

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 647

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat een ziekenhuis een onrendabele arts mag ontslaan* (ingezonden 5 november 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 november 2012).

#### Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat een ziekenhuis een onrendabele arts mag ontslaan volgens het Scheidsgerecht Gezondheidszorg?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Het Scheidsgerecht Gezondheidszorg is bevoegd hierover uitspraken te doen, wat ook is vastgelegd in de arbeidsovereenkomst tussen de hierbij betrokken partijen. Het Scheidsgerecht heeft gelet op de relevante jurisprudentie uitspraak gedaan. Ik heb aan de uitspraak in deze specifieke casus niets toe te voegen.

#### Vraag 2

Hoe vaak komt het voor of is het voorgekomen dat een arts of specialist is ontslagen omdat hij/zij onrendabel was? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 2

Ik beschik niet over informatie over het aantal artsen dat is ontslagen vanwege onrendabele zorgverlening.

#### Vraag 3

Bent u van mening dat een salaris van ongeveer 10 000 euro bruto in de maand, inclusief toeslagen, het moeilijk maakt om «rendabel» te zijn?<sup>2</sup> Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 3

Ik beschik niet over de informatie om te beoordelen of, en zo ja wanneer een specialisme rendabel kan zijn.

<sup>1</sup> Medisch Contact, «Ziekenhuis mag een onrendabele arts ontslaan» <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Nieuwsbericht/123120/Ziekenhuis-mag-onrendabele-arts-ontslaan.htm>

<sup>2</sup> Scheidsgerecht Gezondheidszorg, Arbitraal vonnis van 17 september 2012, kenmerk: 12/18

#### Vraag 4

Welk inkomen of salaris acht u wenselijk voor specialisten? Vindt u een salaris vergelijkbaar met dat van een minister redelijk? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 4

Op 10 oktober 2012 heb ik uw Kamer het rapport van de commissie inkomens medisch specialisten (commissie Meurs) aangeboden, vergezeld van een door SEO Economisch Onderzoek (SEO) uitgevoerde internationaal vergelijkende analyse van specialisteninkomens (TK 2012–2013 29 248, nr. 240). Overigens bevatten deze rapporten geen uitspraken over het inkomen of salaris dat wenselijk wordt geacht voor een medisch specialist. Ik zal binnenkort mijn reactie op deze rapporten naar de Tweede Kamer sturen.

#### Vraag 5

Hoe groot mag het verschil zijn tussen een specialist in loondienst en een vrij gevestigde specialist? Kunt u dit precies kwantificeren?

#### Antwoord 5

Het salaris van een specialist in loondienst is in het cao-overleg tussen sociale partners vastgelegd. Het inkomen van een specialist in vrije vestiging is het resultaat van zijn omzet minus zijn kosten, waarbij er veel kosten zijn waar specialisten in loondienst niet mee te maken krijgen. Verder kunnen er verschillen ontstaan door ondermeer een andere aard van de uitgevoerde werkzaamheden, aantal gewerkte uren, omvang productie en kwaliteit van de geleverde zorg van een vrijgevestigde specialist. In zijn algemeenheid kan ik hierover geen uitspraken doen.

#### Vraag 6

Vindt u het wenselijk dat een ziekenhuis financiële winst en belangen boven gezondheidswinst van patiënten, medische kennis, kunde en/of onderzoeksbelangen stelt? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 6

Ziekenhuizen hebben de plicht om kwalitatief goede zorg te leveren. Dat is hun primaire taak en als zij dat niet doen binnen de daartoe opgestelde normen is daar de Inspectie voor de Gezondheidszorg om handhavend op te treden. Het is onmiskenbaar dat financiële belangen ook een rol kunnen spelen in de keuzes van ziekenhuizen om bepaalde zorg wel of niet aan te bieden. In deze specifieke situatie gaat het om het opzetten van een praktijk die in de betreffende regio klaarblijkelijk moeilijk rendabel is te maken. Een vraag hierbij kan zijn of het verstandig is of een ziekenhuis koste wat kost alles moet aanbieden: dit kan ondoelmatigheid in de hand werken. Ook vanuit het oogpunt van kwaliteit en de concentratie van zorg is het niet verstandig dat elk ziekenhuis alle zorg aanbiedt.

#### Vraag 7

Hoe verhoudt de Eed van Hippocrates, die elke arts dient af te leggen, zich tot het «draaien van productie» en het «halen van de omzet» in een ziekenhuis of zorginstelling?

#### Antwoord 7

Bij een goede praktijk die goede zorg levert, hoort een gezonde bedrijfsvoering. Het leveren van kwalitatief goede zorg en een goede doelmatige bedrijfsvoering gaan vaak hand in hand. Indien de focus louter is gericht op het «draaien van productie» waardoor sprake is van ondoelmatige of onzinnige zorg, verhoudt zich dat niet goed met de eed van Hippocrates en de maatschappelijke rol die de arts heeft volgens die eed.

#### Vraag 8

Wat doet u eraan om te voorkomen dat de marktwerking in de ziekenhuiszorg de (medische) belangen van de patiënt verdringt? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 8

De veranderingen die zijn doorgevoerd in de bekostiging van de ziekenhuizen zijn naar mijn stellige overtuiging in het belang van de patiënt. Deze is er immers bij gebaat dat ziekenhuizen worden gestimuleerd om goede medische zorg te verlenen. Goede zorg is ook doelmatige zorg. Zoals u weet heb ik daarover met de veldpartijen in de ziekenhuiszorg bestuurlijke afspraken gemaakt. Onderdeel van die afspraken is een inhoudelijke agenda gericht op het bevorderen van substitutie, spreiding en specialisatie van zorg zodat ziekenhuizen zich kunnen richten op die specialismen waar ze goed in zijn, het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en het bevorderen van doelmatig en gepast gebruik. Deze inhoudelijke afspraken bieden partijen tevens handvatten voor het realiseren van een beheerste uitgavenontwikkeling. Financiële belangen en kwaliteit kunnen elkaar in die zin versterken.