de ROAZ-regio's samen met de regio multitraumacentra? Zo niet, gaat de Minister dat dan aanpassen conform de matroesjka-motie Van den Berg en Paulusma¹⁵?

De leden van de CDA-fractie vragen of er nu binnenkort een overzicht beschikbaar is van beschikbare bedden en beschikbare acute zorg per regio of ook landelijk. Is de Minister het met deze leden eens dat dat overzicht er voor alle soorten bedden zou moeten zijn omdat bij de uitstroom vaak de «verkeerde bedden»-problematiek aanwezig is?

¹² Zorgvisie, 17 februari 2023, «Mark Kramer: «Verdere concentratie van complexe acute zorg is onvermijdelijk»» (<https://www.zorgvisie.nl/mark-kramer-verdere-concentratie-van-complexe-acute-zorg-is-onvermijdelijk/>).

¹³ Kamerstuk 29 247, nr. 365.

¹⁴ Overheid.nl, 27 september 2021, «Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 september 2021, kenmerk 3255230-1015222-CZ, houdende wijziging van de Uitvoeringsregeling Wkkgz in verband met het stellen van nadere regels over de voorbereiding, bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg» (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2021-41958.html>).

¹⁵ Kamerstuk 29 247, nr. 36.

Genoemde leven vragen of de Minister kan schetsen hoe de acute zorg nu is geregeld op de BES-eilanden en welke initiatieven de Minister daarbij nu neemt om deze te versterken. Kan de Minister aangeven hoe hij de acute zorg op deze eilanden georganiseerd wil zien?

Als deze leden de resultaten van de TNO-rapportage dashboard acute zorg leggen naast internationaal onderzoek naar de gevolgen van concentratie in onder andere Denemarken, Engeland en USA¹⁶, is de Minister het dan met hen eens dat concentratie (los van de zeer-hoog-complexe zorg, waar dit al gebruikelijk is) en schaalvergroting niet de oplossing is en dat moet worden ingezet op een fijnmazig acute zorg netwerk zodat het overgrote deel (90–95%) van de medisch specialistische acute zorg in lokale ziekenhuizen behandeld kan worden? Zo nee, waarom niet?

Deelt de Minister met de leden van de CDA-fractie dat er op basis van de TNO-rapportage wél conclusies getrokken kunnen worden op basis van de drie gestelde onderzoeksvragen te weten:

- Hoeveel SEH-bezoekers moeten er op jaarbasis naar elders bij een eventuele sluiting in de nacht?
- Hoeveel vervolgzorg verhuist er dan mee aan klinische opnamen, Intensive Care (IC)-opnamen en operaties?
- Welke personele vrijval ontstaat er die direct en specifiek aan de nachtsluiting gekoppeld is? En welke financiële vertaling kan hiervan gemaakt worden?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister dezelfde conclusies als TNO heeft getrokken, te weten:

- De reductie van personeel is verwaarloosbaar klein bij een eventuele sluiting van een SEH in de nacht van een Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ)-ziekenhuis daar personeel op de SEH ook ingezet wordt als er in de kliniek in de nacht iets met een patiënt gebeurt.
- Er is veel extra inzet nodig van schaarse ambulances en daarmee schaars ambulance personeel.
- Er is per saldo sprake van een kostenverhogend effect van een eventuele nachtsluiting van de SEH.

Is de Minister het met de leden van de CDA-fractie eens dat het sluiten van kleinere SEH's die in de nacht weinig patiënten zien, geen oplossing is voor de grote arbeidsmarktproblematiek? Zo nee, waarom niet?

Op de tweede pagina van de brief over de regioplannen¹⁷ schrijft de Minister dat idealiter partijen samen komen tot specifieke transformatieplannen. Genoemde leden vragen hoe en door wie dat wordt beoordeeld. Op basis waarvan kan de Minister eventueel ingrijpen? Zij vragen hoe de Minister gaat zorgen dat de 2,8 miljard euro aan transformatiegelden daadwerkelijk worden besteed aan tastbare en meetbare zaken en niet aan consultants en overleg.

In de periode van het Hoofdlijnenakkoord is een deel van de transformatiemiddelen onbenut gebleven. Het aanspraak maken op deze middelen brengt namelijk een grote administratieve belasting mee voor zorgaanbieders. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een overzicht kan geven van de transformatiemiddelen die in de periode van het Hoofdlijnenakkoord zijn benut en óók welk gedeelte onbenut is gebleven.

¹⁶ BMJ Quality & Safety, 3 november 2022, «Reconfiguring emergency and acute services: time to pause and reflect» (<https://qualitysafety.bmj.com/content/32/4/185>).

¹⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 704.

Is de Minister het ermee eens dat het huidige beoordelingskader transformatiemiddelen IZA administratief te omvangrijk is¹⁸? Is de Minister het ermee eens dat daarmee transformaties in onder andere de acute zorg worden bemoeilijkt in plaats van worden aangejaagd? Kan de Minister een overzicht geven van de inzet van de transformatiemiddelen die onder het IZA zijn ingezet? Hoe beoordeelt de Minister op dit moment de inzet van de betreffende middelen? Op welke manier is de Minister voornemens deze administratieve last en drempel te verlagen?

Aan het uitbetalen van middelen stellen zorgverzekeraars strenge voorwaarden¹⁹. Bijvoorbeeld waar het gaat om het aanleveren van een positieve businesscase. Van sommige initiatieven is het echter lastig om op voorhand het concrete effect zichtbaar te maken en een volledig sluitende businesscase uit te werken. Terwijl het beeld is dat deze initiatieven een zeer positief effect hebben en bijdragen aan het realiseren van de IZA-doelstellingen. Het is in het maatschappelijk belang om te kunnen blijven experimenteren met transformaties en geen onnodige rem op de IZA-doelstellingen te zetten. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister ervoor zorgt dat in het veld voldoende experimenteer-ruimte en financiële zekerheid voorhanden is om de gewenste transformaties en nieuwe bewegingen in gang te zetten.

In het advies over zorgcoördinatie²⁰ schrijven de partijen: «Het advies presenteert landelijke kaders voor de inrichting van zorgcoördinatie met ruimte voor regionale invulling.» De Minister schrijft hierover dat partijen aangaven over schaalgrootte, governance en bekostiging van zorgcoördinatie er onderling niet uit te komen. De leden van de CDA-fractie vragen waar de verschillen tussen de standpunten van de partijen liggen op deze onderwerpen.

In het eindrapport «Het Perspectief voor toekomstbestendige acute zorg» wordt aangegeven dat een reëel risico is, conform rapporten van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over schaalvergroting, dat door het concentreren in een zorgcoördinatiecentrum ervaren personeel niet meegaat of zelfs de zorg verlaat. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen wat hij gaat doen met dit reële risico, hoe hij voor zich ziet dat zijn voorstel leidt tot een efficiëntere inzet van personeel en dat het niet gaat leiden tot extra personeel uitstroom en/of dat huidige personeel stopt met werken in de acute zorg omdat zij niet op deze «afstandelijke» manier willen werken?

In de brief over zorgcoördinatie²¹ schrijft de Minister dat de schaalgrootte van het zorgcoördinatiecentrum (zcc) zal worden gestoeld op die van de inrichting van de huidige regionale samenwerking in de acute zorg. Dat betekent dat er per ROAZ-regio één zcc komt, overeenkomstig scenario III uit het advies. In het ROAZ worden daarover afspraken gemaakt, zodat de hele regio bediend wordt. De Minister stelt geen landelijk maximum aan het aantal locaties binnen het zcc en het aantal locaties laat hij over aan het ROAZ. De leden van de CDA-fractie vragen hoe dan de belangen van kleinere ziekenhuizen worden geborgd. Hoe borgt de Minister de breed gesteunde motie²² van het lid Van den Berg om de zorg bottom-up op te bouwen? De Minister acht het noodzakelijk dat elk zcc ten minste één

¹⁸ Zorgvisie, 16 mei 2023, ««IZA is veel te technocratisch. Dit is niet te doen»»(<https://www.zorgvisie.nl/iza-veel-te-technocratisch-dit-is-niet-te-doen/>).

¹⁹ Zorgvisie, 16 mei 2023, ««IZA is veel te technocratisch. Dit is niet te doen»»(<https://www.zorgvisie.nl/iza-veel-te-technocratisch-dit-is-niet-te-doen/>).

²⁰ Bijlage bij Kamerstuk 29 247, nr. 386.

²¹ Kamerstuk 29 247, nr. 389.

²² Kamerstuk 31 765, nr. 679.

fysieke locatie per ROAZ-regio heeft. Genoemde leden vragen waarom hij dit noodzakelijk acht. Wat is de toegevoegde waarde daarvan, te meer daar op deze locatie geen patiënten hoeven te komen?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan toelichten hoe hij denkt dat zorgcoördinatie budgetneutraal kan worden ingevoerd. Een onderbouwing met harde data ontbreekt en er moet eerst geïnvesteerd worden, voordat mogelijk tot besparing overgegaan kan worden. Hoe voorkomt de Minister dat zorgcoördinatie uiteindelijk resulteert in hogere kosten, meer inzet van personeel (deze leden lezen onder andere in het advies dat er een zorgcoördinatievoorziening (ZCV)-triagist, een ZCV-regieteam, een ZCV-consultatieteam en optionele een ZCV-dispatcher nodig zijn) en resulteert in een verdere complicering van het zorglandschap?

De bekostiging van zorgcoördinatie is randvoorwaardelijk voor een goede start. In dit kader is een beschikbaarheidsbekostiging essentieel. Een uitgewerkte vorm van de nieuwe financiering zal naar verwachting echter niet tijdig beschikbaar zijn voor implementatie in 2024. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister zekerheid kan geven dat de beschikbaarheidsbekostiging tijdig is ingeregeld. Als dit niet tijdig gereed is, hoe voorziet de Minister dan dat de tussentijd goed gaat lopen en bekostiging en inkoop adequaat is geregeld?

Een andere randvoorwaarde die vervuld moet zijn om zorgcoördinatie tot een succes te maken is de mogelijkheid te komen tot gegevensuitwisseling tussen sectoren. Het is daarom van belang zo spoedig mogelijk te komen tot een goede en snelle (digitale) gegevensuitwisseling in de acute zorg. Het spoedig afronden van de wettelijke voorzieningen op dit punt is essentieel. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister het traject daartoe voor zich ziet. Heeft de Minister hierover al afstemming gehad met de Autoriteit Persoonsgegevens? Wat betekent het volgens de Minister als de wetgeving niet tijdig gereed is voor een goede start van zorgcoördinatie?

In lijn met de afspraken in het IZA is het essentieel dat een goede besturingsvorm gekozen wordt voor het verder brengen van zorgcoördinatie om een evenwichtige samenwerking tussen partijen te realiseren. Dat betekent dat de positionering, samenstelling en governance van het LNAZ en de ROAZ recht moet doen aan de rol van ziekenhuis en huisartsen en Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) in de (sub)regio. Genoemde leden vragen hoe de Minister in dit verband de verantwoordelijkheidsverdeling ziet tussen de nieuwe entiteit (zcc) en ander partijen, zoals het ziekenhuis. Welke afspraken worden gemaakt om te komen tot een evenwichtige vertegenwoordiging van de regionale spelers?

De beschikbaarheid van personeel in een steeds krappere wordende arbeidsmarkt is onder andere de aanleiding om op zorgcoördinatie te gaan inzetten. Tegelijkertijd geven medewerkers aan meer regie te willen voeren over de eigenroosters en carrière. De leden van de CDA-fractie vragen hoe deze centrale beweging naar het zcc zich verhoudt tot de wens zorgprofessionals meer regie te geven over hun werkzaamheden.

Genoemde leden vragen of de Minister bekend is met de studies gedaan in Denemarken²³ en Engeland²⁴ naar de effecten van het inrichten van zorgcoördinatiecentra, welke beide een forse toename van SEH-bezoeken

²³ BMJ Open, 12 februari 2020 «Increasing emergency hospital activity in Denmark, 2005–2016: a nationwide descriptive study» (<https://bmjopen.bmj.com/content/10/2/e031409>).

laten zien. Kan de Minister uitleggen waarom deze studies, maar ook het gegeven dat de Nederlands pilots geen kwantificeerbare toegevoegde waarde hebben aangetoond (zie pagina 19 van de eindevaluatie), niet zijn meegenomen in het rapport Het Perspectief voor toekomstbestendige acute zorg, dan wel in het besluit van de Minister?

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister het niet veel verstandiger vindt om in plaats van een top-down-benadering middels «regionale verkeerstorens» in te zetten op een versterking van lokale samenwerking, dicht bij de patiënt, in het kader van deze internationale resultaten, de niet aangetoond succesvolle pilots in Nederland, gecombineerd met het recente rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving – de basis op orde.

Acute zorg is ketenzorg. Daarbij is lokale kennis van de leefomgeving, kennis van de patiënt en empathie van de zorgverlener van grote invloed op het succesvol voldoen aan de zorgvraag van de patiënt. Genoemde leden vragen of de Minister kan uitleggen waarom bestaande initiatieven die lokale samenwerking creëren, zoals in de regio IJmond²⁵, vanuit bestaande structuren niet worden omarmd, maar moeten worden samengevoegd in zijn besluit («Het is wat mij betreft echter niet denkbaar dat er één locatie komt per HAP of per ziekenhuis, want dan zouden de voordelen van gezamenlijke of multidisciplinaire triage en opschaalbaarheid bij knelpunten of incidenten niet goed gerealiseerd kunnen worden»). Waarom vindt de Minister niet dat het effectiever en efficiënter is deze lokale samenwerking digitaal, dan wel virtueel met elkaar te laten samenwerken, dan een nieuwe organisatie te creëren, met een nieuwe governance en financiering, en dit zeker gezien het ontbreken van positieve resultaten?

In de Factsheet acute zorg²⁶ staat dat de meeste patiënten op de SEH (meer dan 90%) geen hoog complexe zorg nodig hebben maar meer generalistische, integrale zorg en dat het sluiten van SEH's de kwaliteit van zorg voor deze patiënten juist zal doen afnemen. Kan de Minister hierop reageren?

De kwaliteit van de acute zorg is sterk verbeterd sinds de opleiding SEH-arts in 1999. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven waarom SEH-artsen niet vaker ingezet kunnen worden en of de Minister daartoe een opleidingsplan kan maken. Doordat de huisarts functioneert als eerste filter, komen veel minder patiënten (op de 100.000 inwoners) op de SEH-afdelingen vergeleken met bijvoorbeeld Angelsaksische landen. Een fijnmazig huisartsensysteem is dan ook essentieel. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven wat nu de stand van zaken is met betrekking tot opleidingsplaatsen van huisartsen en de regionale verdeling daarvan.

De leden van de CDA-fractie vragen of de tabel op pagina 45 van het Advies multitrauma²⁷ niet juist laat zien dat er veel meer overtriage is (waarbij mensen onnodig in een traumacentrum komen) dan ondertriage? Zijn er überhaupt niet te veel traumacentra als men over echte trauma's spreekt, zeker in het Westen van het land (zie de tabel op pagina 46–47)?

²⁴ BMJ Open, 13 november 2013, «Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study» (<https://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003451>).

²⁵ Zorgvisie, 2 mei 2023, «Radical vernieuwing van de acute zorg in regio IJmond» (<https://www.zorgvisie.nl/radicale-vernieuwing-van-de-acute-zorg-in-regio-ijmond/>).

²⁶ Parlement en Wetenschap, 27 april 2023, «Factsheet Spoedzorg in Nederland: Van historische ontwikkeling tot huidige knelpunten».

²⁷ «Advies Bevordering Implementatie Multitraumanorm: Verder weg omdat het beter is!» Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2022–2023, 29 247, nr. 387

Genoemde leden vragen of de Minister kan uitleggen waarom er nu wordt ingezet op 90% norm (waar geen wetenschappelijke onderbouwing voor is) in plaats van op het verhogen van de volumenormen, namelijk meer dan 240 presentaties per jaar per Level I traumacentrum, in de multi-trauma zorg, waar wel wetenschappelijke onderbouwing voor is?

De Injury Severity Score (ISS-waarde), met een *cut off point* van 16, betreft een gesimplificeerde score voor een complexe praktijk. De score wordt pas achteraf vastgesteld. Adequate inschatting in het veld (ook met de ontwikkelde apps) blijft lastig, waardoor enorme overtriage moet plaatsvinden om ISS boven de 16 met de 90% norm in een level I traumacentrum te krijgen. Altijd met het gegeven dat dit een enorme negatieve impact zal hebben op beschikbaarheid van ambulances in regio's. De leden van de CDA-fractie vragen wat de wetenschappelijke onderbouwing is van 16 als *cut off point* (deze score heeft een patiënt al met een ernstig monoletsel)? Vindt de Minister het niet logischer deze *cut off* te verhogen naar 20? Daarmee zal het vanzelfsprekend wel moeilijker worden voor alle level I centra om aan de volumenormen te blijven voldoen. Vindt de Minister het dan niet logischer om naar vier in plaats van tien level I traumacentra te gaan?

In het advies staat dat meer aandacht moet komen voor bepaalde groepen die geen baat hebben bij een presentatie in een traumacentrum, onder andere kwetsbare ouderen. Hoe gaat de Minister voorkomen dat om de norm te halen, regionaal minder aandacht komt voor de juiste zorg op de juiste plek?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom in het advies wordt geadviseerd geen tussenstops te maken, wetende dat het ambulancepersoneel dit alleen doet als zij dit nodig acht, terwijl Engelse data geen slechtere uitkomst van zorg laat zien en dit de juiste zorg op de juiste plek beter mogelijk maakt.

Wat doet de Minister eraan om te voorkomen dat door de strengere handhaving van deze norm niet-trauma centra een patiënt gaan weigeren omdat ze niet het risico willen lopen dat ze niet aan de norm voldoen, terwijl het traumacentrum het ook niet noodzakelijk vindt om deze patiënt naar hen toe te laten komen en de kritiek zieke patiënt een speelbal wordt van regels in plaats van goede zorg? Hoe denkt de Minister dat de traumacentra het volume aankunnen dat extra op hen af gaat komen, zonder op te moeten plussen wat betreft personeel dat niet beschikbaar is?

Als gehandhaafd gaat worden op de 90%-norm, betekent dit dat patiënten van wie niet zeker is of ze een ISS-score net onder of boven de 16 hebben, allemaal naar het traumacentrum gebracht moeten worden? De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister denkt dat de ambulancezorg, die ook te kampen heeft met een tekort aan personeel, dit aankan. Zo ja, hoe dan? Hoe denkt de Minister de paraatheid van ambulancezorg regionaal te blijven borgen? Wat gaat de Minister / de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doen als een ziekenhuis straks 85% in plaats van de 90% norm haalt: wordt die SEH dan straks gesloten?

In de discussie wordt steeds gedaan alsof patiënten met een ISS-score boven de 16 in niet level I centra «aan de goden zijn overgeleverd». In de praktijk wordt echter over alle patiënten die na presentatie een ISS-score van 16 of hoger blijken te hebben, telefonisch overlegd met een level I traumacentrum. In goed overleg wordt besproken wat het beste is voor deze individuele patiënt. Soms gaat een patiënt over, vaak blijft een patiënt op aanraden van het level I traumacentrum in het ziekenhuis waar

de patiënt naar toe gebracht is. De leden van de CDA-fractie vragen of het volgens de Minister (zoals beschreven in het IZA) niet moet gaan over deze netwerkzorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de geagendeerde stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Deze leden benadrukken dat de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de acute zorg de afgelopen jaren steeds meer onder druk is komen te staan. In veel ziekenhuizen is de SEH, de HAP en/of de acute verloskunde verdwenen, waardoor patiënten verder en langer moeten reizen. Hoe kijkt de Minister naar deze ontwikkeling? Welke stappen is hij van plan te zetten om ervoor te zorgen dat mensen in alle regio's een ziekenhuis met een fatsoenlijk acute zorgaanbod in de buurt hebben? Genoemde leden wijzen erop dat de het acute zorgaanbod nog verder dreigt te verschromen, nu ook in Zoetermeer en Zutphen de acute verloskunde en de SEH dreigen te verdwijnen. Is de Minister bereid om hierbij in te grijpen, zodat deze verschroming van het zorgaanbod niet doorgaat?

Genoemde leden wijzen erop dat er momenteel een gebrek is aan democratische zeggenschap als het gaat om de vraag of een ziekenhuis wordt gesloten of uitgekleeft. Omwonenden en gemeenten hebben hier bijvoorbeeld heel weinig over te zeggen. Dat gaf ook de bestuurder van de Gelre-ziekenhuizen toe: «Het kan niet zo zijn dat de plannen inwoners niet aanspreken, en wij die dan moeten bijstellen»²⁸. Is de Minister bereid om de democratische zeggenschap over ingrijpende beslissingen over ziekenhuizen (zoals sluiting van ziekenhuizen of afdelingen) te versterken, zodat bestuurders de wensen van bewoners niet meer gelijk naast zich neer kunnen leggen?

De leden van de SP-fractie benadrukken daarnaast dat de inspraak van het personeel van ziekenhuizen ook verbeterd moet worden. Het feit dat artsen van het Gelre Ziekenhuis in Zutphen zich zelfs genoodzaakt voelden om voor hun eigen ziekenhuis te demonstreren, geeft bijvoorbeeld duidelijk aan dat ziekenhuisbestuurders niet altijd handelen in lijn met de wensen van hun personeel²⁹. Is de Minister bereid om deze scheve machtsverhouding aan te pakken, door de medezeggenschapspositie van ziekenhuispersoneel te verbeteren, als het gaat over ingrijpende beslissingen over ziekenhuizen (zoals sluiting van ziekenhuizen of afdelingen)?

Hoe kijkt de Minister naar het risico op meer snelwegbaby's, nu de verloskunde uit steeds meer ziekenhuizen verdwijnt? Verwacht hij dat er hierdoor meer baby's langs de snelweg geboren zullen worden? Hoe zit dat bijvoorbeeld in situaties waarin ook het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat nog wel een verloskundeafdeling heeft, niet beschikbaar is, zoals recent in Doetinchem³⁰?

²⁸ NRC, 12 mei 2023, «Zorg centreren? Dan verdwijnen geboortezorg en spoedeisende hulp uit deze ziekenhuizen».

²⁹ Hart van Nederland, 24 april 2023, «Artsen protesteren voor eigen ziekenhuis, want afdeling verloskunde moet waarschijnlijk sluiten» (<https://www.hartvannederland.nl/nieuws/gezondheid/artsen-protesteren-voor-eigen-ziekenhuis-want-afdeling-verloskunde-moet>).

³⁰ De Gelderlander, 11 mei 2023, «Verloskundigen: voorkomen dat kind in auto geboren wordt nu kraamkamers Slingeland dag dicht zijn» (<https://www.gelderlander.nl/doetinchem/verloskundigen-voorkomen-dat-kind-in-auto-geboren-wordt-nu-kraamkamers-slingeland-dag-dicht-zijn-abf2b357/>).

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vinden het belangrijk dat er een schriftelijk overleg is over de acute zorgvoorzieningen, nu weer recent in Zutphen is gebleken dat de toegankelijkheid van deze voorzieningen zwaar onder druk staat.

Zij hebben kennisgenomen van de TNO rapportage dashboardontwikkeling acute zorg. Een opvallende bevinding uit dit onderzoek is dat een nachtsluiting in een SEH uiteindelijk met bespaarde personeelskosten in het bronziekenhuis, inclusief extra kosten voor vervoer van SEH patiënten terug naar het bronziekenhuis, voor extra kosten zorgt. Hoe neemt de Minister deze bevinding mee in zijn zoektocht naar een nieuwe kwaliteitsnorm voor de acute zorg? Welk vervolg wordt aan dit onderzoek gegeven?

Verder lezen genoemde leden het volgende in de bijbehorende Kamerbrief: «Het is aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen om te bezien wat een eventuele (nachtelijke) sluiting van een SEH in de regio voor consequenties zou hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg in de regio en voor alle betrokkenen in de keten.» Het lijkt alsof de Minister de verantwoordelijkheid voor toegankelijke zorg volledig bij de ROAZ legt. Welke rol en sturing ziet de Minister voor zichzelf in een dergelijk besluit?

De leden van de PvdA-fractie hebben met aandacht de criteria voor regiobeelden en regioplannen doorgenomen. Zij zijn benieuwd naar de rol van de Minister. Welke invloed heeft de Minister op de gekozen prioriteit in regio-opgaven? Genoemde leden lezen dat het initiatief voor de regioplannen ligt bij de marktleider zorgverzekeraar samen met een door gemeenten aangewezen gemeente. Deze leden zijn blij dat de betrokkenheid van gemeenten wordt genoemd, maar horen dat in praktijk gemeenten lang niet altijd aangehaakt zijn bij de regioplannen. Heeft de Minister in beeld hoe de betrokkenheid van gemeenten structureel geborgd wordt? Zou het niet logisch zijn om gemeenten ook formeel te betrekken bij de ROAZ?

Bovendien horen genoemde leden veelal terug bij het sluiten en/of afschaffen van (acute) zorgvoorzieningen dat het lokale bestuur en burgers zich onvoldoende gekend voelen. Herkent de Minister deze signalen? Deelt de Minister de opvatting dat een dergelijk gebrek aan betrokkenheid van inwoners en het lokale bestuur bij ingrijpende veranderingen in het (lokale) zorglandschap het vertrouwen in de overheid onder druk zetten? Hoe beoordeelt de Minister het verlies van voorzieningen en ook zorgvoorzieningen in het licht van het rapport Elke Regio Telt? Erkent de Minister het belang van zorg nabij en dat het verdwijnen en afschalen van zorgvoorzieningen daar haaks op staat en het gevoel van veel burgers die al hun cruciale voorzieningen zien verdwijnen, versterkt? Is de Minister voornemens om beter de betrokkenheid van burgers en het lokale bestuur te gaan borgen bij het verdwijnen/veranderen van zorgvoorzieningen, anders en beter dan de vrijblijvende wijze zoals het nu via een AmvB geregeld is? Zo ja, hoe? Zo nee, hoe beoordeelt de Minister dan de gevoelens van onvoldoende betrokken zijn in Zutphen en elders in het land van raadsleden en burgers waar (acute) zorgvoorzieningen verdwijnen en/of afgeschaafd worden?

In de beoordelingscriteria voor impactvolle zorgtransformaties en inzet van transformatiemiddelen lezen de leden van de PvdA-fractie dat wordt getoetst of de transformatie voldoet aan de Mededingingswet. Deze leden hebben begrepen dat zorgaanbieders terughoudend zijn in het aangaan

van verdergaande samenwerking met andere zorgaanbieders uit angst teruggefloten te worden door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). In het IZA wordt genoemd dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in gesprek gaat met de ACM en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de ingezette beweging met het IZA zoveel mogelijk ruimte te geven binnen de wettelijke kaders. Hebben deze gesprekken al plaatsgevonden? Wat is hier uitgekomen? Heeft de Minister aandachtspunten geïdentificeerd waar de wettelijke kaders schuren met de uitvoering van het IZA en het verbeteren van samenwerking binnen de zorgsector?

De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd hoe het ervoor staat met de verdeling van transformatiemiddelen. In de voorjaarsnota lezen zij dat de IZA-transformatiemiddelen naar de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden overgeheveld of via de premie gefinancierde zorguitgaven beschikbaar worden gesteld. Is het totaalbedrag van 2,8 miljard aan transformatiemiddelen nog steeds in zijn geheel beschikbaar voor transformaties binnen het IZA? Hebben al betalingen plaatsgevonden op basis van de realisatie van transformatieafspraken?

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de inzet op zorgcoördinatie. Zij hebben zorgen over wat deze extra organisatie zal betekenen voor de afstand tussen lokale hulpverleners en burger. Ziet de Minister ook de risico's van bredere zorgcoördinatie? Zo hebben centralisatie van triage in Engeland en Denemarken geleid tot een toename van telefoontjes en een toename aan het aantal SEH-bezoeken. Hoe beoordeelt de Minister het risico dat lokale kennis en communicatie tussen professionals verloren gaat door de coördinatie? Hoe voorkomt de Minister dat centrale coördinatie zal leiden tot een aanzuigende werking in de acute zorg? Voor de uitvoering van de pilots zijn kritieke prestatie-indicatoren (KPI's) geformuleerd die moeten aantonen wat de toegevoegde waarde van de pilots is. De pilots laten echt geen meetbare positieve effecten zien. Verwacht de Minister dat deze positieve effecten wel zullen volgen na het breder invoeren van de pilot? Indien dat de verwachting is, waarop baseert de Minister dat? Zijn er resultaten elders die overtuigender zijn dan de casus van Engeland en Denemarken die aanleiding geven tot een positieve uitwerking van zorgcoördinatie in Nederland? Kan de Minister deze stuk voor stuk opnoemen, vergelijken met Engeland en Denemarken en aangeven waarom de verwachting is dat bredere inzet van het invoeren van de pilot wel positieve effecten zal hebben die opwegen tegen de eventuele nadelen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben naar aanleiding van recente ontwikkelingen bij ziekenhuizen waarvan afdelingen acute zorg (spoedeisende hulp en geboortezorg) geheel of gedeeltelijk worden gesloten enkele vragen aan de Minister. Deze leden kunnen het vanuit het perspectief van de zorgaanbieder volgen dat vanwege financiële resultaten en beschikbaarheid van personeel een dergelijke keuze als onvermijdelijk wordt gezien. Het is daarmee nog niet gezegd dat deze keuze tot de beste resultaten voor de inwoners leidt. Genoemde leden zouden het meer toekomstbestendig vinden als keuzes over het ziekenhuislandschap niet op het niveau van een aanbieder worden genomen maar op het niveau van een regio. Zij kennen de regels over het verplichte regionale overleg, maar constateren ook dat dit in de praktijk niet altijd veel voorstelt. Sinds 2021 bestaat de AMvB Acute zorg waarin dit regionale overleg over acute zorg wordt beschreven. Hoe functioneert deze AMvB volgens de Minister? Is de Minister bereid deze AMvB te laten evalueren? Zo nee, waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie zien net als de Minister dat de acute zorg en specifiek hoe deze georganiseerd is, beter kan. De hele acute zorgketen is een essentieel onderdeel van onze zorg. De acute zorg die nu bij een ziekenhuis is ondergebracht is vaak de kurk waarop het hele ziekenhuis qua financiering en toevoer van patiënten drijft. Deze leden vragen hoe de Minister aankijkt tegen de financiering van de acute zorg en ziekenhuiszorg. Zijn er manieren te bedenken om ziekenhuizen qua financiering minder afhankelijk te maken van de acute zorg?

Ten aanzien van zorgcoördinatie vragen genoemde leden waarom de Minister heeft gekozen voor regionale zorgcoördinatiecentra en niet voor meer lokale zorgcoördinatie. Zij lezen de resultaten van de pilots zo dat juist de lokale samenwerking en coördinatie zorgt voor een afname van een vraag naar acute zorg, terwijl de acute zorgvraag toeneemt als de regio te groot wordt. Welke grootte qua aantal inwoners ziet de Minister als het meest passend? Of welk criterium wil de Minister hanteren om de ideale grootte van de zorgcoördinatie regio's te bepalen?

Ten aanzien van de regioplannen en ROAZ-plannen vinden de leden van de ChristenUnie-fractie het positief dat criteria zijn afgesproken. Zij benadrukken het belang van het meenemen van bevolkingsprognoses bij het bepalen van de zorgvraag van de toekomst. Dit is bijvoorbeeld voor de vraag naar geboortezorg van groot belang.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brieven van de Minister horende bij het schriftelijk overleg over Acute zorg. De Minister richt zich hierbij op zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie gaat over domein-overstijgende samenwerking zodat de burger met een acute zorgvraag de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste moment ontvangt en dat schaarse capaciteit hierbij effectief en efficiënt wordt ingezet. Het lid heeft daarover wat vragen en opmerkingen. Zij ziet kansen voor zorgcoördinatie, mits het opzetten van zorgcoördinatiecentra gebeurt vanuit het belang van de patiënt. In de pilots die al gedraaid hebben, is geen meetbaar positief effect gezien van het instellen van zorgcoördinatiecentra. Wat is de reden dat de Minister dan toch besluit om hiertoe over te gaan?

In de pilots leidt het regionaal in zorgcoördinatiecentra coördineren van beschikbaarheid tot meer administreren en door het ontbreken van de juiste kennis over indiceren ook tot het afwijzen van patiënten door instellingen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat dit ondervangen wordt?

In de pilots lijkt de instelling van regionale zorgcoördinatiecentra niet te leiden tot minder capaciteitsproblemen. Kan de Minister daarop reflecteren?

Het lid van de BBB-fractie merkt op dat het opschalen van de eerstelijns-verblijf (ELV)-coördinatie in de pilots in regionale zorgcoördinatiecentra complex bleek. De resultaten van meer lokale projecten in Noord-Holland en Zeeland lijken succesvoller. Heeft de Minister onderzocht of sprake is van een optimaal schaalniveau voor de zorgcoördinatiecentra?

Genoemd lid verzoekt de Minister om naast het 112-nummer, de invoering van een centraal nummer voor niet levensbedreigende acute zorgvragen te overwegen. In meerdere pilots is de wens voor een dergelijk nummer naar voren gekomen. Graag ontvangt zij een reactie van de Minister hierop.

Ten slotte merkt het lid op dat er een groot verschil zit tussen de theorie en praktijk. In de praktijk blijkt dat mensen vooral snel weggestuurd worden; dat huisartsenposten mensen vooral afschepen met «neem maar een paracetamol». Wat het lid van de BBB-fractie betreft is het nadrukkelijk de bedoeling dat mensen goed geholpen worden. Weliswaar volstaat voor een deel van de mensen de paracetamol ongetwijfeld, maar het gaat er juist om dat de triage zodanig goed is dat de mensen voor wie dat niet volstaat, de toegang tot de acute zorg gegarandeerd is. Daarbij speelt kennis van de patiënt een belangrijk rol. Dit geldt met name voor kwetsbare patiënten met complexe gezondheidsproblematiek. Daarbij is lokale kennis van de leefomgeving, kennis van de patiënt en empathie van de zorgverlener van grote invloed op het succesvol voldoen aan de zorgvraag van de patiënt. Deze kennis kan een belangrijke rol spelen bij de juiste doorverwijzing en triage. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat deze kennis inzetbaar blijft en toegankelijk is? Hoe zorgt de Minister ervoor dat het op de juiste manier helpen van mensen bovenaan staat en niet alleen het indammen van de patiëntenstroom waardoor mensen die het nodig hebben (vaak ook mensen die minder mondig zijn) niet geholpen worden?

Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie Den Haan

Het lid van de fractie Den Haan heeft met interesse kennisgenomen van de stukken en heeft een aantal vragen. Welke belemmeringen zijn er volgens de Minister op dit moment bij de implementatie van de zorgcoördinatie? Heeft hij al nagedacht over oplossingsrichtingen? Voorziet de Minister problemen bij het bemannen van de zorgcoördinatiecentra?

De Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) heeft eerder aangegeven dat zij door de pilots met zcc's meer administratielasten ziet. Hoe verhoudt zich dat met de uitspraak van de Minister dat het juist administratie zal schelen? Kan de Minister inschatten met hoeveel procent hij denkt dat de administratie zal afnemen of toenemen? Verder geven de leden van de NVSHA aan dat zij weinig effect zien bij de pilots. Kan de Minister inschatten hoeveel uren/ fte's de invoer van zorgcoördinatie gaat opleveren? Welke belemmeringen zijn er volgens de Minister voor verdere samenwerking binnen de acute zorg en welke oplossingsrichtingen?

II. Reactie van de Minister