

Vergaderjaar 2014–2015

33 253

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg

29 247

Acute zorg

Q¹

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 1 april 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer² heeft op 10 maart 2015 een mondeling overleg gevoerd met Minister Schippers over:

- **Verslag van een schriftelijk overleg inzake curatieve zorg in krimpregio's EK 33 253 / 29 247, P;**
- **Bijlage 1 bij curatieve zorg in krimpregio's – Advies NZa beschikbaarheidsbijdrage SEH en Acute verloskunde, 3 maart 2015;**
- **Bijlage 2 bij curatieve zorg in krimpregio's – Overzicht nieuw en ingezet beleid zorg in krimpregio's;**
- **Brief regering; Uitstel toezending van de visie op de curatieve zorg in krimpregio's TK 29 247, 199;**
- **Verslag van een schriftelijk overleg inzake Motie-Flierman en spreiding algemene ziekenhuizen; EK 33 253, N;**
- **Brief inzake Curatieve Zorg in krimpregio's; EK 33 253, L;**
- **Verslag schriftelijk overleg inzake curatieve zorg in krimpregio's; EK 33 253, I;**
- **Brief van de Minister van VWS met haar reactie op de aangenomen motie-Flierman c.s. over de spreiding van algemene ziekenhuizen; EK 33 253, H;**
- **Motie-Flierman (CDA) c.s. inzake spreiding van algemene ziekenhuizen over ons land (EK 33 253, E);**
- **Brief regering; Aanbieding IGZ rapport «Het resultaat telt ziekenhuizen 2013»; TK 29 247, 196;**

¹ De letter Q heeft alleen betrekking op wetsvoorstel 33 253.

² Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA).

- **Het resultaat telt ziekenhuizen 2013;**
- **Acute zorg (29 247);**
- **Concentratietoetsing zorg (33 253).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

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

Voorzitter: Slagter-Roukema
Griffier: De Boer

Aanwezig zijn negen leden der Eerste Kamer, te weten, Martens, Thissen, Frijters-Klijnen, Flierman, Slager-Roukema, Vlietstra, Bruijn, Ter Horst en Quik-Schuijt,

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

Aanvang 14.36 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de leden hartelijk welkom. In het bijzonder richt ik een woord van welkom tot de Minister die gevolg heeft gegeven aan onze uitnodiging om te praten over een visie op curatieve zorg, gekoppeld aan de motie-Flierman die wij al lange tijd geleden hebben aangenomen. Het is best een lang traject en we zijn blij dat er uiteindelijk, op 6 maart, een visie is voorgelegd. Ik zou het een begin van een visie willen noemen, maar daar kunnen we straks over discussiëren.

Het debat hebben we in november 2013 gevoerd. We hebben de motie aangenomen die betrekking heeft op een visie op spreiding van algemene ziekenhuizen. We hebben in juni jl. een brief gekregen en op 6 maart hebben we een aanvullende, verduidelijkende brief ontvangen. Dat was het gevolg van een brief die deze commissie in januari jl. heeft gestuurd. In die brief staat met name dat wij graag een visie willen op de verantwoordelijkheid van de Minister voor de beschikbaarheid van algemene ziekenhuizen of een andere tweedelijnsvoorziening in de krimpregio's, mede met het oog op de bredere verantwoordelijkheid voor het stelsel van de gezondheidszorg. Daarnaast willen wij graag weten hoe die verantwoordelijkheid van de Minister zich zou kunnen verhouden tot de rol van de zorgverzekeraars. Is het ook een rol van de zorgverzekeraars om actief te streven naar een adequate spreiding van voorzieningen? Zo ja, doen ze dat voldoende en proactief?

We willen ook graag weten hoe het nu staat met de beschikbaarheidsbijdrage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Tenslotte vernemen wij graag de visie van de Minister op het belang van een algemeen ziekenhuis in regio's, zeker in regio's waar sprake is van krimp, voor de leefbaarheid. Ik stel voor dat wij ons met name op die vragen focussen, al is de notitie van 6 maart jl. inhoudelijk breder van aard. Die gaat namelijk ook over de eerstelijnszorg en de anderhalvelijnszorg enzovoorts.

Omdat dit alles een uitvloeisel is van de motie-Flierman heb ik de heer Flierman gevraagd om de aftrap te doen. Vervolgens kunnen de andere leden hun bijdrage leveren.

De heer **Flierman** (CDA): Voorzitter. In november 2013 heeft deze Kamer de motie-Flierman aangenomen waarin de regering werd gevraagd een visie op de spreiding van algemene ziekenhuizen te ontwikkelen, inclusief op de mogelijkheden die er zijn om die visie daadwerkelijk handen en voeten te geven. In juni vorig jaar reageerde de Minister met een brief op die motie. Ik had daarover nadere vragen willen stellen, maar de Minister liet in die brief weten dat zij nog voor de zomer met een vervolg zou komen, met name gericht op de zorg in krimpregio's. Onze vraag heeft niet alleen betrekking op krimpregio's, maar je kunt niet zeggen dat dit niet een belangrijk onderdeel is. Wij hebben dan ook besloten om op de tweede brief te wachten. Het schrijven van die brief duurde, voorzichtig gezegd, iets langer dan gedacht, maar gelukkig hebben we die vorige week ontvangen. Dank daarvoor.

De brief van de Minister van 6 maart heeft overigens op meer zaken betrekking dan op de spreiding van algemene ziekenhuizen. Die gaat over

de zorg in de volle breedte in krimpregio's. Daar zal de Tweede Kamer ongetwijfeld ook over praten. Ik beperk mij in deze eerste inbreng dan ook op de oorspronkelijke motie en de reactie van de Minister op de genoemde motie, die is verwoord in haar brief van 2 juni vorig jaar en in de recente brief.

Ik maak nog wel een opmerking over die laatste brief. Daaruit spreekt de erkenning – dat vind ik op zichzelf positief – dat het «gewone», klassieke instrumentarium in een aantal opzichten niet toereikend is om de situatie in krimpgebieden aan te pakken. Zoals gezegd, beschouw ik dat als winst. Terug naar het onderwerp van vandaag, de algemene ziekenhuizen. Eerst ga ik in op de visie van de Minister. Zij erkent in haar brief van vorig jaar het belang van spreiding en de beschikbaarheid van algemene ziekenhuizen, ook die van de wat kleinere ziekenhuizen. Een stevige basisinfrastructuur in de regio vindt de Minister terecht essentieel. Een eigen visie op die infrastructuur kan en wil zij aldus haar brief echter vanaf de Haagse tekentafel – zo schrijft zij dat – niet ontwikkelen. Dat is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit vind ik niet geloofwaardig en evenmin acceptabel. Ministers in dit land hebben heel concrete opvattingen over spreiding van symfonieorkesten, musea, politieposten, rechtbanken en opleidingen voor het hoger onderwijs, om maar eens wat te noemen, maar zij zouden die niet hebben over een zo essentiële voorziening als een ziekenhuis. Dat wil er bij mij niet in. Dat de Minister geen concrete plaatsen aanwijst, vind ik nog tot daar aan toe, maar het lijkt mij toch niet te veel gevraagd om de uitspraak te doen dat zij het noodzakelijk vindt dat de Kop van Noord-Holland, Zeeuws-Vlaanderen en Oost-Groningen een ziekenhuis behouden.

Zeker in de krimpregio's of in vergelijkbare gebieden – vaak is daar sprake van een lagere sociaaleconomische status en van een hogere mate van vergrijzing – zal de vraag naar zorg de komende jaren flink toenemen: er komen meer ouderen en/of patiënten die chronisch ziek zijn. Dat zal niet alleen het geval zijn in krimpgebieden. De behoefte aan een goed gespreid aanbod aan kleinschalige ziekenhuizen die een eigen kwaliteit bieden, wordt dan ook alleen maar groter. Dat vergt een visie op langere termijn en dat kun je niet alleen overlaten aan de veldpartijen, hoe belangrijk die ook zijn. Hier ligt naar ons idee een duidelijke taak voor de Minister, die voor het stelsel verantwoordelijk is. Vandaar dat we de Minister in onze motie en in de brief van januari, waarnaar de voorzitter verwees, vragen om zelf ook met een visie te komen. Dat heeft de Minister in beide brieven nog niet gedaan, wat ik jammer vind. Ik zou graag zien dat de Minister alsnog een poging doet om zelf met een aantal opvattingen te komen over die spreiding van ziekenhuizen.

In haar brief van vorig jaar stelt de Minister nog dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid moeten kennen en dat zij op basis van kwaliteit en zorgplicht zouden moeten inkopen. Zij deelt die zorgverzekeraars dan ook de hoofdrol bij die sturing toe. Inmiddels zijn we driekwart jaar en enkele incidenten verder en is ook de rol van de verzekeraars wel weer ter discussie komen te staan: ik noem Den Helder, Terneuzen, Dokkum en Oost-Groningen. Zelfs als het uiteindelijk goed komt in dat soort regio's, kun je je afvragen of de onrust die veroorzaakt wordt in dat onderhandelingsproces wel zo gewenst is. Bewijst dit voor de gemiddelde burger in zo'n gebied niet vooral dat het systeem zoals we dat hebben geconstrueerd, daar niet werkt?

Ik denk dat dit soort incidenten, al komt het uiteindelijk goed, de geloofwaardigheid niet ten goede komt. De vraag is dan ook of de verzekeraars hun verantwoordelijkheid ook voor de langere termijn wel echt nemen. Uit de brief die de Minister eind januari naar de Tweede Kamer stuurde met de titel «zorg die loont», zou je kunnen afleiden dat ook de Minister inmiddels wat kritischer denkt over de rol van de zorgverzekeraar. Strategische, organisatorische en financiële overwegingen lijken bij verzekeraars – dat geldt ook voor het onderwerp waarover we nu

spreken – soms meer het beleid te bepalen dan kwaliteit, spreiding en bereikbaarheid. En dat zijn de drie criteria die verzekeraars blijkens de brief d.d. 2 juni jl. in overweging behoren te nemen. Alles overziend, vraag ik mij af of die begrippen voldoende operationeel en toetsbaar zijn. Zouden we toch niet moeten afspreken dat er een meerjarige basis onder afspraken tussen aanbieders en verzekeraars wordt gelegd? Moeten we dit niet als eis formuleren in plaats van als vrome eis? Ik kan me voorstellen dat er toch een aantal kaders namens de Minister komt waarbinnen dat verkeer tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder handen en voeten moet krijgen. Zodoende kan ervoor worden gezorgd dat daaraan wat meer richting wordt gegeven en dat een aantal zaken die essentieel zijn – ik hoop dat ze dat ook zijn in de ogen van de Minister – geborgd zijn. Het gaat dus om kaders voor dat spel.

Mijn voorlaatste punt is het volgende. In deze discussies speelt het begrip kwaliteit natuurlijk ook een rol, maar dat wordt heel vaak geduid in termen van een minimum volume voor bepaalde behandelingen of ingrepen. Ik zal niet bestrijden dat er een minimum is maar degenen die de ondergrens bepalen, komen wel vaak uit ziekenhuizen die ook een zeker belang hebben bij het verhogen van die ondergrens. We weten ook allemaal dat de echt complexe zorg niet meer betreft dan 5 à 10% van de dossiers en dat er de nodige evidentie is dat kwaliteit van zorg ook door korte lijnen, minder coördinatie en afstemmingslast en door de menselijke maat wordt beïnvloed. Dat zijn zaken die nu juist in kleinere instellingen beter zijn geborgd. Kortom, hoe zorgen we ervoor dat de minimumnorm daar waar nodig wordt geborgd en dat ook die andere kwaliteit, die van kleinschaligheid – blijkens het nodige onderzoek wordt daarmee toch ook gezondheidswinst geboekt – voldoende ruimte krijgt? Ik wil graag dat de Minister daarover ook iets zegt.

Ik kom kort op de rol van de NZa. In de brief van juni jl. schrijft de Minister dat de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen als een zorgaanbieder aantoont dat essentiële vormen van zorg niet beschikbaar zijn zonder die bijdrage. De bewijslast ligt wat dat betreft bij de aanbieder. Uit andere correspondentie konden wij echter opmaken dat de NZa eigenlijk van deze bijdrage af wil – zij wees ook een aantal aanvragen af – en dat zij alleen nog maar wil bijdragen als er sprake is van een overmachtssituatie voor de verzekeraar. Dit lijkt een focusverschuiving te zijn die ongeloofwaardig en naar mijn idee onacceptabel is. Gelukkig zie ik echter in de brief die we op 6 maart van de Minister hebben gehad, dat de Minister de NZa zal vragen om het stelsel van die beschikbaarheidsbijdrage zodanig uit te werken dat dit in meer gevallen beschikbaar is, daar waar essentiële voorzieningen in het gedrang komen. Dat heb ik met genoegen gelezen en dat is in ieder geval winst.

Tot slot zeg ik dat ik snap dat de Minister in de eerste plaats naar de ziekenhuizen kijkt met het oog op het belang voor de volksgezondheid. Iedereen weet hoe belangrijk zo'n ziekenhuis is voor de leefbaarheid van een bepaald gebied. Met een knipoog naar mevrouw Vlietstra noem ik Oost-Groningen, waar toch al het nodige aan de hand is. In zo'n regio is een ziekenhuis – het is een plek waar redelijk wat hoogwaardige werkgelegenheid is – vaak een essentiële voorziening voor de leefbaarheid in ruimere zin. Ik vind dat we ook dat mogen meenemen als wij afwegingen maken ten aanzien van ziekenhuizen en de aanwezigheid van dat soort voorzieningen.

Kortom, ik zou graag nog eens wat meer van de Minister horen over haar eigen rol en die van de verzekeraars. Ik vraag haar of je toch niet wat meer kaders mee zou moeten geven aan de verzekeraars. Verder hoor ik haar graag over de volumennormen en over de algemene betekenis voor de leefbaarheid.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Bruijn het woord wil voeren.

De heer **Bruijn** (VVD): Voorzitter. Ik heb een paar aanvullingen vanuit mijn fractie.

Wij hebben met veel waardering kennisgenomen van de brief van 6 maart, waarin duidelijk een samenhangend pakket aan maatregelen wordt gepresenteerd. Dit gebeurt met ambitie en een hoog realiteitsgehalte. Alleen al in de eerste alinea's wordt heel duidelijk een pakket van elf maatregelen verwoord. Deels betreft het nieuwe zaken en deels zijn het lopende zaken. Ik denk dat het heel belangrijk is om al die zaken met elkaar in verband te brengen en die als zodanig te beschouwen. We hebben het immers over de verdeling van de zorg, met name die in de krimpregio's waar de bevolking afneemt, waar de vergrijzing toeneemt en waar het aantal mensen met een chronische ziekte toeneemt. Mijn fractie denkt dus dat het heel erg goed is dat de Minister voor een integrale benadering kiest.

Ik stel een paar korte vragen in aanvulling op de vragen van het CDA. Wij hebben vernomen dat de Minister in aanvulling op deze brief een tour aan het maken is in het veld. Ons bereiken heel positieve geluiden over die tour en de discussies die de Minister in het veld heeft. Kan de Minister al meer zeggen over wat ze daar oppikt, wat ze daar hoort en of dit al leidt tot aanvullingen op deze brief en tot ideeën? Zijn er geluiden te horen over de maatregelen die in deze brief zijn aangekondigd?

Mijn volgende vraag sluit aan bij die van het CDA. Is er nog een rol voor kleine ziekenhuizen in de krimpregio's. Zo ja, hoe ziet die rol eruit? Wat kunnen ze zelf doen om zich voor te bereiden op krimp?

In de brief wordt kort gerefereerd aan de rol van technologische ontwikkelingen, zoals e-health. We zien dat deze ontwikkeling in dat vakgebied snel toeneemt. Ook de mogelijkheden voor afstandsorgaan nemen snel toe, ook in het vakgebied waarin ik werkzaam ben. Ik zit vooral achter de microscoop, maar tegenwoordig kunnen wij dankzij camera's wereldwijd collega's raadplegen. Dat betekent dus veel voor de distributie van zorg, voor de beschikbaarheid van zorg naar niet alleen ontwikkelingslanden maar ook naar krimpregio's in een land als Nederland. Ik ben benieuwd wat de visie van de Minister daarop is.

Hoe kijkt de overheid aan tegen de beschikbaarheid van huisartsen in krimpregio's, tegen de opleiding tot huisarts en de distributie van huisartsen? Zijn er voldoende mensen die zich daar willen vestigen? Hoe monitor je dat? Hoe kun je een en ander eventueel stimuleren? Of is dat geen rol voor de overheid? Dat zou natuurlijk ook kunnen. Moet je die rol aan andere zorgaanbieders overlaten en moet je wat dat betreft eventueel ook een rol zien voor de verzekeraars?

Heeft het kabinet een integrale visie op leefbaarheid in de krimpregio's? Het CDA noemde het werkgelegenheidsargument. Daarmee zouden wij voorzichtig willen zijn. De zorg is er immers niet ten behoeve van de werkgelegenheid. Als dat het argument is, kun je de zorg misschien beter sluiten. Als je al dat geld namelijk teruggeeft aan de premiebetaler, zul je in de reële economie altijd meer werkgelegenheid terugzien. Dat is naar mijn idee dus een gevaarlijk argument. De rol van ziekenhuizen als onderdeel van de leefbaarheid in krimpregio's is echter wel een onderwerp in het algemeen. Mijn fractie is benieuwd naar de integrale visie van het kabinet daarover.

Ik spreek nogmaals zeer veel waardering uit voor deze brief en deze aanpak.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Ter Horst.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA): Voorzitter. Ik spreek heel kort, want de bedoeling is dat de Minister vertelt wat zij ervan vindt. Wij moeten dus een beetje terughoudend zijn.

Ik vul slechts op twee punten aan. Wij zijn ook blij met de brief over de krimpregio's.

Als ik het goed begrijp, zegt de Minister dat zij wel wil investeren in krimpregio's als het gaat over acute zorg. Heb je echter niet ook planbare zorg nodig om acute zorg te kunnen blijven realiseren?

De Minister rekent op de aanbieders van zorg. Dat begrijp ik, maar mijn ervaring in bestuur is dat zorgverleners nevensgeschikt zijn. Dat betekent dat niet een groep zorgverleners tegen een andere groep kan zeggen: jij moet dit of jij moet dat. Mijn ervaring is dat je dan iemand nodig hebt die niet nevensgeschikt is aan die organisatie maar iemand die daaraan bovengeschikt is en die kan zeggen: we gaan het zo doen. Mijn beeld is dat de Minister die rol zou kunnen vervullen, maar ik ben benieuwd naar haar analyse: waarom is het zo moeilijk om zorgaanbieders het probleem zelf te laten oplossen?

De voorzitter: Ik dring erop aan om met name naar de spreiding van ziekenhuizen te kijken. Huisartsenzorg is ook heel interessant, maar het gaat nu met name over de ziekenhuizen.

Ik hoor graag een nadere toelichting op de beschikbaarheidsbijdrage en ik verneem graag wat wel mogelijk is en wat niet. Ik heb begrepen dat dit niet past in het kader van steun, maar ik zou willen weten wat dan wel past.

Aanvragen van een aantal ziekenhuizen zijn afgewezen. Ik vraag mij af of die ziekenhuizen, als er een nieuwe opzet komt, alsnog iets kunnen verwerven of dat dit met terugwerkende kracht kan gebeuren. Dat lijkt mij nogal belangrijk voor die ziekenhuizen die toch erg getroffen worden door de gevolgen van het moeilijk kunnen inkopen van zorg en het moeilijk kunnen bezetten van posities. Het gaat dan met name over de acute zorg. Ik geef het woord aan de Minister.

Minister Schippers: Voorzitter. De inhoud van de brief is inderdaad breder dan dat waarnaar de Eerste Kamer heeft gevraagd. Dat heeft alles te maken met het feit dat ook de Tweede Kamer vragen heeft gesteld. Er werd over het tempo van de brief gesproken. Dat heeft er ook mee te maken; vlak na de zomer werden er aanvullende vragen gesteld, onder andere die of ik ook de eerste lijn erbij kon betrekken. Mevrouw Slagter-Roukema zegt dat zij de huisartsen minder aantrekkelijk vindt. Met name de Partij van de Arbeid constateerde echter dat er in provincies als Drenthe echt een probleem is met de huisartsenzorg. Zij vroeg of ik, als ik dan toch een brief schrijf, dit voor de hele keten kan doen in plaats van alleen voor die tweede lijn. Dat heeft wel tot gevolg dat er ineens toch weer allerlei andere dingen in de opzet worden gevraagd. Daardoor duurt het langer voordat zo'n brief gereed is. Het is, zoals u hebt gezien, een kabinetsbrief. Ik hoef deze commissie niet te vertellen dat het weken duurt voordat deze via onder- bij- en subraden is verzonden. Ik ben echter blij dat wij deze brief toch nog redelijk tijdig konden leveren. Deze brief is eigenlijk onderdeel van de brief van de Minister van Binnenlandse Zaken, die een visie heeft gegeven op de leefbaarheid in krimpregio's. Deze brief zoomt specifiek in op de zorg.

De heer Flierman stelt dat de klassieke instrumenten niet toereikend zijn en dat er dus aanvullende zaken nodig zijn. Ik moet eerlijk zeggen dat bijvoorbeeld zoiets als de beschikbaarheidsbijdrage er eigenlijk al heel erg lang was. Er is een heel lang debat gevoerd met de Tweede Kamer over de commissie-Borstlap, de aanleiding daartoe en de positie van de Minister ten opzichte van haar zbo's, ook de toezichthouder NZa. De algemene stelling was dat die toezichthouder echt transparant en onafhankelijk moet zijn: de positieverdeling moet transparant zijn en de NZa is onafhankelijk. De NZa dacht: nou, ik weet nog wel een criterium. Die dufde het criterium «overmachtsituatie zorgverzekeraars» tussen de criteria ten aanzien van de beschikbaarheidsbijdrage. Ik heb vanaf het begin gezegd dat ik daar heel kritisch over ben. Voordat een zorgverzekeraar met een overmachtsituatie te maken heeft ... Dan moet je eerst

escaleren. Eerst krijgt de verzekeraar immers te maken met een achterstandssituatie. Stel dat het een regionale verzekeraar betreft met veel ziekenhuizen en dat deze dominant is in de regio. Voordat het escaleert tot een overmachtssituatie, een situatie waarin hij helemaal niet aan zijn verplichting kan voldoen, ontstaat er eerst een achterstandssituatie en vervolgens komen we in een traject van afschakeling. Dat vond ik heel onverstandig. Ik heb de NZa wel gevraagd om een advies te schrijven waarin zij aangeeft hoe zij dat in gedachten heeft. Dat heeft de NZa gedaan en ik heb besloten om, conform datgene wat ik eerder had aangekondigd, een aanwijzing te geven, opdat dat criterium eraf gaat. De heer Flierman vroeg of er geen sprake was van een overmachtssituatie bij verzekeraars. Ja, dat is de vertaling van de regels door de NZa. Uiteindelijk heb ik dus gezegd dat ik dat niet zie zitten. Ik zie dat ook niet zitten in de verevening. We moeten echt oppassen. Als je dit soort dingen in de verevening gaat doen, kom je voordat je het weet terecht in discussies over staatssteun met Europa. Juist die verevening stelt onze verzekeraars in staat om oud, ziek, jong en gezond tegen dezelfde premie te accepteren. Je moet dus heel erg bewaken dat er in die verevening geen andere elementen komen. Ik vind dat die oude, vertrouwde beschikbaarheidsbijdrage verder goed werkt. Waarom zouden we die dus niet handhaven? Dat is dus een klassiek instrument dat al voor marktfalen was ingesteld. We hebben dan ook een nieuwe bekostiging voor bijvoorbeeld de huisarts. Juist in provincies als Drenthe en Friesland heeft men moeite om de huisartsen te verleiden daar heen te gaan. Dat heeft in mindere mate te maken met de huisartsen. Heel vaak heeft dit te maken met de partner. Als de partner daar geen werk kan vinden, is de animo om naar zo'n regio te gaan veel minder groot. Een belangrijke taak van gemeentes en regio's is dus, ervoor zorgen dat daar ook voor partners werk te vinden is. Wij hebben een bekostigingssysteem waarin eigenlijk wel past dat je zegt: als wij in een krimpregio zitten en wij daar een spreiding van artsen wensen, moet eraan gewerkt worden dat er genoeg artsen zijn. Ik laat dus jaar na jaar meer huisartsen opleiden dan dat mij door het Capaciteitsorgaan wordt geadviseerd. Zolang de krimpregio's namelijk nog niet genoeg artsen krijgen ... Een huisarts die op de bank zit, kan er ook voor kiezen om naar Drenthe of naar Friesland te gaan. Het volgende is dat ik al een stap heb gezet in het verkleinen van de praktijk. De normpraktijk wordt verkleind, zodat een huisarts in deze streken met minder patiënten ook een volwaardige praktijk kan draaien. Je kunt je voorstellen dat die praktijk smaller is, maar dat die wel dieper is; een huisarts doet dan allerlei dingen die in andere, grote praktijken, niet worden gedaan. Dat zijn elementen waarop je al klassiek kunt sturen, maar er is wel een aantal dingen bij gekomen. Ik heb gezegd dat er in de nieuwe huisartsenbekostiging in segment 3 eigenlijk een betaaltitel voor krimp zou moeten zijn. We hebben er voor de huisartsen al een voor achterstandswijken en je zou je kunnen voorstellen dat je daar expliciet het gesprek op gang brengt door zichtbaar de module «krimp» daarin te zetten. Dat zijn de maatregelen waarover de heer Flierman het heeft. Die staan aan het begin van die brief.

Ik denk dat de 45-minutennorm cruciaal is voor spreiding van zorg. Die is wetenschappelijk niet meer onderbouwd. Die was onderbouwd op het moment dat de ambulance een bus was waarin mensen naar zorg werden vervoerd. De ambulance is echter een half ziekenhuis geworden waarin al met de behandeling kan worden gestart. Doordat de ambulance zo verbeterd is, kwam de basis op grond waarvan je een 45-minutennorm kunt beargumenteren te vervallen. Toch houden we die norm overeind, omdat die van nature zorgt voor spreiding. Je kunt wel zeggen dat je spoedeisende hulp moet hebben maar als daarachter een lege huls zit, kun je die niet overeind houden. Als je zegt dat er spoedeisende hulp moet zijn, moeten al die specialismen er in dat ziekenhuis zijn om deze hulp te voeden. Of er kan worden samengewerkt – dat zie je steeds vaker

gebeuren – met het ziekenhuis dat het dichtst bij ligt waarmee men interactie heeft en waar men ook op die spoedeisende hulp diensten draait. Je ziet dus dat de 45-minutennorm cruciaal is. Zodra die losgelaten wordt, ontstaat er een heel andere spreiding van ziekenhuizen. De ontwikkelingen gaan echt razendsnel. Ik ben inderdaad bezig met een tour. Ik ben begonnen in Zeeland. Ik ben goed op de hoogte van de Zeeuwse situatie, want mijn familie woont daar. Dat is een voordeel. Je hoort op die eilanden gemopper dat het daar niet opschiet en ik moet eerlijk zeggen dat het daar inderdaad niet opschiet. Op een gegeven moment dacht ik: dit kan zo niet doorgaan, ik ga daar eens met iedereen om de tafel. Dan ontstaan er discussies in de trant van dat men best wil dat het opschiet maar dat de buurman dat niet wil. Iemand heeft dit bedacht en zijn buurman heeft dat bedacht. Die ideeën passen niet op elkaar en er ontstaat een impasse. Van die impasse is al een tijdje sprake. Dat werkt dus niet. Je ziet ook dat de rol van aanjager in het land op heel verschillende wijze wordt opgepakt. Bijvoorbeeld in Friesland heeft men die rol actief opgepakt. Complimenten voor dat wat daar tot stand wordt gebracht. Ik ben deze week ook in Dokkum geweest om te zien hoe het daar gaat. Uit het faillissement van het ziekenhuis daar moet men lessen leren. De situatie in het ziekenhuis daar veranderde niet en de bevolking is niet betrokken bij de vraag wat daar nodig was. De bevolking dacht: we hebben een ziekenhuis, klaar! Het ziekenhuis werkte echter boven zijn macht. Men liep op zijn tenen om de kwaliteit te kunnen blijven garanderen. Daardoor kwam men in een negatieve spiraal terecht. Na het faillissement is het ziekenhuis omgeturnd. Men ging met de gehele omgeving om de tafel om de vraag te beantwoorden wat er eigenlijk nodig is. Men ging een en ander met elkaar opzetten en kwam tot een nieuw concept. Ik was echt zeer onder de indruk, ook van het feit dat alle partijen bijdroegen die om de tafel zaten. Huisartsen waren enthousiast en doen nu allerlei dingen in dat ziekenhuis. Dat geldt ook voor de specialisten die daar waren. Eigenlijk is het jammer dat dit pas kan nadat er zoveel ellende en bezorgdheid zijn geweest bij het publiek. Nu zijn de patiëntengroepen heel tevreden met hoe het gaat. De les die je daar moet leren, is dat je dit veel eerder in het proces met elkaar moet doen. Je ziet wel dat De Friesland Zorgverzekeraar die regierol goed oppakt en dat het daar tot stand komt. In Zeeland met zijn dominante verzekeraar gebeurde dat niet. Overigens gebeurt dit ook met Menzis in Oost-Groningen.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA): Leidt dat voor de Minister tot de conclusie dat zij een rol moet spelen om ervoor te zorgen dat het hoe dan ook gebeurt?

Minister **Schippers**: Ja, ik heb dus ook in de brief geschreven dat ik regiotafels wil. Daar waar het goed gaat, horen we dat. Ik denk dat het heel goed is voor onze mensen om de best practices mee te nemen naar die tafels waar dat niet gebeurt. Ik ben ook naar Zeeland gegaan en heb iedereen daar gevraagd om rond te tafel te gaan zitten. Dat deed ik omdat dit zonder mij blijkbaar niet gebeurde. In Zeeland staat een en ander nu weliswaar in de steigers, maar ik ken de Zeeuwse situatie een beetje en weet dat het niet een-twee-drie gebeurd is. Er is sprake van grote verschillen in zorg. In Zeeland is er een andere situatie. In het noorden ga je naar de Waddeneilanden, wat lastig is. Maar Gent en Antwerpen liggen vlak bij Zeeland, evenals Bergen op Zoom. Als het mensen niet bevalt in een ziekenhuis, zoeken zij hun eigen weg en gaan zij naar een ander ziekenhuis. Dat doen ze massaal, dus het gaat niet goed met de ziekenhuizen in Zeeland. Zij hebben echt te maken met het weglekken van mensen, maar men verwijst ook niet door van het ene Zeeuwse ziekenhuis naar het andere Zeeuwse ziekenhuis. Dat is opmerkelijk. Als je de ziekenhuizen daar overeind wilt houden, zou het logisch zijn om dat wel te doen. Wij voeren daar dus zware gesprekken. Ik denk dat het goed

is om daar de faciliteiten te bieden. Ik ben bijvoorbeeld in de zomer al bij een sessie geweest van De Friesland Zorgverzekeraar in Friesland om te kijken hoe het daar in de praktijk wordt gedaan. Dat was een heel leerzame sessie en ik dacht: als het in Zeeland niet gaat, ga ik actief daar heen. Wij hebben in deze brief onze ervaringen van het afgelopen jaar vermeld en aangegeven dat wij zeker in deze fase overal zouden moeten nagaan hoe het gaat. In sommige regio's leren we heel goede dingen. We weten dat het in een aantal ziekenhuizen in financieel opzicht echt nog heel moeilijk gaat. Moeten we dan niet veel meer proactief nagaan hoe we die zaken in goede banen kunnen leiden, zonder alle verantwoordelijkheid naar ons toe te trekken? Ik ben immers niet iemand die kan zeggen: jij doet het zo en jij doet het zo. Zo werkt het niet.

De heer **Flierman** (CDA): Ik kom toch even op de rol van de verzekeraar. De Minister geeft een aantal voorbeelden van gevallen waarin het goed gaat. Des te beter. Zij geeft echter ook een aantal voorbeelden van gevallen waarin het niet goed gaat. Een van mijn vragen was of je, als het stelsel inhoudt dat het primair een verantwoordelijkheid is van verzekeraar en zorgaanbieder, voor de verzekeraar wat meer kaders zou moeten stellen of dat je meer een richting zou moeten aangeven? Ik doel op kaders waarbinnen zij die gesprekken voeren. Dat gebeurt naar mijn indruk af en toe nog rauwelijks. Er wordt een onderhandelings spel gespeeld of er worden bijna instructies gegeven voor wie met wie zou moeten fuseren. Is dat de rol van die verzekeraar? Hoe zit het met zijn legitimatie in dat opzicht? De discussie daarover voerden we net voor de kerst. Ik blijf dus zitten met de vraag of je een en ander helemaal overlaat aan het vrije spel van de krachten in die zin dat het soms goed gaat en dat het soms niet goed gaat en dat de Minister in het laatste geval persoonlijk komt om de partijen toe te spreken. Of proberen we dat toch wat meer in te kapselen, in te bedden, in een aantal spelregels?

De **voorzitter**: Mag ik daar iets aan toevoegen? De Minister sprak net over faillissement en dat je daarvan zou moeten leren. De heer Flierman had het al over de onrust. Ik vind het altijd jammer om er eerst negatieve energie in te steken. Misschien kan er daarna wel weer iets moois bloeien, maar het zou mij een lief ding waard zijn als het allemaal wat eerder gebeurde. Wil de Minister dat bij haar overwegingen betrekken?

Minister **Schippers**: Wij spreken over krimp, omdat wij zien dat er een enorme omslag in die regio's aan de gang is en dat ons nog meer te wachten staat. Ik was vanmorgen in Zevenaar. Over een aantal jaren is een derde van de bevolking daar boven de 65 jaar en dat is niet een officieel krimpgebied. Er komt dus een enorme omslag en je ziet dat alle partijen daar een rol in zoeken. Je kunt je afvragen wat de legitimatie is van de verzekeraar, maar je kunt je ook afvragen of het niet aan het ziekenhuis is om ervoor te zorgen dat die op een goede manier zorg levert. In de Zeeuwse situatie zie je gebeuren dat maatschappen uit het ziekenhuis stappen en dat ze zelfstandige behandelcentraatjes gaan oprichten. Dan is het toch aan die zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat zij niet daar inkopen, maar dat ze bij het ziekenhuis blijven inkopen. Ze moeten dus niet belonen dat iedereen voor zichzelf een tokootje gaat beginnen.

De heer **Flierman** (CDA): Mijn pleidooi is dus juist om die zorgverzekeraar iets van een richting mee te geven.

Minister **Schippers**: Precies daarom hebben we in de brief aangegeven dat we die regiotafels gaan inzetten. Bijvoorbeeld in de Zeeuwse situatie zie je echt dat mensen verschillend reageren. Ik kan met een landelijke visie komen op hoe dat moet, maar je ziet dat per regio verschillend is wat

er gebeurt maar ook dat heel verschillend is hoe men ten opzichte van elkaar staat. Ik vind echt dat het Noorden van het land veel serieuzer bezig is en dat het veel beter ziet waar het moet, waar de problemen liggen en wat er voor duurzaamheid van de zorg – dat gaat mij ook aan – moet gebeuren.

Wij hebben allerlei kaders vastgesteld waarbinnen de verzekeraar moet opereren. Hij heeft een zorgplicht en moet voldoen aan de 45-minutennorm. Er zijn allerlei eisen op het gebied van kwaliteit waaraan hij moet voldoen en er zijn kaders van de NZa waarbinnen hij moet werken. Ondanks diezelfde kaders zie je dat verzekeraars heel verschillend opereren. Die situaties zijn ook heel verschillend. Als je bijvoorbeeld naar Zuid-Limburg gaat, zie je dat men echt met een andere situatie te maken heeft dan die waarmee men in Zeeland te maken heeft.

De heer **Flierman** (CDA): Er zijn kaders. Helder is dat er verschillend geopereerd wordt en dat er gestreefd wordt naar maatwerk. Ik vraag mij af of die kaders in een aantal opzichten niet te ruim zijn. De Minister begon met de opmerking dat de NZa ook al veelvuldig gebruik heeft gemaakt van de ruimte die ze dacht te hebben. Er zou een apart interessant debat plaatsvinden over wat de positie van de zbo's is ten opzichte van de ministeries, maar het is aan de Parlementaire Onderzoekscommissie Privatisering/Verzelfstandiging Overheidsdiensten om daarover door te praten. Ik heb de indruk dat die regels op een aantal punten wat preciezer en scherper zouden moeten zijn om een aantal discussies en de onrust – mevrouw Slagter sprak daarover – te voorkomen. Als we met elkaar vinden dat die 45-minutennorm van belang is om de spoedeisende hulp en de verloskunde overeind te houden, is dat een heel indirecte manier om die spreiding te bevorderen. Mevrouw Ter Horst zei echter terecht dat er achter die spoedeisende hulp wel een IC moet zijn. Daar moet een aantal specialismen achter zitten, wil dat body hebben en kunnen functioneren.

Minister **Schippers**: Daar zijn richtlijnen voor, namelijk die van de inspectie.

De heer **Flierman** (CDA): Ik hoop dan maar dat die verzekeraar dat alles in zijn contractonderhandelingen in de overwegingen betreft. Er zijn toch wel enkele signalen dat hij dat niet altijd en automatisch doet. Zie wat er in Den Helder gebeurde en op nog een aantal van dat soort plekken. Verzekeraars betrekken daar toch te gemakkelijk het financiële element in de beschouwing en niet die bredere zorgplicht, ook op de wat langere termijn met die vergrijzing en toename aan chronische ziekten.

Minister **Schippers**: Dan zou de heer Flierman toch preciezer moeten zijn. We hebben de algemene kaders. Met een paar slagen zijn die kaders eigenlijk al ingevuld. Welk kader zou dan moeten worden aangescherpt en waar?

De heer **Flierman** (CDA): De Minister zou toch moeten kunnen verlangen dat er in ieder geval meerjarige afspraken worden gemaakt. Dat zou ziekenhuizen veel meer ruimte geven om te sturen.

Minister **Schippers**: Wij stimuleren meerjarige afspraken, «Kwaliteit loont» richt zich daar ook op. Wat dat betreft heb je altijd enigszins te maken met meerjarige afspraken die meer zekerheid geven – door die zekerheid kun je scherpere afspraken maken over kwaliteit, service, over van alles en nog wat – maar die de flexibiliteit inbinden. Je moet dan toch uitgaan van de plaatselijke situatie. Je kunt dan zeggen dat je in een bepaalde situatie stabiliteit nodig hebt en dat meerjarenafspraken daarin goed voldoen. En je kunt in een andere situatie zeggen dat het niet

verstandig zou zijn om meerjarenafspraken te maken. In «Kwaliteit loont» nemen wij maatregelen om meerjarenafspraken te stimuleren, maar wij leggen ze niet op. Wij zeggen niet dat men een contract voor drie jaar moet afsluiten. Als het in een situatie goed is om dat voor één jaar te doen, moet je dat doen. Wij zeggen echter dat men wat vaker moet nagaan of het niet beter is om meerjarige afspraken te maken omdat er dan meer sprake zal zijn van zekerheid.

Wij komen volgens mij veel eerder bij elkaar om te spreken over zbo's. Ik kom natuurlijk eerdaags met een reactie op het rapport van de commissie-Borstlap. Met deze brief worden de kaders in «Kwaliteit loont» aangescherpt. Als jij met een zorgverzekeraar te maken hebt die in april moet aangeven op basis waarvan hij zorg inkoop, zal hij een zorginkoopbeleid kenbaar moeten maken. Daarmee kan worden nagegaan of de zorgverzekeraar de goede dingen doet, dus of we vinden dat hij de goede dingen doet. Dat zijn dingen die nu niet als eisen aan verzekeraars worden gesteld maar die straks wel aan hen gesteld worden. Er staat in deze brief een kader, maar er is een rits aan eisen waaraan verzekeraars zullen moeten voldoen. Als de heer Flierman zegt dat hij de kaders nog niet strak genoeg vindt, zou hij preciezer moeten aangeven wat we dan moeten opleggen. Wij zien de voordelen van meerjarenafspraken, maar wij zien ook dat daaraan nadelen verbonden kunnen zijn. Het zal dus toch eigen invulling zijn.

De heer **Flierman** (CDA): Ik kan de Minister volgen als zij zegt dat je niet alles tot de laatste euro meerjarig moet vastleggen, maar er is een soort model denkbaar waarbij je een bottomline meerjarig vastlegt. Die geeft je een bepaalde zekerheid en daar kun je op moduleren met een variabele band daarboven, om het maar zo te zeggen.

Minister **Schippers**: Maar je hebt ook nieuwe toetreders. Ik heb over nieuwe toetreders heel veel gesprekken gevoerd met alle politieke partijen. Zij zeiden dat we moeten opletten. Als we alles namelijk vastleggen, je een goed idee hebt voor in de zorg en je opnieuw wilt starten, zijn alle financiën al meerjarig belegd. Er moet dus ruimte komen voor nieuwe toetreders. Het blijft dus altijd een kwestie van maatwerk.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik kom op een heel ander aspect, namelijk dat van de regie van de rijksoverheid of die van de verantwoordelijk Minister. We zijn de afgelopen jaren best gewend geraakt aan een overleg met het veld. Er zijn arbeidsmarktregio's ontstaan, namelijk ongeveer 35. Er zijn ongeveer 40 jeugdzorgregio's. In mijn hoofd zit de hele tijd de kaart die Atlas voor een gemeente gemaakt heeft. Die heeft men gemaakt op grond van organische bewegingen van burgers in een bepaald gebied, ook op grond van de oriëntatie in dat gebied, ten aanzien van scholing, recreatie, cultuur en zorg met al zijn facetten. Ik zou me kunnen voorstellen dat, als je naar zo'n kaart kijkt – het betreft ongeveer 55 regio's – je zegt dat dit in principe ziekenhuisregio's moeten zijn. De zorg die ingekocht wordt in een algemeen ziekenhuis in regio X of in regio Y zou aan de partijen kunnen worden overgelaten. Die zorginkoop dient dan wel binnen de kaders te gebeuren. Ik vind dat de rijksoverheid dit niet moet voorschrijven maar dat dit moet gebeuren met het oog op de lokale situatie of de regionale situatie. Zou dit een idee kunnen zijn in die zin dat de Minister toch een beetje de regie pakt om te voorkomen dat datgene wat de Minister net zei over Zeeland, uit de klauwen begint te lopen?

Minister **Schippers**: De verzekeraar koopt in. Die stuurt daar dus mee. De kaart waarnaar de heer Thissen verwijst, is er inderdaad. In de zorg gebruiken wij echter ook kaarten. Marjan Kaljouw heeft als aanvoerder van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen bij Zorginstituut Nederland een analyse gemaakt om te weten te komen

welke zorg over tien tot vijftien jaar in Nederland nodig is. Zij heeft die analyse losgelaten op Friesland, Amsterdam, Heerlen en op Amstelveen. Daarvoor heeft zij gekozen omdat bepaalde kenmerken van Nederland daarin zitten. Men heeft uitgedrukt wat er nu in het aanbod zit en wat mensen straks nodig hebben. Het rapport komt half april uit, maar ik kan de leden van deze commissie al zeggen dat het een totaal niet op het ander past. Dat wat straks nodig is, is echt heel verschillend ten opzichte van dat wat nu geleverd wordt. Als gevolg van de vergrijzing en meerdere chronische aandoeningen gaan wij heel veel vraag krijgen op het gebied van het bewegingsapparaat. We zien dat dementie enorm stijgt in percentages, maar we zien ook dat deze ziekte in aantallen veel minder impact heeft dan zaken die betrekking hebben op het bewegingsapparaat. Zo heeft zij dat dus gedaan. Het is natuurlijk heel belangrijk dat we de informatie die bijvoorbeeld in die sessie in Friesland met alle zorgpartijen, patiëntenverenigingen, werd besproken... Er wordt dus nagegaan welke zorg straks nodig is, welke beroepen nodig zijn en of de juiste mensen opgeleid worden. Dat doen we ook niet. Die omslag komt er. Als ik nu al op basis van dat wat er nu ligt aan vaste regiokaarten of op basis van dat wat we nu met vaste regio's doen ... Dan slaan we echt de plank mis als we willen weten wat straks nodig is. Er is straks een omslag nodig – ik verwijst naar het rapport van Marjan Kaljouw – om ervoor te zorgen dat je hetzelfde kunt doen voor iedere regio. Je kunt dan zien welke zorg straks nodig is. Om te voorkomen dat er van alles failliet moet gaan en dat er nieuwe organisaties moeten worden opgericht, werken we langzaam naar wat er in de zorg straks nodig is. In Zevenaar, waar ik vanmorgen was, is het heel goed geregeld. Veel electieve zorg is van het kleine ziekenhuis in Zevenaar naar Arnhem gegaan. In Zevenaar hebben ze nu een heel nieuwe multidisciplinaire afdeling ouderenzorg opgericht. Al die zorg komt daar samen. Er ontstaat dus een nieuw concept streekziekenhuis. Ik denk namelijk dat de streekziekenhuizen heel belangrijk zijn en dat die alleen maar belangrijker gaan worden. We hebben het vaak over concentratie van complexe zorg op basis van volumennormen, maar die omvat slechts 15%. 85% is gewone zorg, de bulkzorg.

De heer **Flierman** (CDA): Ik ben blij dat u zegt dat het streekziekenhuis steeds belangrijker wordt. Het geldt voor de minder complexe chronische aandoeningen en voor geriatrie ... Wat dat betreft is juist die spreiding van belang.
(Niet in microfoon)

Minister **Schippers**: Je ziet dat daar ontzettend veel dingen worden opgericht, dat er in zaken geïnvesteerd wordt en dat er afdelingen worden geopend. Ze hebben daar ook een afdeling nierdialyse geopend. Eerder moesten nierpatiënten drie keer per week heel ver reizen. Nu kunnen ze op hun scootmobiel naar het ziekenhuis voor nierdialyse. Is er sprake van een complexe situatie, dan moet men naar Arnhem waar die expertise te vinden is.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat wat de Minister zegt, bepleit ik. Je gaat niet centraal regelen wat er in Zevenaar moet gebeuren. Dat is aan de regio. Belangrijk is de analyse waaruit blijkt wat er nu nodig is, maar vooral wat er in de nabije toekomst nodig is. Laatst had ik een uitvoerig gesprek met David Jongen van Atrium en Orbis – zij mogen eindelijk fuseren – over hoe zij dat gaan doen. Het enige waarbij de rijksoverheid kan helpen, is bij het opnieuw beschouwen van die regio's. Voor de jeugdzorg en de arbeidsmarkt doen we dat precies hetzelfde. Daarvoor gaan we ook niet voorschrijven wat er moet gebeuren. Wel hebben we aangegeven wat de regio is. Dat deden we na overleg.

De **voorzitter**: Ik denk dat de Minister ook juist schetst dat wij de ontwikkelingen faciliteren. In die zin ben ik het met haar eens dat «concentreren» een mooi woord is maar dat het toch veel eerder gaat om het dichterbij de mensen brengen van de zorg en spreiding. Wat dat betreft zijn streekziekenhuizen belangrijk. Een dergelijk onderzoek gebeurt in opdracht van de overheid en zij kan daarop ook commentaar geven. Ik denk dat dit enige mate van duidelijkheid geeft. Dat neemt niet weg dat je toch blijft zitten met een aantal plekken waar het desondanks moeilijk zal zijn om zorg in de lucht te houden. Ik was toch wel onder de indruk van de cijfers van de NZa over de consequenties voor de inkoop van het behouden van acute zorg. De Minister zei al dat Menzis in Groningen leading is wat dit betreft, maar die klaagt ook wel heel erg dat het teveel kost. Je zit dan toch met de vraag hoe je dat gaat repareren, de beschikbaarheidsbijdrage. Ik zou graag willen horen hoe dat precies in zijn werk gaat en hoe het zit met juist die ziekenhuizen die anders toch niet overeind kunnen blijven doordat ze te duur zijn voor de zorgverzekeraars. De Minister zei net dat zbo's vaak voordeliger zijn, maar er is dan geen sprake van een samenhangend aanbod. En zorgverzekeraars opereren ook nogal eens meer penny wise, pound foolish. Dat is volgens mij het spanningsveld.

De heer **Flierman** (CDA): Je zou kwaliteit moeten verlangen, ook voor de lange termijn. Op de ene plek gaat dat klaarblijkelijk beter dan op de andere plek.

De heer **Bruijn** (VVD): Nu ik dit alles aanhoor, vraag ik aandacht voor de factor tijd. Er staan in deze brief ook een aantal nieuwe maatregelen. Die hebben betrekking op monitoringsinstrumenten, een indeling in 43 regiotafels en een nieuw bekostigingsmodel voor ook de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg waarin een prestatie voor krimp wordt vormgegeven. Deze Kamer hamert altijd op de regeldruk. Ook ten aanzien van deze sector hebben we dat veelvuldig gedaan. Ik denk dus dat we niet moeten aandringen op extra maatregelen voordat we weten hoe een en ander wordt gemonitord, wat daar uitkomt en we meer weten over die regio-indeling die wordt voorgesteld. Ik pleit liever voor terughoudendheid van de Minister op dit moment, dat zij eens rustig kijkt hoe dit uitrolt en uitpakt. Die monitoringsinstrumenten die worden aangekondigd, zijn natuurlijk heel belangrijk. Misschien kan de Minister toelichten hoe die precies zullen werken. Als we weten hoe een en ander uitpakt, kunnen we nagaan of aanvullende maatregelen nodig zijn, of een aanvullende grip van de overheid moet worden bepleit. Het lijkt mij ontijdig om, nu we dit pakket hebben, al aan te dringen op extra maatregelen. Dat past bovendien niet bij de regeldruk waar wij juist altijd zo bang voor zijn.

De heer **Flierman** (CDA): Voor de goede orde zeg ik dat het mij wat de eerstelijnsgezondheidszorg en de anderhalvelijnsgezondheidszorg betreft niet daarom gaat. Het enige waar het mij om gaat, is de vraag of dat onderhandelingspel tussen kleinere regionale ziekenhuizen en verzekeraars voldoende gestructureerd is om een heleboel gedoe te voorkomen zoals we dat de afgelopen tijd gezien hebben. Daar waar partijen elkaar gemakkelijk weten te vinden, lukt dat wel. Het lukt hier en daar echter niet. Daardoor wordt toch een hoop maatschappelijke onrust gecreëerd. De Minister zegt dat die kwestie van de meerjarigheid al gaat spelen. Dat vind ik belangrijk. Misschien is er nog een ding of zijn er nog twee dingen. Die heb ik zo niet paraat. Het gaat mij niet om het maken van meer regels, maar het gaat mij om het meer preciseren van het speelveld waarbinnen het gesprek plaatsvindt.

De heer **Bruijn** (VVD): Hoe wordt die zorgplicht van verzekeraars geborgd onder toezicht van de inspectie? Dat vergt volgens mij ook niet iets nieuws. Misschien moet er nog eens naar worden gekeken.

De **voorzitter**: Hiermee lossen we misschien het probleem al op, lopen we misschien vooruit op dat wat de Minister gaat doen. Het lijkt me praktisch als de Minister haar beantwoording voortzet.

Minister **Schippers**: Wij willen gaan werken met regio-overleggen die van een andere omvang zijn dan de Wmo-regio's die in de brief staan. Dat zijn er 43. Dat zou niet nodig zijn. Wij hebben grotere regio's. Wij zullen die regiotafels waarmee wij willen starten, voorzien van gegevens om te faciliteren. De vraag is immers welk gesprek wij met elkaar moeten voeren. Gaat het erom dat je elkaar de tent uit vecht om iets terwijl je, als je een paar jaar verder kijkt, met elkaar tot de conclusie moet komen dat het in die regio om heel andere dingen gaat? Wij monitoren inderdaad ook wat er zoal gebeurt, want dan weten we wat nodig is. Er zijn dus de aparte onderzoeken van Marjan Kaljouw die voor iedere regio gedaan zouden moeten worden. Verder heb je de monitoring om te weten te komen hoe het feitelijk gaat met het zorgaanbod. Je krijgt dus gegevens over wat nodig is en wat er in de praktijk gebeurt. Daarover voer je het gesprek. De constatering dat verzekeraars contracteren zonder op kwaliteit te letten en dat ze dat vaak bij zelfstandige behandelcentra (zbc's) doen, is discutabel. Er zijn heel veel zbo's die zeggen dat zij het eigenlijk beter en anders doen en dat zij kleinschaliger zijn en dat zij juist niet geconsulteerd worden omdat de verzekeraar het gemakkelijk vindt om het bij de reguliere grote instelling te doen. Dat omgekeerde debat voer ik met de Tweede Kamer.

De heer **Flierman** (CDA): Daar waar een verzekeraar echt leading is, zal dat gemakkelijker gaan. De Minister noemde Menzis in Oost-Groningen en De Friesland Zorgverzekeraar in Friesland. Daar waar meerdere partijen zijn, wordt dat een slag ingewikkelder. Als er drie verzekeraars zijn die allen een deel inkopen terwijl het ziekenhuis een en ander bij elkaar moet hebben om overeind te blijven, lijkt mij dat preciezere spelregels kunnen helpen om dat gesprek goed te laten verlopen.

Minister **Schippers**: Die situatie is er met name in de Randstad. Dat is geen krimpgebied. Daar is echt sprake van concurrentie tussen ziekenhuizen en in krimpgebieden moet je je uiterste best doen om de ziekenhuizen en de zorg overeind te houden. Ik vind dan ook dat de Minister van VWS een belangrijkere rol heeft in zo'n krimpregio. Dat neemt niet weg dat wij alles hebben vastgelegd over zorgplicht. De verzekeraar heeft dus gewoon een zorgplicht. Als je met elkaar echter iets verder kijkt, kom je toch tot betere oplossingen. Dat zie je in heel veel situaties gebeuren. We kunnen daarvan overigens heel goed leren. Als je namelijk kijkt naar het faillissement van De Sionsberg te Dokkum en van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, zie je grotere verschillen. Je ziet dat het voor Dokkum veel positiever heeft uitgekapt. Ik zal dus onderzoek doen – dat staat ook in de brief – om na te gaan wat we daarvan kunnen leren. Faillissement in de zorg is namelijk echt iets anders dan heel veel andere faillissementen die we hebben meegemaakt.

Wat het volume betreft ben ik ervan overtuigd dat dit heel erg belangrijk kan zijn. Ik zeg daar wel bij dat meer volume goed doet maar dat je, als je op dit kantelmoment zit, meer kunt stapelen zonder dat dit wat de kwaliteit betreft toegevoegde waarde heeft. Sterker nog, je ziet dat de omvang van een dergelijk ziekenhuis tegenwerkt. Wij hebben in Nederland vrij grote ziekenhuizen als je nagaat wat vanuit bedrijfseconomisch oogpunt een goede omvang is. Om die reden versterk ik de Autoriteit Consument & Markt (ACM) wat het toezicht betreft op fusies. In

gesprekken met verzekeraars merk ik dat, daar waar zij tot voor kort altijd groen adviseerden op fusies, er voor het eerst verzekeraars zijn die dat niet gaan doen. Het laatste is naar mijn idee in hun belang. Als je namelijk alles fuseert, ben je straks afhankelijk van een ziekenhuis of van twee ziekenhuizen. Dan is er helemaal geen uitweg meer. Die is er dan voor patiënten overigens ook niet meer.

Je ziet dat in het Kwaliteitsinstituut de driehoek – de artsen, de patiënten, de verzekeraars en indien dat van belang is ook verpleegkundigen – de normen vaststelt in de richtlijnen en de protocollen. Dat gebeurt dus niet alleen door verzekeraars en evenmin alleen door wetenschappelijke verenigingen. Daar waar ervaringen van patiënten eerder nooit in die richtlijnen werden meegenomen, gaat dat nu wel gebeuren. De ervaringen van de patiënt met een bepaalde behandeling zijn van groot belang voor het opstellen van richtlijnen. Je ziet dus dat we op dat terrein echt wel slagen kunnen maken.

De **voorzitter**: We moeten langzaam afonden.

Minister **Schippers**: In antwoord op de vraag over de technologie zeg ik alleen nog dat technologie de komende jaren een enorme rol gaat spelen, ook met het hoog houden van zorg. Er ligt een wetsvoorstel voor over elektronische gegevensuitwisseling. Je ziet dat technologie heel veel mogelijk maakt. Uit de cijfers blijkt dat het aantal mensen dat ouder is dan 80 jaar de afgelopen decennia is verdubbeld en dat het aantal mensen dat naar verzorgingshuizen is gegaan, is gehalveerd. Zonder dat er beleid is, zie je dat in de samenleving de drang om thuis te blijven wonen heel groot is. Vandaag werd de thuisnierdialyse mogelijk gemaakt. Natuurlijk zijn er mensen die dat heel graag zelf thuis willen doen. Dat hoeft niet. Zij kunnen ook gewoon naar het ziekenhuis gaan. Als zij dat echter heel graag thuis willen doen en ze drie keer per week uren aan zo'n apparaat moeten zitten, kan dat thuis. Je ziet dat er met de technologische ontwikkelingen steeds meer thuis kan gebeuren. Dat zal zeker voor de krimpregio's een enorme impact hebben. Daar ben ik van overtuigd, gezien datgene wat daar al kan en wat langzaam maar zeker mogelijk wordt.

De **voorzitter**: Zijn alle vragen in voldoende mate beantwoord?

De heer **Flierman** (CDA): Ik zal de handschoen oppakken. Als ik vind dat het speelveld nog wat gepreciseerd moet worden, kom ik daar volgende week op terug. Dan zal dit wellicht tot een briefje leiden.

De **voorzitter**: We krijgen een verslag van deze bespreking. Dat kunnen we met elkaar bestuderen en nagaan of er nog zaken uit te wisselen zijn. Ik dank de Minister en haar beleidsmedewerkers hartelijk voor de aanwezigheid en de open discussie. Ik denk dat we elkaar wel weten te vinden als we toch nog brandende vragen hebben over dit onderwerp.

Sluiting 15.34 uur.