

Vergaderjaar 2014–2015

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 152

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 maart 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 februari 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 december 2014 met het verslag van een schriftelijk overleg over de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 147).**

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

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

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Leijten, Lodders, en Schut-Welkzijn,

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

Aanvang 15.25 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Minister van VWS, de Kamerleden en diegenen die het debat hier in de zaal of elders volgen hartelijk welkom bij het algemeen overleg over de invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg. Ik stel een spreektijd van maximaal drie minuten voor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De partijen in de Kamer hebben uitgebreid met de Minister van gedachten gewisseld, ook schriftelijk, over de invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg. Ik dank de Minister voor de vele antwoorden die wij hebben gekregen. Zoals ze altijd zo mooi zeggen, geldt voor de integrale bekostiging: the proof of the pudding is in the eating. Eigenlijk is er volgend jaar pas echt zicht op de manier waarop de integrale bekostiging gewerkt heeft. De ziekenhuizen hebben vorig jaar in ieder geval hard gewerkt om die voor elkaar te krijgen.

Voor dit moment heb ik een aantal vragen, met name over de wijze waarop de raad van bestuur nog in het eigen ziekenhuis kan ingrijpen. Hoe kan de raad van bestuur bij de verschillende organisatiemodellen die ontwikkeld zijn, de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg waarmaken?

Een andere vraag die in dat kader ook speelt, is dat de raad van bestuur geen directe zeggenschap meer heeft over specialisten die in een maatschap werken en de waarnemers van die specialisten. Hoe kan een disfunctionerend medisch specialist worden aangepakt, als deze geen eigen toelatingsovereenkomst meer heeft met het ziekenhuis, maar participeert in een van die modellen? Graag krijg ik daar een toelichting op.

Daarnaast heeft de Minister een subsidieregeling gemaakt waarmee medisch specialisten € 100.000 van de Staat kunnen krijgen als ze in loondienst gaan werken. Het CDA heeft al eerder gezegd dat het dit subsidie-infuus maar niets vindt. Het CDA is ook niet tevreden met het antwoord van de Minister op de vraag over het verruimen van de subsidieregeling, waardoor medisch specialisten die vlak voor hun pensioen zitten, nog snel € 100.000 kunnen krijgen. Aanvankelijk vond de Minister het eigenlijk ook geen goed plan om medisch specialisten net voor hun pensioen nog € 100.000 te geven, maar inmiddels heeft ze de regeling verruimd. Kan de Minister ons straks, als deze subsidieregeling is afgelopen, heel goed informeren over de realisatie van deze subsidieregeling en over het aantal medisch specialisten dat hiervan gebruikt heeft gemaakt, uitgesplitst naar de doelgroep van de oorspronkelijke regeling en de doelgroep die in de oorspronkelijke regeling was uitgesloten?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De invoering van integrale bekostiging moet het eenvoudiger maken om de zorg te betalen en om de mogelijkheden van mensen die verschillende declaraties binnen een ziekenhuis afsluiten, te stroomlijnen. Er is één orgaan verantwoordelijk voor het financiële beleid en voor de integrale tarieven en dat is eigenlijk de raad van bestuur. De belangrijkste vraag is: wat gebeurt er met de medisch specialisten? Gaan ze in loondienst of blijven ze een vrij beroep uitoe-

fenen? De Minister heeft daar geen keuze in gemaakt. Wij hebben al laten weten dat wij het heel jammer vinden dat ze niet heeft gekozen voor loondienst. Volgens de SP had ze een ingroeimodel kunnen hanteren waarmee dat prima had gekund. Na het schriftelijk overleg, vraag ik me af of de pas niet is afgesneden voor een bepaald ingroeimodel, omdat alle medisch specialisten nu in een bedrijf zijn ondergebracht. Kan een nieuwe, jonge specialist die in het ziekenhuis komt werken, nu nog zeggen: ik wil eigenlijk niet bij dat bedrijf in dienst, maar in loondienst bij het ziekenhuis. Kan dat nog? Wij zagen de afgelopen jaren de trend dat steeds meer jonge medisch specialisten zeiden: doe mij maar liever loondienst; ik hoef die vrije vestiging niet.

Wanneer er veel verandert in een organisatie, brengt dat een hoog risico met zich, zegt de inspectie altijd. Daarom heeft de inspectie een zelftest voor ziekenhuizen gemaakt. Ik heb die met zeer veel interesse gelezen. De inspectie heeft daarin de volgende meesterlijke zinnen gehanteerd: «Kun je elkaar in de ogen kijken en zeggen dat je op al deze vlakken goede afspraken hebt? Ook als het spannend wordt?» Dat zijn twee vragen waar geen antwoord op gegeven wordt. Daarom vraag ik het antwoord aan de Minister. Wordt dit nu transparanter en duidelijker? Mevrouw Bruins Slot vroeg al wie nu eigenlijk het stuur in zijn hand heeft als een medisch specialist in het ziekenhuis werkt, terwijl het ziekenhuisbestuur eigenlijk vindt dat hij daar niet werkzaam zou moeten zijn.

Staat de inhoud uiteindelijk voorop als er veel bedrijfjes in een ziekenhuis zijn waarmee allerlei afspraken gemaakt moeten worden? Leidt dat niet tot oneindig veel meer bureaucratie en feitelijk een gedeelde verantwoordelijkheid, waardoor niemand verantwoordelijk is? Kan de Minister hierop ingaan? De Minister heeft goed geantwoord op de vragen die wij over het risico van meerdere bedrijfjes in het ziekenhuis gesteld hebben in het schriftelijk overleg, maar ik kijk nu even naar de praktijk. Ik geef een voorbeeld dat de luisteraars misschien zal verbazen. Kijk eens naar wat Loek Winter doet in de ziekenhuizen die hij opkoopt. Hij zegt gewoon rücksichtslos: hup, iedereen in loondienst; dat is het beste model dat ik ook het beste kan aansturen, want er is maar één iemand verantwoordelijk. Als je dat ziet bij een private investeerder die een ziekenhuis goed wil leiden, maar er ook nog iets aan wil verdienen, kun je daar toch uit opmaken dat dat het beste model is? Ik vraag de Minister echt of het nog mogelijk is om toe te werken naar de definitieve keuze dat uiteindelijk iedereen in jaar X in loondienst is en dat er geen bedrijfjes meer zijn in ziekenhuizen, maar gewoon eenzelfde besturingsmodel in ieder ziekenhuis.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Voorzitter. De VVD is voor één tarief voor de totale zorg en dus ook voor de integrale bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Eerst betaalde de verzekeraar apart voor de loonkosten van de medisch specialist, voor het gebouw en voor de behandeling. Dat maakte de onderhandeling over tarieven tussen verzekeraars en ziekenhuizen heel ingewikkeld. Er moest immers rekening gehouden worden met een vast honorariumbudget voor medisch specialisten. In die zin wordt de bedrijfsvoering van de medisch-specialistische zorg nu even normaal als die bij andere vormen van zorg eigenlijk al was.

De VVD heeft nog wel wat vragen over de uitwerking hiervan. Wat opvalt in de NZa-monitor is dat verzekeraars voor 2015 al wel contracten hebben gesloten met ziekenhuizen, maar dat er tussen ziekenhuizen en specialisten onderling nog weinig afspraken lijken te zijn gemaakt. Die afspraken zouden dan moeten gaan over de verdeling van kosten en risico's, en over prijs, kwaliteit en productie. Hoe die kosten en opbrengsten intern in een ziekenhuis worden gedeeld en wie er verantwoordelijk is als de werkelijkheid uiteindelijk afwijkt van de planning, is nog niet geregeld.

Onderkent de Minister deze risico's voor de bedrijfsvoering van ziekenhuizen?

Mevrouw Leijten had het al over de zelftest van de IGZ die kan helpen om bestuurders en medisch specialisten inzicht te geven in de afspraken die zij nog moeten maken. Heeft die zelftest effect? Hoe kan de Minister stimuleren dat deze afspraken tot stand komen? Speelt de verzekeraar hier nog een rol in of is die beperkt tot de afspraak met de contractpartner, want dat wordt het ziekenhuis voor de verzekeraar?

De VVD is er voorstander van dat een medisch specialist vrij kan kiezen om in loondienst te gaan of een vrij beroep te blijven uitoefenen, maar hij kan niet langer zelfstandig declareren. Medisch specialisten die willen ondernemen, lopen risico op hun aandeel in het ziekenhuis. Zij doen investeringen in apparatuur en hebben met elkaar personeel in dienst. De VVD vindt dat een goede zaak. De medisch specialist loopt zo ondernemersrisico evenals andere ondernemers.

De Ministeries van Financiën en VWS hebben samengewerkt met het veld om vooraf zekerheid te bieden aan medisch specialisten over hun fiscale positie. Kan de Minister een toelichting geven op de laatste stand van zaken nu alle specialisten die een bedrijf wilden vormen, zich voor 1 januari bij de fiscus hebben moeten melden? Hoeveel medisch specialisten hebben gekozen en voor welke modellen? Is daar een overzicht van?

Mevrouw **Leijten** (SP): Onze manier van denken over de ordening van de medische zorg verschilt natuurlijk enorm, maar ik vind het wel interessant dat mevrouw Schut-Welkzijn zegt dat specialisten nu ondernemersrisico gaan lopen, omdat zij in een medisch-specialistisch bedrijf in een ziekenhuis georganiseerd zijn. Als het ziekenhuis de contracten sluit met de zorgverzekeraars en daar ook verantwoordelijk voor is, welk risico lopen die ondernemers dan eigenlijk? En welk risico loopt het ziekenhuis als het ondernemersrisico zo groot wordt dat die ondernemers vertrekken?

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Ik denk dat medisch specialisten meer risico gaan lopen dan zij tot nu toe liepen en dat vind ik een goede zaak. Om als ondernemer te worden gezien, moeten ze ofwel een aandeel hebben in het ziekenhuis ofwel zelfstandig personeel in dienst hebben. Tot nu toe was het nog vaak zo dat ze wel zelf konden declareren bij een zorgverzekeraar, maar dat ze eigenlijk alle ondersteunende diensten afnamen van het ziekenhuis. In die zin vind ik het heel goed dat risico en ondernemerschap met elkaar samengaan, want zo hoort het te zijn. Daar is de VVD voorstander van.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als het ziekenhuis onderhandelt over het uiteindelijke budget en de productie en vervolgens in het ziekenhuis, al dan niet in een samenwerkingsverband of in een hybride verband – we hebben over al die modellen gelezen – het geld en de productie verdeelt, vraag ik mij af welk ondernemersrisico er is. Ik zie eigenlijk een veel groter risico voor het ziekenhuis en de continuïteit van het ziekenhuis zelf. Wat als een medisch-specialistisch bedrijf uit het ziekenhuis stapt, omdat het hem niet meer bevalt of omdat het te weinig verdient? Wat dan? Dan heeft een ziekenhuis opeens bijvoorbeeld geen kindergeneeskunde of gynaecologie meer. Is dat een wenselijke situatie?

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Ik kan mij nauwelijks voorstellen dat een bedrijf dat doet, maar we zullen dat bezien. Nu is het zo dat allerlei specialismen aparte maatschappen hebben. Dat wordt allemaal omgevormd tot een bedrijf waarin veel medisch specialisten werkzaam zijn. Ik kan mij dus niet voorstellen dat medisch specialisten willen wat mevrouw Leijten zegt, maar ik denk dat de risico's beter zijn verdeeld en

beter hun plek krijgen dan nu het geval is. Het risico, het ondernemerschap en het geld dat je moet investeren voordat je als ondernemer wordt gezien, zijn beter belegd dan tot nu toe het geval was. Ik denk dat het tot nu toe helemaal niet helder was wie er nu eigenlijk over het ondersteunend personeel, het gebouw of het honorariumbudget ging. Daar is een einde aan gekomen met de integrale tarieven.

Ten slotte heb ik nog enkele vragen over de regiomaatschappen.

Samenwerking tussen medisch specialisten op medisch gebied kan de kwaliteit bevorderen, maar een fusie in een regiomaatschap is hiervoor in feite niet nodig. Zo'n fusie kan tot monopolievorming van alle medisch specialisten in een regio leiden. De Minister zegt dat de Autoriteit Consument & Markt en de Nederlandse Zorgautoriteit hier scherp op toezien. Heeft de fiscus een van die of meerdere regiomaatschappen goedgekeurd? Als dat zo is, hoe gaan zij declareren? Gebeurt dat direct of via een ziekenhuis? De uitoefening van de marktmacht ten opzichte van ziekenhuizen en verzekeraars vindt de VVD een ongewenst effect van deze regiomaatschappen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Één tarief, integrale bekostiging, sturen op prijs en kwaliteit door de besturen van een ziekenhuis: wij zijn hier allemaal zeer voor. Maar een aantal ontwikkelingen in de praktijk baart ons wel zorgen. De prikkel tot het betalen per verrichting bestaat namelijk nog steeds. Zo kennen wij casussen waarin artsen heel goed bezig zijn met het leveren van zinnige en zuinigere zorg, maar dan staat daar de financieel directeur, die zegt: allemaal goed en aardig, maar de inkomsten lopen terug, dus opschroeven die productie. Zo krijg je eigenlijk de omgekeerde variant, namelijk dat een bestuur moet sturen en meer macht krijgt, maar op de verkeerde manier stuurt. Heeft de Minister deze ontwikkeling in beeld? Hoe kan die prikkel worden weggenomen?

Een bijeffect van integrale bekostiging zou moeten zijn dat medisch specialisten die in een ziekenhuis werken en eigenlijk alleen daar, geen extra fiscaal voordeel hebben ten opzichte van hun collega's die in loondienst zijn. Maar door te vluchten in grote maatschappen, lijken ze een route te hebben gevonden om alsnog fiscaal voordeel te behalen en dat is niet de bedoeling. Dat is zonde van het zorggeld. Bovendien ontnemt dit de raad van bestuur van een ziekenhuis de mogelijkheid om te sturen op kwaliteit en om in te grijpen bij disfunctionerende artsen. Mijn collega zei dit net al. Grote maatschappen zijn in die zin ongewenst. Welke voortgang is er nu geboekt bij het in loondienst brengen van medisch specialisten? Wat heeft de subsidieregeling opgeleverd? Gaat de Minister ook monitoren wat de effecten in de praktijk zijn? Behalen wij de resultaten die wij beogen met deze wijziging?

We willen ook graag weten welke invloed de introductie van integrale tarieven heeft op positie van verpleegkundig specialisten of physician assistants. Heeft de Minister signalen gekregen dat de werkzaamheden van deze pa's door de integrale tarieven onder druk staan? Zo ja, hoe borgt de Minister dan dat taakherschikking en substitutie van zorgtaken ook na de invoering nog steeds gestimuleerd wordt? Wordt dit bijvoorbeeld meegenomen in de substitutiemonitor? Dit is een bekend vraagstuk. Hoe komen wij tot substitutie en taakherschikking als dit tegelijkertijd het inkomen van de medisch specialist raakt? Hij moet namelijk inleveren voor een ander.

Mijn laatste punt betreft het declareren en het voorkomen van foute declaraties. In de NZa-monitor staat dat sommige partijen in samenwerkingsovereenkomsten laten vastleggen dat de medisch specialist die verdient aan de zorg, zich niet verantwoordelijk acht en ook niet verantwoordelijk gehouden wil worden voor foute declaraties. Wij vinden dat zeer zorgwekkend, want dit lijkt ons een beetje de omgekeerde wereld. De NZa zegt terecht dat ze het een zorgelijke ontwikkeling vindt, maar op

welke manier zit de NZa hier bovenop in haar toezicht? Hoe wordt dit dus echt voorkomen?

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is er een einde gekomen aan de eerste termijn van de Kamer. Ik stel voor om vijf minuten te schorsen, om de Minister de gelegenheid te geven, haar antwoorden voor te bereiden.

De vergadering wordt van 15.40 uur tot 15.45 uur geschorst

Minister **Schippers**: Voorzitter. We zijn al enige jaren bezig met dit traject om één rekening te krijgen waarmee alles wordt vergoed. In de rest van de zorg gaat het al zo, maar in de medisch-specialistische zorg nog niet. In het zorgakkoord, dat in juli 2013 is afgesloten, is de concrete afspraak gemaakt dat die integrale bekostiging er zal komen. Daar is ontzettend hard aan gewerkt door de Orde van Medisch Specialisten, door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), maar ook door het Ministerie van Financiën en het Ministerie van VWS.

Dit gebeurde in een traject dat heel intensief is geweest, met name in 2013. Toen is er veel overleg gevoerd en zijn er allerlei modellen uitgewerkt. Eind 2013 zijn die ook allemaal bevestigd. Vervolgens werd het akelig stil en leek er heel weinig beweging te zijn. De onrust – wanneer gaat er wat gebeuren? – nam daardoor toe. Uiteindelijk kwamen de meeste volledige verzoeken vanaf september 2014 binnen. Dat is dus een behoorlijke tijd daarna. Uit die verzoeken bleken flinke verschillen tussen de ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen hadden al veel uitgewerkt, veel met elkaar afgesproken en een heel intensief traject gevolgd. Bij andere was dat veel minder het geval. De Belastingdienst heeft vanaf oktober gezegd: kom bij ons, dan kunnen wij een zienswijze geven. Daarna is het vrij snel gegaan. De deadline was toen door de Belastingdienst op 15 oktober gesteld.

Van de drie modellen, loondienst, participatiemodel en medisch-specialistisch bedrijf, blijkt veruit het grootste gedeelte voor het medisch-specialistisch bedrijf te hebben gekozen. Ik heb al eerder gezegd dat ik dat het minst aantrekkelijke model vind. Ik vind het participatiemodel een aantrekkelijk model, evenals loondienst. Het medisch-specialistisch bedrijf vind ik echter het minst aantrekkelijke model, omdat zich daarbij nog allerlei vraagstukken voordoen die in dat model moeten worden opgelost. Is dit het eindbeeld? Dat denk ik niet. Het medisch-specialistisch bedrijf heeft namelijk een zekere eenvoudigheid die het participatiemodel niet heeft. Naar ik heb begrepen is er naast dat ene ziekenhuis dat daarvoor heeft gekozen nog een aantal andere ziekenhuizen dat er ook voor voelt maar het nog verder moet uitwerken. Daarnaast zijn er drie ziekenhuizen die in hun geheel zijn overgestapt naar de regeling zoals we die hebben opgesteld voor loondienst. Dat is overigens nog helemaal niet afgerond; het loopt tot 1 maart. Vervolgens kun je tot 1 juli je zaken aanvullen. Je kunt dus tot 1 maart nog kijken wat er verder aankomt. Maar goed; wij denken een aardig beeld te hebben. Er zijn overigens wel individuele maatschappen overgestapt naar loondienst.

Ik heb destijds de subsidieverlening verlengd omdat als een specialist in een maatschap zit en denkt «ik hoef nog maar een paar jaar en dan komt er een nieuwe» en als die specialist niet in loondienst gaat, ook de nieuwe specialist niet in loondienst kan, want die treedt in de voetsporen van zijn voorganger in die maatschap. Dat verhinderde dus dat de nieuwe aanwas in loondienst zou beginnen. Dat is de reden dat wij destijds de regeling hebben verbreed.

Het is de afgelopen maanden heel veel over fiscale onderwerpen gegaan. Dat heeft geleid tot goede gesprekken binnen ziekenhuizen over vragen als «wat is dit ziekenhuis?», «wat willen wij met elkaar neerzetten voor de patiënt in dit ziekenhuis?» en «hoe regelen we dat goed?». Maar het is niet zo dat het nu klaar is. Het gaat er nu om dat alle drie de modellen echt

gaan bijdragen aan betere zorg. Daar moet hard aan gewerkt worden. Waarschijnlijk zal daarbij ook wel ontdekt worden dat er verbeteringen mogelijk zijn.

Het is heel belangrijk om voor ogen te houden dat in ieder model de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de kwaliteit en ook daadwerkelijk kan ingrijpen in de eigen organisatie als een individuele medisch specialist disfunctioneert of als er anderszins problemen zijn. In dit traject is de inspectie eigenlijk al sinds de zomer gaan meedenken en meekijken. Welk model je ook hebt, het is evident dat de raad van bestuur bij disfunctioneren kan ingrijpen. Dat is dan natuurlijk wel een soort eindpunt, een moment waarop je kunt zeggen: het is ook wel állemaal misgegaan. Maar ook vragen als hoe je de kwaliteit in het ziekenhuis verbetert of hoe je het samen beter kunt doen voor de patiënt zijn in alle drie de modellen nog onderwerp van gesprek. Er zullen uiteindelijk verschillende methodieken naar voren komen betreffende de manier waarop je een en ander het beste kunt aanpakken.

Het is een enorm intensief traject geweest, dat oorspronkelijk is ingegeven door de Belastingdienst die zei dat de manier waarop de maatschappen georganiseerd zijn, eindig is. Dat wisten we eigenlijk allemaal al jaren. Die knoop is nu doorgehakt. Nu gaat het erom dat we ook wat betreft de kwaliteit van zorg in de juiste zin door ontwikkelen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister zegt terecht dat het een heel intensief traject is. In heel grote maatschappen houdt men elkaar soms de hand boven het hoofd, bewust of onbewust, met het idee dat de betreffende collega zichzelf wel automatisch, vanzelf, zal verbeteren. In dat kader heb ik al eerder gevraagd of het zinvol zou zijn om te onderzoeken of je de verantwoordelijkheid bij de maatschap in den brede kunt leggen. Dan kan het zo zijn dat als je collega slecht functioneert, jij medeverantwoordelijk bent, omdat je dat moest weten of had kunnen weten. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan?

Minister **Schippers**: Wij hebben daar vaker over gesproken. Je hebt al de intercollegiale toetsing en functioneringsgesprekken die ingevoerd worden of zijn. Dat staat echter los van dit model. Of je nou een medisch-specialistisch bedrijf of juist een participatiemodel hebt opgericht, het toezicht van de inspectie en de methodieken die door de sector zelf zijn ontwikkeld voor de manier waarop je elkaar aanspreekt en waarop je handelt als er dingen misgaan, gaan gewoon door en moeten gewoon doorontwikkeld worden. Dit staat het niet in de weg.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben het met de Minister eens dat dit het niet in de weg staat, maar soms heb je naast alle goede bedoelingen een stok achter de deur nodig. Daar is dit model niet geschikt voor, want dat gaat vooral over tarifiering. Zou mijn voorstel kunnen werken als stok achter de deur om zo een sluitend geheel te krijgen, de kwaliteit te bewaken en te bevorderen, en sneller signalen bij de inspectie te krijgen? Vergeet niet: als de maatschap niets zegt en niemand klaagt, lijkt het alsof er niets aan de hand is. En juist in zo'n maatschap gaat het als het misgaat ook heel erg mis. Wil de Minister mijn voorstel onderzoeken?

Minister **Schippers**: Dit is een lopend traject. Ik kan de Kamer wel verslag doen van de stand van zaken van het traject. Ik hoef het niet te onderzoeken; de Orde van Medisch Specialisten heeft er zelf al beleid over geïmplementeerd. Ik kan de stand van zaken laten weten; dus hoe het nu loopt.

De **voorzitter**: Wanneer kan de brief daarover bij de Kamer verwacht worden?

Minister **Schippers**: Ik zou die willen voegen bij een traject met betrekking tot kwaliteit dat ik toch al doe. Ik hoor nu de leden spreken over de evaluatie van de Wet BIG, maar die ligt volgens mij nu ter behandeling bij de Kamer. Ik begrijp dat dat niet zo is. Dan zal ik kijken of ik het er daarbij kan betrekken.

De **voorzitter**: De informatie volgt bij de antwoorden op de aanvullende vragen over de Wet BIG.

De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**: Gelukkig hebben we al goede wetgeving gemaakt over disfunctionerende specialisten: de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De raden van bestuur zijn nu eindverantwoordelijk en daar verandert echt niets aan. De inspectie heeft impliciet zowel als expliciet aangegeven: beste mensen, wat u ook kiest, de raad van bestuur blijft eindverantwoordelijk. We hebben dat wettelijk geregeld en dat blijft toegepast worden. Het is dan ook glashelder dat je moet afspreken hoe je het binnen het ziekenhuis daadwerkelijk aanpakt, ongeacht het model dat je hebt gekozen. Dat was ook al het geval voor de integrale bekostiging; ook toen waren er al verschillende modellen in verschillende ziekenhuizen. Je kunt deze afspraken maken op het niveau van het collectief, maar je kunt ze ook maken tussen de raad van bestuur en de individuele specialist. Hoe dan ook is iedereen aan de wet gehouden.

Ik heb al aangekondigd dat de inspectie komend jaar expliciet toezicht houdt op de governance in de zorg in de ziekenhuizen. We spreken 17 maart daarover. De inspectie zal dit aspect expliciet meenemen in haar toezicht, omdat zij toch al die ronde dit jaar doet. Dat komt dus goed uit. Dan kan ze ook bekijken hoe de afspraken in verschillende ziekenhuizen daadwerkelijk vorm hebben gekregen.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): De raad van bestuur blijft eindverantwoordelijk voor het aanspreken van disfunctionerende artsen en voor het eventueel verwijderen van deze artsen uit ziekenhuizen, zegt de Minister. Hoe zit dat met regiomaatschappen? Daar is toezicht op vanuit de ACM en de NZa. Hier gaat het echter om toezicht op het niet-functioneren van artsen. Indien zo'n regiomaatschap een blok vormt en ziekenhuisbesturen en verzekeraars tegen elkaar uitspeelt, kan dat dan een probleem zijn? Hoe wordt daarmee omgegaan?

Minister **Schippers**: Wat betreft de regiomaatschappen scheelt het al een stuk als we de Wet marktordening gezondheidszorg aanpassen. In die aanpassingen zitten namelijk ook aanpassingen ten aanzien van regiomaatschappen. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat een regiomaatschap aanmerkelijke marktmacht laat zien en zaken oplegt die bijvoorbeeld de kwaliteit, de prijs of de dienstverlening betreffen. In zo'n geval zal de toezichthouder moeten ingrijpen. Sowieso voert de NZa een quickscan uit onder ziekenhuizen, om te bekijken hoe het precies geregeld is en of dat conform de wet is. Daarnaast houdt de inspectie de komende tijd dus apart toezicht en doet zij een extra toezichtronde op de governance. Door deze onderzoeken van beide instanties kom je vanzelf tegen hoe het gaat in een ziekenhuis met een gedeeltelijke regiomaatschap.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het lastige in deze modellen is dat de raad van bestuur er geen enkel zicht op heeft wanneer een waarnemer in een ziekenhuis in de maatschap wordt gefietst. Indien zo'n waarnemer disfunctioneert, zitten daar in de praktijk geen instrumenten achter. Het gaat natuurlijk ook over deze knelpunten. Welke oplossingen zijn er voor dit probleem?

Minister **Schippers**: Ook in die gevallen moet gewoon aan de wet voldaan worden. De afspraken die binnen het ziekenhuis gemaakt worden, of het nou een participatiemodel betreft of een medisch-specialistisch bedrijf, zullen moeten gaan over alles wat er daadwerkelijk kan plaatsvinden in dat ziekenhuis. Ook vervangers hebben gewoon aan de kwaliteitseisen te voldoen en de raad van bestuur is ook voor hen verantwoordelijk.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt eigenlijk dat voor die situatie de raad van bestuur aparte overeenkomsten moet afsluiten met het collectief van medisch specialisten of met de individuele medisch specialisten. Daarin is dan privaatrechtelijk geregeld wat de raad van bestuur kan doen wanneer iemand faalt in zijn werk. Eigenlijk zit er dus een juridische laag onder. Ik hoor dat ook van ziekenhuisbestuurders zelf terug: zij moeten nieuwe contracten afsluiten boven op de andere contracten, zodat ze medisch specialisten individueel kunnen aanspreken. Dat vind ik nogal veel papierwerk.

Minister **Schippers**: Tussen het ziekenhuis en het medisch-specialistisch bedrijf worden afspraken gemaakt, ook over vervanging. Als er een vervangingsregeling is, zijn daar dus afspraken over gemaakt. Hoe dat precies tussen de verschillende medisch-specialistische bedrijven in het ziekenhuis is gegaan, zal blijken uit de quickscan van de NZa. Dan zal blijken of daar dezelfde manier is gevonden om het te regelen of dat het via verschillende modellen is gegaan. De inspectie brengt een zelftest uit, geeft heel duidelijk aan hoe de verhoudingen liggen volgens de wet en zegt dat je daar invulling aan moet geven. Vervolgens controleert de NZa hoe het specifiek zijn weg heeft gevonden in al die ziekenhuizen. We hebben het dus goed geregeld, lijkt mij. Iedereen moet zich aan de wet houden, ook een vervanger.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister vertelt dat er de laatste tijd hard is gewerkt en dat er veel aandacht is geweest voor fiscale onderwerpen. Dat kan ik mij goed voorstellen. De NZa spreekt van vier modellen; ik breng het coöperatiemodel maar even onder in het medisch-specialistisch bedrijfsmodel. Bij de vier modellen is de verantwoordelijkheidsverdeling heel duidelijk een van de risicofactoren. Dan gaat het dus over de inhoud. Ik kan mij voorstellen dat je als voorzitter van de raad van bestuur of als verantwoordelijke voor kwaliteit in de raad van bestuur behoorlijk zenuwachtig wordt als je te maken hebt met verschillende bv'tjes in een medisch-specialistisch bedrijf die allemaal hun eigen contracten afsluiten. Dan kom ik toch een beetje op de vraag van mevrouw Bruins Slot: zijn we niet een nieuwe bureaucratie aan het organiseren? Zou het niet beter zijn om duidelijker de richtlijn te stellen dat de raad van bestuur te allen tijde kán ingrijpen?

Minister **Schippers**: Voor alle individuele situaties die kunnen ontstaan, bijvoorbeeld met betrekking tot vervanging, wordt één afsprakenkader gemaakt tussen het ziekenhuis en het medisch-specialistisch bedrijf. Je hoeft dus niet bij iedere vervanger opnieuw afspraken te maken. Het is wel zo dat zich met zo'n model nieuwe vragen voordoen, dat ben ik met mevrouw Leijten eens. Er is echter heel helder gezegd: zo hebben we het geregeld in de wet en wat je ook verzint, je zult daaraan moeten voldoen. Nu moeten we bekijken hoe dat precies vorm heeft gekregen en bepalen of we daar blij mee zijn dan wel dat er nog een tandje bij moet, zodat we het doorontwikkelen naar een situatie die we beter vinden. Ik zie dit dus niet als een eindsituatie.

Mevrouw **Leijten** (SP): De VVD zei in eerste termijn dat het zo fijn is dat medisch specialisten ondernemersrisico gaan lopen. Ik maak mij vooral

zorgen over het risico dat raden van bestuur gaan lopen op het gebied van kwaliteit, zonder dat zij zeggenschap hebben over wat er in de medisch-specialistische bedrijven gebeurt, terwijl het toch hun ziekenhuis is dan wel een verantwoordelijkheid die onder hen valt. Ze zijn persoonlijk aansprakelijk. Stel dat er een disfunctionerende arts is en dat dat bekend is bij het medisch-specialistisch bedrijf, dat dat echter niet heeft gemeld aan de raad van bestuur. Uiteindelijk komen er klachtenprocedures. De medezeggenschap of een cliëntenorganisatie gaat naar de Ondernemingskamer. Wie krijgt dan mogelijk een proces aan zijn broek vanwege wanbeleid of wanbeheer? Dat is toch de voorzitter van de raad van bestuur? Is zo'n verhouding wel wenselijk?

Minister Schippers: Het kan nu natuurlijk ook voorkomen dat er van alles gebeurt in een ziekenhuis of in een spreekkamer waar een lid van de raad van bestuur niet bij is. Nu kunnen er ook dingen misgaan waar de raad van bestuur op wordt aangesproken, bijvoorbeeld als het kader waarbinnen de artsen werken onvoldoende checks-and-balances kent of als er onvoldoende kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis vigeert. Daarover moeten goede afspraken gemaakt worden. Een lid van de raad van bestuur zat niet in de spreekkamer, zit daar niet en zal daar ook niet zitten. Binnen het ziekenhuis waar de zorg verleend wordt, moeten echter wel heel heldere kaders en afspraken zijn over de manier waarop de kwaliteit in het ziekenhuis geregeld wordt. Daar is en blijft de raad van bestuur verantwoordelijk voor.

De eisen aan de inrichting van het bestuur, aan het interne toezicht en aan de medezeggenschap, die samen de governance van een instelling vormen en die zijn vastgelegd in diverse wetten, regels en governance-codes, blijven onverminderd gelden. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om ervoor te zorgen dat ook na invoering van een nieuw samenwerkingsmodel met medisch specialisten wordt voldaan aan deze eisen van goed bestuur. Het gaat hier onder meer om de verantwoordelijkheidsverdeling rondom de kwaliteit en veiligheid van zorg. Om dat te faciliteren is er een zelftest ontwikkeld, zal de NZa middels een quickscan bekijken hoe een en ander precies heeft plaatsgevonden en gaat de inspectie er bij ziekenhuizen zelf dit jaar goed op letten, omdat zij «goed bestuur» als speerpunt heeft. Als de inspectie constateert dat niet wordt voldaan aan de wettelijke eisen en veldnormen voor goed bestuur, grijpt zij in.

Mevrouw Schut-Welkzijn heeft gevraagd naar de regiomaatschappen. In het ingediende wetsvoorstel Wijziging van de wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving wordt onder meer een vereenvoudiging van het instrument aanmerkelijke marktmacht voorgesteld. Die vereenvoudiging maakt het mogelijk om ook organisatorische verbanden zonder rechtspersoonlijkheid aan te pakken, zodat kan worden opgetreden tegen een regiomaatschap die aanmerkelijke marktmacht bezit. Dat is dus een belangrijke verandering. Daarnaast werkt de NZa aan een regeling waardoor regiomaatschappen zich moeten melden vóór de vorming daarvan.

In het stadium waarin we ons nu bevinden, is nog niet te voorspellen hoe het fenomeen «regiomaatschap» zich in dit geheel gaat ontwikkelen. De ACM en de NZa volgen de ontwikkelingen vanzelfsprekend nauwgezet en zullen als dat nodig is hun toezicht daarop aanpassen. De NZa zal bovendien in het najaar van 2015 een monitor uitvoeren waarin de organisatiemodellen en de mogelijke veranderingen in de ziekenhuisorganisatie een prominente rol innemen. Ook het al dan niet bestaan van regiomaatschappen en de verschillende verschijningsvormen van de medisch-specialistische bedrijven zullen deel uitmaken van deze monitor. Als die inzichten bekend zijn, zal ik de Kamer daar uiteraard over

informerend. Het laatste onderzoek van de NZa stamt uit 2013. Dat heeft de Kamer ook ontvangen.

Er is gevraagd of de fiscus regiomaatschappen heeft goedgekeurd en hoe ze gaan declareren. De Belastingdienst heeft die niet in de verzoeken gezien. Declareren is niet anders dan bij een medisch-specialistisch bedrijf. Ook regiomaatschappen moeten declareren bij het ziekenhuis. Voor de bekostiging maakt het niet uit, die verloopt alleen nog maar via het ziekenhuis.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een verduidelijkende vraag. Als je maar voor één ziekenhuis werkt en je zit in een maatschap, is het de bedoeling dat je niet langer fiscale voordelen krijgt ten opzichte van je collega die evenveel in dat ziekenhuis werkt maar in loondienst is. Er zijn echter allerlei constructies bedacht waardoor je nog steeds alleen in dat ziekenhuis kunt werken, maar toch die fiscale voordelen krijgt. Wordt dit gemonitord door de Belastingdienst? Wanneer krijgen wij dan de eerste voortgangsrapportage daarvan? Het is iets wat blijkbaar wel mag, maar wat niet de bedoeling is van de wet.

Minister **Schippers**: Zeker. De fiscus zal gewoon volgens eigen normen controleren wat er gebeurt. De belastinginspecteurs zullen daar ook zelf een oordeel over vormen. Zij zullen beoordelen of er genoeg risico wordt gelopen om daadwerkelijk die aftrekposten te mogen opvoeren. Als niet het geval is, vervallen die posten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het lastige van een risicobeoordeling is dat je dan geen eenheid van beleid hebt. Het is daarom interessant om te bekijken of het mogelijk is om er een overzicht van te krijgen, zodat je kunt zien of de regeling werkt volgens de geest van de regeling. Een arts kan natuurlijk één uur buiten de deur werken. Dan heeft hij allerlei fiscaal voordeel, maar we weten allemaal dat hij dan net zoveel uren in één ziekenhuis werkt als zijn collega in loondienst. Er gaan de meest wilde verhalen over dergelijke constructies rond. Is er een overzicht te verkrijgen over de vraag of de regeling in de praktijk uitwerkt naar de geest van de regeling?

Minister **Schippers**: Daar is het hele traject op gericht geweest. De Belastingdienst heeft zich heel constructief opgesteld en gezegd: «er gebeurt iets nieuws en daarom willen wij dat faciliteren. Hebt u een idee hoe u het in uw ziekenhuis wilt opzetten, laat ons dan meekijken, als een soort extra service. Dan kunnen we zeggen wat het gaat halen en wat niet.» Hoe dit in de praktijk verder is uitgewerkt, is voor de verantwoordelijkheid van degenen die het hebben uitgewerkt. Wat dat betreft is de fiscus keihard. Die heeft een standaard en als je daar niet aan voldoet, zal de belastinginspecteur daar een oordeel over vellen. Juist in die zin vind ik dat de Belastingdienst, de fiscus, heel erg heeft meegedacht in de geest van wat wij willen organiseren en zich heel coöperatief heeft opgesteld door te willen meedenken. Uiteindelijk zal zij echter zelf een eigenstandig, niet-politiek oordeel vellen over de manier waarop een en ander is vormgegeven. Dat doet de Belastingdienst helemaal volgens de eigen bevoegdheden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik kom hier in tweede termijn op terug.

Minister **Schippers**: Ik denk dat ze zelden zo in de meedenkstand hebben gezeten. Ik heb ze zelden zo gezien, zal ik maar zeggen. Ik kan er nog aan toevoegen dat er ook nog q-and-a's zijn gemaakt en verzonden door de Belastingdienst die antwoord geven op allerlei vragen die in de praktijk zijn gerezen en die een ruimer toepassingsbereik hebben. Wat dat betreft moet het beoordelingskader van de Belastingdienst voldoende duidelijk

zijn voor veldpartijen. Het gaat er nu om dat ziekenhuizen een en ander adequaat implementeren. Uiteraard worden eventuele fiscale vervolgvragen bij Financiën en de Belastingdienst opgepakt.

De integrale bekostiging is ingevoerd om een gelijkgerichtheid te hebben binnen een organisatie, waarbij het helder moet zijn waar die organisatie voor staat en hoe je dat met elkaar gestalte geeft. Als deze modellen daar onvoldoende tegen opgewassen zijn, zullen we ze moeten aanpassen. Het medisch-specialistisch bedrijf is wat mij betreft echt geen eindmodel; ik wil dat we doorevalueren tot een model dat het beste is voor de gezondheidszorg. Ik heb steeds aangegeven dat loondienst wat mij betreft een keuze moet zijn. De commissie-Meurs heeft goed gekeken naar de verschillen tussen maatschappen en loondienst en heeft aangegeven dat je niet kunt zeggen dat het ene echt veel beter is dan het andere. Dat is ook de leidraad geweest voor het regeerakkoord en het beleid dat daarop gevoerd is.

Er is gevraagd of ik de Kamer kan informeren over het gebruik van de subsidieregeling, inclusief de uitsplitsing. Dat zal ik doen. De regeling staat tot 1 juli 2015 open. Daarna kunnen we de balans opmaken. Ik kan nu dus ook nog niet zeggen wat het precies heeft opgeleverd, want die balans maak ik pas na 1 juli op.

Is een ingroeimodel naar loondienst de pas afgesneden? Nee. Er is een langere trend naar loondienst waarneembaar. Dat was al zo onder de oude bekostiging. Dit komt onder andere door het vervangen van oudere, vrijgevestigde specialisten door jonge specialisten in loondienst. De huidige organisatiemodellen werpen daartegen geen nieuwe obstakels op. Die trend kan dus doorzetten. De invoering van integrale bekostiging leidt ertoe dat drie ziekenhuizen volledig overstappen naar loondienst.

Mevrouw **Leijten** (SP): Stel, je bent net afgestudeerd specialist. Je wilt naar een ziekenhuis en je wilt in loondienst. Maar dat ziekenhuis heeft de constructie met het medisch-specialistisch bedrijf. Dat betekent dus dat je bij dat ziekenhuis niet in loondienst kunt, maar bij het medisch-specialistisch bedrijf een ondernemersrisico gaat lopen. Dat is toch zo?

Minister **Schippers**: Ja, maar dat is niet anders dan het was. Je hebt ziekenhuizen waar ze alleen loondienst hebben, je hebt ziekenhuizen waar ze alleen maatschappen hebben en je hebt en had ziekenhuizen waar de verhouding halfhalf is. Als je in het verleden bij een ziekenhuis wilde werken dat bestond uit maatschappen, ging je dus werken in een maatschap.

Mevrouw **Leijten** (SP): Maar er waren ook heel veel mogelijkheden waarbij je weliswaar met die maatschap werkte, maar toch in dienst trad bij het ziekenhuis. Stel dat het ziekenhuis samen met het medisch-specialistisch bedrijf heeft gekozen voor dat model, kan dat dan nog? Of is dat ziekenhuis uitgesloten als je in loondienst wilt werken? Ik vind dit een belangrijk punt. De Minister zegt dat het systeem nog niet klaar is en dat het niet de bedoeling is dat er geen ingroeimodellen meer mogelijk zijn. Maar volgens mij is dat wel zo, want het medisch-specialistisch bedrijf moet fiscaal gezien personeel in dienst nemen en noem maar op. Dat is echt een aparte entiteit binnen het ziekenhuis. Of kan het zo zijn dat het ziekenhuis zowel zelf specialisten in loondienst heeft als zakendoet met de medisch-specialistische bedrijven?

Minister **Schippers**: Ja, dat kan en dat gebeurt ook. Er zijn ziekenhuizen waar mensen in loondienst zijn en waar een medisch-specialistisch bedrijf is. Dat kan in de toekomst ook.

Ik kom te spreken over de taakherschikking. Financiering via de integrale bekostiging is juist bedoeld om taakherschikking te stimuleren, doordat bestaande belemmeringen in de bekostiging worden weggenomen. De

vraag aan mij is of ik die taakherschikking kan meenemen in de substitutiemonitor. De substitutiemonitor moet echter de substitutie van tweede-naar eerstelijns in beeld brengen. Het wordt wel gemonitord op een andere wijze, namelijk door wetenschappelijk onderzoek door de universiteit van Maastricht. De resultaten van dat onderzoek komen in 2015 beschikbaar. Ook heb ik de NZa gevraagd om in haar jaarlijkse ziekenhuismonitor de vraag mee te nemen in hoeverre taakherschikking een rol heeft gespeeld in de contractering van de zorg. Verder heeft in vier ziekenhuizen een onderzoek plaatsgevonden onder leiding van Radboudumc naar de inzet van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in relatie tot de bekostiging van medisch-specialistische zorg. Dat onderzoek wijst uit dat de verpleegkundig specialist en de physician assistant bij de deelnemende ziekenhuizen veelvuldig worden ingezet. Het meest gehoorde argument voor deze inzet is de kwaliteit van de zorg of van de ketenzorg. Het eindrapport van dit onderzoek is op 18 september naar de Kamer gestuurd. Op mijn verzoek komt Radboudumc met een follow-up. Ik zal de Kamer te zijner tijd over die resultaten daarvan informeren.

Met ingang van 1 januari 2015 – dat is dus vorige maand – heeft de NZa de regelgeving rond de registratie en declaratie van dbc's zodanig aangepast dat de physician assistant en de verpleegkundig specialist zelfstandig dbc's mogen openen en in rekening mogen brengen. Wij denken dat door deze maatregel en door de invoering van de integrale tarieven de belemmeringen voor taakherschikking juist weggenomen zijn. Het is nu vooral aan de praktijk, de zorginstellingen en de verzekeraars, om hier daadwerkelijk het beste van te maken en die kans te benutten. Er zijn momenteel 725 physician assistants en 2.029 verpleegkundig specialisten met succes afgestudeerd. Dat is een enorm aantal, dat waarschijnlijk ook nog behoorlijk zal oplopen. Uit monitoringsonderzoeken van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt blijkt dat ruim 90% van de afgestudeerde physician assistants en verpleegkundig specialisten na hun studie ook een baan krijgen als zodanig.

Ik heb in een brief van 31 oktober aangegeven dat ik ervan uitga dat verzekeraars zich indringend de vraag stellen of de interne afspraken in een ziekenhuis voldoen aan hun kwaliteitseisen. Je hebt de wet, maar je hebt ook aanvullende kwaliteitseisen, bijvoorbeeld over taakherschikking. Ik zou mij kunnen voorstellen dat een verzekeraar het voor de kwaliteit veel beter vindt als er taakherschikking plaatsvindt, omdat onderzoek daarover heeft gezien en omdat dat kan schelen in kosten, en dat hij er daarom eisen aan stelt.

De NZa stelt controleprotocollen voor correct declareren. Die geven inzicht in de wijze waarop de zorginstelling de administratie moet inrichten met het oog op correct declareren en waar accountants op moeten letten bij hun accountantscontrole. De zorgverzekeraar controleert ook de rechtmatigheid.

Hoe kan de prikkel voor aanbodsturing worden weggenomen? We hebben een afrekensysteem, maar de verzekeraar kan op verschillende manieren contracteren. De verzekeraar hoeft niet p maal q te contracteren; hij kan ook op omzet contracteren of zeggen: «jij krijgt extra geld als je aan de kwaliteit voldoet» of «jij kunt dat luisterconsult inzetten, dat contracteer ik bij jou», of «ik geef je een bonus als jij je beter aan de richtlijnen houdt», of «ik geef je spiegelinformatie, zodat je weet of je je aan de richtlijnen houdt». Je kunt allerlei manieren bedenken waardoor je veel slimmer contracteert dan alleen maar p maal q.

Integrale bekostiging is onderdeel van de manier waarop we de zorg betalen, maar integrale bekostiging alleen kan nooit de verkeerde prikkels wegnemen. We hebben met elkaar een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda opgesteld en daar staan een aantal prikkels in.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik bedank de Minister voor haar antwoorden. Ik wil echter nog wat doorvragen over de verantwoordelijkheid die de raad van bestuur van een ziekenhuis heeft voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De Minister zegt terecht dat dit wettelijk geregeld is en dat ziekenhuizen aan de regels moeten voldoen. Ook zegt zij dat het toezicht geïntensiveerd is en de inspectie een aantal handvatten heeft geleverd. Mijn vraag ziet echter op het volgende. Het mooiste is natuurlijk als we de raad van bestuur aan de voorkant al stevige instrumenten kunnen geven om de beste afspraken te maken met de medisch specialisten, om zo de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit te kunnen dragen. De Minister zegt dat er een quickscan van de NZa komt en dat de inspectie weer bij elk ziekenhuis over de vloer komt. Op welke manier is de Minister van plan om bij te dragen aan de meest efficiënte manier waarop de raden van bestuur de handvatten kunnen benutten?

Het is goed dat de Minister de subsidieregeling voor medisch specialisten gaat evalueren en aan de Kamer terugkoppelt hoeveel medisch specialisten gebruik hebben gemaakt van die regeling en in welke fase. Krijgen we dan ook inzicht in de hoeveelheid geld die ziekenhuizen zelf nog hebben bijgelegd om medisch specialisten uit te kopen? Vaak was natuurlijk de goodwill die zij hadden ingelegd niet 1 ton maar 2 ton tot 2,5 ton.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Hoe het in het verleden georganiseerd was, moet niet iets zijn waar je naar verwijst als er nu problemen rijzen door nieuwe organisatievormen; ik denk dat dat een goede afspraak zou zijn. Dat het in het verleden ingewikkeld was dat de raad van bestuur verantwoordelijk was voor een maatschap, moet niet hét antwoord zijn op de vraag hoe we het nu aanpakken met de medisch-specialistische bedrijven. De Minister zegt niet voor niets dat zij dat het minst aantrekkelijke model vindt. Het is echter wel het meest gebruikte model in de ziekenhuizen.

De Minister zegt dat zij de NZa een quickscan laat doen en dat de inspectie het punt meeneemt in haar expliciet toezichthoudende taak op de speerpunt goed bestuur. Ik vraag mij af of dat niet erg verwatert. Ik heb vandaag namelijk ook gehoord dat Van Rijn de inspectie inzet op het punt van goed bestuur, en we weten allemaal hoe zwaar bemand de inspectie is. Kunnen we dus gewoon snel feitelijke informatie krijgen over welke modellen gekozen zijn en de manier waarop de afspraken over de verantwoordelijkheden zijn gemaakt? Zijn die goed genoeg gemaakt of niet? Moet er nog een tandje bij? Moeten ze zich nog verder ontwikkelen? De Minister zegt immers dat het nog niet klaar is.

Ik zou het ook goed vinden als we voor het einde van het jaar kunnen spreken over de manier waarop de integrale bekostiging en de verandering in de betalingsstructuur ingrijpen in de contractering in ziekenhuizen in 2016. Maar misschien zijn we aan het einde van dit jaar wel te laat daarvoor.

Ik zou het ook interessant vinden om te weten of het feit dat de financiële zaken in een ziekenhuis met één partij worden geregeld, daadwerkelijk zal leiden tot een andere contractering van zorgverzekeraars. Wanneer denkt de Minister dat daar zicht op is?

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Voorzitter. Ik ben blij te horen van de Minister dat regiomaatschappen zich niet hebben gemeld bij de fiscus. We hopen ook dat dat niet gaat gebeuren, dat ze moeten declareren bij het ziekenhuizen en dat niet zelfstandig kunnen.

De Minister heeft een paar keer gezegd dat ze een doorontwikkeling ziet en dat dit nog niet het einde is. Misschien wil zij dit wat meer toelichten, want die opmerking maakte mij nieuwsgierig. Ik ging er eigenlijk van uit dat als een medisch-specialistisch bedrijf of andere fiscale entiteit zich niet voor 1 januari bij de fiscus had gemeld, deze dan werd geacht in

loondienst te zijn. Nu hoor ik dat er toch nog mogelijkheden zijn om tot 1 maart of 1 juli over te stappen. Gaat het dan alleen maar over loondienst? Kan de Minister dit verder toelichten? Hoe zit dit precies? Ik heb nog niet helemaal antwoord gekregen op mijn punt dat de NZa zegt dat er onvoldoende afspraken zijn tussen ziekenhuizen en specialisten over de verdeling van de risico's, de opbrengst, de kosten en de productie. Wat zijn de mogelijkheden om daar goed toezicht op te houden?

Het is heel erg belangrijk dat er genoeg eigen vermogen in een medisch-specialistisch bedrijf zit om bijvoorbeeld de risico's van eigen personeel te bekostigen. Is dat gegarandeerd? Hoe wordt daar toezicht op gehouden? Ik weet dat het hun eigen verantwoordelijkheid is, maar het is wel goed om dit in ogenschouw te nemen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik heb nog drie vervolgvragen. De eerste gaat over de verantwoordelijkheid van artsen om zinnige en zuinige zorg te leveren, maar ook over de verantwoordelijkheid van een ziekenhuisbestuur, vooral de financieel bestuurder, om niet te gaan drukken op productie. De Minister gaf terecht aan dat de zorgverzekeraar daar op moet sturen, maar zolang er nog steeds sprake is van «krimpende ziekenhuizen» – ik zeg het tussen aanhalingstekens – blijft die prikkel bestaan.

Mijn tweede vraag gaat over de verpleegkundig specialist. De Minister gaf aan dat er een vervolgonderzoek komt door de Radboudumc. Wordt daarin meegenomen de kritiek die vanuit de beroepsgroep zelf komt, dat het lijkt alsof verpleegkundig specialisten weggedrukt worden doordat specialisten ze weliswaar graag laten werken, maar dan liever onder hun titel, zodat ze zelf het tarief kunnen krijgen? Hard werken dus, maar niet onder het tarief dat bij hen hoort maar onder een ander tarief. Kan dit punt worden meegenomen in het onderzoek?

Mijn derde vraag betreft goed declareren. Uit de monitor van de NZa over integrale bekostiging blijkt dat er artsen zijn die zeggen: ik wil wel verdienen, maar ik ga bij overeenkomst vastleggen dat als er fout wordt gedeclareerd, ik daarvoor niet verantwoordelijk ben. Dat is allereerst natuurlijk een cultuurprobleem, maar bovendien moet daar ook op worden toegezien. Ik weet dat de NZa dat kan, maar waaruit blijkt dat er echt op is toegezien? Worden al die overeenkomsten bekeken, wordt er een waarschuwing uitgestuurd? Wat gaat de NZa doen? Of blijft het bij een constatering?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot vraagt hoe we op voorhand beter helder kunnen hebben wat de handvatten zijn voor de raad van bestuur ten aanzien van diens verantwoordelijkheid voor de kwaliteit. Er is een wet waaraan men moet voldoen en waar we op handhaven, de inspectie heeft een zelftest waarmee zij richting geeft aan de manier waarop je het vorm kunt geven en heeft bezoek achteraf dit jaar aangekondigd en de NZa doet een quickscan. Ik denk dus dat we maximaal gefaciliteerd hebben dat ziekenhuizen en medisch specialisten dit goed met elkaar kunnen regelen. De invulling van het bestuursmodel wordt in de quickscan gescoord op de governance-eisen uit de wet en de governancecode. We hebben dus vooraf meegegeven hoe je het het beste kunt doet en dat wordt achteraf op verschillende manieren gecontroleerd. De NZa en de inspectie, dus beide toezichthouders, zijn daarbij betrokken. Zo rond de zomer krijgen we daar de eerste resultaten van.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor deze toelichting, maar wat ik eigenlijk bedoelde is het volgende. Er komen straks natuurlijk berichten dat men in bepaalde ziekenhuizen het op zo'n manier heeft geregeld dat je denkt: dat is lean-and-mean, dat zouden we op andere plekken ook kunnen doen. Ik hoor nu van een aantal bestuurders dat er nog

papierwerk is en dat men steeds weer naar de juristen moet. Ik hoor hier nu wat andere termen, maar laten we het hierbij houden. Hoe kunnen we het lean-and-mean doen en de ziekenhuizen daarin een stap verder helpen? Zorggeld moet naar zorg gaan en niet naar juristen.

Minister **Schippers**: Ik zal de NVZ vragen om onder haar leden best practices ter zake uit te wisselen, zodat zij van elkaar kunnen leren wat er goed en niet goed gaat en daar een uitwisseling over komt. Mevrouw Leijten vroeg wanneer we er echt zicht op hebben en goede informatie krijgen. De NZa-scan komt in het najaar. Ik kan wel voor de zomer al een brief naar de Kamer sturen met daarin de informatie die wij zelf hebben, want wij houden natuurlijk ook in de gaten wat er gebeurt. Ik doel dan op informatie over de governancemodellen en wat wij daarin zien. Misschien zien we daar al mooie voorbeelden in of juist voorbeelden die we wat minder lean-and-mean vinden. Zo monitoren we heel goed wat er echt in het veld gebeurt, zowel door de toezichthouders als door ons. Wij zullen voor de zomer een extra slag doen om de Kamer op de hoogte te houden.

Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de hoeveelheid subsidie en in welke fase die is aangevraagd. Ik zal dit laten weten. Ik heb geen inzicht in hoeveel geld de ziekenhuizen nog bijleggen. Dat is geen informatie waar wij inzicht in hebben. Het wordt ons niet gemeld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Zou het niet interessant zijn om dat wel te weten? Het is immers geld voor de zorg dat naar medisch specialisten gaat en iedereen weet dat een ton niet voldoende is.

Minister **Schippers**: Ja, het is interessant om te weten, maar het betreft afspraken die privaat gemaakt worden tussen de medisch specialist en het ziekenhuis. Daar hebben wij geen zicht op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft er 100 miljoen voor uitgetrokken, maar als de regeling uiteindelijk 300 miljoen kost, geven we 300 miljoen euro uit aan het in loondienst krijgen van medisch specialisten terwijl ondertussen het eigen risico met € 15 gestegen is.

Minister **Schippers**: Ik heb het vermoeden dat we er niet zo veel geld aan zullen uitgeven als we überhaupt hadden gedacht. De vraag is of dat jammer is. Daar kun je verschillend over oordelen. Ik heb niet voor niets die regeling opgezet; ik had het aardig gevonden als er iets meer gebruik van werd gemaakt. Ik heb niet het vermoeden dat die regeling geld tekort zal hebben.

Dan heb ik op mijn papier staan «andere contractering zorgverzekeraar». Ik heb het staccato opgeschreven en ik kan nu niet naar voren halen wat ik bedoelde. Het spijt me.

De **voorzitter**: Kan mevrouw Leijten deze vraag verduidelijken?

Mevrouw **Leijten** (SP): De integrale bekostiging zou ertoe moeten leiden dat de contractering eenvoudiger is, omdat er met één iemand een contract wordt gesloten, die ene rekening. Kunnen we daar al resultaten van zien in de contractering? Of denkt de Minister dat we die pas zullen zien in 2016–2017?

Minister **Schippers**: Dat zien we natuurlijk pas achteraf, want de verzekeraars zullen hun eigen beleid daarin voeren. Wij hebben allerlei belemmeringen weggehaald om te contracteren, zodat er meer taakherstelling plaatsvindt. Wat betreft de goede resultaten daarvan kan ik mij voorstellen dat daar meer op gecontracteerd wordt. Maar het is nu nog veel te vroeg om daar iets over te zeggen. Daarvoor zul je eerst moeten

bekijken wat de zorgverzekeraars er daadwerkelijk mee gedaan hebben in hun contracten.

Dan kom ik op de vraag over de doorontwikkeling. Ik denk niet dat we nu al aan het einde zijn. Er is heel veel aandacht geweest voor zowel de vraag hoe het fiscaal en juridisch geregeld moet worden, als de vraag hoe we het binnen de wettelijke kaders moeten regelen, hoe we kunnen voldoen aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen en aan allerlei andere wetten die toezien op governance binnen het ziekenhuis. Ik wil graag dat men in de komende jaren de modellen verder doorontwikkelt op de kwaliteit van de zorg: hoe verbeteren we met elkaar de kwaliteit van zorg, hoe verbeteren we met elkaar de efficiency in het ziekenhuis, hoe maken wij met elkaar het beste ziekenhuis van Nederland? Dat is een mooi streven. Ik denk dat het zeker niet het einde is van de modellen. Ik kan mij ook voorstellen dat we, uiteraard samen met medisch specialisten, de ziekenhuizen en Financiën, zullen bekijken wat er verder nog mogelijk is.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): De Minister heeft gezegd dat van alle drie de ondernemingsmodellen het medisch-specialistisch bedrijf haar minst favoriete model is. Waarom is dat het geval? Ik weet dat zij neutraal is, maar waarom ziet ze dat model niet als eindmodel en de andere modellen misschien wel?

Minister **Schippers**: Omdat de gelijkgerichtheid expliciet georganiseerd moet worden. Als je een medisch-specialistisch bedrijf hebt in een ziekenhuis is dat anders dan wanneer je een participatiemodel hebt waarin je zelf participeert en waarin je onderdeel bent van het ziekenhuis. Bij het medisch-specialistisch bedrijf is er sprake van twee partijen die samenwerken; het heet ook het samenwerkingsmodel. Dat hoeft helemaal niet fout te zijn, maar je moet heel erg alert zijn dat daar de goede dingen wel worden geregeld, dat daar de prioriteiten wel op een goede manier worden gesteld, dat we daar wel uiteindelijk betere zorg van krijgen, want dat is waar we voor zijn.

Mevrouw Schut-Welkzijn had het over 1 maart. Dan ben je natuurlijk al overgestapt. Die datum gaat over de subsidieregeling.

Dan kom ik bij het punt van de onvoldoende afspraken over de verdeling van risico's, opbrengsten, productie et cetera. Ik ben op dat punt niet verantwoordelijk. De ziekenhuizen zijn er zelf voor verantwoordelijk en dat moeten zij intern vooral goed afspreken. Ik ga die verantwoordelijkheid niet naar mij toetrekken; ik vind echt dat de ziekenhuizen het goed moeten doen en dat zij goede afspraken moeten maken over risico's en dergelijke. Het moet dan niet alleen gaan over financiële risico's, financiële opbrengsten en financiële productie, maar ook over de kwaliteit van de zorg en over de vraag hoe ze de risico's dat het in de zorg misgaat zo klein mogelijk kunnen maken, zodat zij het beste leveren.

Niet voldoende eigen vermogen is in de hele medisch-specialistische zorg een probleem. Het is niet voor niets dat ik de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg heb neergelegd. Ik doe dat omdat ik denk dat daar nog wel het een en ander aan kan verbeteren. Dan het punt van de verantwoordelijkheid om zinnige en zuinige zorg te leveren versus financiële druk op productie. Hier ligt natuurlijk dé grote rol van de zorgverzekeraar. Hier moeten afspraken over gemaakt worden; zij zijn de tegendruk. Zij zullen met name daar alert op moeten zijn en in de contracten die zij afsluiten de richtlijnen die bijvoorbeeld bij het Kwaliteitsinstituut zijn ingeschreven als leidraad nemen bij de inkoop. Die weg willen we op. Nu stellen verzekeraars vaak zelf kwaliteitseisen. Als er een kwaliteitsinstituut is dat richtlijnen heeft opgenomen, moeten dat ook de richtlijnen zijn op basis waarvan de verzekeraars afspraken maken over zinnige en zuinige zorg.

Het weggedrukt worden van physician assistants en verpleegkundig specialisten hebben wij niet teruggezien in de evaluatie van Radboudumc.

Integendeel, eigenlijk was dat een heel goede evaluatie, zowel inhoudelijk als qua zorgkwaliteit en inzet van deze mensen. Maar wij kunnen dit heel goed monitoren want Radboudumc doet een vervolgonderzoek. Daarin kunnen we heel goed zien of er sprake is van wegdrukken.

Dan kom ik op de vraag over artsen die fout declareren. Als een arts fraudeert, kan hij voor de tuchtrechter komen. Daar hebben we laatst nog een debat over gehad. De verantwoordelijkheid blijft gewoon liggen bij de arts, die integer moet declareren. We moeten er met elkaar voor zorgen dat het systeem zo min mogelijk fouten uitlokt, maar de arts heeft en houdt wel degelijk zelf de verantwoordelijkheid. Ik kan ook wel een contract tekenen dat ik nooit meer ergens voor verantwoordelijk ben, maar dat neemt dan niet weg dat de Kamer mij toch verantwoordelijk kan houden. Een arts kan van alles verzinnen en allerlei contracten tekenen, maar hij is gewoon verantwoordelijk voor zijn eigen gedrag, zowel in de spreekkamer als ten aanzien van declaraties.

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de Minister. Graag neem ik met u allen de toezeggingen door.

- De stand van zaken over het lopend traject wordt geschetst in het kader van de schriftelijke beantwoording van de vragen over de evaluatie van de Wet BIG. Deze vragen zijn 22 januari ingediend.
- De Kamer wordt geïnformeerd over de ontwikkeling van regiomaatschappen waarover najaar 2015 een NZa-monitor verschijnt.
- De Kamer wordt geïnformeerd over het gebruik en de uitsplitsing van de subsidieregeling en de inbreng van de medisch-specialisten.

De vraag is wanneer dit gebeurt. Zou dat kunnen voor de begrotingsbehandeling?

Minister **Schippers**: Ja. Dat kan.

De **voorzitter**: Dan noteren we dat bij de toezegging.

- Het onderzoek van Radboudumc ...

Minister **Schippers**: Dat loopt. Dat krijgt de Kamer automatisch. Dat is geen aparte toezegging. Het zit in een cyclus.

De **voorzitter**: Oké, dat loopt.

- De Kamer krijgt voor de zomer informatie over de governance-bestuursmodellen.

Ik zie dat er geen behoefte is aan een VAO. Dan dank ik de Minister en haar ondersteuning voor hun aanwezigheid bij en bijdrage aan dit debat. Ik dank de Kamerleden. Ik dank de mensen in de zaal en de mensen die het debat op een andere manier hebben gevolgd voor hun belangstelling.

Sluiting 16.40 uur.