

Vergaderjaar 2010–2011

29 247

Acute zorg

Nr. 139

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 11 januari 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 9 december 2010 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 december 2010 betreffende stand van zaken van de financiële situatie van de Zeeuwse ziekenhuizen (29 247, nr. 137);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2010 betreffende maatregelen ziekenhuizen 2011 (29 248, nr. 155).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Van Dekken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsén (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Halsema (GroenLinks).

Voorzitter: Smilde
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Gerbrands, Van Gerven, Mulder, Smilde, Van der Veen en Voortman,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering en heet alle aanwezigen welkom.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Dit AO gaat ook over farmacie. Vorige keer hebben we afgesproken dat er zaken aan de orde zouden komen die in financiële zin betrekking hebben op volgend jaar en daarbij hoort ook de farmacie.

De **voorzitter**: We nemen kennis van deze toevoeging. De heer Van Veen heeft gelijk. De farmacie kan dus ook aan de orde komen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan deel ik nu de schriftelijke vragen aan de minister van VWS inzake het tarief voor apotheekhoudenden voor 2011 uit.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Wat is er aan de hand in ziekenhuisland? De zekerheden van vroeger bestaan niet meer. Weg met het gegarandeerde ziekenhuisbudget. Weg met de vaste dekking van de kapitaallasten. In plaats daarvan zien we een voortschrijdende en toenemende concurrentie tussen ziekenhuizen, een toenemende bureaucratie, zinloze pr- en reclamemanagers, een fiat aan hoge salarissen voor management en specialisten. We zien een kabinet dat door de exploderende kosten als een kat in het nauw rare sprongen maakt. Eerst komt het met een korting van 549 mln. en enkele weken voor het einde van het jaar met een nieuwe korting van slechts 314 mln. Kortom, chaos alom. De zorg – lees de patiënten – gaan hiervoor de rekening betalen.

Het wordt nog erger in liberaal zorgland. De VVD bezet intussen alle dominante plekken: de zorgverzekeraars met Wiegels, Frank de Grave die zich nu voorzitter van de Orde van Medisch Specialist mag noemen, de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) die ook zeer marktangehaucht is, en dan ook nog een minister van liberale snit. Het zijn zware tijden voor een socialist. Het zal de zorg niet beter maar duurder maken. Wat vindt de minister van de uitspraak van De Grave dat een omzet van € 300 000 voor een specialist normaal is? Dit impliceert een bruto-inkomen van circa € 250 000. Is de balkenendenorm niet genoeg? Net als de SP wil de minister meer artsen en wil zij de numerus fixus afschaffen. Licht het dan niet voor de hand meer specialisten aan het werk te zetten tegen een salaris onder de balkenendenorm, bijvoorbeeld vergelijkbaar met het salaris van een hoge rechter? Enige jaren geleden pleitte de heer Korthals Altes hiervoor, want er zijn ook verstandige VVD'ers.

Voor de SP zijn een aantal zaken van cruciaal belang. Ik vraag de minister hierop te reageren en de volgende zaken te onderschrijven. Faillissementen van ziekenhuizen moeten worden voorkomen. In principe moet elke Nederlander met de auto binnen vijftien minuten een ziekenhuis kunnen bereiken. Er komen geen eigen bijdragen voor ziekenhuiszorg. Er komt met onmiddellijke ingang een fusieverbod voor ziekenhuizen, om te beginnen een verbod voor een fusie tussen het Orbis Medisch Centrum in Sittard-Geleen en het Atrium MC in Heerlen. Er komt een beschikbaarheid-toeslag voor kleine ziekenhuizen zodat kwalitatief volwaardige spoedeisende voorzieningen ook voor hen betaalbaar blijven. Niet financiële

motieven van winstgevendheid, maar de medische behoeften van patiënten zijn bepalend voor het zorgaanbod van ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen moeten voldoen aan de Treknormen en kwalitatief verantwoorde zorg bieden.

ZiNData heeft onlangs een onderzoek gepubliceerd. Hieruit blijkt dat veel ziekenhuizen onmiddellijk in de problemen dreigen te komen door de korting. Ziekenhuizen kunnen een korting van 2,5% bij een winstmarge van gemiddeld ruim 1% niet zonder gevolgen opvangen. Zeker niet als ze weinig vermogen hebben. Wat doet de minister voor de circa twintig ziekenhuizen waarbij grote problemen zijn te voorzien? Ik noem bijvoorbeeld de ziekenhuizen in Vlissingen, Goes, Sittard-Geleen, de Tergooiziekenhuizen, de ziekenhuizen in Delfzijl, Winschoten, Stadskanaal of het ziekenhuis Bernhoven te Veghel en Oss. Deze lijst is niet uitputtend. Duizenden banen in die ziekenhuizen staan op de tocht. Hoe voorkomt de minister dat deze banen verdwijnen? Het is toch niet aanvaardbaar dat de groei van ziekenhuiszorg onverminderd doorgaat en er tegelijkertijd personeel moet worden ontslagen? Hoe rijmt de minister dat met het streven de numerus fixus op te heffen? Meer artsen betekent toch meer verpleegkundigen en meer ondersteunend personeel in ziekenhuizen? Kunnen we het de ziekenhuizen kwalijk nemen dat ze omzet gaan maken wanneer ze opgejut worden door het omzetgedreven systeem van de markt? Kunnen we het de ziekenhuizen kwalijk nemen dat ze de zorg leveren die gevraagd wordt? Kunnen we het de ziekenhuizen kwalijk nemen dat ze onzinpoli's realiseren omdat de nieuwe Zorgverzekeringswet daartoe nadrukkelijk uitnodigt? Professor Vierhout maakt de analyse dat het geven van vrij spel aan het B-segment ten koste gaat van meer complexe zorg en acute zorg in het A-segment die niet kosten-dekkend zijn. Heeft hij hiermee een punt?

Hoe voorkomt de minister dat het ziekenhuis in Vlissingen nog verder wordt ontmanteld vanwege financiële redenen, terwijl de bevolking op Walcheren een eigen ziekenhuis nodig heeft? Het management van het Academisch Ziekenhuis Maastricht heeft zich vergaloppeerd met de aanschaf van ICT-apparatuur. Hoe voorkomt de minister dat dit ziekenhuis meer postcodegeneeskunde gaat bedrijven en bijvoorbeeld de afdeling Immunologie uitkleedt omdat dit een zogenaamd verliesgevende activiteit is, en zich op het lucratieve B-segment stort? Dit is toch geen primaire taak voor het ziekenhuis. Wat doet de minister aan de Tergooiziekenhuizen in Hilversum? Verdient een stad met 84 000 inwoners en 58 kroegen geen eigen ziekenhuis? Hoe borgt de minister dat ziekenhuizen niet steeds meer voorzieningen concentreren waardoor de bereikbaarheid afneemt? Wordt het middel Remicade ook in 2011 vergoed door de verzekeraars? Hoe wordt dit vergoed? Hoe staat het met de vergoeding van hulpmiddelen voor de monitoring van kinderen met ernstige epilepsie-aanvallen? Wil de minister voorkomen dat de succesvolle alcoholpoli's in Eindhoven, Veldhoven en andere plaatsen in het land worden gesloten? In 2006 hebben we om goede redenen de particuliere verzekeringen afgeschaft. Vindt de minister het ethisch aanvaardbaar dat deze nu weer wordt ingevoerd voor degenen die een visite aan huis van de SOS-arts kunnen betalen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De minister zegt in haar brief van 6 december weinig over het Admiraal de Ruyterziekenhuis (ADRZ) in Zeeland en een aantal andere ziekenhuizen die door de maatregel in de problemen komen. Ze gaat niet in op de problemen die de aanleiding waren voor dit AO. De ziekenhuizen gaven namelijk aan dat ze omvallen of grote problemen krijgen door de aangekondigde korting. We horen graag een reactie van de minister op de signalen die vanuit Zeeland komen dat er twintig ziekenhuizen zouden omvallen. Het is namelijk wel zo dat er zich bij ons nog geen enkel ander ziekenhuis heeft gemeld. Ook

de NVZ heeft geen voorbeelden genoemd van ziekenhuizen die in heel grote problemen zouden komen.

Onze lijn is altijd geweest dat overschrijdingen teruggehaald moeten worden bij de veroorzaker. Die lijn hebben we bij de medisch specialisten ook gehanteerd. Dat is nu niet anders. Belangrijk is wel dat er oog is voor de gevolgen die deze maatregel met zich mee kan brengen. We zijn met de overschrijdingen geconfronteerd en er moet gehandeld worden om te voorkomen dat er zich nog meer overschrijdingen zullen voordoen. Doet dit kabinet voldoende om toekomstige overschrijdingen en terughaalacties te voorkomen? Er is weliswaar een werkgroep ingesteld om tijdig informatie te krijgen, maar is dit voldoende?

De korting hoeft niet direct van de baan. Wel hebben we ideeën om die korting eerlijker te verdelen. De PvdA heeft ervoor gepleit ernaar te kijken bij welke ziekenhuizen de overschrijdingen zich hebben voorgedaan. De SP heeft ervoor gepleit dat grotere ziekenhuizen meer bijdragen dan de kleinere. We krijgen graag een reactie van de minister op deze voorstellen. Op dit moment krijgt ieder ziekenhuis dezelfde korting. Ik neem aan dat bekend is hoeveel de overschrijding per ziekenhuis is.

Er is een rechtszaak geweest over de korting. De minister is daarbij in het gelijk gesteld. Opmerkelijk is dat ze na deze rechtszaak de korting naar beneden heeft bijgesteld. Ik heb begrepen dat dit is gebeurd omdat de overschrijding lager was dan aanvankelijk was gedacht. Ik kan me voorstellen dat de ziekenhuizen zich afvragen of dit bedrag van 314 mln. het definitieve bedrag is.

Verschillende fracties hebben schriftelijk vragen gesteld over de rol van de verzekeraars. De verantwoordelijkheid wordt nu eenzijdig bij de ziekenhuizen gelegd. We begrijpen het standpunt van de NVZ dat de verzekeraars bij het inkoopbeleid ook een taak in de kostenbeheersing hebben. De minister geeft aan dat de verzekeraars in de toekomst meer last zullen hebben van overschrijdingen door afbouw van de ex post verevening. Waarom worden zij bij de huidige overschrijdingen niet aangesproken? Hoe ziet de minister de toekomst van de zelfstandige klinieken? Wat is haar reactie op de signalen van deze klinieken dat ze door het nieuwe budgetteringsmodel in de problemen komen? Klopt het dat de zelfstandige klinieken eerst buiten deze regeling gehouden zouden worden, maar er nu toch onder vallen?

De minister heeft eerder op vragen over Zeeland geantwoord dat ze een voorkeur heeft voor een klein volwaardig ziekenhuis. We vrezen dat dit buiten beeld zal raken als gevolg de korting. We horen graag van de minister of ze deze voorkeur nog steeds heeft. Tot slot horen we graag van de minister hoe de fusie tussen Atrium MC in Heerlen en Orbis MC in Sittard zich verhoudt tot wat er in het regeerakkoord over fusies staat.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Het is duidelijk dat een overschrijding teruggehaald dient te worden. Het is wel de vraag op welke manier we dat moeten doen. De korting wordt nu evenredig verdeeld over alle ziekenhuizen. Is dat wel noodzakelijk? Waarom zijn er geen cijfers beschikbaar in welke ziekenhuizen de overschrijdingen hebben plaatsgevonden en wat daarvan de oorzaak is? Blijkbaar hebben we wel van 94 ziekenhuizen kunnen constateren dat ze minder hebben uitgegeven dan er begroot was. Waarom hebben we die cijfers wel? Gaat het over overschrijdingen in het A-segment of het B-segment? Als we de precieze cijfers weten, kunnen we concrete maatregelen nemen. Mijn fractie is geen voorstander van het voorstel om grotere ziekenhuizen meer te laten betalen. Ook daar moet de oorzaak bekend zijn. Als een ziekenhuis minder uitgeeft omdat het effectiever werkt, moet het niet daarvoor bestraft worden. Het zou juist een voorbeeld moeten zijn voor andere ziekenhuizen. Zo zwart-wit wil ik het niet stellen. De NVZ geeft aan dat de korting bij de zorgverzekeraars gehaald moet worden. Ook dat vind ik een beetje kort door de bocht. Er is natuurlijk wel een relatie tussen de overschrij-

dingen en het inkopen van de zorgverzekeraar. We zijn benieuwd hoe die precies ligt en wat we eraan moeten doen om te zorgen dat de inkoop en samenwerking beter gaat. Als we dit zo door laten modderen, zitten we hier volgend jaar weer met een overschrijding. En dat lijkt me toch niet de bedoeling.

We hebben ons altijd hard gemaakt voor een volwaardig ziekenhuis op Walcheren, een ziekenhuis waar vooral de basiszorg gewaarborgd moet blijven. We zijn geschrokken van de brief van de minister waarin ze aangeeft dat basiszorg niet altijd geleverd hoeft te worden door een ziekenhuis. In het vorige debat hierover hebben we al gevraagd naar een definitie van basiszorg. Wat verstaan we onder basiszorg? Als we die definitie niet hebben, kunnen we niet zeggen dat deze ergens anders geleverd kan worden. Het moet duidelijk worden voor de bewoners van Walcheren waar ze aan toe zijn. In tegenstelling tot de heer Van Gerven, hebben wij niet zulke goede woorden over voor het bestuur van het ADRZ. Hij maakt te veel ophef. Hij maakt op dit moment misbruik van de situatie. Hij gebruikt de korting om het sluiten van de bedden op de intensive care en de spoedeisende hulp door te zetten zonder dat er concrete cijfers zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wie bedoelt mevrouw Gerbrands met hij?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik bedoel professor Vierhout.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Weet mevrouw Gerbrands dat professor Vierhout per 1 januari zijn functie neerlegt? Hij wordt adviseur.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat maakt niet uit. Hij heeft onlangs een artikel over zorgvisie geschreven waarover ik me nogal opgewonden heb. Hij bemoeit zich nog wel met het ADRZ en werd al eerder aangehaald.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Bedoelt hij niet te zeggen dat het ziekenhuis al weinig vet op de botten heeft en dat deze korting die er nog eens bovenop komt, ertoe leidt dat het ziekenhuis omvalt? Zo heb ik het in ieder geval gelezen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Zo heb ik het niet gelezen. Er wordt niet concreet aangegeven welke gevolgen die korting precies heeft. Professor Vierhout is gewoon paniek aan het zaaien. Het is duidelijk wat er aan de hand is. Daarover hebben we het al regelmatig gehad. Maar ik vind dat hij niet zo'n grote broek aan moet trekken. Ik heb niet zoveel sympathie voor hem als mijn collega.

De heer **Van Gerven** (SP): Net als de SP constateert de PVV dat de minister een terugtrekkende beweging maakt met betrekking tot de uitspraak dat Walcheren een volwaardig ziekenhuis verdient. We zijn het op dat punt eens en ik ben benieuwd wat de minister daarop gaat antwoorden. We hebben het nu over het probleem van de korting van 314 mln. De systematiek is nu zo dat een ziekenhuis als het ADRZ gekort wordt, terwijl het misschien minder omzet heeft gedraaid. Het wordt dan extra gekort terwijl het niet verantwoordelijk is voor de kostenoverschrijding, maar het krijgt wel de rekening gepresenteerd. Wat vindt mevrouw Gerbrands hiervan?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): We vinden niet dat zomaar het hele bedrag over alle ziekenhuizen uitgesmeerd moet worden. Er moet goed gekeken worden wat dat voor het ADRZ betekent. We zeggen niet dat we die korting niet moeten doorvoeren. We zeggen niet dat er niets aan de hand is en dat ze niet moeten zeuren. We zeggen alleen dat we de reactie onsympathiek vinden. In het begin van dit betoog hebben we al aange-

geven hoe de overschrijding verdeeld moet worden en waarnaar we moeten kijken.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik samenvatten dat mevrouw Gerbrands voor een gedifferentieerde korting is die afhankelijk is van de overschrijding van het betreffende ziekenhuis?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): We willen het niet zo zwart-wit stellen. Er moet gekeken worden waar de overschrijdingen zijn gemaakt en wat de oorzaken daarvan zijn. We vinden niet dat het hele bedrag van de overschrijding van een ziekenhuis, daar ook weggehaald moet worden. Zo kun je ook ziekenhuizen laten omvallen. Maar er moet wel meer differentiatie komen.

Voorzitter. Door de informatievoorziening over de overheveling van de TNF-alfaremmers naar de ziekenhuiszorg hebben een heleboel mensen de indruk gekregen dat ze deze zelf moeten gaan betalen. We hebben het hierover in een eerder debat al gehad maar we krijgen hierover nog steeds veel mailtjes binnen. Er is dus blijkbaar niets aan de communicatie veranderd. Hoe zit het? Er zijn heel veel signalen dat de overheveling vanaf de tweede helft van 2011 niet gaat lukken. Wanneer wordt dit duidelijk? Als het niet lukt zitten we namelijk wel met een bedrag van 25 mln. dat dan ergens anders vandaan gehaald moet worden. We moeten hier wel bovenop zitten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Wat betreft de farmacie heb ik de vragen al rondgedeeld aan de minister en andere woordvoerders. We hebben er erg veel moeite mee dat we uit de krant moeten vernemen dat de apothekers volgend jaar, als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het tarief heeft vastgesteld, ongeveer 100 mln. extra krijgen. Vorig jaar had men al een inkomen van € 195 000. Dat is ongeveer € 90 000 boven het norminkomen. Dat is voor ons niet verteerbaar gezien de bezuinigingen. De minister geeft aan dat ze voor rust aan het front is, in ieder geval volgens de krant. Dat zijn wij ook. We zijn zelfs een van de initiatiefnemers geweest om te zorgen dat zorgverzekeraars en apothekers rond de tafel zouden gaan zitten, maar dan vooral over de inhoud van de zorg en de farmaceutische hulp. We hebben het idee dat dat niet of nauwelijks is gebeurd en dat het weer over geld gaat.

In 2012 zou er sprake zijn van vrije tarieven. Door wat we tot nu toe meemaken en ook door de opmerkingen van de ambtenaren die als het ware de zorgverzekeraars terugfluiten, hebben we twijfels of het gaat lukken. Hoe ziet de minister dat? Er moet eerst nog een voorhangprocedure komen zodat de minister de NZa een aanwijzing kan geven. We hechten zeer aan die voorhangprocedure en willen er ook een goed plan bij hebben. Wellicht kan de NZa uitzoeken of de vrije tarieven in 2012 gaan lukken. De tarieven worden op 15 of 16 december via de NZa bekend. Als deze zijn zoals we verwachten, hechten we eraan dat de minister dan een aanwijzing geeft.

We zien de grote problemen voor de jonge apothekers. Dat ligt aan de grote goodwillssommen die ze aan hun voorgangers moeten betalen. We hebben de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP) gevraagd hiernaar te kijken. We merken dat dit weinig resultaat heeft gehad. Nogmaals, we realiseren ons dat het op dit moment niet gemakkelijk is in de farmaceutische wereld. Dit geldt zeker voor de apothekers die vanuit een heel luxe situatie terug moeten naar een genormaliseerde situatie.

Door de 200 mln. die plotseling minder teruggehaald hoeft te worden, twijfelen we aan de betrouwbaarheid van de cijfers. De minister geeft dit zelf ook aan. We vragen ons af waar het dan stopt, zeker ook in het licht van het Gupta-rapport waarin aangegeven wordt dat de ziekenhuizen afgelopen jaar heel veel geld overgehouden hebben. Graag horen we een

antwoord van de minister. Ons uitgangspunt is dat je weinig terugbetaalt, als je weinig overschreden hebt. Als je veel overschreden hebt, betaal je veel terug. De meeste collega's zijn hier ook voor. Wellicht scheelt het een motie als de minister de zaak op deze manier wil uitvoeren. Met betrekking tot de verticale integratie vragen we ons af of een zorgverzekeraar aandelen mag kopen in een ziekenhuis?

We zijn erg teleurgesteld in de brief van de minister. Dit is niet de stand-van-zakenbrief waarom we gevraagd hadden tijdens het afgelopen spoeddebat. We hadden Kamerbreed gevraagd om inzicht in de zorginhoudelijke effecten van de ic-faciliteiten in Vlissingen. De inspectie zou dat uitzoeken. Er staat geen woord over in de brief. We zouden inzicht krijgen in de financiële situatie van het ADRZ in relatie tot de nieuwbouw in de Mortiere. Dit is enorm belangrijk in de voortgang van het hele proces. Ook hierover staat niets in de brief. De vorige minister heeft al toegezegd dat er snelle besluitvorming zou plaatsvinden over het dottercentrum. Er staat niets over in de brief, terwijl er snel knopen doorgehakt moeten worden. Wij krijgen in ieder geval signalen dat steeds meer Zeeuwen het vertrouwen in de kwaliteit van het ziekenhuis gaan verliezen, en naar ziekenhuizen buiten Zeeland gaan. Dat is het paard achter de wagen spannen. We verzoeken absolute duidelijkheid van de minister hierover. We willen graag dat de minister gaat praten met de stakeholders. Ook de gedeputeerde, heer Van Heukelom, moet hierbij betrokken worden. Hij heeft hierin een trekkende rol, hij doet dit goed en weet er veel van. Als Kamer hebben we de motie basiszorg aangenomen. Het moet zo snel mogelijk helder zijn wat basiszorg is. Dat is de meetlat of iets wel of niet kan. Ook hierover vragen we snel duidelijkheid van de minister. Over de fusie tussen Atrium MC en Orbis MC hebben ook wij onze twijfels. We willen graag met voorrang een AO hebben over de medische missers in relatie tot de kwaliteit van de zorg. Het is te gek voor woorden dat blijkt dat met relatief simpele ingrepen de medische missers teruggebracht kunnen worden. Daartegenover staat dat het aantal medische missers stijgt. Ook willen we een AO over het slot op het macrobudget. Dat geeft een ontzettend ingewikkelde discussie. We hebben hier eerder op gewezen. Ook de zelfstandige behandelcentra wijzen hierop. Ook hierop vragen we van de minister zo snel mogelijk een antwoord.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Mijn fractie wil zekere, zinnige en zuinige zorg voor iedereen. Goede zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn. De kwaliteit moet omhoog terwijl de kosten beheersbaar blijven. Dat is de taak van deze minister en dat is waarom we eerder concurrentie in de ziekenhuiszorg hebben geïntroduceerd. Ziekenhuis moeten zich specialiseren, samen taken verdelen en behandelingen concentreren. Hoe vaker je behandelingen uitvoert, des te beter word je daarin. De minister moet erop toezien dat goede zorg voor iedereen beschikbaar blijft. Enkele jaren geleden is er een goede start gemaakt. De uitbreiding van het B-segment heeft kosten beheersbaar gemaakt terwijl wachtlijsten verdwenen. Daarbij is het voorlopig gebleven. De ziekenhuizen zitten nu tussen twee systemen in. Ze zijn stuck in the middle en ervaren het slechtste van twee werelden. De minister stelde dat bij de begrotingsbehandeling zelf nog vast. Het regeerakkoord biedt een heldere oplossing: goede basiszorg dicht bij huis en geconcentreerde complexe specialistische zorg.

De minister spreekt in haar brief over een strakker fusiebeleid. Wat bedoelt de minister hiermee? Houdt ze de kleine ziekenhuizen in stand? Heeft ze concrete fusieplannen die ze wil tegenhouden op het oog? Er zijn hier al een aantal fusieplannen genoemd. Hoe verhoudt dit voornemen zich tot de wens te komen tot meer concentratie van complexe zorg? Wat betekent dit voor het voornemen de huisartsen meer zorg die nu in het ziekenhuis plaatsvindt, te laten uitvoeren?

De Kamer heeft bij motie gevraagd om een klein volwaardig ziekenhuis op Walcheren. De minister heeft veel van de gestelde vragen nog niet beantwoord. Kan de minister aangeven wat ze onder een klein volwaardig ziekenhuis verstaat? Wijkt ze af van wat haar voorganger Klink daaronder verstond? Wil ze bijvoorbeeld een ic-afdeling op niveau in Vlissingen openhouden? Zo ja, op welk niveau?

Het slechtste van twee werelden betekent voor ziekenhuizen dat ze enerzijds moeten concurreren en anderzijds te maken krijgen met een budget. Ziekenhuizen geven aan dat ze door de opgelegde korting in grote financiële problemen komen. Sommige ziekenhuizen hebben geen financiële reserves meer. Wat doet de minister als deze korting leidt tot het faillissement van ziekenhuizen? Kijkt de minister naar de oorzaak van het ontbreken van voldoende financiële reserves? Hoe gaat ze de risicovolle prestatiebekostiging invoeren voor ziekenhuizen nu die toch al weinig vlees op de botten hebben? Heeft de minister een meerjarenstapplan om de concurrentie in de ziekenhuiszorg uit te breiden? Mijn fractie vraagt zich af of de ziekenhuizen klaar zijn voor al deze veranderingen.

De minister wil een strak fusiesysteem hanteren. Wat doet ze in dit kader met ziekenhuizen die failliet dreigen te gaan? Voormalig minister Klink vond de systeemziekenhuizen uit en gaf financiële steun aan de IJsselmeerziekenhuizen. Hij heeft later herhaald dat hij dat nooit meer opnieuw zou doen. Hoe kijkt deze minister daartegen aan?

De Kamer is akkoord gegaan met de overheveling van de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget per juli 2011 omdat we daarmee het niet betalen van de eigen bijdrage in de ggz konden financieren. We vragen de minister speciale aandacht voor gevalideerd gekoeld transport van bepaalde medicijnen. Kan dit in de toekomst gewaarborgd blijven? Hoe wordt dit bekostigd of valt dit ook onder het ziekenhuisbudget?

Mijn fractie wil graag dat de minister tempo maakt met de hervormingen van de financiering van de ziekenhuiszorg. De ziekenhuizen hebben behoefte aan duidelijkheid zodat ze de zorg zeker, zinnig en zuinig kunnen organiseren.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Bij de begrotingsbehandeling hebben we al uitgebreid besproken of het feit dat de korting opgelegd moet worden een symptoom is van het feit dat we stuck in the middle zitten met dit stelsel. Het is een aanbodgestuurd systeem met een vast budget: gereguleerde marktwerking. Met deze korting moet iedereen bloeden, ook die ziekenhuizen die niet de oorzaak zijn van de overschrijdingen. Welk signaal wordt daarmee afgegeven voor de toekomst? We willen overstappen naar prestatiebekostiging. We willen winst uitkeren bij ziekenhuizen. Wat betekent dat voor toekomstige investeerders? Die willen geld investeren in Nederlandse ziekenhuizen, maar hoe betrouwbaar is dat als de overheid dan weer geld afpakt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voor alle duidelijkheid, het is niet zo dat we met zijn allen naar winst in de ziekenhuizen willen. Met de ziekenhuizen is een budget afgesproken. Dat is door een aantal ziekenhuizen overschreden. Vindt de heer Mulder het niet terecht dat die overschrijdingen weer teruggehaald worden? Vindt de heer Mulder ook dat de overschrijdingen teruggehaald moeten worden in de mate dat men de budgetten overschreden heeft? Dit staat los van stuck in the middle.

De heer **Mulder** (VVD): Die korting is nodig. We moeten binnen het kader blijven, maar hoe je dat precies doet ... Het is voor de rechter geweest. Je kunt het toespitsen. Maar is dat mogelijk? Zijn alle gegevens precies bekend? Het blijft, hoe dan ook, een lelijke oplossing.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Met dit antwoord kan ik niet zoveel. De minister zegt dat er overschreden is en dat de overschrijdingen teruggehaald moeten worden. De heer Mulder vindt dit terecht. Mijn vervolgvraag is of het dan niet handig is dit naar rato van de overschrijding te doen. De heer Mulder zegt hierop dat we alle gegevens niet precies kennen. Als we die gegevens niet hebben, zouden we toch ook niet weten wat de hoogte van de overschrijdingen is?

De heer **Mulder** (VVD): Er is al een vraag over gesteld hoe het precies zit met de bijstelling van de korting van 549 mln. naar 314 mln. Ook de rechter heeft gevraagd dit te onderbouwen. Hoe zit de opbouw van die 314 mln. in elkaar? Blijkbaar is dat heel ingewikkeld. Vervolgens is het dan ook ingewikkeld het per ziekenhuis op te lossen en niet pondspondsgewijs zoals nu het voorstel is. We zijn benieuwd of dit mogelijk is. De vraag is of de rekening niet bij de verzekeraars hoort. Die doen per slot van rekening de inkoop van de zorg en zijn dus mogelijk verantwoordelijk voor de overschrijdingen, als de inkoop duurder is dan gedacht. Wat is het signaal voor de toekomst? We willen naar een prestatiebekostiging. Wat doen we met mogelijke tegenvallers? Stel dat er volgend jaar weer een tegenvaller is, pakken we die dan op dezelfde manier aan en hebben we die tijdig in beeld?

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Mulder vraagt zich af of we dat geld niet moeten terughalen bij de verzekeraars. Hoe wil hij dat doen? Hebben de verzekeraars niet de plicht die zorg in te kopen die nodig is?

De heer **Mulder** (VVD): We zeggen niet dat het moet gebeuren. We stellen alleen de vraag. De ziekenhuisbranchevereniging zegt dat de rekening bij de verzekeraars hoort. De verzekeraars zeggen dat ze zorg moeten leveren en dat die rekening dus niet bij hen hoort. We zijn benieuwd bij wie de rekening wel thuishoort.

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Mulder heeft er dus nog geen mening over. Hij weet niet of het bij de ziekenhuizen teruggehaald moet worden of bij de verzekeraars. Maar hij vindt wel dat het teruggehaald moeten worden.

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van Gerven probeert me nu woorden in mijn mond te leggen. We zijn het er allemaal over eens dat het een lelijke korting is. Maar het gaat mijn fractie om het stelsel en waar we in de toekomst naartoe gaan. Als je gaat korten, wat is dan de beste methode? We zeggen niet dat het bij de verzekeraars teruggehaald moet worden. We stellen alleen de vraag waarom dat eigenlijk niet zo is.

Hoe gaan we in de toekomst met overschrijdingen om en hoe krijgen we die tijdig in beeld? Als je de gegevens over de maand januari snel hebt, kun je deze extrapoleren naar het hele jaar, misschien met een correctie voor de seizoensinvloeden. Je hebt eerder een overschrijding in beeld en kunt tijdens het jaar nog reageren in plaats van achteraf, na het sluiten van de boeken. In de zorg worden de boeken dan wel niet na één jaar gesloten, maar dan toch na drie jaar of in ieder geval zo snel mogelijk. De minister schrijft in haar brief dat ze in de toekomst het macrobudget, het kader, handhaaft om de kosten in bedwang te houden. Ze zegt hiermee aan de slag te gaan. Tegelijkertijd willen we naar een prestatiebekostiging toe. Heeft de minister al ideeën hoe ze de kosten van het macrobudget in bedwang wil houden?

Ik ben benieuwd wat de stand van zaken in het ADRZ is en wat de raad van bestuur zelf doet om tot een oplossing te komen en de mogelijke financiële tegenvallers op te vangen. De minister heeft een aantal maatregelen aangekondigd. Hoe ziet ze het landschap van de ziekenhuizen over een jaar of tien? We zien een aantal trends. We zien speciali-

saties. De verzekeraar CZ zegt ook dat hij graag instellingen wil die een minimumaantal behandelingen doen. Wat betekent dat? Mijn fractie denkt dat dit zal leiden tot concentratie. Hoe kijkt de minister daartegen aan? De heer Van Gerven en ik hebben een mail gestuurd aan een van de ambtenaren van de minister met de vraag of de epilepsiemachine nog vergoed wordt vanaf 1 januari. We zijn bang dat deze vergoeding tussen wal en schip dreigt te vallen. Dat lijkt ons niet verstandig.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. In de vorige kabinetsperiode is al veel in gang gezet om zorg toekomstbestendig te maken. Het huidige kabinet neemt een aantal flinke stappen: invoering van de prestatiebekostiging, beëindiging van de functiegerichte budgettering, uitbreiding van het B-segment en het aangeven van een aantal randvoorwaarden. De zorgspecifieke fusietoets is een jarenlange wens van mijn fractie. Deze is erg nodig om te bekijken of de corebusiness, het primaire zorgproces, kwalitatief goed blijft. Een aantal jaren was het aantal ziekenhuisfusies wat lager. Het lijkt erop dat dit aantal weer aantrekt. Op dit moment hebben we een casus met de voorgenomen fusie tussen Atrium MC en Orbis MC. Het lijkt ons dat er snel een fusietoets moet zijn. Hoe kijkt de minister hiertegen aan?

We voegen een aantal randvoorwaarden toe. We juichen het toe dat we straks één financieringssysteem hebben, maar prestatiebekostiging is in principe een openeindfinanciering. Hoe lossen we dat op? Er komt een macroslot op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) komt. Hoe pakt dit voor de verschillende ziekenhuizen uit? We zien graag in de komende voorstellen dat de ziekenhuizen worden aangeslagen voor de mate waarin ze bijdragen aan de overschrijdingen. Hoe ziet het macroslot er precies uit? Hoe verhoudt het zich tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars? De prestatiebekostiging kan alleen doeltreffend zijn met de invoering van de DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie) in 2012. Krijgen we hiervoor ook voorstellen? De minister zegt dat transparantie van de prestaties van ziekenhuizen hoort bij het goede functioneren van de prestatiebekostiging. Dat is waar, maar er moeten dan wel duidelijke criteria zijn waaraan deze transparantie moet voldoen. Krijgen we die ook bij de voorstellen?

Mijn fractie ziet graag dat het ministerie, de ziekenhuizen en de medisch specialisten vanaf nu zaken doen met elkaar in plaats van via de rechter. Er zijn genoeg rechtszaken geweest. Hoe krijgen we dit voor elkaar? De minister geeft aan dat ze bij de ziekenhuizen de kortingen neerwaarts bijstelt. Op grond van welke cijfers doet ze dit? Hoe wordt er gedifferentieerd naar de ziekenhuizen? De minister geeft aan dat het bij de ziekenhuizen gaat om een structurele bijstelling. Betekent dit dat er een akkoord ligt of gaat het weer via de rechter? Hoe komt die structurele bijstelling tot zijn recht? In de brief schrijft de minister dat de korting vooral ging over de vrijgevestigde specialisten. Is het een gewenst effect dat ook ziekenhuizen met specialisten in loondienst gevolgen van de tariefskorting ondervinden?

Er komt rapportage van een werkgroep die gaat onderzoeken hoe we sneller en betrouwbaarder informatie kunnen krijgen over de ontwikkeling van de BKZ-uitgaven. Die zien we met smart tegemoet. Het is ons een lief ding waard als we veel sneller dan nu inzicht hebben in de ontwikkeling van de macrokosten. Nu gaan er vaak een paar jaar overheen. Wanneer kunnen we de resultaten verwachten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde zegt dat de minister goed bezig is. Ze pakt door met de uitbreiding van het B-segment. We constateren dat de informatieverschaffing niet op orde is en dat we pas na jaren weten wat er werkelijk uitgegeven is. Hoe kunnen we een dan beleid

voeren dat gericht is op uitbreiding van het B-segment? Bovendien blijkt nu dat een deel van de overschrijdingen veroorzaakt wordt doordat het A-segment niet goed opgeschoond is. Het is toch onverantwoord om in tempo door te gaan als je nog niet eens basaal weet wat de effecten zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat zijn twee verschillende dingen. Ik heb het over het BKZ en de overschrijdingen daarvan. Nu hebben we die pas na een jaar of twee, drie in beeld. Als we straks een prestatiebekostiging hebben, hebben we in de eerste plaats één financieringssysteem. Dat zal het al iets gemakkelijker maken. In de tweede plaats hebben we voortdurend NZa-rapportages die ons adviseren over het B-segment. Ik herinner de heer Van der Veen eraan dat we de afgelopen twee jaar het B-segment niet hebben uitgebreid. Afgelopen april lag er al een NZa-rapportage waarin staat dat uitbreiding verantwoord zou zijn. Dus we nemen heel verantwoorde stappen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde is het dus met me eens dat je pas nieuwe stappen moet zetten als je precies weet wat de voorgaande stappen hebben opgeleverd.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan heeft de heer Van der Veen me selectief aangehoord. Ik heb gezegd dat we hopen eerder betrouwbare informatie over het BKZ te zullen krijgen. Dat moet kunnen als er één financieringssysteem is. Ik heb gezegd dat de NZa rapporteert over het B-segment. Dat gaat sneller dan dat we jaren wachten, want dan kunnen we geen stappen zetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): We hebben het hier niet over de overschrijding van het BKZ, maar over de overschrijdingen van de ziekenhuizen. Daarover zegt de minister dat de informatieverzetting niet in orde is. Mevrouw Smilde zegt dat we het B-segment moeten uitbreiden, ook al hebben we de cijfers niet op orde en weten we niet precies waar we aan toe zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ook nu heeft de heer Van der Veen me selectief aangehoord. We hebben de NZa. Die trekt op grond van een aantal gegevens een conclusie of het B-segment verantwoord uitgebreid kan worden. Dat hebben we een aantal keren gedaan en dat is een aantal keren ook goed uitgekomen.

Voorzitter. We zijn het met de andere sprekers eens dat er erg weinig in de brief van de minister staat. Hoe is nu precies de stand van zaken rond de ic-units? Is er nog steeds sprake van goede zorg in Zeeland? Dat is toch waar we steeds op wachten. Kan de minister daarover iets meer zeggen dan wat er in deze brief staat? Uit deze brief blijkt wel dat er in Zeeland al een soort earlywarningsysteem (EWS) is met het College sanering zorginstellingen (CSZ). Dat brengt me op een ander element. Bij ziekenhuizen die in de problemen komen, willen we graag een EWS. Daarover spreken we al een aantal jaren en daarmee zouden we nu spijkers met koppen kunnen slaan. We trekken de voorzichtige conclusie dat we voortdurend een goed beeld hebben van de situatie van het ADRZ omdat het CSZ hier zo stevig bovenop zit. We vragen de minister vrij snel met zo'n EWS te komen.

Dit zijn vooral technische brieven. Bij de uitwerking van de concrete plannen willen we meer vlees en bloed. Dan hebben we het bijvoorbeeld over de logistiek in het ziekenhuis. We hebben het gevoel dat wat bij de mamma-poli kan, ook bij andere onderdelen zou kunnen. Zoals we nu over ziekenhuiszorg spreken is het allemaal heel nuttig, maar heel technisch. We hopen dat we het weer over de zorg kunnen gaan hebben in plaats van over de financiering, als die concrete plannen komen.

Voorzitter: Smilde

Minister **Schippers**: Voorzitter. We hebben het vandaag over het overzicht van de financiële maatregelen voor 2011 en de Zeeuwse ziekenhuizen. De financiële maatregelen betreffen de maatregelen waartoe het vorige kabinet dit voorjaar heeft besloten – die staan ook in de begroting en de Miljoenennota – en de maatregelen uit het regeerakkoord.

De rode draad die ik wil volgen in het ziekenhuisbeleid is dat instellingen meer prikkels krijgen om kwaliteit en doelmatigheid te bieden. Enerzijds betekent dat dat zorgaanbieders en verzekeraars meer ruimte krijgen voor ondernemerschap. Ze kunnen zelf beslissen hoe ze de zaken organiseren en beter tegemoet kunnen komen aan de wensen van hun patiënten. Anderzijds lopen ze meer risico. Dat is overigens een ontwikkeling waarop de ziekenhuizen ook jaar na jaar hebben aangedrongen. Ze vroegen niet alles vanuit Den Haag te bedisselen. Ze wilden de ruimte te gunnen om zelf invulling te geven aan de zorg, meer maatwerk te leveren en de zorg dus aan te passen aan de mensen zelf.

Ik heb met de Kamer afgesproken dat ik begin volgend jaar kom met de exacte stappen die ik wil zetten, en de volgorde waarin en de voorwaarden waaronder ik die wil zetten. We moeten niet onverantwoord meer risico lopen. Dat is een moeilijk te vinden evenwicht waaraan ik in de voorstellen zeker aandacht zal besteden. De komende voorstellen borduren voort op de stappen die het vorige kabinet al heeft genomen. Ik zal dus het beleid van het vorige kabinet doorzetten. Naast de zorgvuldigheid met betrekking tot de instellingen is de toetssteen voor mijn beleid de beschikbaarheid en bereikbaarheid van basiszorg in de buurt. Ik heb dit al tijdens de begrotingsbehandeling met de Kamer gewisseld. Ik vind dit een topprioriteit. Hier past ook bij dat voor ernstigere en zeldzame aandoeningen of voor innovatieve behandelingen de complexe zorg meer geconcentreerd wordt. Ik ben ervan overtuigd dat mensen basiszorg dicht in de buurt willen hebben. Ik ben er ook van overtuigd dat iemand met een speciale aandoening het niet erg vindt om in de auto te stappen en wat verder te rijden als de kwaliteit daar veel beter is. De kwaliteit wordt beter als de ziekenhuizen duurdere machines kunnen aanschaffen – die zijn dan wel rendabel – of als er meer routine opgedaan is. Ik heb tijdens de begrotingsdebatten toegezegd dat ik in maart 2011 de Kamer een brief zal sturen. Ik heb mei gezegd maar we richten ons op maart. Hierin ga ik in op wat het «zorglandschap» is gaan heten. Dat betreft de motie-Van der Veen over basiszorg. Wat is basiszorg nu precies? Is basiszorg iets wat alleen de huisarts kan geven? In mijn idee is zorg een hele piramide: de eerste, direct toegankelijke zorg, heel erg dicht bij de mensen, oplopend tot heel bijzondere topzorg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik dank de minister voor de toezegging voor de motie basiszorg. Dat speelt ook in Zeeland een belangrijke rol. Ik vraag me wel af wie de olifant laat dansen. Met andere woorden: als we een beeld hebben hoe die zorg eruit moet zien, op welke manier wordt het dan bereikt? De minister hoeft nu niet te antwoorden, maar ik neem aan dat ze hier wel op ingaat bij het beschrijven van het zorglandschap. Het is namelijk een heel essentiële vraag.

Minister **Schippers**: Dat is zeker een essentiële vraag waarover ik zelf ook al diep heb nagedacht. Ik heb me afgevraagd of ik de eerste minister ben die het streven heeft om zorg in de buurt en dicht bij mensen te organiseren. Nee, dat ben ik zeker niet. Velen van mijn voorgangers wilden dat ook. Waarom is dat niet gelukt? Ergens zit er kennelijk iets in ons systeem waardoor het niet gestimuleerd wordt om zorg zo dicht mogelijk bij huis te geven. We moeten dus goed nadenken – en daarmee zijn we druk bezig – wat we kunnen doen zodat het daadwerkelijk tot stand komt. Dit is een

minstens zo belangrijk onderdeel van de toegezegde brief als de definities.

Ook over fusies zal ik begin volgend jaar meer helderheid verschaffen. Hierover staat ook in het regeerakkoord het een en ander.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is voor zorg dichtbij, zorg in de buurt, en goede zorg. Daarvoor zijn we allemaal. Maar wat betekent dat concreet? Laten we als voorbeeld het schiereiland Walcheren nemen. Vindt de minister dat de 100 000 inwoners recht hebben op een ziekenhuis waar 24 uur per dag en 7 dagen in de week het licht brandt?

Minister **Schippers**: Ik ga later apart op de ziekenhuizen in. Ik ben nog bezig met mijn algemene tekst. Daarna ga ik alle vragen af. Het is bekend dat ik een verklaard tegenstander ben van verticale integratie. De zorgverzekeraars moeten hun handen vrij hebben bij de inkoop van goede zorg. Als de zorgverzekeraar zelf een ziekenhuis in bezit heeft en dat ziekenhuis presteert slecht, heeft hij geen baat bij een nieuwe innovatieve aanbieder die veel scherper in prijs is en beter in kwaliteit. Als hij bij deze aanbieder inkoopt, gaat het ten koste van zijn eigen financiële bedoening. Zijn afwegingen zijn dan niet meer zuiver. Dat moeten we zien te voorkomen. Dat is een enorme belemmering voor nieuw aanbod. En een groot probleem in de Nederlandse zorg is dat we weinig nieuw aanbod hebben. Ik wil graag meer nieuw aanbod en zeker niet minder. Ik ben er dus heel erg op tegen. We weten allemaal dat het Europees gezien moeilijk kan liggen. Ik heb toegezegd dat ik actief in Europa consulter en probeer te kijken hoe we nieuw aanbod kunnen realiseren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Kan de minister mijn vraag meenemen wat er gebeurt met zorgverzekeraars die aandelen nemen in een ziekenhuis? Overigens hebben we schouder aan schouder gestreden – weliswaar vanuit een verschillende optiek – om die zorgverzekeraar en dat ziekenhuis niet te laten fuseren.

Minister **Schippers**: Ik neem dat mee. Ik neem ook mee dat een zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. Het is nu ook zo dat de zorgverzekeraar wel eens een huisarts inhuurt omdat er in Friesland geen huisartsenzorg is. Dat lijkt me overigens een prima gang van zaken. Wat ik ook meeneem is dat de zorgverzekeraar tijdelijk zorg overneemt. Dat kan zijn omdat de zorg anders door de hoeven zakt. Het kan echter ook zo zijn dat de zorgverzekeraar ziet dat er in de betreffende regio niets innovatiefs van de grond komt en besluit zelf iets van de grond te trekken. Menzis heeft dat gedaan bij verschillende eerstelijnsprojecten. Ik vind het prima als de zorgverzekeraars dat doen, maar de vraag is of ze dat eeuwig moeten blijven doen. In het belang van de patiënten kunnen ze ergens een drive aan geven. Daarna moeten ze er weer afstand van nemen. Ik kom hierover nog uitgebreider te spreken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Aan de ene kant zijn er te weinig innovaties en is er te weinig stimulans om van alles van de grond te laten komen. Aan de andere kant is er de concentratie van zorg. Hoe ziet de minister dat?

Minister **Schippers**: Het is ontzettend belangrijk dat je kunt kiezen. Het is belangrijk dat de patiënt kan kiezen. Voor de organisatie betekent dit dat ze niet verzekerd is van klandizie. Mensen kunnen naar een ander gaan. Ze zal dus beter haar best doen tegen een scherpere prijs. Verschillend aanbod is ongelooflijk belangrijk. Nieuw aanbod in de gezondheidszorg komt moeilijk van de grond, maar is wel heel belangrijk. Mensen die werken in een zorginstelling of een ziekenhuis, zien dat er iets beter kan en willen iets nieuws starten. Dat is belangrijk omdat het betere kwaliteit aanjaagt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Je neemt dan aan dat nieuw aanbod oud aanbod verdrijft. Concurrentie kan ook betekenen dat er ziekenhuizen of instellingen op de fles gaan. Er komt altijd heel veel verzet als dat aan de orde is. In het Gooi zien we dat het enorme aanbod elkaar verdringt. Ziet de minister een rol in de regulering van het nieuwe aanbod?

Minister **Schippers**: Het nieuwe aanbod kan het oude verdrijven maar het kan het ook verbeteren. Als een zelfstandig behandelcentrum (zbc) wordt opgericht, krijgt een ziekenhuis opeens een concurrent. Als in het zbc de zorg veel beter is, de patiënt vriendelijker wordt ontvangen en direct aan de beurt is, gaan al de klanten van dat ziekenhuis daarheen. Het ziekenhuis gaat kijken waar al de patiënten blijven. Misschien kijkt het zelf ook bij de concurrent en bedenkt dan dat het het zelf ook beter moet doen. Uiteindelijk wordt dus de hele zorg er beter van. Er komt een scherpere prijs voor een betere kwaliteit van zorg. Als je alleenheerser bent, maakt het niet uit wat je vraagt of wat voor kwaliteit je biedt. Niemand kan dan ergens anders heen. Dat is het grote probleem in al die regio's waar we alles maar hebben laten fuseren. Daar staat nu één ziekenhuis. Wie neemt het over als het niet goed gaat met het ziekenhuis? De patiënten hebben het maar te slikken. Nu hebben we een klein land, dus het valt nog wel mee.

Ik heb nog een opmerking over de fusies. Dat heeft ook met de Tergooiziekenhuizen te maken. Er wordt heel vaak van uitgegaan dat bij fusies één plus één twee is. Men gaat uit van de adherentie van de beide fusiepartners. Men denkt dat men bij fuseren een dubbele adherentie krijgt en dan door meer routine en meer klandizie een betere kwaliteit krijgt. Dat is een valkuil. Als men ergens anders heen kan, en een ziekenhuis gaat fuseren, is het maar de vraag of die patiënten daadwerkelijk bij dat ziekenhuis blijven. Zo is het ook in deze situatie gegaan. Er is een enorme weglek geweest naar andere ziekenhuizen. Mensen gingen niet naar het gefuseerde ziekenhuis maar naar een ander ziekenhuis in de buurt. Dit zijn ongelooflijk belangrijke elementen waarom we beter naar die fusies moeten kijken. Er zijn ook heel veel stakeholders. Een ziekenhuis is geen wasmachineproducent. Bij een ziekenhuis heb je te maken met patiënten in een gemeente. Je hebt te maken met werknemers, net als een gewoon bedrijf. Een ziekenhuis is ook een anker binnen een gemeenschap. Dus voordat er sprake is van een fusie moet je veel zwaardere eisen stellen, ook aan de plannen die daaronder liggen. Daarvoor willen we voorwaarden verzwaren. Het gaat niet alleen over mededinging. Daarvoor hebben we de NMa. Die geeft groen of rood licht. Bij de ziekenhuizen willen we ook naar andere aspecten kijken. We willen bijvoorbeeld weten wat voor impact de fusie op de kwaliteit heeft. Wat is het oordeel van alle stakeholders in de regio? We willen een betere onderbouwing dan de huidige, vaak gammele onderbouwingen. Dat dwingt de besturen de zaken veel beter te doordenken en beter beslagen ten ijs te komen. Ik wil geen fusiestop. De heer Van Gerven gaat ervan uit dat een fusiestop altijd slecht is. Dat is niet zo. Een fusiestop kan ook voordelen hebben. We moeten beter nadenken over fusies en er zorgvuldiger mee omgaan.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is tegen schaalvergroting in de ziekenhuiszorg. Ze noemt het voorbeeld van de Tergooiziekenhuizen. Ik kan me nog herinneren dat we zelf schouder aan schouder debatten hebben gevoerd in Hilversum. Nu is de minister de machtigste vrouw in de gezondheidszorg. Waarom doet ze niet een gezaghebbende oproep tot een standstill totdat we een beter instrumentarium hebben. Haar voorgangster, mevrouw Borst, deed dat indertijd ook. Zelfs de heer Mulder heeft gezegd dat de concentratie zich zal voortzetten als we de ontwikkeling zo door laten gaan. Onzekerheid leidt immers tot concentratie en fusie. We weten niet wat de minister gaat doen. We hebben in de brief van de minister gelezen dat de inspectie invulling zal geven aan een

zorgspecifieke fusietoets. We zien het allemaal niet. We moeten gewoon zeggen dat het genoeg geweest is. De ziekenhuizen zijn twee keer zo groot als in Duitsland. Waarom doet de minister op dit moment niet die oproep? In maart, april of mei kunnen we dan verder praten over het instrumentarium. Anders is de fusie van het Atrium MC en het Orbis MC al tot stand gekomen.

Minister **Schippers**: Er ligt een wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) in de Kamer. In dat wetsvoorstel zitten heel veel instrumenten die ik heb genoemd. Ook bij nieuwe fusieaanvragen die gedaan worden door bijvoorbeeld Atrium MC en Orbis MC, wordt er al rekening gehouden met wat er in dat wetsvoorstel staat. De inspectie wordt hierbij al betrokken of te kijken of de voorgestelde fusie wel goed is voor de kwaliteit. Er wordt al gevraagd of men gekeken heeft naar de stakeholders. In de praktijk lopen we vooruit op de wet en worden er al veel meer vragen en eisen gesteld aan de ziekenhuizen.

De heer **Van Gerven** (SP): We vragen om een gezaghebbende standstill omdat we er niet van overtuigd zijn dat die voorstellen gaan werken. Bovendien hebben we er als Kamer nog niet over gesproken.

Minister **Schippers**: Ik weet wel dat de heer Van Gerven daarom gevraagd heeft maar ik ga het niet doen. Ik ga het niet doen.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister laat de fusies dus gewoon tot stand komen. Dat zal het gevolg zijn.

Minister **Schippers**: Fusies zijn niet per definitie slecht. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van een ziekenhuis erg onder druk staat en dat door fusie met een ander ziekenhuis voorkomen wordt dat een ziekenhuis door zijn hoeven zakt. Dan krijg je een ziekenhuis op twee locaties. Dat kan en dat hebben we in de praktijk ook meerdere malen gezien. Door die fusie is de zorg dichter bij huis bereikbaarder dan in geval er geen fusie was geweest. Het zou dom zijn geen enkele fusie in dit land meer toe te staan. Dat zou namelijk kunnen betekenen dat de zorg minder bereikbaar wordt. Ik wil wel dat er, in tegenstelling tot bij veel fusies in het verleden, gekeken wordt naar allerlei andere belangen die nu te weinig meespelen. Destijds was ik als lid van de VVD-fractie tegen de fusie in Zeeland. Ik ga daarover niet geheimzinnig doen. Ik vind het geen goed idee dat er in een grote regio maar één ziekenhuis is. Als dat ene ziekenhuis problemen heeft, is het heel kwetsbaar. De situatie die zich de afgelopen jaren in Zeeland heeft afgetekend, had ik zelf graag anders gezien. Ik had graag meer keuzemogelijkheden voor de Zeeuwse burgers gewild dan nu het geval is. Maar de fusie heeft plaatsgevonden ondanks het feit dat we dat liever niet wilden. Ik heb dus te dealen met de huidige situatie. Ik kan de fusie niet terugdraaien. Dat heb je met eieren die je klutst. Die kun je niet meer terugpakken uit de pan. Dat is meestal een tamelijk dramatische exercitie. Ik heb nog steeds een voorkeur voor een volwaardig basisziekenhuis op Walcheren, maar wel een basisziekenhuis dat aan de kwaliteitseisen voldoet. Die staan voor mij absoluut op nummer een. Mijn voorganger heeft de inspectie al de vinger aan de pols laten houden bij dit ziekenhuis. Ik zeg niet dat het niet goed gaat met het ziekenhuis maar het heeft het moeilijker dan heel veel andere ziekenhuizen. Dus wordt de vinger extra aan de pols gehouden. De inspectie heeft verklaard dat de kwaliteit in Zeeland volgens de normen is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er zou een stand-van-zakenbrief komen. We zouden inzicht krijgen in de betekenis van de komst van een ic-faciliteit in Vlissingen. De inspectie zou hierover rapporteren. We zouden een rapport krijgen over de voortgang in financieel opzicht en wat dit betekent

voor de bouw van de Mortiere. We zouden informatie krijgen over de snelheid waarmee het dottercentrum er zou komen. We hebben dit al eerder gevraagd en we willen hierop nu heel graag een antwoord van de minister hebben.

Minister Schippers: Het is een situatie die ook voor de Zeeuwse bevolking ongewenst is. Er is de hele tijd gedoe over dat ziekenhuis. Ik hecht er wel aan te benadrukken dat de lokale partijen hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Dit is in de eerste plaats het ziekenhuis zelf, maar ook de verzekeraars en andere zorgaanbieders. Zij moeten hun rol oppakken. Het is niet aan mij om te zeggen hoe we het in Zeeland gaan doen, en een blauwdruk te geven. Het Zeeuwse ziekenhuis is geen staatsziekenhuis. Het is een particuliere instelling. Ik ben wel verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waaraan de zorg in Zeeland moet voldoen: betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Daarvoor heb ik ook instrumenten en toezichthouders. De verzekeraar is aan zet om aan zijn zorgplicht te voldoen. De verzekeraar moet vaststellen welke zorg zijn verzekerden in Zeeland nodig hebben en hoe die zorg georganiseerd moet worden. Ik kan me voorstellen dat ze dan goed naar Zeeland kijken. Wat is er voor zorg in Zeeland? Is alle zorg er? Voldoet alle zorg aan de normen? Ik doel dan op de normen die we in Nederland hebben vastgesteld voor bereikbaarheid en kwaliteit en betaalbaarheid. Ik begrijp dat de verschillende partijen in Zeeland in gesprek zijn om daarover nadere afspraken te maken. Ten aanzien van de bereikbaarheid heeft mijn voorganger zijn verantwoordelijkheid waargemaakt door bijvoorbeeld die extra ambulance neer te zetten zodat de SEH op tijd bereikbaar is. Ook ten aanzien van de kwaliteit heb ik een speciale verantwoordelijkheid. Ik heb al gezegd dat de inspectie regelmatig in het ziekenhuis te vinden is en er is geen enkel signaal dat de kwaliteit daar onder de normen en afspraken gezakt zou zijn.

Ik moet nog een besluit nemen over de vergunningaanvraag van het ADRZ voor het percutane coronaire interventiecentrum (PCI-centrum). Daarbij is relevant dat het buurzienhuis in Terneuzen al een vergunning heeft gekregen omdat het aan alle eisen voldoet. Deze twee ziekenhuizen voeren onder leiding van een externe facilitator besprekingen om te bekijken of ze samen kunnen werken ten aanzien van de dotterbehandelingen, en misschien in nog bredere zin. Ik wacht hiervan de resultaten af en vervolgens zal ik nadere besluiten nemen. Eerder heb ik toegezegd dat de stand-van-zakenbrief Zeeland komt in het eerste kwartaal van 2011. Veel commissieleden hebben gevraagd wat de gevolgen van de financiële maatregelen zijn en of het op deze manier gedaan moet worden. Ik begrijp de zorg waartoe een dergelijke korting leidt. Er zijn een aantal ziekenhuizen in Nederland die financieel niet zo heel sterk in de schoenen staan. Kunnen die een dergelijke korting wel dragen? In Nederland hebben we een BKZ. De burgers moeten een behoorlijke premie betalen om dat te kunnen financieren. Bovendien hebben we afgesproken in het regeerakkoord dat er de komende vier jaar 15 mld. extra naar de zorg toegaat. Laten we wel binnen die 15 mld. blijven. Als we de overschrijdingen niet terughalen, moeten we de premie verhogen. We halen die kortingen dus terug ter bescherming van de premiebetaler. Als een ziekenhuis overschrijdt, is het toch logisch dat we die overschrijding bij ziekenhuizen weghalen?

De tariefkorting is inmiddels op 314 mln. vastgesteld. De vraag is of we bepaalde ziekenhuizen moeten uitzonderen of hogere of lagere kortingen geven. Ik heb er grote problemen mee. Je kunt zeggen dat we ziekenhuizen die veel hebben overschreden, een hoge korting moeten opleggen. Stel dat je een ziekenhuis hebt dat het perfect doet: topzorg, goede dienstverlening. Allerlei mensen van binnen de regio, maar ook van buiten de regio, gaan naar dat ziekenhuis toe. Dat ziekenhuis heeft dus een hoge overschrijding omdat veel mensen naar dat ziekenhuis komen.

Dan is het niet eerlijk. Het is kennelijk beter om niet zo goed te presteren en niet als een magneet op mensen te werken, want dan moet je inleveren. Je gaat ziekenhuizen die goed presteren een extra korting opleggen. Die ziekenhuizen waarnaar minder mensen toe gaan omdat de kwaliteit minder is, overschrijden minder en worden daarvoor feitelijk beloond. Dat lijkt me niet goed. We leggen eigenlijk een soort efficiency-korting op. Als je die korting pondspondsgewijs aan iedereen oplegt, houdt een ziekenhuis dat beter gepresteerd heeft, meer geld over. Dat vind ik goed. Dan hou je de prikkel erin om goed je best te doen voor je patiënt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister zegt dat de ziekenhuizen die overschreden hebben kwalitatief goed hun best hebben gedaan, want ze hebben patiënten aangetrokken. De ziekenhuizen die niet overschreden hebben, hebben niet goed hun best gedaan. Als dat waar is, zou dat betekenen dat de hele overschrijding van het ziekenhuisbudget alleen maar besteed is aan heel goede zorg. Is het nu werkelijk zo dat die overschrijdingen alleen maar te maken hebben met het feit dat ziekenhuizen die goed gepresteerd hebben, overschreden hebben, en ziekenhuizen die slecht gepresteerd hebben, niet overschreden hebben? Dan heb ik in ieder geval nu een heel ander beeld van die overschrijdingen gekregen.

Minister **Schippers**: We zitten met een systeem dat volledig stuck in the middle is. Enerzijds hebben we een plafond, anderzijds hebben we een prestatiebekostiging. Een ziekenhuis heeft verschillende financieringsstromen. Dat proberen we allemaal met elkaar in evenwicht te brengen. Als je precies kunt nagaan dat een ziekenhuis bijvoorbeeld 80% zorg verleend heeft die we graag willen hebben en voor 20% niet, kunnen we die 20% weghalen. Maar dat is allemaal niet uit te rekenen. Dat is het probleem. We zullen een systeem moeten hebben waarbij kwaliteit wordt beloond en niet een systeem waarbij kwaliteit wordt afgestraft. Daarop moet je je prikkels goed zetten. We zitten nu met een systeem dat een beetje houtje-touwtje in elkaar zit. Het is niet voor niets dat er in het regeerakkoord heel veel maatregelen staan om zo snel mogelijk uit dit systeem weg te gaan.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat het ziekenhuis betere kwaliteit levert als de omzet toeneemt. In Amsterdam zijn veel onzinpoli's. De huisartsen zijn er heel erg boos over. Die ziekenhuizen maken wel veel omzet, maar in het systeem van de minister gaat dat ten koste van de andere ziekenhuizen. Het meerdere van het ene ziekenhuis gaat immers ten koste van andere ziekenhuizen. Als een ziekenhuis in Oost-Groningen of Zeeland omvalt, moet daar toch een nieuw ziekenhuis komen? De bevolking kan niet verstoken blijven van een ziekenhuis om de hoek. Hoe lost de minister die tegenstelling op?

Minister **Schippers**: Ik heb niet gezegd dat meer omzet betere kwaliteit is. Ik heb gezegd dat een ziekenhuis veel patiënten kan aantrekken omdat die patiënten blijkbaar liever naar dat ziekenhuis gaan. Dat zie je heel sterk gebeuren. Ik zal de regio's en de ziekenhuizen niet noemen. Je ziet dat ziekenhuizen afgestraft worden door patiënten die geen zin meer hebben in een ziekenhuis omdat er veel gedoe over is. Je ziet een verlegde stroom van patiënten. Als je de korting naar rato gaat verdelen, straf je de ziekenhuizen af die de patiënten aantrekken. Het woord onzinpoli's dat de heer Van Gerven gebruikt, is een woord dat ik niet ken.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan moet de minister eens met de huisartsen in Amsterdam spreken.

De **voorzitter**: Kan dit standpunt van de minister juist niet productieverhogend werken bij ziekenhuizen? Ik heb daarnet ook een vraag gesteld met betrekking tot de prestatiebekostiging naar de mate van de overschrijding. Hoe ziet de minister dat?

Minister **Schippers**: Eigenlijk willen we naar een systeem waarin de zorgverzekeraar veel gericht inkoopt en vooral bij ziekenhuizen die het goed doen. Je ziet nu de restitutiepolissen waarbij de patiënt bepaalt waar hij heengaat. Als hij naar het ziekenhuis gaat waar hij graag wil zijn, staat hij daar als kruisje achter de productie. Je kunt je afvragen of we niet moeten zorgen dat die productie gedempt wordt. Ja, we moeten geen systeem hebben waar maximale productie geleverd wordt. Dat moet in de afspraken die de zorgverzekeraars maken met de zorgaanbieders. Dat is de backbone van ons systeem.

De kortingen zijn te veel betaald aan de ziekenhuizen. Het is niet zo dat we ineens geld komen weghalen. Het is te veel betaald geld. Wat ongelooflijk vervelend is en waar we zo snel mogelijk vanaf moeten, is die vreselijk late bekendmaking van de precieze gegevens. Dat ligt aan de dbc's. De heer Mulder, econoom, zei het ook al. Als je in januari naar de gegevens kijkt, moet je toch ongeveer kunnen zien wat je de rest van het jaar gaat doen. Maar als je een dbc opent en je sluit die pas na een jaar, zit er ongelooflijk veel vertraging in het systeem. Voordat alle gegevens op een rijtje staan en je precies weet hoe het zit, ben je al een of twee jaar verder. We hebben ook een vrij grote correctie in het kortingenbudget. De schoning door de uitbreiding van het B-segment, de tranche van 2009, en de grote technische aanpassing zitten ook in die korting. De kortingen zijn minder precies naarmate je verder van de sluitingsdatum afzit. Hoe dichterbij de datum komt, hoe meer je gevuld bent, des te preciezer ze zijn. Dus die 314 mln. is veel preciezer dan die 549 mln. omdat we meer gegevens hebben op basis waarvan de overschrijding wordt vastgesteld. Het is een vreselijk systeem. In november hebben we een commissie die al ingesteld was, versterkt met mensen van VWS, Financiën en het CVZ. Al deze geleerde mensen kijken hoe dit systeem versneld kan worden, zodat je de gegevens veel sneller hebt en zicht hebt op de situatie.

We halen niet met terugwerkende kracht geld bij ziekenhuizen weg. We zeggen niet dat we even geld komen terughalen. De korting geldt voor de toekomst. Het gaat ook niet om minder geld, want ieder jaar groeit het BKZ. We geven ieder jaar meer geld uit aan ziekenhuizen. De budgetten voor ziekenhuizen groeien ieder jaar. We moeten al deze dingen in acht nemen. De resultaten van de ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren beter geworden. We moeten het enigszins relativeren. Ik begrijp dat 314 mln. een behoorlijk bedrag is. Als ziekenhuizen komen met faseringsvoorstellen, wil ik ernaar kijken, maar wel in een brede inhoudelijke agenda. Ik heb nog heel wat op mijn lijstje staan. Ik heb ook gezien dat het aantal vermijdbare sterfgevallen is toegenomen in plaats van afgenomen. Ik heb nog wat eisen met betrekking tot kwaliteit over. Ik wil zeker kijken naar faseringsvoorstellen, maar er moet wat tegenover staan en iedere cent moet terugkomen, want het is wel geld van de premiebetaler.

Hoe kunnen de individuele ziekenhuizen de korting behappen? De hoogte van de gemiddelde winstmarge van ziekenhuizen geeft slechts een grove indicatie van de ruimte die de ziekenhuizen hebben om deze korting te realiseren. De heer Vierhout heeft een artikel geschreven in Zorgvisie. Hierin stelt hij dat de zbc's in het buitenland verantwoordelijk zijn voor de overschrijdingen. Deze bewering klopt niet. De vastgestelde overschrijding van de ziekenhuizen is alleen een overschrijding op het kader ziekenhuizen. De uitgaven in de zbc's en de zorguitgaven in het buitenland worden op een andere wijze verantwoord en zijn niet in deze overschrijding opgenomen. Daarnaast wordt in het artikel gesuggereerd dat de oude bekostigingssystematiek niet kostendekkend is. Ook dit is

geen juiste voorstelling van zaken. De bekostiging van het A-segment door middel van het functionele budget (FB) is kostendekkend. De ontwikkeling van het B-segment doet niets af aan de complexere zorg. De inspectie toetst de kwaliteit van de zorg. Dit geldt ook voor de complexere zorg. Daarmee zorgen we dat deze zorg van een goed niveau is. We gaan nu van de dbc-structuur naar de vereenvoudigde DOT-structuur. We zien wel dat in die structuur meer dan in het huidige systeem rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte.

Ik kan nooit uitsluiten dat een ziekenhuis in de financiële problemen komt, ook niet als dat is ten gevolge van deze korting. We hebben een earlywarningsysteem. Dat is bedoeld om instellingen te signaleren die mogelijk in financiële problemen komen. Dat kan ertoe leiden dat deze instellingen geïntensiveerd toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg krijgen. Dat gaat vaak samen. Op deze wijze wordt voorkomen dat financiële problemen als gevolg van bijvoorbeeld deze taakstelling of door andere oorzaken geen invloed hebben op de kwaliteit en de patiëntveiligheid van instellingen. Faillissementen moeten worden voorkomen. Niemand streeft ooit naar een faillissement. Dat is altijd erg treurig, geeft een hoop ellende en kost veel geld. De zorgaanbieders zijn echter wel zelf verantwoordelijk voor hun financiële positie. De zorgaanbieders vragen om meer ruimte en beslissingsbevoegdheid zodat ze zelf kunnen bekijken of ze een nieuwe, dure machine kopen, nieuwbouw willen of extra handen aan het bed inhuren. Enerzijds vragen de zorgaanbieders dus zelf de verantwoordelijkheid te mogen nemen. Anderzijds nemen ze die verantwoordelijkheid niet. Bij verantwoordelijkheid hoort immers dat je financieel verantwoordelijk bent en de financiële consequenties draagt. Hierin heeft ook de zorgverzekeraar een rol. Die heeft een zorgplicht. Wat betreft de bereikbaarheid en de kwaliteit heb ik wel specifieke verantwoordelijkheden. Die moet ik waarmaken, ook als een ziekenhuis failliet gaat.

Het monitoren van epilepsiepatiënten valt onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Deze zorg moet dus via de dbc's worden betaald. Epilepsie-instellingen worden op dit moment nog bekostigd via een budget. De dbc's worden alleen gebruikt om dat budget te dekken en worden nog doorontwikkeld. Hierdoor kan het voorkomen dat er nog geen kostendekkend tarief voor de saturatiemonitor beschikbaar is. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar moeten via het budget afspraken maken over de vergoeding van ziekenhuisverplaatste zorg, zoals in dit geval de saturatiemonitor. Daarnaast kunnen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis afspraken maken over ziekenhuisverplaatste zorg in een lokale productiegebonden toeslag. De patiënt mag hiervan geen hinder ondervinden. Daarom is VWS ook in overleg over deze ziekenhuisverplaatsbare zorg met de NVZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland.

Dit jaar ontvang ik van de NZa een uitvoeringstoets over de uitkomst van de prestatiebekostiging van ziekenhuizen vanaf 2011. In deze toets wordt ook aandacht besteed aan de beschikbaarheidsvergoedingen. Ik heb de NZa gevraagd een voorstel te doen hoe vanaf 2011 de hoogte van de toeslag berekend kan worden.

De heer Van Gerven vraagt of de uitspraak van de heer De Grave «drie ton voor medisch specialisten» normaal is. Hij vraagt of dit niet teruggebracht moet worden naar de balkenendenorm. Het norminkomen voor de medisch specialistische zorg is tot dusver vastgesteld op € 260 000 bruto-omzet, dus exclusief pensioen en kosten van apparaatskosten. Ik heb al forse tariefmaatregelen genomen om de omzetten van medisch specialisten te beteugelen.

Uiteraard moeten medische motieven leidend zijn en niet het winstmotief, maar ik verzet me tegen de suggestie dat deze niet kunnen samengaan. Ik zie vaak in de samenleving dat kwaliteit, dienstverlening en aandacht voor de klant niet lijden onder het winstmotief. Ze worden er vaak juist door versterkt. Ik heb tijdens de begrotingsbehandeling gezegd dat ik aan een

wetsvoorstel werk. Daarin zal ik voorwaarden opnemen die de kwaliteit moeten borgen. Daarnaast willen we in ieder geval heel strikte voorwaarden stellen aan het uitkeren van winst. Het voorstel komt in 2011 naar de Tweede Kamer.

De SOS-arts is een voorbeeld van een privaat initiatief dat in een gat stapt dat de reguliere zorg heeft laten ontstaan. Als mijn buurvrouw van 80 jaar naar de huisartsenpost wil, moet ze twee dorpen verderop zijn. Ze moet dan wel een auto hebben. Die heeft ze niet, dus er moet iets geregeld worden, bijvoorbeeld een taxi. Als mijn buurvrouw besluit het geld voor de taxi liever uit te geven aan een bezoek aan huis van de SOS-arts, wie ben ik dan om te zeggen dat ze dat niet mag doen? Als er een elektronisch patiëntendossier (epd) is, kan de arts daarin kijken. Ik heb bij een huisartsenpost nog nooit mijn eigen arts gehad. Ik zie hier geen probleem voor de kwaliteit. De SOS-arts is een nieuwkomer in de gezondheidszorg. Als hij het niet goed doet, zal hij geen mensen krijgen. Als hij het wel goed doet, is er dus blijkbaar behoefte aan.

Ik ben verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid van de acute zorg binnen de normtijd van 45 minuten. Die normtijd bestaat uit 15 minuten voor de aan- en uitrijtijden van de ambulance naar de plaats waar het ongeval heeft plaatsgevonden of waar de patiënt zich bevindt. Vervolgens bevat de normtijd 5 minuten om de patiënt ter plekke te stabiliseren en 25 minuten om weer naar het ziekenhuis terug te rijden. 97% van de ambulances is binnen 15 minuten bij de patiënt en 98,8% is binnen 25 minuten weer terug in het ziekenhuis.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kondig vast een VAO aan, onder andere over de SOS-arts. De minister maakt het op deze manier mogelijk dat de eigen bijdragen in de eerstelijnszorg opnieuw worden geïntroduceerd. Wie het kan betalen, kan de SOS-arts inroepen en de andere niet. De minister moet de huisartsenposten beter bereikbaar maken. Daar moet ze aan werken.

Minister **Schippers**: Ik ben het niet met de heer Van Gerven eens. De SOS-arts is extra en niet in de plaats van.

Het geneesmiddel Remicade zit in het verzekerde pakket voor behandeling bij reuma, ziekte van Crohn en sarcoïdose. Er verandert niets per 1 januari a.s. Wel laten enkele zorgverzekeraars de verzekerde toegang van behandeling met sommige geneesmiddelen, waaronder Remicade voor sarcoïdose, via het ziekenhuis lopen en niet langer via het extramurale geneesmiddelenvergoedingensysteem. Deze zorgverzekeraars stellen deze zorg bij het ziekenhuis te hebben ingekocht en daarmee aan hun zorgplicht te hebben voldaan. De rechter heeft onlangs bepaald dat dit legitiem is. Mij zijn enkele gevallen bekend waarbij een bekostigingsdispuut bestaat tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Mogelijk ondervindt een patiënt hiervan hinder. Dat zal de aanleiding zijn van deze vraag. Ik ga over de wettelijke verzekerde aanspraak op geneesmiddelen. Daarin is geregeld dat de patiënt aanspraak heeft op het geneesmiddel Remicade bij sarcoïdose als hij hierop volgens de behandelaar aangewezen is. Dat is nu zo en dat blijft zo per 1 januari. Ik verwacht van de zorgverzekeraar dat de patiënt ook dan toegang krijgt tot deze zorg en geen hinder ondervindt van ruzies tussen zorgverzekeraars en het ziekenhuis. Zorgverzekeraars moeten verzekerden hierover informeren via hun zorgpolis.

De z-waarde is bedoeld om de transitiefase naar de prestatiebekostiging zo te laten verlopen dat de risico's verantwoord blijven. Deze overgang willen we behoedzaam inrichten. De te nemen maatregelen als het afschaffen van de ziekenhuisbudgetten en het invoeren van de DOT brengen immers risico's met zich mee. De ziekenhuizen kunnen omschommelingen hebben. De overheid loopt een risico ten aanzien van de macrobeheersing. Daarom hebben de deskundigen het zogenaamde

z-waardemodel ontworpen. Dat is een manier waarop die risico's gedempt kunnen worden. Er wordt op dit moment druk nagedacht over de specifieke invulling van de z-waarde. Hoe gaan we het doen? In hoeverre beheers je de macrokosten maar houd je wel de dynamiek in de sector vast? Maar hierover hebben we nog niets besloten.

Volgens mijn informatie zijn Orbis MC en Atrium MC onder druk van de verzekeraar begonnen aan een verkenning naar de mogelijkheden tot samenwerking. Dat heeft dit voorjaar geresulteerd in een rapport van Berenschot. Hierin wordt geconcludeerd dat samenwerking inderdaad een optie is en dat er synergievoordelen te behalen zijn. In vervolg daarop hebben de ziekenhuizen zelf een drietal vragen uitgezet. Ze onderzoeken een mogelijke samenwerking op ICT-terrein, wederzijds boekenonderzoek en de businesscase.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Is er dus geen sprake van een fusie tussen Orbis MC en Atrium MC?

Minister **Schippers**: Men onderzoekt nu wat men wil doen. Men heeft nog nergens toe besloten. Men kijkt of samenwerking mogelijk is en op welke terreinen. Men kijkt of men wil fuseren of niet. In april neemt men daarover een besluit. Ikzelf weet er niets van.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister geeft aan dat er bij een fusie heel goed gekeken moet worden of een fusie de beste manier van werken is. Ik ben het erg eens met wat de minister daarover zei. Dan verwacht ik dat ze in dit geval ook op die manier gaat werken. Ik hoor graag van de minister welke stappen ze in dit traject gaat zetten. Reageert ze pas in april? Het gaat me er vooral om dat er niet een moment komt waarop de fusie een voldongen feit is.

Minister **Schippers**: Als ziekenhuizen zelf inventariseren wat de mogelijkheden zijn tot samenwerking, het delen van faciliteiten, het delen van ICT of tot een fusie, ben ik niet aan bod. De ziekenhuizen kunnen dat gewoon doen. Ik kom aan bod wanneer de ziekenhuizen willen fuseren. Als ze willen fuseren, gaat het verzwaarde traject in. Dan gaan we werken op de manier waarop dat in het wetsvoorstel Wcz al is aangekondigd. We zullen de extra eisen dan al toepassen. Ik kan niets doen voordat de ziekenhuizen zelf besloten hebben iets te gaan doen. Voor hetzelfde geld komen ze tot de conclusie dat ze er helemaal niet aan willen beginnen.

De oorzaak van de overschrijdingen kan gelegen zijn in het volume of de prijs. Om een beter inzicht te krijgen heb ik Vektis gevraagd in beeld te brengen welke ontwikkelingen plaatsgevonden hebben in de ziektekosten over de periode 2008–2009. Er zijn geen harde conclusies te trekken uit de gegevens die we tot nu hebben. Er is wel een indicatie dat de kosten van de tranche 2008 B-segment zijn toegenomen in 2008–2009. Daarnaast lijkt de kostenontwikkeling per specialisme te verschillen. Vektis heeft ook onderzoek gedaan naar de schoning van het B-segment in 2009. Hieruit komt naar voren dat de schoning niet goed is uitgevoerd. In de Kamer hebben we het al verschillende malen hierover gehad. Er is te weinig uit het budget geschoond. Wat we er toen te weinig uit hebben gehaald, komt dus nu terug in die korting.

In het begrotingsdebat heb ik gezegd dat ik in maart 2011 een uitgebreide brief naar de Kamer zal sturen over de basiszorg.

Patiënten hoeven de TNF-alfaremmers niet zelf te betalen. Ik wist niet dat hierover nog steeds onduidelijkheid bestond. Als de woordvoerders hierover e-mails krijgen, is dat kennelijk wel zo. We moeten nog eens kijken hoe we deze informatie beter kunnen communiceren. We zijn nog wel met de partijen in gesprek over het tijdstip van overheveling. Dat moet wel zorgvuldig. We proberen het in juli te halen, anders hebben we nog 25 mln. te verhapstukken.

Ik kan aanwijzingen geven aan de NZa maar deze mogen geen betrekking hebben op de hoogte van het tarief. Ik kan alleen een globale aanwijzing geven. Het geven van een aanwijzing aan de NZa om een bepaald bedrag te bezuinigen is technisch en juridisch mogelijk voor zover er een rechtvaardiging voor bestaat. Een aanwijzing om een bepaald bedrag aan inkoopvoordelen in het tarief te verrekenen, grijpt in op de hoogte van het tarief en is dus te specifiek. Een aanwijzing om de inkoopvoordelen te verrekenen in het tarief is een aanwijzing over de tariefsystematiek. Een dergelijke aanwijzing kan ik dus wel geven. Dit is echter niet meer nodig omdat er in het verleden al een dergelijke aanwijzing is gegeven op basis waarvan de clawback is ingesteld. Kortingen en bonussen die na afkomen door de clawback overblijven, worden al verrekend in het maximumtarief. De zorgverzekeraars kunnen lagere tarieven bedingen. Daarom vind ik een aanwijzing overbodig.

De vernietiging van een NZa-beleidsregel is een heel zwaar middel. Het besluit tot vernietiging bij Koninklijk Besluit wordt genomen binnen acht weken na bekendmaking van het te vernietigen besluit. Vernietigingsgronden zijn dat de beleidsregel in strijd moet zijn met het belang van de volksgezondheid en in strijd met het recht. In strijd met het recht lijkt me moeilijk hard te maken in deze casus. Dan zou het in strijd met de volksgezondheid moeten zijn. Ik heb hier lappen tekst, maar ik zie mezelf niet zo snel een vernietigingsbesluit nemen. Misschien komt dat door mijn grote vertrouwen in de NZa, die we vanuit de politiek hebben ingesteld omdat de deskundigen op dit gebied erin zitten. Als ik het beter zou kunnen, zou ik het zeker zelf doen. Maar we hebben de NZa niet voor niets ingesteld. Veel van de gedetailleerde vragen die gesteld zijn, kan ik pas beantwoorden nadat de NZa op 15 december een tarief heeft vastgesteld. Als de woordvoerders mij dan dezelfde vragen stellen op 16 december, kan ik er gedetailleerd op ingaan.

De voorzitter: Is het een optie dat de minister de betreffende vragen na 15 december schriftelijk beantwoordt?

De heer Van der Veen (PvdA): Als we het dan zo snel mogelijk na 15 december krijgen, is het zeker een optie. Ik begrijp van de minister dat zij een aanwijzing kan geven die betrekking heeft op de hoogte van het bedrag.

Minister Schippers: Nee, ik kan alleen een aanwijzing geven die betrekking heeft op de systematiek.

De heer Van der Veen (PvdA): Ik zat geconcentreerd te luisteren. De minister zei in het begin van de tekst dat bepaalde dingen in de systematiek vastliggen en dat het moeilijk is daarin dingen te wijzigen.

Minister Schippers: Ik kan alleen een globale aanwijzing geven. Die kan geen betrekking hebben op de hoogte van het tarief. Ik mag niet zeggen dat het tarief van € 7,20 dat de NZa heeft vastgesteld, bijvoorbeeld € 7,00 moet zijn. Ik kan de NZa wel een aanwijzing geven dat ze een bepaald bedrag moet bezuinigen of inkoopvoordelen in het tarief moet verwerken. Dat is in het verleden ook wel gebeurd.

De voorzitter: Ik stel voor dat de minister bij de schriftelijke beantwoording van de vragen deze systematiek ook op een rijtje zet.

De heer Van der Veen (PvdA): Dat is prima. Ik constateer dus dat de minister bijvoorbeeld uit oogpunt van bezuiniging een aanwijzing kan geven dat het tarief lager moet worden vastgesteld.

Minister **Schippers**: Ik kan wel een algemene aanwijzing geven maar geen tariefsaanwijzing. Ik kan wel zeggen dat de NZa een bepaald bedrag moet bezuinigen, maar ik kan niet zeggen dat het vastgestelde bedrag van € 7,20 naar € 7,00 moet.

De **voorzitter**: De minister zal deze vragen schriftelijk beantwoorden na vaststelling van het NZa-tarief.

Minister **Schippers**: Ik wil de vrije tarieven invoeren in 2012 en niet in 2011. Ik denk dat de apothekers en zorgverzekeraars er dan klaar voor zijn. Ik wil van dit systeem af: iedere keer dat gedoe met clawbacks en ruzies over tarieven die worden uitgevochten via de rechter of via de Kamer. Daar hebben we ze niet voor ingehuurd. Het zijn geen administratiekantoren. Ze moeten zorg inkopen voor een scherpe prijs. Laten ze uit hun stoel komen als ze vinden dat er nog 100 mln. in zit. Ik weet niet eens wat het tarief gaat worden. Laat ze onderhandelen als ze vinden dat welk vastgesteld tarief dan ook te hoog is. Ik wil naar vrije tarieven. Laat de zorgverzekeraars gaan onderhandelen met de apothekers. Laten ze afspraken maken over zorg. Ik word er gek van dat het in de zorg altijd over geld gaat. Laten ze hun energie richten op kwaliteit van zorg en op veiligheid. Laten we stoppen met de manier waarop we nu al jaren in dit dossier rondzwemmen. De procedure voor de vrije tarieven en het plan van aanpak zal ik begin 2011 voorhangen bij de Tweede Kamer. Over dat voorstel ga ik dan graag met de Kamer in gesprek.

Het onderzoek van Gupta laat een hoge omzetontwikkeling zien. Het blijkt ook uit de overschrijdingen die we hebben. Gemiddeld zijn de eigen vermogens van ziekenhuizen tussen 2008 en 2009 met meer dan 13% toegenomen. Er is sprake van een toename van de resultaten. De huidige stand van de overschrijding is gebaseerd op recentere en definitievere cijfers. Ik verwacht geen grote bijstellingen meer van het kortingsbedrag. Volgend jaar zullen we in uitgebreidere notities terugkomen op de fusies en stringentere voorwaarden voor fusies. Begin volgend jaar zal ik de Kamer nader informeren over de transitie naar de prestatiebekostiging in de cure-sector op basis van de DOT. In de derde week van januari kom ik met een vrij uitgebreid en nader ingevuld plan van aanpak voor de komende kabinetsperiode. Ik informeer de Kamer dan welke wetsvoorstellen ik in welke volgorde zal doen en wat ongeveer de tijdsplanning is van al die wetsvoorstellen. Naar aanleiding van die brief kunnen we het hierover dan uitgebreid hebben. Ik heb al toegezegd dat ik in het voorjaar met een stand-van-zakenbrief over Zeeland kom. Ik zal er druk op zetten dat we dat in ieder geval eind januari doen, ook naar aanleiding van alle overleggen die nu nog gevoerd worden.

Als de TNF-alfaremmers worden overgeheveld naar het ziekenhuiskader, moeten de ziekenhuizen voor alles zorgen wat met de toepassing en aflevering van deze geneesmiddelen te maken heeft. Ze zijn dus verantwoordelijk voor de levering bij patiënten thuis onder de juiste condities. Koeling is er daar een van. Bij de overheveling zal er goed op worden gelet dat de zorg voor de patiënten die met deze middelen worden behandeld, kwalitatief even goed blijft.

Als de overschrijding volgend jaar lager blijkt uit te vallen op basis van nieuwe cijfers, pas ik de korting uiteraard aan. Ik denk overigens niet dat er een groot verschil zal zijn. Begin volgend jaar zal ik de Kamer informeren hoe we in de toekomst met de overschrijding denken om te gaan. We gaan het systeem immers grondig aanpakken. De kortingen houden we totdat het informatiesysteem op orde is. Dat vind ik zelf ook uiterst irritant. Maar zolang een dbc een jaar open kan staan, kunnen we niet afrekenen. We zullen het systeem grondig moeten aanpakken om van deze ellende af te komen.

Ik schrijf de Kamer een uitgebreide brief over alle vragen met betrekking tot de basiszorg. Wat is basiszorg? Wat moet dichterbij huis? Er kunnen

allerlei zorgvormen tussen de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg inzitten, bijvoorbeeld de anderhalvelijnszorg. Die kunnen heel veel perspectief bieden. Je ziet ze als paddenstoelen uit de grond schieten. Ik zie het zorglandschap namelijk wel drastisch veranderen, zeker als we overgaan op prestatiebekostiging. Ik kan me dan heel goed voorstellen dat je in een ziekenhuis wordt behandeld en vervolgens in een zorghotel aan je herstel werkt. Het voert te ver om dat nu met de woordvoerders te delen, maar ik kom hier zeker op terug.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Neemt de minister ook de vraag mee of basiszorg altijd in het ziekenhuis moet plaatsvinden?

Minister **Schippers**: De echte basiszorg vindt plaats bij de eerste lijn, waaronder de huisarts. Verzorging is ook echt basiszorg. Met betrekking tot de overschrijding passen we niet alleen bij de ziekenhuizen de prikkels aan, maar ook bij de verzekeraars. Die moeten ook meer voelen wat ze inkopen en wat ze doen of laten. Bij hen moeten we ook kijken hoe het met de nacalculatie staat en of we het allemaal moeten laten zoals het nu is. Dat vinden we dus niet. Ook bij de verzekeraars gaan we aanpassingen doorvoeren. Die zal ik gelijk met de andere voorstellen die in de derde week van januari komen, aan de Kamer voorleggen.

Het is vreselijk dat we ieder jaar meer aan de gezondheidszorg uitgeven en dat we het alleen over conflicten en geld hebben. Het is mijn absolute inzet om te kijken hoe we het de komende kabinetsperiode beter kunnen gaan doen. Als er een overschrijding is, moet er automatisch iets in gang gezet worden waarover geen discussie meer mogelijk is. We moeten het met elkaar hebben over hoe we het veiliger in de ziekenhuizen maken en hoe we ervoor zorgen dat de zorg beter wordt en dichter bij huis geleverd wordt. Dan gaat het weer over ieders verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit in de zorgverlening. Hiervoor hebben we goede financiële afspraken met de partijen nodig. De korting op de tarieven van de medisch specialisten heeft ook effect op ziekenhuizen met medisch specialisten in loondienst. Dat is logisch want die ziekenhuizen hebben ook bijgedragen aan de overschrijding. Het is dus ook logisch dat ze weer bijdragen aan het inleveren van het geld.

In de praktijk werken we al een beetje met een EWS. We zien het in Zeeland maar ook elders. Gezien mijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteits- en de bereikbaarheidsnormen is het verstandig een dergelijk systeem in gang te zetten en in te richten. Ik kom hiervoor nog met voorstellen naar de Kamer.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Ik twijfel er niet aan dat dit dossier nog vaak terug zal komen. Feitelijk is de minister bezig met een onmogelijke missie. Je bent voor marktwerking omdat de zorg dan goedkoper en beter wordt volgens de filosofie. Vervolgens ga je toch budgetteren. Het is een beetje alsof je tegen Albert Heijn, die met kerst een enorme extra omzet maakt, zegt dat dat toch niet de bedoeling was, en dat we dat gaan korten. Als je voor marktwerking bent, kort je dus ook de ziekenhuizen niet omdat ze goede zorg leveren. Wat er gebeurt, is dat degene die erin slaagt om de omzet te realiseren en de budgettaire kaders te overschrijden, beloond wordt ten opzichte van de ziekenhuizen die zich wel keurig gedragen. Ik leg het de minister nogmaals voor. Met de dbc-systematiek krijgt een ziekenhuis voor een oncologische ingreep als een Whipple operatie € 1 200 en € 15 000 voor een slokdarmkankeroperatie. Wat doet het ziekenhuis dan? Dat heeft toch niets meer te maken met goede zorg? Het geld is dan leidend. Ik verzoek de minister de voorstellen van de Vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen (SAZ) over de beschikbaarheid-toeslag mee te nemen naar de discussie met de NZa.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Het is nog steeds niet helder waar het terugbrengen van de korting van 549 mln. naar 314 mln. vandaan komt. Is die 314 mln. nu echt de korting? We vragen hierop een duidelijk antwoord van de minister. Het idee dat ieder ziekenhuis dezelfde korting krijgt, zit ons niet helemaal lekker. De minister geeft aan hiermee meer prikkels te willen geven om kwaliteit en doelmatigheid te stimuleren. Om die reden zou het niet eerlijk zijn dat een ziekenhuis dat veel mensen trekt, daardoor veel kosten maakt en een overschrijding krijgt, extra gestraft zou worden. Maar als een ziekenhuis erin slaagt heel doelmatig te werken en binnen de budgetten te blijven, is het dan wel eerlijk dat het de korting krijgt die veroorzaakt wordt door overschrijdingen bij andere ziekenhuizen? Ik vind dat niet eerlijk. Ik proef dat ook bij de heer Van Gerven en ben heel benieuwd wat de andere fracties hiervan vinden.

De minister vindt een volwaardig, kwalitatief goed ziekenhuis op Walcheren belangrijk. We horen graag van de minister wat ze gaat doen als het ADRZ door deze heffing kopje-onder gaat.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor het beantwoorden van de vragen. De verlaging van 549 mln. naar 314 mln. komt volgens mijn gegevens omdat 94 ziekenhuizen minder hebben uitgegeven dan verwacht. Ik heb de minister al gevraagd of bekend is waarom die 94 ziekenhuizen minder hebben uitgegeven. Zijn dit die slechte ziekenhuizen waarvan alle patiënten zijn weggerend naar kwalitatief hogere ziekenhuizen? Is er een andere oorzaak aan te geven? We beschikken over te weinig informatie en willen hier graag nog een toelichting op. Dat mag ook in een brief als de gegevens nu niet bij de hand zijn.

Minister **Schippers**: We hebben ongeveer 100 ziekenhuizen. Ik kan de vraag van mevrouw Gerbrands helemaal niet thuisbrengen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Het komt uit informatie van de NZa. Ik heb die nu niet bij me, maar kan later doorgeven waar ik het vandaan heb. In maart krijgen we een brief met een beschouwing over basiszorg. Bij het ADRZ hebben we het primair over de SEH en de ic-bedden die nu weer opgeheven dreigen te worden. De minister heeft toegezegd in januari met een stand-van-zakenbrief te komen. We willen dan graag weten wat ze met deze bedden gaat doen. De Kamer heeft namelijk in de gehele breedte aangegeven deze bedden te willen houden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. We krijgen antwoorden over de farmacie als het NZa op 15 december uitspraak heeft gedaan. Ik vraag een toezegging van de minister dat de Kamer de antwoorden voor het begin van het kerstreces op 16 december krijgt.

Ook mijn fractie wil rust bij de apothekers en de zorgverzekeraars. Daarom is er vorig jaar een extra toeslag op het tarief gedaan zodat men inhoudelijk zou kunnen gaan praten. Daarvan is niets terechtgekomen. De vraag blijft dus waarom ze volgend jaar, als ze net als dit jaar weer 100 mln. te veel krijgen, wel over de inhoud zouden gaan praten.

Het is goed te horen dat de stand-van-zakenbrief over Zeeland al in januari komt. Ik was verrast door de uitspraak van de minister dat ze de situatie een pan met geklusterde eieren vindt die ze moeilijk uit elkaar kan halen.

Bestuurlijk vond ik het een opvallende uitspraak. Wellicht is het verstandig nog eens te gaan praten met bijvoorbeeld de gedeputeerde in Zeeland om bestuurlijk een aantal dingen op elkaar af te stemmen. We ontvangen ook graag zo snel mogelijk informatie hierover en ook over de ic.

We blijven verrast over de oorzaak van de overschrijding van de ziekenhuizen. De minister zegt enerzijds dat het aan de kwaliteit ligt: hoe beter,

hoe meer omzet. Anderzijds geeft ze aan dat Vektis het nog verder uit moet zoeken. Mijn fractie blijft bij haar stelling dat er terugbetaald moet worden naar rato van overschrijding. Er is geen enkele reden om dat op een andere manier te doen. Efficiënt werkende ziekenhuizen zouden hierdoor afgestraft kunnen worden. Dat is dus niet aan de orde. Wat ons erg aanspreekt is dat de minister met betrekking tot de terugbetaling naar fasering wil kijken. We horen graag hoe dat gaat. We hechten er erg aan dat een koppeling aan medische missers zo snel mogelijk aan de orde komt. Tot slot, hoe dekt de minister die 200 mln. minder teruggave in de begroting?

De voorzitter: Ik wil even opmerken dat we inmiddels het Nivel-rapport over medische missers en een kabinetsreactie hierop hebben ontvangen. Het staat op de agenda van de procedurevergadering. Daarmee kunnen we dus zelf aan de slag.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de minister hartelijk voor haar beantwoording en vooral ook voor haar stoere taal. De opmerking dat ze er gek van wordt dat het altijd over geld gaat en niet over de zorg, is me uit het hart gegrepen. Tegelijkertijd weet ik na een paar maanden in deze Kamer ook dat het wel degelijk voortdurend over geld gaat en dat we vooral bezig zijn de kosten beheersbaar te houden. Daarom kom ik nog even terug op de opmerkingen over mogelijke faillissementen van ziekenhuizen. De minister zegt enerzijds dat een ziekenhuis een anker is in een gebied en het daarom belangrijk is die ziekenhuiszorg beschikbaar te houden. Anderzijds zegt ze dat ziekenhuizen de problemen zelf moeten oplossen en prikkels moeten krijgen om efficiënt en effectief te werken. Deze ziekenhuizen zelf hebben altijd gezegd dat ook zo te willen. Ze moeten dus ook de risico's nemen. Is de minister ook bereid op gegeven moment te zeggen dat een ziekenhuis om te laten vallen omdat het het niet goed doet? Ik hoor graag een duidelijker antwoord hierop.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Uit de beantwoording bleek dat we inderdaad vastzitten in een systeem dat stuck in the middle is. Ze noemde het een houtje-touwtjesysteem. Ze sluit niet uit dat er de komende jaren verdere kortingen opgelegd zullen worden bij overschrijdingen. We kijken uit naar het voorjaar omdat we dan een aantal grote onderwerpen op tafel krijgen. Wat is basiszorg? Hoe vul je de anderhalve lijn in? We gaan alle maatregelen uit het regeerakkoord uitwerken. Wat betekenen de trends nu? Verzekeraar CZ zegt dat hij graag zoveel behandelingen wil vergoeden als minimaal nodig zijn. Er is een trend naar specialisatie. Ik had het voorrecht twee weken geleden deel te nemen aan een symposium over spreiding en concentratie van ziekenhuizen. Hier bleek dat ook de NVZ bezig is met dit soort trends. We zien graag dat de minister in het voorjaar de stip op de horizon zet waar we de komende jaren naartoe gaan en hoe de maatregelen daaraan bijdragen. We hebben vertrouwen in de minister. Bij de begrotingsbehandeling gaf ze al aan wat ze wil doen. Haar voorgangers hadden het al over zorg dicht bij huis. Deze minister zegt dit ook echt te gaan doen. Uit het feit dat er na de kerstvakantie een planning komt, blijkt dat de minister voortvarend te werk gaat. Tot slot dank ik de minister dat ze gaat kijken naar de saturatiemonitor.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik wil de minister danken voor haar antwoorden. Ik ben blij met haar toezegging dat er een fasering kan komen bij ziekenhuizen die in de problemen zouden kunnen komen. Ik vind het terecht dat ze daar extra eisen voor stelt. Dat is een goed punt omdat we nog wel meer met overschrijdingen te maken kunnen krijgen.

Hoe worden de kostenoverschrijdingen versleuteld en al of niet gedifferentieerd? Als we in de toekomst met die prestatiebekostiging zitten en er komt een macroslot, moeten we een sleutel hebben om de kostenoverschrijdingen bij ziekenhuizen neer te laten komen.

We hebben uit de brief van de minister geconcludeerd dat we het inzetten van het College Zorginstellingen (CZi) moeten zien als een EWS. De minister gebruikt het zo, maar hoe het er precies uitziet, weten we nog niet. Daarop willen we graag een antwoord.

Voorzitter: Smilde

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Van Gerven vindt dat ik een onmogelijke missie heb. Ik zou in een spagaat zitten tussen marktwerking en budgettering. Ik wil helemaal geen marktwerking. Dat is echt een misvatting waaraan de SP blijft vasthouden. Marktwerking betekent een volle markt. We hebben te maken met een verzekerde markt, want iedereen is verzekerd. We doen bijzonder weinig aan eigen betalingen. Daar kunnen goede redenen voor zijn, maar dan heb je dus te maken met een bijna oneindige vraag. Dat is het hele probleem van de gezondheidszorg. Iedereen in deze Kamer, van links tot rechts, heeft gezegd dat volle marktwerking in de gezondheidszorg onwenselijk is. Dat heeft ongewenste resultaten. Dat moeten we dus niet doen. En dan kom je automatisch in een systeem waarin je allerlei prikkels inzet en allerlei dingen nabootst. Dat is onvermijdelijk. Het is dus gereguleerde werking. De vraag is wat je reguleert en in hoeverre je reguleert. Daarover verschillen we sterk van mening.

De heer Van Gerven vindt dat ziekenhuizen die zich keurig gedragen, moeten bloeden voor de overschrijding, maar de korting is een efficiency-korting die pondspondsgewijs over de ziekenhuizen verdeeld wordt. Dat is echt de allerbeste methode. Differentiatie is het straffen van goede ziekenhuizen. Je haalt alle prikkels weg om het beter te willen doen en patiënten naar je ziekenhuis te krijgen. Ik ben er geen voorstander van. De heer Van Gerven vindt dat er perverse prikkels zijn om geld te verdienen met lucratieve dbc's. Het idee van dbc's is dat ze kostendekkend zijn. De zorgverzekeraars onderhandelen deze kostendekkendheid uit met de zorgaanbieders. Als je geen goede prijs hebt, komt de deal niet tot stand en gaat je prijs omhoog. Anders heb je immers geen zorg en de zorgverzekeraar heeft in Nederland de zorgplicht. Een zorgverzekeraar met zorgplicht zal zorg in moeten kopen tegen een prijs die kostendekkend is. In het huidige systeem wordt 50% van de dbc's nog helemaal niet bepaald op kostendekkendheid. Met het DOT-systeem waaraan we nu werken en waarin de zorgzwaarte is verwerkt, wordt dit beter afgestemd. Dit zal een vooruitgang betekenen. Het verzoek om het voorstel van de SAZ te betrekken bij de beschikbaarheidtoeslag zullen we meenemen.

Mevrouw Voortman vraagt hoe het bedrag van 314 mln. is opgebouwd. Voor een deel komt dit door overschrijding: er is een afspraak gemaakt en die is overschreven. Voor een deel betreft het technische aanpassingen. Een van die technische aanpassingen is de schoning in 2009 voor de dbc's.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Hoe kan het nou? Eerst werd gezegd dat de korting 549 mln. was, daarna werd 314 mln. gezegd. Waar komt dat verschil vandaan?

Minister **Schippers**: Dat komt door het systeem waarvan we zo snel mogelijk af moeten. We openen een dbc en doen dat pas na een jaar weer dicht. Gedurende het jaar schatten we de productie in. De schatting is in het begin van het jaar nog erg onzeker. Hoe verder we in het jaar komen, hoe meer dbc's er gesloten worden. De schattingen worden dan accurater. Deze vertraging in het systeem maakt het zo moeilijk aanstuurbaar. We

kunnen niet op tijd bijsturen en moeten dus dingen terughalen. De kans dat de uiteindelijke afrekening veel afwijkt van 314 mln. is niet groot. Er kan natuurlijk altijd weer wat verschil in zitten omdat nog niet alle dbc's gesloten zijn. Dit systeem is dus moeilijk aanstuurbaar en daarom moeten we het ook aanpassen.

Mogen ziekenhuizen failliet gaan? Er zijn twee mogelijkheden. De eerste is dat je alle ziekenhuizen een garantie geeft dat de overheid ze altijd zal redden, wat ze ook doen, hoe slecht het ook met ze gaat, hoe slecht ze ook managen en waaraan ze het geld ook aangeven. Dat lijkt me slecht. De tweede is dat de ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn, accurate budgetten krijgen en een verzekeraar de zorg bij ze inkoopt. Ziekenhuizen kunnen er een potje van maken en omvallen. Wat er dan gebeurt, is afhankelijk van de plaats waar dat ziekenhuis staat. Ik wil het niet aan een ziekenhuis verbinden. We richten ons nu wel op één ziekenhuis, maar het is afhankelijk waar het omgevallen ziekenhuis staat. Als er in de buurt nog een ander ziekenhuis staat, is het probleem van bereikbaarheid niet aan de orde. In het andere geval hebben we een probleem met bereikbaarheid en spoedeisende hulp. Daarvoor heb ik een verantwoordelijkheid. Op dat punt zal ik dus ingrijpen. Natuurlijk komt er dan van alles in actie in zo'n gebied, en niet in de laatste plaats de zorgverzekeraar. Maar ik geef geen garantie aan ziekenhuizen. Dat is ook heel ongezond. Die negentien ziekenhuizen kan ik niet plaatsen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Het gaat echt om 94 ziekenhuizen.

Minister **Schippers**: Als we straks even uitwisselen waarover het precies gaat, zal ik de commissie schriftelijk informeren.

We doen ons uiterste best de Kamer zo snel mogelijk antwoord te geven op de ingeleverde vragen over de tarieven van de apotheekhoudenden. Het is afhankelijk van de datum waarop het NZa het tarief vaststelt. Dat zal waarschijnlijk 15 december.

Ik wil altijd met iedereen praten over het ADRZ, dus ook met de gedeputeerde, maar ik wil geen problemen naar mij toetrekken die niet bij mij horen. We moeten het ziekenhuis niet in de put praten. Tot nu toe redt het zich nog met betrekking tot financiën en de kwaliteit van zorg. Ik ben niet van plan om van problemen van ziekenhuizen meteen overheidsproblemen te maken.

Ik wil een inhoudelijke agenda voeren tijdens de komende kabinetsperiode. Voor die agenda kan ik voor grote delen op de steun van de Kamer rekenen. We willen allemaal dat het aantal vermijdbare overlijdensgevallen drastisch naar beneden gaat. We willen allemaal dat bewezen kwaliteitsverbeteringen sneller worden doorgevoerd. Alles wat we besluiten over financiën, zullen we koppelen aan die inhoudelijke agenda, ongeacht of het gaat over ziekenhuizen of andere sectoren.

De schatting van de overschrijding was 549 mln. Die blijkt nu dus 314 mln. te zijn. Het goede nieuws is dat we dus die 200 mln. ook niet binnen hoeven te halen.

Ik wil er erg voor waken dat we in een systeem naar meer vrijheid niet de hele zorgsector vastzetten. Ik wil niet zeggen hoeveel de zorginstellingen mogen produceren en hoeveel dat in totaal mag zijn. Ik wil dat de dynamiek blijft. De goede instellingen moeten kunnen groeien ten koste van slechte instellingen. Nieuw initiatief moet van de grond kunnen komen, ook al wordt dat elders gevoeld. Dat gebeurt als je ergens een plafond op legt. Om het paard niet achter de wagen te spannen, moeten goede prestaties beloond worden. Ook de zorgverzekeraar heeft hierin een belangrijke rol. We hebben de zorgverzekeraar immers aangewezen als degene die kwaliteit scherp inkoopt. De komende jaren moeten we deze ook de ruimte bieden, want anders is het systeem failliet.

Het EWS is er nog niet. Dat is een communicatiefout van mijn kant. We werken wel al in de praktijk een beetje à la een earlywarningsysteem. Ik

kom met voorstellen naar de Kamer hoe we zo'n systeem officieel gaan instellen.

De **voorzitter**. Er bestaat behoefte aan een VAO met als eerste spreker de heer Van Gerven. Dit zal worden aangevraagd. Ik bedank de minister voor de antwoorden, de mensen op de publieke tribune voor hun belangstelling en de leden voor hun inbreng.

Ik heb de volgende toezeggingen genoteerd:

- De Kamer ontvangt in de derde week van januari een plan van aanpak over de tijdsplanning van diverse wetsvoorstellen.
- De Kamer ontvangt eind januari een stand-van-zakenbrief over de ziekenhuizen in Zeeland.
- De Kamer ontvangt in maart een brief over het zorglandschap.
- De Kamer ontvangt in maart een brief die helderheid zal geven over fusies.
- De minister beantwoordt de vragen van de heer Van Veen bij ommekeer van de NZa-tariefstelling.