

Vergaderjaar 2011–2012

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 56

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 19 maart 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 15 februari 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **het zorglandschap**. (De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

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

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Kluijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Hazekamp (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Eijssink (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

Voorzitter: Wolbert
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Gerbrands, Leijten, Mulder, Smilde, Van der Veen, Voortman, Wiegman-van Meppelen Schepink en Wolbert,

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

De **voorzitter**: Ik heet de minister, de medewerkers, de leden van de Tweede Kamerfracties en de mensen op de publieke tribune welkom. De spreektijd per fractie bedraagt zes minuten. Ik vraag de leden zich in eerste termijn te beperken tot drie interrupties onderling.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. We hebben het vaak over dit AO gehad. Maar eigenlijk is de titel, «zorglandschap», ontzettend verkeerd. Eigenlijk moet de titel «patiëntenlandschap» zijn, want niet het aanbod van zorg moet centraal staan, maar de mensen.

Het is goed dat wij het hebben over zowel de eerste als de zogeheten tweede lijn. Dat is tamelijk uniek. Bij de herinrichting van het zorglandschap moet centraal staan wat dat betekent voor de kwaliteit van leven van patiënten en hoe het staat met de medische effectiviteit van de zorg. Daarvoor moeten zorgaanbieders en verzekeraars inzicht krijgen in de wensen van de patiënt, de gezondheidswinst van behandelingen en de medische effectiviteit van behandelingen, en die vervolgens ook transparant maken en aan de patiënt vertellen. Hoe staat het met de kwaliteit van de behandelingen en wat betekent dat voor de premie? Dat is de andere kant van de kwaliteit van zorg, want zorg heeft een prijs. Het zorglandschap zoals we dat nu kennen, zal veranderen. We hebben 100 ziekenhuizen die allemaal ongeveer dezelfde typen zorg leveren. Dat betekent dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van de behandelingen door meer te concentreren. Het wordt steeds meer bekend dat als ziekenhuizen en artsen zich toeleggen op een bepaalde behandeling, zij daar ook beter en bedrevener in worden. We zien ook dat zorgverzekeraars steeds meer hun rol oppakken en tegen een scherpe prijs goede zorg inkopen voor hun verzekerden. Die kwaliteitsverbetering gaat gepaard met een lagere prijs per behandeling, want als je ergens op toelegt, hoef je maar een of twee keer bepaalde medische apparatuur te kopen. Dat is goed voor de betaalbaarheid van de zorg en daarmee voor de solidariteit.

Als ziekenhuizen zich gaan specialiseren, moet de patiënt wel iets verder reizen. Daar staat echter een betere kwaliteit van zorg en dus een grotere kans op genezing tegenover. Deze ontwikkeling geldt voor gespecialiseerde ziekenhuizen en ook voor streekziekenhuizen. De streekziekenhuizen zullen zich waarschijnlijk gaan toeleggen op wat minder moeilijke behandelingen, op poliklinische behandelingen, op dagbehandelingen en op chronisch zieken, zoals mensen met diabetes, COPD, een steeds groter wordende groep.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Ik was blij dat de heer Mulder zich zojuist voorzichtig uitsprak. Hij zei: «De streekziekenhuizen zullen waarschijnlijk ...» Dat woord «waarschijnlijk» heeft iets van een voorbehoud. Wat is er echt nodig om ervoor te zorgen dat op een goede manier concentratie en spreiding van zorg plaatsvinden? Wie dient daarin te sturen?

De heer **Mulder** (VVD): Dat zullen de zorgverzekeraars doen. Je ziet dat het langzaam van de grond komt. Elke zorgverzekeraar doet het op zijn eigen manier. Achmea wil bijvoorbeeld naar zogeheten outcome-

indicatoren; dus niet per behandeling betalen maar koppelen aan de gezondheidswinst. Menzis is met het HagaZiekenhuis bezig met een soort aanneemsom. Ook VGZ en CZ proberen de kwaliteit van de zorg te verhogen door selectief in te kopen. Dat komt langzaam van de grond. Die bewegingen zien we.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Is daarmee het laatste woord gezegd? Stemt het tot algehele tevredenheid of ziet de VVD ook schaduwzijden? Het is nog wel behoorlijk zoeken naar hoe de kwaliteit voorop komt te staan. Bij verschillende ziekenhuizen speelt de vraag of afdelingen gesloten moeten worden. Mijn ervaring is dat de discussies tussen de raad van bestuur die principebesluiten neemt en een zorgverzekeraar, heel eenzijdig en beperkt zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Zorgverzekeraars bereiden zich steeds beter op de discussie voor. De Friesland heeft bijvoorbeeld steeds meer gegevens over de kwaliteit van zorg in Friesland en begint daar ook op te sturen. Steeds meer verzekeraars stellen normen, bijvoorbeeld CZ, alweer anderhalf jaar geleden, over borstkanker. Je ziet dat men de gegevens gaat gebruiken en die ook transparant maakt. Dat gebeurt wel degelijk. De schaduwzijde is dat men iets verder moet reizen, maar daar staat wat tegenover, namelijk een veel grotere kans op genezing en daar gaat het uiteindelijk om. Je kunt dat een schaduwzijde vinden, maar de prijs die je daarmee wint, namelijk veel betere zorg, incasseer je ook.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben een paar weken geleden op bezoek geweest bij De Sionsberg in Dokkum. Er is daar een regionaal werkende zorgverzekeraar met een marktaandeel van 90% die in zijn eentje bepaalt hoe de zorg daar georganiseerd wordt. Daar wordt uit de samenleving enorm op gereageerd. Terecht. De gemeente heeft daar het voortouw genomen. Actiegroepen hebben initiatieven genomen. Ik proef een enorme machteloosheid bij die groeperingen, omdat zij niets over de zorgverzekeraars hebben te vertellen. Hoor ik nu goed dat de heer Mulder zegt: laat dat maar over aan de zorgverzekeraars, die richten dat wel in, en betrokkenen zoals hulpverleners, patiënten, gemeenten en provincies hebben daar niets mee te maken? Ik wil daar een klaar antwoord op hebben.

De heer **Mulder** (VVD): Ik geloof dat collega Van der Veen het een democratisch deficit heeft genoemd dat de zorgverzekeraar het voor het zeggen heeft. We hebben juist een wet, de Zorgverzekeringswet, inmiddels vijf jaar van kracht, waarin aan verzekeraars de taak is gegeven om tegen een scherpe prijs zorg in te kopen voor hun verzekerden. Daar hoort de randvoorwaarde kwaliteit bij. In Dokkum was de kwaliteit onder de maat. Dat zei de IGZ ook. Er was verscherpt toezicht. De zorgverzekeraar daar zegt: dit zijn de normen waaraan een ziekenhuis moet voldoen. De IGZ heeft dit eerder gedaan. Een goede zorgverzekeraar doet dat in overleg met zijn patiënten en verzekerden. Die communiceert over wat men weet over de kwaliteit. Mijn indruk is dat De Friesland dit goed doet en het gesprek aangaat met het gemeentebestuur, de patiënten en de verzekerden. Je hebt de patiënt nodig om iets te kunnen zeggen over kwaliteit van zorg, want de patiënt is de enige die weet of een behandeling is geslaagd. Een slimme verzekeraar zorgt er dus altijd voor dat hij contact heeft met zijn verzekerden en patiënten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik denk dat u niet op werkbezoek in Dokkum bent geweest, anders had u gezien hoe integer de motieven zijn van de groeperingen die ik net noemde, inclusief de hulpverleners. Ik heb daar niet geproefd dat men het wilde houden zoals het was. Nee, ook daar bestond begrip voor verandering, maar men wilde daarbij betrokken

worden. Het is toch te gek voor woorden dat een zorgverzekeraar met patiënten overlegt als het hem goed uitkomt. Dat noemen wij een democratisch deficit, mijnheer Mulder. Als een zorgverzekeraar een marktaandeel van 90% heeft, kunnen verzekerden en aanbieders geen kant op. Hoe kijkt u daar tegenaan?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb zojuist gezegd dat de zorgverzekeraar zijn rol oppakt. Ik was weliswaar niet in Dokkum, maar wel bij De Friesland, op de dag dat er wat speelde bij De Sionsberg. Ik begrijp heel goed dat mensen goed kijken. Een ziekenhuis is toch een instituut, een zekerheid in het leven. Als daar iets mee gebeurt, kan dat leiden tot commotie en emotie. Dat is heel begrijpelijk, zeker als we weten dat de bevolking van Dokkum zelf ook geld heeft ingezameld voor het ziekenhuis. Maar daar hoort wel de uitleg bij dat de concentratie van zorg leidt tot een betere kwaliteit van zorg en daar hebben de patiënten het meest aan, want daar gaat het uiteindelijk om.

Mevrouw **Leijten** (SP): De inwoners van Dokkum en omgeving weten heel goed welke waarde het ziekenhuis voor hen heeft. De mensen die daar werken, weten heel goed hoe De Sionsberg met veel kwaliteit overeind gehouden kan worden. U zegt dat het aan zorgverzekeraars is om goede zorg in te kopen en blijkbaar dus ook om ziekenhuizen te sluiten. Vindt u dan ook niet dat alle mogelijke onderzoeken openbaar moeten worden gemaakt, dus ook het onderzoek van KPMG waaruit blijkt dat De Sionsberg niet op orde is? Want dat wordt maar niet openbaar gemaakt, terwijl dat wel de basis is voor deze beslissing. Dan ook boter bij de vis, en dat rapport nú boven tafel!

De heer **Mulder** (VVD): Ik zei in algemene zin al dat je, als je mensen mee wilt krijgen, moet vertellen welke kant je opgaat en waarom. Dan moet je ook iets zeggen over de kwaliteit. Wat betreft het openbaar maken van onderzoeken: dat zijn gegevens van verzekeraars. Ik ga niet over hun gegevens. Ik zeg, in algemene zin: betrek de bevolking bij de discussie. Mijn beeld is dat De Friesland dat ook probeert.

De **voorzitter**: Ik vraag de mensen op de publieke tribune, zich niet met de discussie te bemoeien. U wordt geacht stil te zijn, anders moet ik u vragen om de zaal te verlaten. De heer Mulder vervolgt.

De heer **Mulder** (VVD): Je doet er dan goed aan om die gegevens te delen. Daar hoort ook bij dat het ziekenhuis en de verzekeraar zeggen dat bij een bepaalde kwaliteit van zorg een bepaalde organisatie hoort. Dat kan betekenen dat afdelingen dicht moeten, omdat ze onder de maat presteren. En we willen toch dat mensen naar het ziekenhuis gaan met een zo groot mogelijke kans op genezing en overleving? Daarvoor innen wij premiegeld.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij komt u er niet uit. U zegt dat de zorgverzekeraar er is om in alle transparantie goede kwaliteit van zorg in te kopen en dat hij de verzekerde en de bevolking daarbij moet betrekken. Moeten dan niet alle gegevens openbaar zijn? Er is blijkbaar een rapport dat nu onder de pet wordt gehouden, of omdat het ondeugdelijk is of omdat niet alles is onderzocht; we weten dat niet. Het is het een of het ander. Of je luistert naar de bevolking en je legt alles op tafel – iets wat u wilt – of je zegt: de zorgverzekeraar mag gewoon een ziekenhuis sluiten; dikke pech voor de inwoners van Dokkum en straks in Winterswijk en in Zevenaar. Maar dan moet u ook duidelijk zijn en zeggen: ik trek mijn handen ervan af en zorgverzekeraars mogen ziekenhuizen sluiten, ongeacht welke rapportage eronder ligt.

De heer **Mulder** (VVD): Eigenlijk suggereert collega Leijten dat er allerlei geheime rapporten zijn waar dingen in staan die mensen niet mogen weten, alsof er een complot is. Ik ga niet over rapporten van zorgverzekeraars. Ik zeg in algemene zin dat een verzekeraar er goed aan zou doen om patiënten en verzekerden erbij te betrekken. Ik ken de inhoud van de rapporten niet en weet niet wat de status ervan is. Ik zeg alleen in algemene zin: betrek de patiënten erbij. Ik ga niet zeggen dat een ziekenhuis of een verzekeraar iets openbaar moet maken. Die bevoegdheid heb ik niet en die wil ik ook niet.

De **voorzitter**: Mijnheer Mulder, u hebt nog vier minuten voor uw betoog. Ik maak wel van de gelegenheid gebruik om de leden te manen de vragen en de antwoorden korter te houden. Ik neem aan dat zij de minister ook nog willen horen. Ik snap het belang van de discussie, maar op deze manier gaat het niet. Als de leden zich niet beperken, grijp ik in en breng ik het aantal interrupties terug tot twee.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. We willen graag – daar gaat ook de brief van de minister over – de zorg verplaatsen van de zogeheten tweede lijn, het ziekenhuis, naar de eerste lijn. De ambitie van de minister, zoals beschreven in haar brief, is goed. Maar de grote vraag is hoe je dat doet en onder welke voorwaarden. Substitutie is geen doel maar een middel, want substitutie gaat over het zorgaanbod. Het gaat om wat de patiënt eraan heeft. Dus let op, want dat risico loop je als mensen niet snel genoeg naar het ziekenhuis gaan. Kijk naar de ervaringen en naar de gezondheid van de patiënten en let op de betaalbaarheid, de premie. Het probleem met substitutie is dat er verschillen zijn in de houding, in de financiering en in de organisatie. De eerste lijn, de huisarts, zegt «u bent gezond, tenzij» en de tweede lijn zegt «u bent ziek, tenzij» en gaat allerlei onderzoeken met mensen doen. Dat is een verschil in houding. Ook financieel zijn het gesloten sectoren. In de begroting Budgettair Kader Zorg staan een aparte regel voor ziekenhuizen en voor huisartsen. Organisatorisch zijn het gescheiden werelden. Gelukkig is de ex post – een heel technische term – afgeschaft. Dat leidt er echter wel toe dat verzekeraars en de eerste lijn nu samen belang hebben bij substitutie. Een goed voorbeeld is misschien Maastricht, waar de huisartsen een specialist in dienst hebben genomen. Dat leidt tot minder doorverwijzingen naar het ziekenhuis en een lager tarief voor die specialist, want die hoeft ook niet de ziekenhuiskosten goed te maken. Ik zei al dat Menzis het HagaZiekenhuis een aanneemsom heeft gegeven. Eigenlijk is dat een prikkel tot substitutie. Als een ziekenhuis een vast bedrag krijgt, zal het geprikkeld zijn om met de huisartsen in de regio om tafel te gaan zitten om te bekijken welke zorg naar de huisarts overgeplaatst kan worden.

In de regio Eindhoven zegt een aantal verzekeraars: geef ons het budget voor eerste en tweede lijn gezamenlijk, dan kunnen wij dat toedelen aan onze patiënten en ook afspraken maken, met die ontschotting, over substitutie. De VVD staat positief tegenover het experiment dat CZ en VGZ willen uitvoeren. Let dan wel op de kwaliteit, want als je de zorg verplaatst van ziekenhuis naar de eerste lijn, loop je het risico op onderbehandeling. Voorkom ook wachtlijsten. En er is natuurlijk een mededingingsaspect: als twee verzekeraars het heft in handen nemen, bestaat het risico dat zij het allemaal gaan bepalen en dat de keuzevrijheid voor de verzekerde kleiner wordt. Ik krijg graag een reactie van de minister op deze suggesties uit de regio Eindhoven.

Zou het niet goed zijn om een hoofdlijnenakkoord te bereiken met de eerste en de tweede lijn gezamenlijk? Er is een hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuizen, maar zou het ook niet goed zijn om dat met de eerste lijn af te sluiten? Over de groei in de tweede lijn, de eerste lijn, en prikkels voor substitutie. Volgens mij staat de eerste lijn daar zeer positief tegenover,

want wij kregen gisteravond een brief van de eerstelijnszorgaanbieders. Die noemden zichzelf het pact van Garderen. Zij wilden de beste zorg in de buurt in Europa. Now we're talking! Wellicht kan de minister met de eerste lijn om tafel gaan zitten om dit soort afspraken te maken. Tot slot kom ik bij het hoofdlijnenakkoord dat de minister heeft gesloten met de ziekenhuizen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Mulder spreekt over het hoofdlijnenakkoord en over substitutie en de financiering van die samenwerking. Hoe ziet de heer Mulder dit voor zich? Wij hebben tot nu toe gezien dat substitutie niet werkt. Hoe wil de VVD dat oplossen in het financiële systeem?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb daar zojuist iets over gezegd. We hebben een Budgettair Kader Zorg. Daar is een aparte post voor ziekenhuiszorg en een aparte post voor huisartsenzorg in opgenomen. Je zou dat budgettaire kader iets flexibeler moeten maken, niet zozeer het totale budget, maar het budget voor de ziekenhuizen en de huisartsen, zodat je kunt schuiven. Als de eerste lijn meer doet en de tweede lijn minder, kun je budget overhevelen naar de eerste lijn. Daar gaan de experimenten in Eindhoven over. Je maakt het flexibel en creëert als het ware een substitutiekader waarmee je prikkelt om naar de eerste lijn te gaan. Dan is het handig om daar afspraken over te maken met al die partijen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): En al die partijen zijn ziekenhuizen en eerste lijn, maar zijn daar bijvoorbeeld ook Wmo- en AWBZ-partijen bij betrokken?

De heer **Mulder** (VVD): Als we dit van de grond krijgen, zijn wij al een eind. Zo gemakkelijk is het niet. Je kunt ook verder kijken dan de schotten in het Budgettair Kader Zorg, naar de AWBZ. Dat is ongetwijfeld de toekomst.

Hoe staat het met de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord? Achmea zei laatst in de media dat ziekenhuizen 9% tot 10% willen groeien, terwijl 2,5% was afgesproken. Hoe zitten de zelfstandige behandelcentra (ZBC's), zeg maar de klinieken, daarin? Die hebben de indruk dat ze niet worden gecontracteerd en een beetje buitenspel komen te staan, terwijl zij moeten zorgen voor dynamiek, want vaak leidt dit soort klinieken ertoe dat ziekenhuizen met scherpere prijzen en lagere kosten per behandeling komen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vind het interessant dat de heer Mulder zich, als het gaat om het sluiten van ziekenhuizen, verschuilt achter de zorgverzekeraar: die moet maar zorgen dat het allemaal goed geregeld is. Voordat hij tot zijn slotopmerking kwam, maakte hij een opmerking over het manifest van de eerstelijnsorganisaties. Dat vond ik ook een heel interessant stuk. De heer Mulder zegt dat de minister daarmee aan de slag moet. Welke rol ziet hij voor de minister daarin? Waarom ziet hij daarin wel een rol voor de minister en niet bij het sluiten van ziekenhuizen?

De heer **Mulder** (VVD): We hebben met de Zorgverzekeringswet afgesproken dat de minister systeemverantwoordelijk is en dat de zorgverzekeraars de regie hebben. De minister en de Kamer moeten de juiste randvoorwaarden stellen en de juiste prikkels geven, zodat dit allemaal van de grond komt: betere kwaliteit voor een scherpere prijs en substitutie. Dan moet je belemmeringen in de wetgeving of in de financiering wegnemen, zodat de eerste lijn – die is enthousiast; ik wijs op de brief van het pact van Garderen – in zijn rol kan groeien en de ruimte krijgt om te doen wat ze graag wil doen. Daar gaat het om: faciliteren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat is de rol van de minister hierin? Wat wil de heer Mulder dat de minister met de eerstelijnsaanbieders gaat doen? Als je echt gaat voor substitutie, moet ook verschoven worden van de ziekenhuizen naar de eerste lijn. De minister heeft net een afspraak gemaakt met de ziekenhuizen. Als ze met de eerstelijnsorganisaties gaat samenwerken, kan dat gevolgen hebben voor de afspraken die ze met de ziekenhuizen heeft gemaakt.

De heer **Mulder** (VVD): Dat zou kunnen. In het Budgettair Kader Zorg zie je dat de kosten met 15 mld. stijgen de komende vijf jaar. Dat is ongekend veel. Daar moet je de ruimte vinden. Dan kun je ook inderdaad schuiven met de budgetten van ziekenhuizen en de eerste lijn. In de zorg geldt de «wet van behoud van zorg». Alles groeit, de eerste lijn groeit en de ziekenhuizen groeien. Je moet stevige afspraken maken met de eerste lijn en de ziekenhuizen, zodat de zorg zich daadwerkelijk verplaatst naar de eerste lijn en niet elk ziekenhuisbed weer wordt gevuld en dat ook de eerste lijn groeit. De afspraken met de eerste lijn moeten hard zijn. Daarin kan de minister faciliteren door de belemmeringen weg te nemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wij hebben het vandaag over het zorglandschap. Om daar iets zinnigs over te zeggen, moet je natuurlijk goed om je heen kijken naar de verschijnselen die je zoal ziet. Ik kom daar nog op terug, maar ik constateer alvast dat de minister niet om zich heen kijkt maar vooral vanuit de hoogte naar het zorglandschap kijkt. Het gaat allemaal om «macro», maar niet om mensen. Voor haar is de inrichting van de zorg een soort spelletje met geld en macht en pionnetjes. Ziekenhuizen kunnen worden vernietigd en huisartsen worden getreiterd, premiegeld wordt weggesluisd naar aandeelhouders van ziekenhuizen, het diëtistenvak wordt opgeheven, en patiënten, inclusief kinderen met kanker, wordt om financiële redenen noodzakelijke zorg onthouden. En als we de minister vragen wat zij daarvan vindt, zegt zij: ik ga er niet over. Was zij maar zoals de minister-president, die gewoon tegen de heer Roemer en de heer Cohen zei: wij gaan samen naar een sociale werkplaats. Ik zou wel weten waar ik deze minister mee naartoe zou nemen. Een dag mee met een reumapatiënt die achter de geraniums is beland, omdat er geen fysiotherapie meer in het basispakket zit en zij geweigerd wordt voor de aanvullende verzekering. Of laten we een dagje meelopen op een diëtistenpraktijk om te zien hoe zinnig dat werk is. Of zou de minister het aandurven om een nachtdienst te draaien bij de megagrote ouderenzorginstelling Osira in Amsterdam, waar zorgbobo's in driedelig pak hun medewerkers probeerden te beletten om naar een vakbondsbijeenkomst te gaan? De minister had haar agenda leeg geveegd voor de Elfstedentocht; ik hoop dat zij ingaat op mijn uitnodiging om naar een van deze drie plekken te gaan.

Dan kom ik op het landschap. Laat ik beginnen met de ziekenhuiszorg. Laat ik even opnoemen wat voor de minister anonieme stipjes op de kaart zullen zijn, maar voor mensen heel belangrijk is. De Sionsberg in Dokkum wordt ernstig in zijn bestaan bedreigd, het streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk moet gesloten worden om financiële redenen en onrendabelheid, het geboortecentrum in Walcheren in Vlissingen is nog steeds een probleem, het ziekenhuis Rijnstate in Zevenaar zal worden opgeheven, het Diaconessenhuis in Meppel zal geen verloskunde meer aanbieden, Delfzicht in Delfzijl is al bijna ontmanteld, en de Ziekenhuisgroep Twente zorgt in Almelo en Hengelo voor veel onrust onder de verloskunde.

Wij hebben maar zes minuten om het hele zorglandschap te doorlopen. Een opsomming is allesbehalve compleet. Deze minister laat de verwoesting van de ziekenhuiszorg gewoon opknappen door anderen. Dikbetaalde consultants, zoals bij KPMG, schrijven rapporten die de minister geeneens boven tafel krijgt. Onder welke aannames wordt De

Sionsberg gesloten? Is het niet zo dat er juist niets mis is met de kwaliteit van de verloskunde en de cardiologie, maar dat het een centenkwestie is? En dat als het gaat om oncologie, als goede samenwerking nodig is, De Sionsberg dan best open kan blijven? Speelt de inspectie hierbij niet een heel dubieuze rol? Geldt hierbij eigenlijk niet gewoon dat het economische belang prevaleert boven het volksgezondheidsbelang? Mag ik de minister aanspreken op haar titel: minister van Volksgezondheid? De academische ziekenhuizen zijn ook niet veilig. In Maastricht heeft een of andere zorgbobo de afdeling Immunologie van Jan Willem Cohen Tervaert gesloten, een wereldwijd bekend expert op het terrein van ernstig hartfalen als gevolg van afweerstoornissen. Het gevolg: 3 000 patiënten voor wie niets adequaats is geregeld. Zij zwerven door het land op zoek naar zorg. En wat doet onze minister van zorg? Niets! Zij laat geen afspraken maken tussen de acht academische ziekenhuizen om deze patiënten op te vangen. Waar is de inspectie, die toezicht moet houden op de toegankelijkheid en kwaliteit? We horen niets. Waar was het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) om deze sluiting te voorkomen? Je zou bijna heimwee krijgen naar minister Klink, die de postcodegeneeskunde van dit ziekenhuis nog scherp veroordeelde. Zijn opvolger, die hier vandaag aan tafel zit, laat duizenden patiënten in de steek. Wat geldt hierbij eigenlijk, het economisch belang of het volksgezondheidsbelang? We hebben te maken met een slimme minister, want als zij haar winstuitkeringen in de zorg, het paradepaardje van de VVD, wil lanceren, en weet dat dit niet lekker ligt bij de bevolking, dan doet zij dit een dag van tevoren. Niemand heeft de wet gezien, dus de minister kan met haar gespin heel keurig zeggen dat er héél goede randvoorwaarden moeten zijn en dat de kwaliteit en het vermogen van het ziekenhuis op orde moeten zijn. Maar als je de volgende dag het wetsvoorstel onder ogen krijgt, blijkt de investeerder te gaan over de vraag of er voldoende kwaliteit en voldoende vermogen is. Dat is nog eens een handige spin! Wie zijn hierbij nou de adviseurs van de minister? Zijn dat de investeerders en de financieel accountants? Of zijn dat de mensen die verstand hebben van volksgezondheid?

Voorzitter. De zeggenschap van mensen over de zorg via politiek, wordt hen uit handen geslagen door deze minister. Het kan ook anders. De zorg is geen onderneming maar een voorziening. Ik wil graag dat de minister de zorg plant in plaats van dat zij dat laat doen door zorgverzekeraars. Wij kunnen per regio een heel reëel ziekenhuisaanbod regelen dat we onder de vlag van de academische zorg laten samenwerken, met gespecialiseerde behandelingen in de academische ziekenhuizen en goede basiszorg in de streekziekenhuizen. Dan heb je zorg om de hoek. Goede basiszorg is traumatologie, spoedeisende hulp en verloskunde, zodat iedereen snel geholpen kan worden als dat nodig is. Als we regionaal samenwerken, hoeven we ook geen geld voor de kosten van dure apparatuur of dure geneesmiddelen te verspillen, want dan delen we die met elkaar. En we organiseren de eerste lijn optimaal. Zorgverleners in de eerste lijn werken samen met elkaar voor waarborgen in het weekend. Zij werken samen met de spoedeisende hulp en krijgen extra tijd en extra capaciteit om mensen goed te helpen.

Terug naar de praktijk, wat de SP betreft. Weg met de Nederlandse marktaanjager NMa. Weg het met Centrum Indicatiestelling Zorg. Maar ook weg met de zelfstandige specialisten. Doe ze in loondienst. Stop de zorgbobo's daarbij, dan weten die zich voortaan in te zetten voor het redden van een ziekenhuis in plaats van dat ze meelopen aan de leiband van de zorgverzekeraar.

Mijn laatste punt betreft de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige verdween omdat er productie gedraaid moest worden. Allerlei taken werden geknipt. Zo kreeg de patiënt vijf, zes gezichten op een dag te zien. Nu blijkt dat het laten uitvoeren van al die handelingen door één persoon goedkoper is, wil de minister de wijkverpleegkundige terug. Ik vind het

een zeer treurige conclusie dat deze minister dus enkel kijkt naar kosten en economie en er niet is voor de volksgezondheid.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De kwaliteit van onze gezondheidszorg is hoog. De medisch-technologische ontwikkelingen en de ontwikkeling van geneesmiddelen bieden veel en gaan steeds door. Dat is een goede zaak, maar vereist een heroriëntatie op het zorglandschap en stappen nu. Voorwaarde voor de gezondheidszorg is dat deze zinnig en zuinig is, op de juiste plek, op het juiste niveau en op de juiste tijd. Dat vereist flexibel schakelen, tussen alle niveaus, steeds, heen en weer. Wij moeten de organisatie van de zorg slimmer inrichten. De heer Mulder heeft het ook al gezegd: de belemmeringen tussen de eerste en de tweede lijn moeten weg. Hoe kunnen we dat doen? Zijn er wettelijke belemmeringen? Zijn er belemmeringen omdat iedereen vasthoudt aan zijn koninkrijkje? Hoe dan ook, die belemmeringen moeten weg. Dicht bij de burger, zwaartepunt bij de eerstelijnszorg, en de huisarts is poortwachter en beheerder van het medisch dossier. Dan kunnen we een eerste lijn hebben, een tweede lijn, een anderhalflijn, en steeds heen en weer, flexibel en wel.

In krimpziekenhuizen wordt de zorg heel belangrijk. Een sterke eerste lijn is ook daarbij belangrijk, maar vooral het streekziekenhuis. We zien steeds vaker – De Sionsberg is al vaker genoemd – dat streekziekenhuizen een heel goede positie kunnen hebben door basisziekenhuiszorg te bieden. Waar ze de kwaliteit van de zorg niet in alle opzichten meer hebben, moeten ze samenwerken met ziekenhuizen in de buurt. De Sionsberg heeft dat gedaan met Nij Smellinghe. Elders in dit land zal zich dit ook voordoen. Waar zijn good practices te vinden op dit gebied? Wat kunnen zulke ziekenhuizen van elkaar leren in een landschap dat zich zo verder zal ontwikkelen?

Cruciaal in deze gevallen – ik noemde De Sionsberg, maar Meppel en Winterswijk zijn ook al genoemd – is de borging van de acute zorg; de 45 minutengrens. Er zijn streekziekenhuizen die geen volwaardige spoedeisende hulp meer kunnen bieden. Dan is samenwerking nodig met een huisartsenpost, met een ziekenhuis met een wel volwaardige SEH en met, niet te vergeten, de ambulancezorg, met een triage waar deze groepen allemaal bij gebaat zouden zijn. Dit fenomeen doet zich ook in het hele land voor. Zij hierbij ook best practices waar de ziekenhuizen van elkaar kunnen leren?

De samenwerking tussen zorgverleners moet optimaal zijn. Dat geldt niet alleen voor de eerste lijn, maar ook voor ziekenhuizen en afspraken voor de umc's. Daarbij moeten coördinatie, communicatie en overdracht natuurlijk optimaal zijn. Wij hebben te vaak gezien dat gebrek aan communicatie en overdracht tot onveilige situaties leidt. Deze samenwerking kan soms heel belangrijk zijn, maar moet wel NMa-proof zijn. Ik heb het daar eerder over gehad. De NMa zegt dat veel kan als het om kwaliteit gaat. Dat schrijft ze ook in de richtsnoeren. Dat is waar, maar daar moeten we toch handen en voeten aan geven. Daarom zijn wij er voorstander van dat de NZa de effecten van de samenwerking tussen zorgverleners toetst op kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid. Valt dat positief uit, dan kan de NMa dit oordeel bij de toetsing aan het kartelverbod gebruiken. Dan hebben we handen en voeten. Dan kunnen ook huisartsen die zich nu bekneld voelen in hun innovatieve werk, weer aan de slag. Zo nodig willen wij de Mededingingswet daarvoor wel aanpassen.

Voorzitter. Wij willen een evenwichtige spreiding van electieve zorg. Hoe complexer de zorg, hoe meer geconcentreerd en hoe eenvoudiger de zorg, hoe meer gespreid, van toppreferent tot eerstelijnszorg. Dat is zoals wij het landschap zien voor de komende jaren. De NZa zou daarbij erop toe moeten zien dat de krachtsverhouding tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder in evenwicht blijft. Wij hebben wel een vraag over

bijvoorbeeld de concentratie van universitair medische zorg. De kinderoncologie zal op één plek worden geconcentreerd. Dat maakt kwetsbaar. Ik vraag de minister om ook voor de umc's NMa-proof taakverdelingsafspraken te maken.

Bij de electieve zorg speelt selectieve inkoop vaak een belangrijke rol. We geven de zorgverzekeraars steeds meer mogelijkheden en zij groeien in hun rol. Maar in hoeverre wordt dit uitgangspunt niet alleen in theorie maar ook in de praktijk door de Orde van Medisch Specialisten aanvaard? Zij zullen namelijk moeten aanvaarden dat laagcomplexere zorg eventueel in de eerste lijn plaatsvindt en dat ziekenhuiszorg dus op een andere manier gaat.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het beeld dat het CDA schetst van hoe een zorglandschap eruit zou moeten zien, met spreiding van ziekenhuizen maar ook op de juiste plekken een goede concentratie van zorg, spreekt mij aan. Hoe komen wij daartoe? Wat heeft het CDA geleerd van de discussie die we bijvoorbeeld in een vorige periode hebben gehad over de ziekenhuizen in Lelystad, toen minister Klink met het begrip «systeemziekenhuis» kwam? Gaat dit allemaal vanzelf ontstaan door een goed samenspel tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars? Of heeft het CDA inmiddels ook geleerd dat er toch enige sturing nodig is, omdat de financiële prikkels onvoldoende zijn om deze denkrichting tot een enigszins volmaakt einde te brengen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb indertijd al gezegd dat de term «systeemziekenhuis» wat minder gelukkig is. Deze minister heeft cruciale zorg benoemd. Dat is een stap in de goede richting. Ik zie het zo dat het een samenspel moet zijn. Natuurlijk gaan zorgverzekeraars en ziekenhuizen in veel gevallen afspraken maken, maar wij hebben de Kwaliteitswet zorginstellingen en de inspectie. Wij hebben een primaire rol inzake de cruciale zorg. We moeten goed letten op de 45 minutengrens. Wat betreft de verdeling van de electieve zorg: de inspectie bepaalt of die verantwoord en kwalitatief goed is. Naarmate er bij de beroepsgroepen meer richtlijnen worden ontwikkeld die de kwalitatief goede zorg naar voren halen en de inspectie daarop gaat toetsen, krijgt de overheid meer mogelijkheden om te bekijken hoe dat landschap vorm zal krijgen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het geval van het ziekenhuis in Lelystad ligt alweer een poosje achter ons. Maar laat ik dit antwoord gewoon eens toepassen op de situatie van De Sionsberg of het Diaconessenziekenhuis in Meppel. Is dit het antwoord waarmee het CDA deze plekken bezoekt? Zegt het CDA tegen de mensen: dit zijn onze wetten en dit kristalliseert zich vanzelf wel goed uit? Of zegt het CDA: er wringt toch wel iets en enige sturing is nodig vanwege het grote maatschappelijke belang en de ziekenhuisoverstijgende vragen die spelen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het aardige is dat u het voorbeeld van De Sionsberg noemt. De inspectie vond dat de kwaliteit van zorg op een aantal onderdelen niet meer verantwoord was. Op grond daarvan hebben de ziekenhuizen afspraken gemaakt en zijn De Sionsberg en Nij Smellinghe gekomen tot deze oplossing, waarvan ik denk dat die heel werkbaar is. Er blijft nog wel een vraag over de verloskunde over, maar die komt op een ander moment aan de orde. Er is afgesproken dat 7 dagen per week, 24 uur per dag diagnoses gesteld kunnen worden, dat eenvoudige behandelingen daar gebeuren en dat de rest in Drachten of in Leeuwarden gebeurt. Dat is aangezwengeld door toedoen van de inspectie. Ik denk dat dit een goede methode is. Het is wel cruciaal om al heel vroeg draagvlak te creëren onder de mensen in de samenleving.

Daarbij kunnen we nog veel winst behalen. Maar met de route die bewandeld is, kan ik goed leven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn beleving van hoe het rond De Sionsberg gegaan is, is wat anders dan die van mevrouw Smilde. Mevrouw Smilde schetst een ideaalbeeld van hoe de gezondheidszorg eruit zou moeten zien. Ik denk dat iedereen het daar ook over eens is. De vraag is elke keer: wie laat de olifant dansen? Hoe brengen we dat tot stand? Nu is er sinds 2006 de Zorgverzekeringswet, waar mevrouw Smilde ook echt in gelooft. De zorgverzekeraars mogen het allemaal doen op dit moment. Hoe komt het dan dat die zorgverzekeraars het niet voor elkaar krijgen? Zo beluister ik mevrouw Smilde namelijk. Er is nog een hoop te doen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij zitten in een overgangperiode. Pas vanaf 1 januari 2012 is er de prestatiebekostiging en halen wij de nacalculatie eraf. Het wordt voor de zorgverzekeraar even interessant om voor de eerste als voor de tweede lijn in te kopen. Kortom, wij hebben stappen gezet. Ik zeg niet voor niets dat wij nu stappen moeten zetten, maar dat moeten wij wel zorgvuldig doen. Zolang het niet geregeld is, houden we vangnetten, bandbreedtes en noem maar op. Ik maak mij er wel ongerust over dat het contracteren steeds zo laat op gang komt. Dat zijn zaken die we echt zullen moeten oplossen. We moeten de vinger aan de pols houden. We moeten de partijen ook even tijd geven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag ik dan constateren dat dit tot nu toe zes verloren jaren zijn geweest en dat we elke keer voor de gek zijn gehouden? Ik moet eerlijk zeggen dat ook het vorige kabinet daar wel een handje van had door te zeggen: volgend jaar breekt het paradijs aan. Dat hoor ik nu weer zeggen, met alle onzekerheden van dien. Ik wil daar nog iets aan vastknopen. Bij De Sionsberg kan de zorgverzekeraar helemaal alleen bepalen hoe de zorg ingericht wordt. Het enige antwoord dat u daarop hebt, is dat «ze» moeten zorgen voor draagvlak. U bent ook in Dokkum geweest. Bent u het met mij eens dat het toch werkelijk te gek voor woorden is dat een zorgverzekeraar dat kan doen, dat de gemeente moet bidden en smeken om mee te mogen praten, en dat wat de zorgverzekeraar doet met zijn 90% marktaandeel, zich aan elke democratische controle onttrekt? Als dat het geval is, hoe denkt u dan dat die zorgverzekeraar burgers gemotiveerd mee krijgt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het helemaal niet met u eens dat in De Sionsberg de zorgverzekeraar het in zijn eentje heeft gedaan. Ik heb al gezegd dat het primair voortgekomen is uit de inspectierapporten. Op zijn minst een heel scala van partijen heeft meegedaan, in gang gezet door het inspectierapport. Zijn er zes jaren verloren gegaan? Helemaal niet. Wij hebben deze zes jaren gebruikt om te bekijken of het inderdaad kon met het b-segment. We vroegen elke keer aan de NZa of we een verantwoorde stap konden nemen. We hebben dat jaar in, jaar uit in alle zorgvuldigheid gedaan. Maar we hebben vorig jaar besloten om nu eens een stap te zetten, om eindelijk uit dat «stuck in the middle» te komen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Smilde zei net dat, als een ziekenhuis of delen van een ziekenhuis van de ene naar de andere gemeente gaan, het belangrijk is dat er draagvlak gecreëerd wordt. Wie is verantwoordelijk voor het creëren van het draagvlak?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is een heel goede vraag. Dat is eigenlijk iedereen. Daarin spelen de ziekenhuizen, de raden van bestuur, een grote rol. Ik vind eerlijk gezegd ook dat medisch specialisten daarin een rol kunnen spelen. Zij moeten eerlijk tegen hun patiënten zeggen: wij willen

goede zorg bieden, maar wij hebben geen volwaardige icu en daarom moet u naar een andere plaats. Iedereen moet eerlijk informatie geven. De ziekenhuizen moeten dat doen. De zorgverzekeraars moeten dat doen. Ik denk zeker dat het verstandig is om daar de gemeente bij in te schakelen. Ik kom even terug op De Sionsberg. Ik heb veel respect voor de wethouder van Dokkum, die zijn best heeft gedaan om draagvlak te creëren. Zo zie ik dat. Het moet een samenspel zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Smilde heeft zelf ook vragen gesteld over De Sionsberg. Ik neem dus aan dat zij ook vindt dat de minister daar een verantwoordelijkheid in heeft. Het verbaast mij daarom een beetje dat de minister ontbrak in het rijtje van mevrouw Smilde. Ik heb nog een andere vraag. Welke formele positie hebben al die verschillende partijen die mevrouw Smilde hier opnoemt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Onze vragen aan de minister gingen met name over de acute zorg. Wij komen daar nog over te spreken, want volgens mij moet De Sionsberg met name die paragraaf nog uitdiepen. Met informatie geven en draagvlak creëren bereik je juist de beste resultaten als dit informeel gebeurt. Als je geen formele taak hebt en het toch oppakt, kun je wel eens wegen vinden waarin mensen zich toch gehoord voelen. Daar hoop ik eigenlijk op.

Voorzitter. Financiering volgt de zorg. De hamvraag is hoe we dat voor elkaar krijgen. Geïntegreerde eerste lijn, ketenzorg, anderhalve zorg en dat steeds afwisselend. Wij willen meer op resultaat financieren in plaats van op prestatie in de tweede lijn. Wij willen echter ook meer ketenzorg in de eerste lijn. Welke belemmeringen zijn er om de financiering de zorg te laten volgen? Kan de minister dat in kaart brengen? Hoe kunnen wij zorgverleners prikkelen om zinnige en zuinige zorg te verlenen? Niet te veel, niet te weinig.

De minister kondigt aan dat er experimenten komen met alternatieve bekostiging van integrale zorg. Waar denkt ze dan aan? Het CDA voelt ervoor om initiatieven mogelijk te maken die met outcomefinanciering werken. Wij vragen de minister, daarvoor voorstellen te doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mevrouw Smilde wil weten welke belemmeringen er zijn om de financiering de zorg te laten volgen. Ik kan mij niet voorstellen dat mevrouw Smilde daar zelf geen beeld van heeft. Ik hoor graag van haar zelf wat voor haar de belemmeringen zijn en hoe zij die financiering vorm zou willen geven.

Mevrouw **Smilde** (CDA): We hebben net van de minister een reactie gehad op de gezondheidsdoelen. Ik denk dat daar behartigenswaardige dingen in staan. Je moet dus bekijken op welke wijze je de gezondheidsdoelen gaat formuleren. Dat zal nog een hele klus zijn. Ik heb daar indertijd een motie over ingediend. Verder zijn er misschien wettelijke belemmeringen, maar dat weet ik iets minder goed. Een andere belemmering is dat iedereen zijn eigen koninkrijkje heeft. Hoe laat iemand die in de tweede lijn werkt los dat er zorg in de eerste lijn is? Hoe kijk je vooruit? Durf je vooruit te kijken naar een ander landschap, naar een andere manier van werken, als je bijvoorbeeld als chirurg in Assen heel veel zorg verleent en je je moet gaan beperken tot enkele typen operaties, omdat je daar de vaardigheden voor moet op doen? Dat type belemmeringen zie ik ook. Ik zie dus wettelijke belemmeringen en culturele belemmeringen en mensen moeten er ook ingroeien.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mijn vraag was of mevrouw Smilde daar zelf een oplossing voor ziet. Kan zij daar een richting aan geven?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De oplossing is voor een deel dat we het gewoon moeten doen en moeten aangeven. Ik kan een voorbeeld geven. Iemand zei mij dat hij ontzettend boos was omdat zijn vrouw voor zorg naar een ziekenhuis 150 kilometer verderop werd gestuurd. Hij heeft daar toch voor gekozen. Ze kwam weer terug zodra dat mogelijk was en kon nazorg krijgen in het streekziekenhuis. Die mensen waren zeer tevreden. Dit kan. Je moet het dus gewoon doen. Je moet de randvoorwaarden daarvoor creëren, dus wettelijke belemmeringen wegnemen. En, ik blijf het steeds maar weer zeggen: draagvlak creëren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. We hebben het over het zorglandschap. Die term prikkelt je fantasie. Als je aan een landschap denkt, denk je misschien dat je verzeild bent geraakt in een streekroman, zoals James Herriot. Of dokter Deen, die we tegenwoordig hebben. Op zich is het logisch, want het prikkelt de fantasie. Maar vandaag staan de wijkverpleegkundige, de huisarts en de medisch specialist op de agenda. Het landschap waarin zij werken, moet op de schop; dat weten we allemaal. Dat klinkt al een stuk minder romantisch dan de voorbeelden die ik zojuist noemde, maar het is bittere noodzaak. We hebben het er al heel vaak over gehad waarom dat zo is. Ik wil vanmiddag stilstaan bij een alternatieve manier om de patiëntenzorg te financieren.

De minister wil de patiëntenzorg dichterbij de buurt, bij mensen thuis. Ik steun haar daarin, maar er moet nog een heleboel gebeuren, wil dat gaan lukken. In Nederland zijn zorginhoudelijke innovaties aan de orde van de dag; er wordt heel veel gedaan. Maar we spreken eigenlijk nauwelijks over financiële innovaties. Dat leidt ertoe dat goede zorg alleen maar duurder wordt. Dat moet anders. Als we de buurtzorg willen optuigen, dan moeten de professionals in de zorg veel meer samenwerken: de internist, de oncoloog en de neuroloog moeten het ziekenhuis uit en de huisarts zijn eigen praktijk en de psychiater zijn eigen spreekkamer. Die huisjes zijn wat mij betreft niet meer heilig. De zorg moet gecontinueerd worden, maar niet per se de instellingen, de instituties die we nu kennen. Zorgverleners moeten samenwerken in zorgnetwerken, bijvoorbeeld voor diabetes, dementie, hartfalen en schizofrenie. Als dat goed gaat en goedkoop gebeurt, moet dat lonen. Lukt dat niet, dan mag een ander zorgnetwerk het gaan doen. De prikkel om beter en goedkoper samen te werken is hierbij interessant. Die ontstaat als we het hele zorgnetwerk uit dezelfde pot betalen; een stimulans om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor de patiëntenzorg. Ik heb de minister eerder gevraagd om te kijken naar het opheffen van de aparte financiering. Ik verzoek haar daar nu bovenop om die prikkels voor zorgaanbieders onderling veel sterker in te bouwen in een nieuwe financieringssysteem.

De minister stimuleert zorgvernieuwing met tijdelijke toelating tot het verzekerd pakket. Dat is de experimenteer-DBC. Die gaat over de zorg zelf. Is de minister bereid, dat uit te breiden en bijvoorbeeld ook te experimenteren met de verdeling van verantwoordelijkheden tussen artsen en andere disciplines? Gaat ze in dat kader wettelijk regelen dat bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten en physician assistants een DBC kunnen openen?

De minister heeft de NZa gevraagd om een onderzoek naar alternatieven voor het financieren van de gezondheidszorg. Ik zou graag zien dat de minister kleinschalig gaat experimenteren met alternatieven. Het financieren van de zorgnetwerken waar ik het zojuist over had – de populatiegebonden bekostiging – is daar een goed voorbeeld van. Het voordeel van dat systeem is namelijk dat professionals zelf bepalen wie welke hoeveelheid zorg krijgt, maar wel in gesprek met elkaar moeten blijven over de wijze waarop ze dat zo goed en zo goedkoop mogelijk kunnen doen. Hun concurrentiepositie gebiedt ze dat te doen, willen ze aan het eind van een contractperiode aantrekkelijk blijven voor de zorgverzekeraar. Laten we eerlijk zijn, patiënt A heeft dan misschien een

MRI-scan nodig, maar voor patiënt b met hetzelfde ziektebeeld hoeft dat niet zo te zijn. Dat geldt natuurlijk ook voor talloze andere medische verrichtingen. Als we het financieren van zorgnetwerken nu eens op twee plekken volgens een vast protocol uitproberen? De heer Mulder gaf al een paar voorbeelden. Ik zou daar nog een paar experimenten aan toe willen voegen. Dan evalueren we na twee à drie jaar. Daarna nog eens een keer en dan zorgen we dat er heel goede afspraken zijn gemaakt. Dan hebben we veel meer zekerheid, zonder dat we meteen het hele zorgstelsel overhoop gooien. Wil de minister dit type experimenten, systeeminnovaties, aangaan?

Mijn fractie vindt het belangrijk dat de academische en andere topzorg bij elkaar gebracht worden. Het bundelen van kennis en kunde bevordert de kwaliteit van de zorg. De meeste basiszorg kan wat ons betreft naar de zorgnetwerken worden overgeheveld. We hebben het er al eerder over gehad: dat overhevelen is de minister tot nu toe niet goed gelukt.

Huisartsen en andere zorgverleners dicht bij huis investeerden flink in mensen en materiaal om de zorg voor diabetes, COPD en hartfalen vlot te trekken, maar de medisch specialisten bleven declareren en de ene overschrijding na de ander volgde. De minister moet weer op een lijn zien te komen met de huisartsen. Zij heeft al afspraken gemaakt met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, maar wat doet zijn eraan om met name het contact met de huisartsen weer te herstellen om te zorgen dat alle betrokken partijen zich houden aan de afspraken in het hoofdlijnenakkoord? We horen namelijk geluiden dat men zich niet aan de afspraken houdt. Stel dat de minister later dit jaar opnieuw vaststelt dat de afspraken niet worden nagekomen. Is zij dan bereid om de afgesproken 2,5% groei van ziekenhuiszorg naar beneden bij te stellen?

Als ik de zorgaanbieders vraag wie de regie moet nemen bij het concentreren van zorg, krijg ik heel vage antwoorden. Daarom vraag ik het de minister. Wie heeft de regie bij concentratie en specialisatie van academische en andere topzorg? De ziekenhuizen, de zorgverzekeraars, de NZa? Heeft die regisseur ook doorzettingsmacht?

Ik heb nog een aantal specifieke onderwerpen. De numerus fixus voor de studie geneeskunde wordt uitgebreid met 200 plekken. Hoe zorgt de minister ervoor dat die 200 extra studenten straks gewoon hun coschappen kunnen lopen? In het zorglandschap hebben we ook mensen nodig die het landschap onderhouden. Is de minister in gesprek met haar collega van OCW over de studiefinanciering? Want deze studenten lopen vaak in hun studietijd uit.

We zouden het haast vergeten met al die veranderingen die op stapel staan, maar het gaat natuurlijk over de patiënt en patiëntenzorg. In juni komt de minister met een concreet werkplan. Ik verzoek haar, de patiëntenorganisaties heel expliciet een plek te geven daarin.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Voorzitter. Bij het woord «landschap» komen bij mij associaties naar boven die ook met mijn natuurportefeuille te maken hebben, met een mooi Nederland. Wat valt er zo te waarderen aan het Hollandse landschap? Ik denk dat veel mensen zullen antwoorden: dat heeft te maken met de openheid, de toegankelijkheid en de diversiteit van het landschap. Voor de ChristenUnie zijn deze waarden ook van belang voor ons zorglandschap.

Ik heb allerlei brieven van de minister gelezen ter voorbereiding op dit AO. In veel opzichten is de ChristenUnie het eens met de regering. Het landschap dat wordt geschetst, staat de ChristenUnie wel aan. Denk bijvoorbeeld aan het verhaal over zorg in de buurt, een goed verhaal. Maar bij dat verhaal passen ook realistische budgetten. Tariefkortingen op de eerstelijnszorg, zoals voor huisartsen en verloskundigen, staan daar echt haaks op. Verder heb ik bij veel mooie verhalen, het geschetste

landschap, steeds de vraag wie nu precies waarvoor verantwoordelijk is en welke verantwoordelijkheid de minister op zich neemt. Bij een mooi zorglandschap hoort ook een centrale plek voor preventie en het behalen van gezondheidswinst. Net als in het natuurlijk landschap zullen barrières uit de weg moeten worden geruimd. Weg met de schotten tussen de stelsels. We hebben veel input gekregen, evenals een goede brief ter voorbereiding op dit AO. Een citaat dat mij in het bijzonder aansprak, is het volgende: het is van groot belang om de gezondheidszorg als geheel in beschouwing te nemen: ingrijpen in de eerste lijn heeft immers consequenties voor de zorg die elders wordt geleverd en vice versa. Daarom moet er een gelijk speelveld komen voor de bekostiging van de eerste en de tweede lijn. De ChristenUnie wil echt dit jaar die substitutie-effecten zichtbaar krijgen. Dubbel gedeclareerde ketenzorgverrichtingen moeten zo snel mogelijk passé zijn. Wat is de inzet van de minister hierop?

Er zijn allerlei goede rapporten verschenen met waardevolle adviezen. Die bieden veel stof tot nadenken. Maar de ChristenUnie wil op korte termijn geen compleet nieuw financieringssysteem. Als we bijvoorbeeld het advies «zorg dichtbij als het kan en verder weg als het moet» nemen, zeg ik: terecht is er aandacht voor de vorming van stads- en regiomaatschappen en voor het streven om de medisch specialistische zorg onderdeel van de integrale bekostiging te laten zijn. Vanaf 2015 zijn niet alleen productie en personeel, maar ook kapitaallasten en honoraria van medisch specialisten onderdeel van de prijs van de zorg. Ik constateer dat dit al grote spanningen op de interne verhoudingen zet. Hoe voorkomt de minister perverse prikkels als het om deze ontwikkeling gaat?

De verschillende rapporten geven naast een toekomstvisie ook een goed overzicht van allerlei maatregelen die nu al in gang zijn gezet. Dat zijn er nogal wat. Wat de ChristenUnie echter regelmatig mist in de brieven en de rapporten, is de rol voor de patiëntenorganisaties. Juist die betrokkenheid zien we als belangrijke voorwaarde voor het vormgeven van een regionaal zorglandschap. Simpelweg zou dit ook kunnen door het transparanter worden van informatievoorzieningen. Wat ons betreft, zou het DBC-informatiesysteem bijvoorbeeld ook benut kunnen worden door en transparant gemaakt kunnen worden voor patiënten.

Mijn fractie is blij dat het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg om de spoedeisende hulpfunctie van ziekenhuizen onder de werking van de Wet op bijzondere medische verrichtingen te brengen, niet wordt overgenomen.

Maar dan de concentratie en spreiding. De ChristenUnie vraagt een sterkere regierol van de minister. Ik was blij verrast toen in de vorige periode minister Klink het begrip «systeemziekenhuis» introduceerde naar aanleiding van het debat over de ziekenhuizen in Lelystad. Als ik de brief lees over de invulling van de basiszorg, heb ik het idee dat de minister ook goed weet waarover zij het heeft. Maar laat de minister vandaag maar eens uitleggen waarom zich toch steeds weer conflicten voordoen.

Vandaag komt heel concreet aan de orde de situatie in De Sionsberg maar ook die van het ziekenhuis in Meppel. Ik ben zelf afgelopen vrijdag in Meppel geweest. Daar constateerde ik dat met het vertrek van de verloskunde ook de kinderafdeling dreigt te worden meegezogen. Je kunt je afvragen wat dat voor de toekomst van dit ziekenhuis gaat betekenen. Natuurlijk kan ik mij van alles voorstellen bij de afwegingen die een ziekenhuisbestuur maakt, bijvoorbeeld als het gaat om de simpele vraag «hoe krijgen we voldoende gynaecologen op deze locatie?». Maar dat weegt toch niet op tegen de grote vraag wat dit betekent voor het behoud van verloskundige zorg en de benodigde ambulancecapaciteit, waarbij je jezelf ook nog kunt afvragen of met een extra ambulancepost vrouwen uit de wijde omgeving snel genoeg in het ziekenhuis kunnen zijn om te bevallen. De ChristenUnie pleit er daarom voor om spoedzorg in de regio zelf in te vullen. Dan kunnen ziekenhuizen zelfstandig functioneren in een

samenwerkingsverband, maar blijven cultuur en identiteit behouden. Voor mijn fractie staat voorop dat we moeten zoeken naar een juiste balans en een menselijke maat als het gaat om concentratie en spreiding.

We zijn allemaal heel enthousiast over de gerichte inzet van wijkverpleegkundigen. Maar ook daar weer de vraag: wie voert de regie over de zorg in de buurt? Hoe voorkomen we dat een doktersassistent het werk van de buurtzorgverpleegkundige over gaat doen? Welke oplossingen worden er gezocht voor de knelpunten op het gebied van financiering?

De ChristenUnie is niet enthousiast over winstuitkeringen in de ziekenhuiszorg. Laten we eerst maar eens de vraag beantwoorden «van wie is het ziekenhuis?», voordat we het financiële lot van ziekenhuizen gaan leggen in handen van allerlei kapitaalverschaffers.

Tot slot een onderwerp dat mij enorm bezighoudt. Hoe zorgen we er met elkaar voor dat we de juiste prioriteiten stellen in de zorg, dat we oog houden voor kleine groepen kwetsbare mensen en dat we ons vooral richten op medisch zinvolle zorg? Dat illustreer ik aan de hand van een voorbeeld. Toen ik op een congres van de BOSK was, met ouders van kinderen met een open ruggetje, schrok ik van de berichten dat het aantal spina bifidateams werd teruggebracht omdat er steeds minder kinderen met een open ruggetje worden geboren, als gevolg ook van de introductie van de 20 wekenecho. Wat zie je vervolgens? Voor ziekenhuizen is het niet interessant meer om te investeren in onderzoek en behandeling om de kwaliteit van leven te verbeteren voor een slinkende doelgroep van mensen met spina bifida. Wie gaat hier de bakens verzetten? Wie gaat er opkomen voor deze mensen, zodat het toch interessant wordt om in deze mensen te investeren? Hoe zorgen we er ook voor dat we veel eerder in beeld hebben wat de implicaties zijn van besluiten die we nemen en dat we daar ook op reflecteren en goed evalueren wat er is gebeurd? En hoe kunnen we het veranderen in plaats van dat we het allemaal maar laten gebeuren?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Dit AO is een uitvloeisel van de motie over basiszorg die door mij en een aantal collega's is ingediend een tijd geleden. We hebben daarin de minister gevraagd, criteria te geven waaraan de zorg minimaal moet voldoen. Dat heeft twee nota's opgeleverd, maar op het werkplan, de verdere uitwerking, wachten we nog steeds. Dat geeft ook aan hoe ingewikkeld het is.

Ondertussen is er wel sprake van een sluipende herinrichting van het zorglandschap waarbij de kwaliteit en de wens van zorg dichtbij een ondergeschikte rol spelen. De herinrichting vindt voor een groot deel autonoom en voor een deel financieel plaats. Preventie en het bestrijden van sociaaleconomische zorgverschillen zijn niet aan de orde. Samenwerking met openbare gezondheidszorg en het welzijn op buurt- en wijkniveau wordt nauwelijks gestimuleerd. Kosten worden bespaard door steeds meer zorg naar de eigen verantwoordelijkheid van mensen te verschuiven: pakketverkleining, premieverhoging, eigen bijdrage. En, last but not least, de informatieverstrekking in de zorg is belabberd, waardoor een zinvolle evaluatie van de ontwikkeling maar moeizaam mogelijk is; een van de argumenten waarom de Partij van de Arbeid tegen de begroting heeft gestemd.

Opvattingen over mens en maatschappij bepalen uiteindelijk de ordening van de zorg. De PvdA kiest daarbij voor solidariteit en zorgzaamheid, voor een gezondheidszorg die gebaseerd is op onderling vertrouwen, die doelmatig is, waarbij hulpverleners vanuit hun professionele opvattingen kunnen werken en waarin elke euro ook aan zorg besteed wordt.

Wat zien we? De minister houdt krampachtig vast aan haar marktwerking en sluit de ogen voor de gevolgen. Van concurrerende zorgverzekeraars, zoals in het begin werd voorzien, is nauwelijks sprake. Vier zorgverzekeraars bezitten 90% van de markt en op steeds meer plaatsen bepalen regionale monopolisten, zorgverzekeraars, vanuit het oogpunt van

efficiency dat afdelingen gesloten of verplaatst worden. De minister blijft volhouden dat dit in democratisch overleg met alle partijen moet gebeuren, maar de praktijk is anders.

Er heeft een volumegroei plaatsgevonden. DBC's hebben geleid tot onnodige kostenstijging en laatst heeft de NZa aangegeven dat in het b-segment sprake is van 8% kostenstijging, terwijl de zorgvraag met 4% is toegenomen. Sociaaleconomische gezondheidszorgverschillen nemen dan alleen maar toe en er ontstaat steeds meer onrust onder mensen die hun zorg zien verdwijnen zonder dat de minister ingrijpt en eerst de normen voor de basiszorg vaststelt. De Sionsberg is daarvan een voorbeeld, evenals de sluiting van afdelingen verloskunde, zoals in Meppel.

En terwijl we een serieuze discussie hebben over banken als nutsbedrijven, komt de minister met aandelen in de zorg, alsof er geen financiële crisis heeft plaatsgevonden. Willen zorgverleners samenwerken, dan moeten ze eerst de NMa vragen of dat uit het oogpunt van mededinging mag. Gaandeweg zijn het niet meer de gezondheidszorgdoelen die de inrichting van de zorg bepalen, maar financiële marktmotieven. Deze minister gaat ijzerenheilig door op het pad van de marktwerking en ziet niet dat waar zorg voor bedoeld is, in de verste verte niet bereikt wordt. Patiënten zijn consumenten die als handelswaar gezien worden en die op geen enkele wijze meer iets over de organisatie van de zorg te vertellen hebben. Hulpverleners schijnen alleen op basis van financiële prikkels te kunnen werken. De eigen professionaliteit wordt steeds meer ontkend en bureaucratische procedures krijgen de overhand. Bestuurders in de zorg worden gewantrouwd en de minister ontkent dat bestuurders ook vanuit hun professie goede voorwaarden kunnen scheppen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil graag van de heer Van der Veen weten waar hij die heilloze weg van de marktwerking ziet. Ik zie namelijk geen marktwerking.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan weet ik niet in welk zorglandschap u verkeert. Veel van de instrumenten die nu ingevoerd worden, zijn typische marktinstrumenten. Je deelt de gezondheidszorg in producten in omdat je op producten wilt afrekenen, je rekent af op basis van omzet, je maakt samenwerking tussen hulpverleners moeilijker omdat het allemaal gaat over mededinging, je ziet dat als gevolg van dit soort zaken producties onnodig stijgen. Daarmee zit je in een landschap dat steeds meer door marktelementen getroffen wordt. Vervolgens werkt het niet en hangt er een enorme bureaucratie aan regels omheen om op de een of andere manier de zaak toch maar in de gaten te houden. Is het echte marktwerking? Nee. Is het van alles niks? Ja.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik hoorde de interruptie van de heer Van der Veen op de heer Mulder. Wat ik mij afvraag is het volgende. De heer Van der Veen zei dat in de afgelopen zes jaar niets is gebeurd of dat er iets is gebeurd wat helemaal fout is gegaan. Dat komt overigens mede door zijn partij. Wil de heer Van der Veen niet afwachten of op het moment dat een aantal prikkels eindelijk eens moeten gaan werken, dat ook gebeurt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Vroeger had je De Roodborstjes, een zangkoor van de VARA. Die hadden een beginliedje: als alle mensen op aarde hand in hand tezamen gaan, krijgt het leven veel meer waarde, breekt eindelijk de vrede aan. Daar doet het beleid van de minister mij ook aan denken. Alle afrekencriteria liggen in de toekomst. En inderdaad, als daar allemaal aan voldaan is, kan ik mij er iets mij voorstellen. Maar zelfs de zaken die al geregeld hadden moeten zijn, zijn nog niet geregeld. Wat ik vervolgens zie, is dat het een hybride zaak is geworden, waarbij zorgverleners onrustig worden. We hebben De Sionsberg aan de orde

gehad, waarbij onhelder is wie over wat gaat, waar concurrentie tussen zorgverzekeraars niet meer plaatsvindt. Het lijkt mij dat er nogal wat fout is gegaan. Het feit van zes verloren jaren was een reactie op de opmerking van mevrouw Smilde.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat we nog niet al te veel gezien hebben van de marktwerking. De heer Van der Veen zegt dat patiënten weinig in te brengen hebben. Hadden ze dat dan?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is een mooie vraag. Nee, patiënten hadden weinig in te brengen, maar zij hebben nu helemaal niets meer in te brengen. Nogmaals, De Sionsberg is daar een fantastisch voorbeeld van. Er was niet voorzien dat er zorgverzekeraars zouden zijn met 90% marktaandeel. Er was niet voorzien dat die zorgverzekeraars kunnen dicteren hoe de zorg in de regio ingericht wordt. Inderdaad, burgers hebben ontzettend weinig te vertellen over de organisatie van de zorg, omdat van de concurrentie tussen zorgverzekeraars – het zou burgers ook mogelijk gemaakt worden om zorgverzekeraars af te rekenen op hun gedrag – in de praktijk nauwelijks terecht is gekomen. Erken die weeffout. Het is geen schande; laat ik dat maar toevoegen, anders krijgen we een discussie. Als je iets in gang zet en je evalueert dat na een jaar of vijf, zes, dan kun je twee dingen doen. Je kunt krampachtig zeggen: we hebben het niet, maar als we dit en dat doen, bereiken we het. Je kunt ook zeggen, en dat is veel reëler en dat is wat wij hebben gedaan: wat in gang is gezet, ontwikkelt zich anders dan gedacht. Dat gebeurt vaker in het leven. Trek daar je conclusies uit en probeer op basis van die ervaringen te bekijken hoe je het verder organiseert. Je moet niet krampachtig vasthouden aan iets wat niet werkt. De financiële crisis heeft dat bewezen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Een concrete vraag. In het verleden was het zo dat de patiënt niets te zeggen had in het aanbodgestuurde systeem. Waar komt dan de steeds verder voortschrijdende manier van werken vandaan? In het VU in Amsterdam is een hele oncologiepoli rondom de patiënt geconcentreerd. Er zijn mammapoli's nu helemaal rondom de patiënt geconcentreerd. Waar komt dat vandaan? Dat komt volgens mij door het in 2006 inzetten van de Zorgverzekeringswet.

De **voorzitter**: Mijnheer Van der Veen, voordat u antwoord geeft, moet ik u echt manen om kort van stof te blijven. Ik zie dat u een antwoord klaar hebt en in slagorde in uw hoofd hebt, maar houd het kort alstublieft.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De vragen zijn zo ingewikkeld! De VU: het is van tweeën een. Als de marktwerking niet werkt, zoals mevrouw Smilde net zei, ligt het dus aan andere factoren. Dat denk ik dus ook. Wat de VU doet – ik loop wat langer rond in de gezondheidszorg – gebeurde in veel andere situaties op andere plekken ook. Een aantal ontwikkelingen dat nu gelukkig plaatsvindt en waar ik respect voor heb, vond vroeger ook plaats. Nogmaals, als mevrouw Smilde zegt dat geen sprake is van marktwerking, dan kan de ontwikkeling van de VU dus ook nooit aan marktwerking hebben gelegen.

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van der Veen schetst het zorglandschap als kommer en kwel. Voor De Sionsberg komt de IGZ met normen. De wetenschappelijke verenigingen komen met normen waaraan goede zorg moet voldoen. Vaak zijn dat volumennormen. De Partij van de Arbeid is het daar niet mee eens. Maar als zij het voor het zeggen zou krijgen, wat ik niet hoop, betekent dit dan dat al die afdelingen nooit meer worden gesloten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is jammer dat u niet mee bent geweest op het werkbezoek, want dan had u kunnen horen wat ik daar heb gezegd. Natuurlijk is het niet zo dat alles moet blijven zoals het is. Wij zijn de eersten die zeggen dat veel moet veranderen in de zorg. Wij zeggen: als je ingrijpend zaken wilt veranderen in de zorg, hebben de mensen die daarin werken daar ook iets over te zeggen. Wat er nu gebeurt, zijn top-downveranderingen. Logisch dat mensen daar krampachtig op reageren. Als je in De Sionsberg praat met de actiegroep en met de medische staf, blijkt dat er best ideeën zijn over hoe het anders zou moeten. Dat ziet men ook wel. Maar zorg niet alleen dat je ze erbij betreft, maar ook dat ze er wat over te zeggen hebben. Dan zul je zien dat bij de professionals en bij de patiënten heel goede ideeën leven. Het is toch niet zo dat wij als enigen zien hoe de maatschappij in elkaar moet steken? Juist in de basis weet men hoe het moet.

De heer **Mulder** (VVD): Dan is het helder dat de richting waarin het zorglandschap zich beweegt, een concentratie om kwaliteit te verhogen, ook door de PvdA gezien wordt. De weg ernaartoe is anders, maar de uitkomst is min of meer hetzelfde.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is net waar het om gaat. Wij geloven dat de manier waarop het nu gaat nooit tot het gewenste resultaat zal leiden. Wij denken dat je je op een gegeven moment af moet vragen of je dat niet op een andere manier moet doen. Nogmaals, het is heel duidelijk, voor ons in ieder geval, dat een aantal zaken die we willen bereiken, nog niet bereikt zijn. Denk dan na of er geen slimmere manieren zijn. Uiteindelijk denk ik dat we over de invulling voor een groot deel hetzelfde denken.

Voorzitter. Wat ons betreft wordt het veel duidelijker dat je, als je zorg dichtbij wilt organiseren, dat op regionaal niveau, dichtbij de mensen moet doen. Zorg is maatwerk. Het maakt verschil of je in Noordoost-Friesland met de zorg en de inrichting van het zorglandschap bezig bent of in Amsterdam. Je ziet ook dat de regionale ontwikkelingen zich doorzetten. Regionale zorgverzekeraars met een dominante marktpositie beginnen aan budgetprojecten, zoals in Limburg. Veel lof voor VGZ. Als je aan VGZ vraagt «hoe doet u dat in een gebied waarin u wat kleiner bent?» dan blijken ze het niet te kunnen, want dan moeten ze weer allemaal afspraken maken. Daaruit blijkt hoe ingewikkeld is. Achmea doet op regionaal niveau zijn projecten, uiteraard door henzelf gestuurd, maar op andere terreinen, als er ook andere zorgverzekeraars zijn, werkt het niet. De PvdA constateert dat de marktwerking als ordeningsprincipe niet werkt, onvoldoende oplevert. Zij ziet een andere weg. Bij de inrichting van het zorglandschap dienen alle relevante partijen betrokken te zijn. Als je mee mag bepalen, mag geëist worden dat je medeverantwoordelijk bent. De PvdA wil een gezondheidszorg die dicht bij de burger is georganiseerd, waar de burger op zijn eigen verantwoordelijkheid mag worden aangesproken en waar partijen zoals ziekenhuizen, specialisten, artsen, patiënten, ggd, welzijnswerk, woningcorporaties en het onderwijs betrokken zijn bij de inrichting van het zorglandschap. Waar gebruik wordt gemaakt van de aanwezige informatie over de gezondheidstoestand in de regio, waar de informatievoorziening op orde is, zodat daarop daadwerkelijk gestuurd kan worden, en waar financiële drempels geen belemmering meer vormen voor samenwerking. Uitgaande van zorg dichtbij dient dat op regionaal niveau te gebeuren. De overheid stelt een programma van eisen op. Per regio komt er een budget op basis van de bevolkingssamenstelling. De invulling van het programma van eisen kan in handen gelegd worden van een regionaal werkende zorgverzekeraar. Binnen het budget is ruimte voor innovatie. Overschotten op het budget blijven binnen de regio.

Deelt de minister deze visie? Is de minister het met ons eens dat ordening op regionaal niveau democratische controle behoeft? Veel meer dan tot nu toe moet daarbij de samenwerking gericht zijn op welzijn in de buurt. De cruciale rol die de wijkverpleegkundige kan spelen in de eerste lijn, is nu wel bewezen. Ik ga ervan uit dat de minister zo spoedig mogelijk aangeeft op welke wijze zij het aantal wijkverpleegkundigen wil uitbreiden en een vorm van financiering wil regelen.

Ordening op regionaal niveau veronderstelt ook dat je op dezelfde wijze naar de bovenregionale voorzieningen kijkt, onder andere naar de umc's. Zorg ervoor dat er duidelijkheid komt over de positie van de umc's. Zij vragen daar zelf ook om.

De wijze waarop wij de zorg willen organiseren, is een antwoord op de huidige sluipende en democratisch niet te controleren ontwikkeling in het zorglandschap. Ik vraag de minister om uitgebreid aan te geven waarom zij vindt dat haar eigen voorstellen meer dan de onze garanties bieden voor een zorglandschap waarin samenhang en inrichting van de zorg is gebaseerd op de zorgbehoefte in een bepaalde regio en die vervolgens democratisch wordt gelegitimeerd.

Ik vraag de minister tot slot, een experiment te starten met regionale budgettering en zal daartoe een motie indienen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Met veel genoegen luister ik naar het warme pleidooi van de heer Van der Veen van de PvdA. De overheid stuurt, noem het allemaal maar op. Vanochtend lasen we ook in Het Financieele Dagblad dat de PvdA de marktwerking vaarwel zegt. Betekent dit dat de heer Van der Veen afstand neemt van de onder het vorige kabinet ingeslagen koers dat de marktwerking wel werkt? Neemt hij ook afstand van een artikel van Wouter Bos van 26 januari jongstleden, waarin staat dat er juist een plek moet zijn voor concurrentie? Als de heer Van der Veen wil dat we democratisch geordende zorg krijgen, waarom heeft hij dan vorig jaar – dat is nog niet eens zo lang geleden – de motie van de SP niet gesteund die stelde: sluiting van spoedeisende hulpen mag niet door zorgverzekeraars gebeuren, dat moet een democratische beslissing zijn?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Van je vrienden moet je het maar hebben. De PvdA heeft altijd erg veel moeite gehad met de marktwerking. Het is mevrouw Leijten bekend dat onze fractie in 2006 tegen de Zorgverzekeringswet heeft gestemd, omdat wij daar grote problemen mee hadden. In het vorige kabinet heeft de PvdA met de grootst mogelijke reserves serieus geprobeerd om de voordelen van de marktwerking te zien, maar ook toen hebben we onze grote twijfels erover al uitgesproken. Dat heeft geresulteerd in onze opstelling van nu. Wij hebben dus niet alleen ideologisch nee gezegd, zoals sommige partijen doen, maar ook serieus gekeken of marktwerking een alternatief kan zijn. Je moet niet bij voorbaat alles weggooien wat niet binnen je ideologie past. Wij komen op basis van de ontwikkelingen tot nu toe tot de conclusie dat marktwerking voor de gezondheidszorg niet kan gelden als sturend criterium.

Mevrouw **Leijten** (SP): De eerste opmerking, «van je vrienden moet je het maar hebben», is een beetje flauw. We hebben tijdens de vorige kabinetsperiode heel vaak de hand uitgestoken, juist naar de Partij van de Arbeid, om het eens op een alternatieve manier te proberen, bijvoorbeeld met regionale budgetten. Die hand werd afgeslagen. Ik ben hier op zoek naar hoe innig de vriendschap is. Ik hoor goede dingen, maar ik denk dat het dan ook goed is om afstand te nemen van een voormalig partijleider die nog geen maand geleden in de krant schreef dat er concurrentie moet zijn. De heer Van der Veen heeft nog geen antwoord gegeven op de vraag over de democratische zeggenschap. Er ligt een plan van de zorgverzekeraars om via aanbestedingen spoedeisende hulpen te sluiten; 40 van de 100. Als wij een motie indienen die stelt dat dit niet op die manier mag gebeuren

omdat het niet democratisch genoeg is, reken ik op de steun van de PvdA. Dat gebeurde niet. Ik vraag hier gewoon opheldering. Neemt de heer Van der Veen afstand van het standpunt dat in het verleden is ingenomen? Vindt hij ook dat zorgverzekeraars geen spoedeisende hulpen mogen sluiten zonder democratische legitimering?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik weet niet hoe het bij andere partijen is, maar wij hebben niet de traditie dat we eerst bekijken wat voormalige partijleiders hebben gezegd en dat dan herroepen. De heer Bos verandert ook van opvattingen. Hij heeft vorige week in Tilburg een verhaal gehouden voor de economenvereniging daar. Hij heeft daar gezegd, in mijn termen, dat we af moeten van het hybride systeem dat we nu hebben en toe moeten naar publieke opdrachtgevers die vervolgens private ondernemers, en dat zijn alle ziekenhuizen in Nederland, opdracht geven. Dat lijkt mij een heel helder antwoord. Gaandeweg kun je tot andere inzichten komen. Wij missen de ideologie die van tevoren, voor jaren vooruit, duidelijk maakt hoe de wereld in elkaar steekt. Wat de spoedeisende hulpen betreft: ook wij hebben onze bedenkingen erover uitgesproken dat de zorgverzekeraars zouden bepalen welke spoedeisende hulpen dicht gingen. Ik kan mij dat algemeen overleg nog herinneren. Dat wij de motie niet hebben gesteund, heeft ook te maken met het feit dat we bezig waren met een plan te ontwikkelen. Dat ontvouwen we nu. Als mevrouw Leijten de motie nu zou indienen, zouden we wellicht anders stemmen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Onder het mom «orde op zaken» neemt het kabinet de ene na de andere maatregel: het eigen risico wordt verhoogd, er komt een eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg en kortingen op de huisartsen. Maatregelen waarvan de ene na de andere deskundige zegt dat hiermee de zorgkosten juist oplopen. De zorg verschaalt en de reeds ingeboekte bezuiniging wordt niet gehaald, met als gevolg dat er weer nieuwe bezuinigingen worden ingeboekt. Niet voor niets waarschuwt de Algemene Rekenkamer dat er goed gekeken moet worden naar de effecten van maatregelen en dat het kabinet zich niet bij voorbaat rijk moet rekenen.

GroenLinks omarmt het rapport van de Algemene Rekenkamer en wil dat de neergaande spiraal van verslechterende zorg en het stapelen van bezuinigingen stopt. In de langdurige zorg doen we dat door in te zetten op onder andere kleinschaligheid en eigen regie, maar ook in de curatieve zorg is een wereld aan winst te behalen die de zorg beter en duurzaam betaalbaar maken. Het gaat daarbij niet alleen om meer geld, maar ook om ruimte om het beschikbare geld beter in te zetten. Dat vergt vertrouwen in eigen regie van cliënten en vertrouwen in de autonomie van professionals.

Voorzitter. Het is hard nodig dat er buiten kaders en buiten gevestigde belangen gekeken wordt. Als dat een paar heilige huisjes kost, so be it. GroenLinks doet bij dezen een aantal voorstellen voor de curatieve zorg. Ten eerste: maak vaart met de integrale bekostiging. Ik begrijp uit de stukken dat de evaluatie nog niet laat zien hoeveel bespaard kan worden met het weghalen van schotten tussen de eerste en de tweede lijn. Wij kunnen twee dingen doen: nog meer onderzoek laten verrichten of gewoon beginnen. Ik stel voor dat het kabinet een experiment start. Laat een of misschien twee verzekeraars in een regio met zorgaanbieders aan de slag gaan. Het budget wordt verdeeld naar wie de zorg levert. Waar de huisarts meer op zich neemt, leidt dat tot kostendaling bij ziekenhuizen en vice versa. Graag krijg ik een reactie hierop van de minister. Wij denken dat door vaart te maken met integrale bekostiging, de kosten van de zorg inzichtelijk en stuurbaarder worden.

Ten tweede: gezondheidswinst moet voorop staan in plaats van het vullen van spreekuren of uurtje-factuurtje. Ook de minister geeft aan gezond-

heidswinst te willen belonen. Het systeem is nu echter gericht op verrichtingen. Hoe meer patiënten je ontvangt, hoe beter. Inspanningen die je als hulpverlener kunt leveren om juist te voorkomen dat mensen zorg nodig hebben, worden ondertussen niet beloond. Hoe gaat de minister dit doorbreken? Wij denken dat integrale financiering en transparantie belangrijk zijn, maar ik hoor het graag als de minister nog meer concrete ideeën heeft.

Ten derde: de verdeling van de zorg. Veel voorkomende zorg en acute zorg moeten dichtbij zijn, zeldzame zorg kan best geconcentreerd worden. Het spreekt voor zich dat je de zorg dichtbij moet doen waar dat ook nodig is en dat je specialistische zeldzame zorg eventueel kunt concentreren. Vraag een patiënt of hij liever voldoende in zijn eigen stad geopereerd wordt of goed in een ziekenhuis 100 kilometer verderop, en het antwoord zal vaak zijn «doe maar 100 kilometer verderop». Het is dan wel belangrijk dat de minister de besluitvorming over wat waar komt, niet helemaal overlaat aan de zorgverzekeraars. Zij moet de regie nemen en zich niet verschuilen achter de verzekeraars. Ik kan mij wat dat betreft aansluiten bij de opmerkingen die de heer Van der Veen heeft gemaakt over De Sionsberg. Waarom zouden we niet ook kijken naar mogelijkheden om specialisten uit het ziekenhuis te halen voor veel voorkomende zaken? Denk bijvoorbeeld aan een hartspreekuur in krimpregio's voor mensen met hartfalen. Die hoeven dan niet voor elke controle naar het ziekenhuis. Wat GroenLinks betreft, kijken we niet alleen over grenzen tussen soorten zorg heen, maar ook over de landsgrenzen. Dunbevolkte gebieden bevinden zich vaak aan de rand van het land en grenzen daarmee vaak weer aan dunbevolkte gebieden in Duitsland of België. Ziet de minister mogelijkheden tot grensoverschrijdende samenwerking in de ziekenhuiszorg en zo ja, welke?

De positie van de wijkverpleegkundige moet versterkt worden. Ik vind de reactie op het rapport van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) over de wijkverpleegkundige een beetje zuinig. De projecten worden voortgezet en er komt een uitvoeringstoets van de Nationale Zorgautoriteit, maar gaat het kabinet de wijkverpleegkundige nu echt structureel borgen, ja of nee? We willen dat ook hierbij een einde komt aan uurtje-factuurtje. Is de minister bereid, de suggestie van Actiz over te nemen om te komen tot een vast bestedingsbudget voor extramurale zorg, waarmee de zorgorganisatie met de cliënt zorg op maat kan leveren?

Het volgende punt is innovatie, innovatie, innovatie. We moeten daar veel meer op inzetten. Hulpverleners, denk aan jonge artsen, die nu aan de slag gaan, behoren tot de internetgeneratie. E-health faciliteert de emancipatie van de patiënt en stelt patiënten in staat om zelf de regie over zijn of haar gezondheid te voeren. Het zorgt er ook voor dat niet alleen de service aan patiënten wordt verbeterd en vergroot, maar het kan ook besparingen voor consultkosten opleveren. Denk bijvoorbeeld aan sites zoals aardbeievlek.nl, die kunnen voorkomen dat mensen zich zorgen maken. Dat bespaart een aantal consulten. Als het toch tot een consult komt, is de arts vaak al op de hoogte. De minister ziet het belang van e-health ook. Ik vraag haar daarom, daarop door te pakken. Welke maatregelen neemt zij op korte termijn?

Ik wil nog aandacht besteden aan het voorschrijfbeleid voor geneesmiddelen. Huisartsen schrijven voor volgens de richtlijnen Doelmatig voorschrijven van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Ook het preferentiebeleid leidt tot kostenbesparing. Ik hoor echter regelmatig over huisartsen die een goedkoper middel voorschrijven aan een patiënt. Die gaat vervolgens naar het ziekenhuis, waar de specialist een duurder middel voorschrijft omdat de farmaceutische industrie spécialités gratis aanbiedt. Die patiënt komt vervolgens terug en vindt het dan raar dat de huisarts iets anders voorschrijft. Dat leidt dan weer tot veel discussie in de

kamer van de huisarts. Ziet de minister mogelijkheden om dergelijke trucs van de farmaceutische industrie te voorkomen? Wil de minister mogelijkheden bekijken om artsen hun voorschrijfgedrag te laten delen, zodat zij elkaar op basis daarvan ook kunnen aanspreken of van elkaar kunnen leren?

Ik heb daarnaast nog een punt over de verdeling van zorg tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Wij willen graag dat de minister zich uitspreekt over de vraag of en zo ja, binnen welke termijn en randvoorwaarden, extramurale verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet overgeheveld wordt. Ik vraag haar ook om de stofkam door de AWBZ te halen en te bekijken wat er overgeheveld kan worden van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, want ook dat kan leiden tot veel doelmatiger zorg.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. We praten over de inrichting van ons zorglandschap, oftewel: de samenhang tussen de acute zorg, de eerste en de tweede lijn, en de academische zorg. Ook de kosten van de zorg en de beheersbaarheid daarvan staan op de agenda. Een internationale vergelijking leek mij een goed uitgangspunt voor dit overleg. Ik lees in het OECD-rapport over 2009 dat we het in Nederland best goed doen. We hebben minder consulten, minder ingrepen en minder medicijngebruik dan in de landen om ons heen. Ook de bereikbaarheid van onze zorg is goed. De meeste mensen zijn binnen twintig minuten in een ziekenhuis. Daar kunnen we best trots op zijn. Wat moet er dan veranderen en waarom?

Hoewel we het goed doen, streven we altijd naar beter. Dat betekent dat we nieuwe technieken en duurdere diagnostiek gaan inzetten. We willen ook snellere toelating van innovatieve behandelingen en medicijnen in het pakket. Dit gebeurt ook allemaal, maar er hangt wel een prijskaartje aan. Voeg hierbij de kosten van de vergrijzing en het groeiend aantal chronisch zieken en de noodzaak tot kostenbeheersing dient zich aan.

In hetzelfde OECD-rapport valt echter nog wat op. In vergelijking met andere landen geven wij in Nederland meer uit aan administratie en overhead. Ook een ziekenhuisbed is hier duurder, terwijl de bezettingsgraad van de bedden laag is. Kan de minister eens onderzoeken waarom wij van die vreselijk dure bedden hebben in Nederland? Snijden in overhead en vergroting van de efficiency zouden wat kunnen opleveren. Marktwerking, concurrentie en de toelating van privaat kapitaal met de juiste waarborgen, waardoor zorginstellingen meer als onderneming gaan werken, kunnen hier positief aan bijdragen. Slecht presterende elementen, zoals overheadafdelingen en -behandelingen, zullen immers sneller aangepakt worden en maken de instellingen uiteindelijk doelmatiger.

Mevrouw **Leijten** (SP): De winstuitkeringen heeft de PVV inmiddels goedgekeurd, weggegeven in de onderhandelingen over de gedoogconstructie. Mevrouw Gerbrands heeft op de radio gezegd dat er genoeg waarborgen zijn. Zo moet er genoeg vermogen achterblijven in het ziekenhuis en moet de kwaliteit op orde zijn. Heeft zij al gelezen in het wetsvoorstel wie gaat bepalen of er voldoende kwaliteit is en of er voldoende vermogen achterblijft? Zo ja, wie is dat dan?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat zijn de IGZ en de NZa, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): In het wetsvoorstel staat dat de investeerders de laatste say hebben, dat de raad van toezicht alleen een adviesfunctie heeft, want als hij een instemmingfunctie heeft, is investeren in de gezondheidszorg niet meer zo aantrekkelijk. Wat vindt mevrouw Gerbrands van de uitspraak van de heer Loek Winter, afgelopen donderdag gedaan, naar aanleiding van het mogen uitkeren van winst door een ziekenhuis? Hij zegt: wij gaan allemaal heel erg veel geld

verdienen. Dat zei hij op een avond van de Sales Management Association in het Grand Hotel Huis ter Duin in Noordwijk.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Was het niet mooi geweest als we nu al de mogelijkheid tot winstuitkering hadden gehad voor bijvoorbeeld een ziekenhuis als De Sionsberg, waarbij een investeerder die kwaliteitsimpuls misschien wel had kunnen geven? Daar zeg ik alles mee.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): We hebben al regelmatig debatten gehad met de PVV over waarom zij nu zo instemt met winstuitkeringen in de zorg. Tot nu toe was vaak het verhaal: sorry hoor, maar met een gedoogconstructie zul je toch wat moeten inleveren. Maar ik krijg nu haast het idee dat de PVV zelf in dit verhaal gaat geloven, terwijl we ons in 2008 nog Kamerbreed hebben gekeerd tegen winstuitkeringen in de zorg. Ik heb zelfs het idee dat u Ab Klink nog gaat inhalen. Zelfs hij had destijds bezwaren tegen winstuitkeringen in de zorg en waarschuwde ook voor het risico op weglekken van geld uit de zorg.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik kan aansluiten bij het verhaal van mevrouw Smilde. In 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. We hebben van 2006 tot 2011 een beetje doorgemodderd. Ik beweer hier niet dat het helemaal goed komt met de marktwerking, inclusief de maatregelen die we nu hebben genomen. Maar als we willen weten of het zijn uiteindelijke doel gaat bereiken, moeten we wel alles eraan doen om te proberen of we er kunnen komen en of het inderdaad die doelmatigheid, die efficiency en vooral die kwaliteitsverbetering oplevert. Als we dat niet doen en we zetten er nu een streep onder, zoals de PvdA voorstelt, weten we niet wat het uiteindelijk geworden was met de maatregelen die we nu nemen. Waarbij ik dus eerlijk zeg dat ik niet weet of dit het allerbeste is. Ik vind echter wel dat we het allemaal moeten proberen om te bekijken of het het beste is wat we uit Zorgverzekeringswet kunnen halen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik constateer bij de PVV een groeiend geloof in marktwerking en winstuitkeringen in de zorg. Wat heeft de PVV dan geleerd van de bankendiscussie? Daar zit de PVV ook vrij stevig in. Wie zouden er allemaal mogen investeren in de zorg? Ook de farmaceutische industrie? Is dat ook een van de partners waar winst naartoe mag vloeien?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Nee, wat mij betreft mag de farmaceutische industrie dat niet en een zorgverzekeraar ook niet. Wij gaan het wetsvoorstel nog behandelen. Weet u welke amendementen ik ga indienen op dat wetsvoorstel? Ik vind wel zeker dat er grenzen aan zitten. Maar ik heb liever dat een Nederlands pensioenfonds in een ziekenhuis investeert dan dat het in Griekenland investeert. Ik werd een beetje te snel geïnterrupteerd. Ik wilde namelijk voortgaan met de zin: ik zeg nadrukkelijk: zou kunnen bijdragen. Daarmee geef ik dus aan dat het geloof bij mij niet zo heel groot is, zoals mevrouw Wiegman denkt. Ik zie ook de andere kant van de concurrentie, namelijk de weg van het geld. Wat als de zorgondernemers zich gaan richten op behandelingen die het meeste geld opleveren? In dit kader noem ik de pretpoli's, die als paddenstoelen uit de grond lijken te springen. Zo zag ik afgelopen week de hoestpoli, de menstruatiepoli en de hypertensiepoli voorbijkomen; voor mij voorbeelden van overbodige dure tweedelijnszorg die om te beginnen in de eerste lijn thuishoort. Is het überhaupt nodig dat deze zorg wordt aangeboden? Jaarlijks zijn er twee miljoen overbodige huisartsenconsulten voor hoesten, zo heeft NIVEL onlangs becijferd, want hoesten heeft een zelfzorgpercentage van 76%. De kant van de pretpoli's moet ons

zorglandschap dus niet uit. Graag hoor ik van de minister hoe zij dit ziet, hoe zij dit denkt te kunnen aanpakken en wat de rol van de zorgverzekeraar in dezen is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Gerbrands vraagt iets aan de minister, wat puur een uitvloeisel is van de marktwerking: je gaat produceren om te verdienen. Dat is het element van marktwerking. Mevrouw Gerbrands constateert een falen in de marktwerking. Er zijn meer voorbeelden. Het is wel eens aardig om uit te rekenen hoeveel honderden miljoenen de afgelopen jaren in het project zijn gestopt; miljarden, zou ik bijna zeggen. Maar wat is haar antwoord daar nu op? Die organisaties doen wat ze moeten doen in het kader van de markt. Ze produceren en bieden dingen aan waar mensen interesse in hebben. Waarom mag dat niet?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Omdat het in de eerstelijnsgezondheidszorg thuishoort en dus niet in de tweede lijn in de vorm van een polikliniek. De zorgverzekeraars pakken hierbij de rol die wij van ze eisen, niet op. Dat zijn de maatregelen waar ik zojuist over sprak, waar we in januari 2012 mee van start zijn gegaan, onder andere het meer risicodragend maken van de zorgverzekeraar. Ik hoop van harte dat die maatregelen ertoe leiden dat de zorg die geleverd wordt in de pretpoli's, niet vergoed wordt door de zorgverzekeraars, zodat ziekenhuizen het wel uit hun hoofd laten om er nog eentje uit de grond te stampen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er gebeurt wat er met marktwerking gebeurt. Er wordt geproduceerd – nu zijn het hoestpoli's, straks is het iets anders – en dan verwacht u van de zorgverzekeraars dat ze er elke keer bovenop gaan zitten. Maar dat doen ze op dit moment ook niet. Wat maakt dan dat ze daar bovenop zouden gaan zitten? Dat vat ik niet goed namelijk.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De zorgverzekeraar is tot nu toe overal voor gecompenseerd achteraf. Als we dat niet meer doen, verwacht ik dat de zorgverzekeraars heel kritisch gaan kijken naar dit soort activiteiten. Wij hebben het met z'n allen, de PVV ook, zes jaar lang goed gevonden dat het achteraf gecompenseerd is.

Voorzitter. De zorgverzekeraars willen graag hun rol oppakken en het zorglandschap inrichten, meldt Zorgverzekeraars Nederland. Die rol bestaat uit het selectief inkopen op basis van kwaliteit en zo ook de nodige concentratie en spreiding van zorg bewerkstelligen. Het uiteindelijke doel van deze rol is goedkopere en betere zorg. Ik zie echter heel andere dingen gebeuren, zoals het vijfjarige contract tussen Menzis en het HagaZiekenhuis. Het hele ziekenhuis is hierbij voor vijf jaar gecontracteerd. Is dit nu een voorbeeld van selectieve zorginkoop? Het wil er bij mij niet in dat het HagaZiekenhuis voor alle specialistische behandelingen de beste kwaliteit van zorg levert. Hoe ziet de minister dit? En, weer even refererend aan de pretpoli's: waarom koopt een zorgverzekeraar deze overbodige zorg in? Ik kan het niet bedenken. Alle behandelingen die in de eerste lijn thuishoren, zouden, als ze in de tweede lijn worden aangeboden, tegen hetzelfde huisartsentarief of eerstelijnsstarief afgerekend moeten worden. Eén tarief voor een behandeling, ongeacht door wie en waar de behandeling wordt uitgevoerd. Meerdere mensen hebben er al over gesproken.

Zorgverzekeraar VGZ heeft wel een interessante visie op papier gezet. Ik krijg hier graag een reactie op van de minister. Wordt het voorstel van VGZ voor bekostiging betrokken bij de uitvoeringstoets van de NZA? Wij begrijpen heel goed dat 2012 een overgangsjaar is en dat alle partijen de kans moeten krijgen om hun rol te gaan spelen. Maar bij ons komt toch serieus de vraag op of we de inrichting van het zorglandschap wel bij de

zorgverzekeraars moeten laten. Ik vraag de minister of zij, in het geval dat de zorgverzekeraars hun regierol niet waarmaken, ook een plan b heeft. Zij heeft in eerdere debatten al gezegd dat zij ingrijpt als de zorgverzekeraars niet gaan doen wat ze moeten doen. Heeft zij al zo'n plan b klaar liggen?

Tot slot sluit ik aan bij het verzoek van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) om de beleidsvisie op de publieke taak van de academische zorg in het huidige zorglandschap te actualiseren. Is de minister dit van plan?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Gerbrands zegt heel terecht dat er allerlei poli's geopend worden waar juist de eerste lijn heel goed op ingezet kan worden. Wat vindt zij van de onlangs door de minister geopende obesitaskliniek?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik ben geen voorstander van al dit soort specifieke klinieken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat vindt mevrouw Gerbrands er dan van dat deze kliniek onlangs groots geopend is door de minister van het kabinet dat zij gedooft?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb daar al eerder uitspraken over gedaan. Ik ben er geen voorstander van. Ik heb de minister dus ook niet gefeliciteerd met de opening van deze polikliniek.

De **voorzitter**: We zijn toe aan het antwoord van de minister in eerste termijn. De minister heeft haar antwoorden geordend in de volgende blokjes: algemeen, kleine ziekenhuizen, acute hulp, bekostiging, zorg in de buurt, en varia. Ik stel de leden voor, hun vragen aan de minister strategisch te stellen, na elk blokje. Ik stel tevens voor dat elk lid drie interrupties heeft. Ik constateer dat de leden daarmee akkoord gaan.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er gaat best wel eens iets mis in de Nederlandse gezondheidszorg. Dat weten we allemaal. Als dingen echt onze aandacht vragen, hebben we het daar ook heel vaak over. Er zijn toch een aantal inbrengen geleverd die mij ertoe aanzetten om te zeggen dat ik vind dat wij in Nederland een fantastische gezondheidszorg hebben. In een heleboel inbrengen herken ik mij dus niet. De levensverwachting is spectaculair gestegen, veel harder dan wie dan ook ooit had voorspeld: zes jaren, die in relatief goede gezondheid worden geleefd. We zien dat ziekten waaraan we dood gingen, steeds vaker chronische ziekten worden. Bij ziekten als borstkanker en hartfalen zijn de overlevingskansen enorm toegenomen; 70% bij borstkanker. We zien een systeem waarin nauwelijks wachtlijsten zijn, waarin nieuwe technieken en nieuwe medicijnen relatief snel beschikbaar zijn, waarin patiënten een keuze hebben. Er is meer kennis dan ooit – niet genoeg maar meer dan ooit – over kwaliteit en inhoud. De zorg wordt langzaam maar zeker – te langzaam, vinden velen en vind ik ook – steeds meer rondom de patiënt georganiseerd. Alle rapporten wijzen uit dat de toegang tot zorg in Nederland top is. Ik ben echt trots op de zorg die van de huisarts en de wijkverpleegkundige tot en met de academische ziekenhuizen in Nederland wordt gegeven. Het kan niet zo zijn dat alles wat goed gaat, vanzelf goed gaat en dat alles wat fout gaat, een resultaat is van het systeem. Heel veel van de wijzigingen die ook verbeteringen zijn ten opzichte van de situatie van voor 2006, zijn een uitvloeisel van hoe we de zorg met z'n allen hebben georganiseerd. We zien wel een aantal veranderingen op ons af komen. De zorgvraag van de patiënt wordt steeds diverser en complexer. We hebben dus allerlei verschillende zorgverleners bij één patiënt nodig. Dat is ingewikkeld. We

moeten ook zorgen dat we de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste zorgverlener geven.

Daarnaast stijgen de kosten van de zorg enorm. Wij hebben een heel goed en heel mooi systeem, maar ook een relatief duur systeem. Omdat mensen in plaats van overlijden nu doorleven – gelukkig, prachtig, daar doen we het allemaal voor – met chronische ziekten, moeten zij wel medicijnen slikken en behandelingen ondergaan die behoorlijk duur zijn. Met een vergrijzende bevolking waarvan een steeds groter deel chronisch ziek is, zien wij die kosten, veroorzaakt door de mogelijkheden van de technologie, op ons afkomen. Wij zullen op tijd moeten omschakelen. Dat maakt de verandering in de inrichting van de zorg, die al in gang is gezet, hoogst noodzakelijk. We zullen ons moeten aanpassen aan de nieuwe realiteit. Ik doe het mijne eraan en de sector zal het zijne eraan moeten doen.

Mijn motto is: zorg die werkt. Voor de komende jaren heb ik zowel met de ziekenhuizen als met de medisch specialisten een convenant afgesloten. Dat gaat uit van een beheerste groei en is agendazettend voor onderwerpen zoals: concentratie als dat moet maar deconcentratie als dat kan; gepast gebruik van zorg, maar ook substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn; kwaliteit; en het ontwikkelen van een op langere termijn houdbare wijze van bekostigen van medisch specialisten. Overigens zijn in het hoofdlijnenakkoord met de medisch specialisten afspraken gemaakt over het generiek voorschrijven in plaats van spécialités. Iemand vroeg daarnaar. Graag zou ik ook met de geestelijke gezondheidszorg en met de huisarts zo'n akkoord sluiten, omdat je via deze weg actie onderneemt om enerzijds de kosten beheersbaar te maken en anderzijds de kwaliteit op peil te houden. Dat is de uitdaging waar we met z'n allen voor staan.

Door die akkoorden wordt de omgeving meer voorspelbaar. Dat creëert ruimte om de structurele agenda samen verder op te pakken. Dat is ontzettend belangrijk, want voor je het weet zit je in de gezondheidszorg alleen over geld te praten. De akkoorden geven ons ook de rust en de mogelijkheid om te praten over kwaliteit van zorg, over gepast gebruik van zorg en over de nieuwe zorgnetten die je overal ziet ontstaan en die een enorme meerwaarde kunnen hebben voor patiënten.

Kwaliteit van zorg is net zo belangrijk voor het beheersen van de kosten als alle andere maatregelen die wij nemen. Taakherschikking is ontzettend belangrijk om de bemensing van zorg op orde te houden en om professionals te laten doen waarvoor ze zijn opgeleid. Dan snijdt het mes aan twee kanten: iemand doet waarvoor hij is opgeleid en hij haakt daardoor minder snel gedesillusioneerd af. Daar is al onze energie op gericht in het kader van taakherschikking en de versterking van de positie van de verpleegkundige.

Willen wij de zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar houden, dan moet de organisatie echt om. Dan moet zorg dichtbij, in de wijk georganiseerd worden, daar waar dat kan. Die zorg moet taken overnemen van het ziekenhuis. In het hoofdlijnenakkoord staat een passage over substitutie. Het is niet zo dat het akkoord moet worden opengebroken, als substitutie plaatsheeft, want er wordt al over gesproken. Het is wel van belang dat, als wij met de huisartsen om tafel gaan zitten over hun akkoord, daarbij ook mensen uit de tweede lijn zitten, omdat er natuurlijk verbanden tussen liggen. We moeten zorg dichter bij huis organiseren. We moeten ervoor zorgen dat ziekenhuizen specialiseren als dat moet in het kader van de kwaliteit van zorg, als dat van belang is om apparatuur beter te benutten en om routine op te doen als arts. Ik ga die hele piramide hier niet schetsen, want dat heb ik al gedaan op papier. Tot zover mijn inleiding.

Er is terecht aandacht gevraagd voor de kleine ziekenhuizen. Er zijn veel kleine ziekenhuizen met een heel belangrijke regionale functie. Ik ben er een groot voorstander van dat we niet slechts één ziekenhuis in een regio

krijgen. Ten eerste omdat ik er een gruwelijke hekel aan hebt dat je niet kunt kiezen; dat je kunt kiezen als patiënt, is juist onze drive. Ten tweede omdat ziekenhuizen elkaar scherp moeten houden. Dat kan niet als je er maar eentje hebt. Ten derde omdat het kwetsbaar maakt. Als het met dat ziekenhuis niet goed gaat door mismanagement of iets anders, is er een acuut probleem in die regio. Daarom is het van belang dat er diversiteit is. Die kan bestaan uit streekziekenhuizen, zeer gespecialiseerde ziekenhuizen, DBC's; een bont gezelschap dat ons de beste zorg levert. Wat De Sionsberg betreft, vind ik het van belang op te merken dat het initiatief niet lag bij de zorgverzekeraar, maar bij de inspectie. De inspectie heeft dit ziekenhuis onder verscherpt toezicht gesteld voor maar liefst zes maanden. Dat is heel bijzonder, zo'n lange ondertoezichtstelling. Vervolgens is aan de dominante zorgverzekeraar in de regio gevraagd, te helpen met het oplossen van dit probleem. Nu de eisen die we stellen aan zorg steeds hoger worden, omdat we een steeds hogere kwaliteit van zorg nastreven, zie je dat het voor kleine ziekenhuizen moeilijker is om die kwaliteit ook daadwerkelijk te leveren. Het is dus altijd een evenwicht tussen enerzijds de kwaliteit en het opschroeven daarvan en anderzijds zorgen dat je diversiteit van zorg houdt in de regio. De aanleiding om te kijken naar de acute verloskundige zorg, was dat de babysterfte in Nederland heel hoog was. Daarom is de stuurgroep opgericht. Die stuurgroep is gevraagd hoe het beter kan. De stuurgroep is met nieuwe voorstellen gekomen. Vervolgens hebben we de inspectie gevraagd wat dit betekent voor de acute verloskundige zorg over heel Nederland. Eind deze maand komt de inspectie met het rapport. Ik kom daar straks op terug.

Een aantal kleine ziekenhuizen kan de spoedeisende hulp niet volgens de kwaliteitsnormen van de inspectie inrichten. Die ziekenhuizen houden een soort spoedeisende hulp-min of anderhalfstelijnszorg-plus overeind, dus iets wat ertussenin zit. Het is geen volwaardige spoedeisende hulp, maar wel meer dan een anderhalfste lijn. Ik wil graag het gesprek met kleine ziekenhuizen aangaan om te bezien hoe we deze toch acute zorgvoorziening maar geen spoedeisende hulp op peil kunnen houden en hoe we kunnen bewaken dat we die handhaven in de regio. Deze voorzieningen bieden namelijk meer dan alleen huisartsenzorg. Het zit tussen een huisartsenpost en spoedeisende hulp in. Dat gesprek zou ik willen voeren met de inspectie, eventueel de NZa, en de kleine ziekenhuizen. Wat is er eigenlijk gewenst in een regio? Hoe kunnen we dat mogelijk maken? De Sionsberg heeft een beschikbaarheidsvergoeding gekregen, omdat ik heb beslist dat iedereen die deze in 2011 kreeg, hem ook in 2012 zou krijgen, omdat dit een overgangsjaar is. Maar als ik de strikte criteria voor de beschikbaarheidstoelage had toegepast, had De Sionsberg die nooit kunnen krijgen, omdat die geen spoedeisende hulp meer heeft. Dan vervalt namelijk officieel de beschikbaarheidstoelage. Ik heb daar niet voor gekozen, want ik wil het ziekenhuis niet in problemen brengen als dat niet hoeft en een steuntje in de rug geven daar waar dat kan. Voor de nieuwe functie die niet alleen in dit ziekenhuis maar in meerdere kleine ziekenhuizen ontstaat, wil ik bekijken of dit een nieuwe manier van zorg is en of er nog extra zaken nodig zijn, zodat kleine ziekenhuizen wel bestaansrecht hebben en kunnen blijven bestaan in ons landschap. Ik wil wel vasthouden aan de 45 minutennorm en sowieso aan een volwaardige spoedeisende hulp. Morgen krijg ik van de Gezondheidsraad het advies aangeboden over de vraag wat er nu eigenlijk nodig is als achtervang bij een spoedeisende hulp. Ik weet nog niet wat er in staat, maar morgen neem ik het in ontvangst.

Dan kom ik nu op de rol die De Friesland in dezen als zorgverzekeraar speelt. Uiteindelijk is de zaak gaan rollen doordat de inspectie heeft ingegrepen, omdat men constateerde dat de kwaliteit onvoldoende was. De Friesland is toen gevraagd om mee te denken over de manier om de zorg verder in te richten en zo veel mogelijk goede zorg in Friesland te

behouden. De Friesland is medeopdrachtgever van het onderzoek dat het bestuur van De Sionsberg heeft laten uitvoeren door KPMG. Dat onderzoek is dus niet van mij. Als je onderzoek financiert, is het in dit land zo dat dit onderzoek van jou is. Ik heb dus helemaal niet de beschikking over het rapport. Op verzoek van de inspectie is De Friesland ook betrokken geweest bij het beoordelen van het zorgbeleidsplan van het ziekenhuis. Het streven is gericht op het hervormen en toekomstbestendig maken van De Sionsberg, wat moet leiden tot veilige en verantwoorde zorg, nu en in de toekomst.

Dan kom ik nu op de vraag van de heer Van der Veen over het democratisch tekort. Wij hebben de gezondheidszorg zo ingericht dat zorgverzekeraars zorg inkopen voor hun verzekerden. Dat gebeurt overigens niet pas sinds 2006; daarvoor gebeurde het ook al. Zij doen dat binnen de randvoorwaarden die de overheid daarvoor heeft gesteld. De zorg moet van goede kwaliteit zijn. Als er sprake is van een acute situatie, moet de zorg binnen 45 minuten bereikbaar zijn. Er is een zorgplicht, dus de zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat de verzekerden voldoende zorg in hun omgeving hebben. Zo werkt het in heel Nederland. Dat is iets anders dan dat wij een gekozen premium hebben dat democratisch gelegitimeerd zorg inkoopt, bijvoorbeeld een provincie. Zo hebben wij dat nu niet geregeld en zo hebben wij dat in het verleden ook niet geregeld. Wat de overheid wel doet, is randvoorwaarden stellen. Die moeten wij ook handhaven.

Mevrouw Leijten heeft een reeks ziekenhuizen opgesomd waar heel verschillende situaties met heel veel verschillende oorzaken aan de orde zijn. Heel veel van die ziekenhuizen hebben te maken met het terugdringen van babysterfte, naar aanleiding waarvan ook vanuit deze Kamer is gevraagd om maatregelen. De stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft die maatregelen voorgesteld. Aan het eind van deze maand krijg ik het rapport van de inspectie. De NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie (NVOG) hebben een eigen inventarisatie uitgevoerd. Die krijgen wij ook aan het einde van deze maand. Dan hebben wij alle rapporten voorhanden om daadwerkelijk te kunnen discussiëren. Uiterlijk 1 mei komt De Sionsberg met een plan rond de verloskunde.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De minister doet een heel belangrijke toezegging over de 45 minuten voor volwaardige spoedeisende hulp (SEH). Zij zegt dat tussen de huisartsenpost en de SEH nog wel meer zit. De Sionsberg heeft een aantal jaren een acute zorgpost gehad. In het gebied richting het Lauwersmeer, in Noordoost-Nederland, zijn er witte vlekken. Gaat de minister wat de bereikbaarheid in 2012 betreft in gesprek met IGZ om te bezien of in voorkomende gevallen de criteria toereikend zijn? Nu valt men er niet onder.

Minister **Schippers**: De kwaliteitscriteria voor spoedeisende hulp wil ik niet verlagen. De beroepsgroep formuleert de kwaliteitscriteria, dat doe ik niet als minister, gelukkig. De criteria zoals de beroepsgroep die voor heel Nederland heeft geformuleerd, wil ik niet verlagen. Ik zie wel dat er in een aantal gebieden met kleine ziekenhuizen iets ontstaat waarvan wij zeggen: het is heel belangrijk dat het er is, namelijk iets tussen de huisartsenpost en spoedeisende hulp. Moeten wij daarvoor iets regelen? Daarover wil ik met name met de kleine ziekenhuizen zelf spreken. Ik wil ook de inspectie en de NZa erbij halen. Ik wil dan weten of mijn gevoel juist is dat dit iets is waar wij eigenlijk behoefte aan hebben. De vraag is dan, hoe wij dit overeind houden en wat daarvoor nodig is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het was niet mijn bedoeling om de criteria te veranderen. Het is alleen mijn bedoeling om in dat soort gevallen de

mogelijkheid overeind te houden. Ik denk dat dit heel belangrijk is, ongeacht de vraag met welk plan men per 1 mei komt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister zei dat de kwaliteit van de zorg in de inbreng van de Kamer in negatieve zin aan de orde zou zijn gesteld. Ik heb dat bij niemand gehoord. Ondanks alle stelselwijzigingen heb ik alleen maar grote waardering voor de zorgaanbieders, die in al deze onduidelijkheid toch steeds bezig zijn de zorg te verbeteren. Dan ga ik nu terug naar de opmerking over hoe het vroeger was en nu. Toen de ziekenfondsen nog bestonden, had de overheid een aantal heel duidelijke mogelijkheden om de zorg te sturen, in het kader van de planning bijvoorbeeld. Je kunt ervan vinden wat je wilt, maar toen was het democratisch veel beter geborgd. Vervolgens zijn wij overgegaan op het marktmodel. Daarbij is gezegd dat je de controle daarop krijgt doordat je te maken hebt met concurrerende zorgverzekeraars. De controle door de overheid zou verplaatst worden naar de verzekerden, die van zorgverzekeraar zouden kunnen wisselen. Het punt dat ik heb ingebracht, is dat die concurrerende zorgverzekeraars monopolisten zijn geworden, in plaats van dat er nieuwe toetreders zijn gekomen. Dat is de achtergrond van mijn opmerking, los van alle waardering voor wat zorgverzekeraars wel of niet doen. De Friesland is, naar ik nu begrijp te laat, pas in actie gekomen nadat de inspectie een signaal had gegeven. Dat lijkt mij ook geen pleidooi voor de regiefunctie. Nu is er geen sprake meer van een overheid die in voldoende mate regels kan stellen, maar er is evenmin sprake van concurrentie. Daardoor kan een zorgverzekeraar in principe ongehinderd zijn gang gaan. Dat bedoel ik met het democratisch deficit. Je bent afhankelijk van de goede wil van de zorgverzekeraar. Dat vind ik een ernstige wijziging, ook ten opzichte van het begin van het stelsel. Niet voor niets is er toen ook gesproken over publiek-privaat. Wij waren voorstander van een publieke regeling. Dan hadden wij deze situatie niet gehad.

Minister **Schippers**: Als je wisselt van systeem en van prikkels, wissel je ook van instrument. Het klopt dat het planningsinstrumentarium is afgeschaft. Daarvoor zijn nieuwe randvoorwaarden in de plaats gekomen. Het is natuurlijk niet voor niets dat wij dat oude systeem hebben verlaten. Het had grote manco's: lange wachtlijsten, matige kwaliteit en weinig gevoel voor de patiënt. De patiënt wist helemaal niet welke kwaliteit zorg hij geleverd kreeg en of de zorg die hij geleverd kreeg beter of minder goed was dan ergens anders. Er zijn tijden geweest waarin de patiënt heel weinig te kiezen had. Kiezen tussen wat je niet weet en wat je niet weet is ook weinig keus. De zorgverzekeraar heeft nu een zorgplicht. Welke zorgverzekeraar waar ook functioneert en ongeacht of hij daar groot is of klein, hij heeft zorg te leveren aan zijn verzekerden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als je het verleden maar zwart genoeg schetst, wordt de toekomst natuurlijk steeds lichter. Uit de woorden van de minister constateer ik dat het voor 2006 een puinhoop was. Van 2006 tot 2012 werkte de markt nog niet. Daaraan kunnen wij dus niets ontlenen. In de toekomst gaat het beter worden. Ik constateer wel dat de kwaliteit vooruitgaat, maar ik ontken dat er voor 2006 niet ook geweldig goede dingen gebeurden. Ook de ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars hadden een zorgplicht. Ik heb er echt grote moeite mee dat dit zo zwart wordt weggezet. Het was overduidelijk dat er zaken moesten veranderen; dat vonden wij al vanaf de Tweede Wereldoorlog. Als het al verandert, zo is steeds mijn stelling geweest, en iets nieuws in gang wordt gezet, wees dan ook bereid om te bezien waar het anders is gelopen. De minister ontkent de werkelijkheid en zij ontkent de veranderingen. Dan ben je wel genoodzaakt om te zeggen dat het in het verleden absoluut niet liep. Maar het is echt niet zo dat de kwaliteit van de zorg sinds 2006 in één keer is

verbeterd. Ook voor die tijd liep de kwaliteit al omhoog; daar zijn bewijzen genoeg van. In 2006 stonden wij zelfs nog hoger op de lijst dan nu.

Minister **Schippers**: U zegt: bewindspersoon na bewindspersoon schetst een soort paradijs, maar het begint altijd volgend jaar. U hebt zojuist ook een soort paradijs geschetst, dat zichzelf in de praktijk ook ooit nog moet bewijzen. Het systeem dat wij nu hebben heeft zich in elk geval op een aantal punten bewezen. Daardoor is een aantal dingen ook erg goed gegaan. Het systeem is echter «stuck in the middle». Dat heb ik vanaf mijn aantreden gezegd. Als je een systeem half introduceert, moet je niet gek opkijken dat je er niet maximaal rendement uithaalt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben blij met de reactie van de minister op het punt van de toekomst van de kleine ziekenhuizen. Zij zegt: wij moeten het gesprek aangaan, bezien wat er nodig is in de regio en welke vorm van ziekenhuis daar nodig is. Dat klinkt stukken beter dan: zorgverzekeraar en ziekenhuis, zoek het zelf maar uit, als jullie je maar aan de 45 minutennorm houden. Ik proef hier dus meer in. Ik ben echter wel heel benieuwd hoe de minister dit gaat toepassen in de situatie-Meppel. Als ik de mensen in Meppel spreek over de vraag waarom er een principebesluit tot concentratie in Zwolle is genomen, hoor ik niet een argument als: het is gewoon een beetje lastig en ingewikkeld dat wij nu in een overgangperiode zitten. Ik heb ook niet echt als argument gehoord dat concentratie kwaliteitsverhogend werkt. Het enige wat leidend is, is de puzzel met de maatschap die al gefuseerd is en de gynaecologen die het rooster niet goed kunnen rondkrijgen. Dat is het eigenlijk, en dat is veel te smal. Daarop zou ik graag een reactie willen krijgen. Als wij op het gebied van de verloskunde de aanbevelingen van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte gaan opvolgen, hebben wij het niet meer over een 45 minutennorm, maar over beschikbaarheid en bereikbaarheid waarbij de behandeling binnen 15 minuten kan starten. Wij hebben het dan over klinische kraambedden in elke regio. Graag krijg ik dus een reactie op de toepassing van het antwoord van de minister op situaties als die in Meppel, bijvoorbeeld.

Minister **Schippers**: Het gaat om behandeling 15 minuten na aankomst in het ziekenhuis. Wij moeten daarin heel precies zijn, want anders gooien wij alles door elkaar. De verantwoordelijkheid blijft in het veld. Ik ben niet van mening dat ik vanuit Den Haag heel Nederland zo kan sturen dat het overal ongelooflijk goed gaat. Ik denk dat partijen in het veld, dat wil zeggen ziekenhuizen, patiënten, de patiëntenbeweging en zorgverzekeraars het in hun eigen omgeving veel beter kunnen regelen dan ik vanuit mijn toren in Den Haag. Daarom wil ik expliciet de verantwoordelijkheid bij het veld zelf laten. Het is echter niet zo dat ik zeg: ziekenhuizen en verzekeraars, zoek het maar uit. Ik heb bijvoorbeeld een beschikbaarheids-toelage voor de spoedeisende hulp van kleine ziekenhuizen, die cruciaal is in bepaalde gebieden. De overheid stuurt wel degelijk met randvoorwaarden, zoals de 45 minutennorm en de beschikbaarheidstoelage. Wij zorgen ervoor dat wij een infrastructuur in stand houden die wij met zijn allen ook graag willen.

Als je niet genoeg gynaecologen in je ziekenhuis kunt krijgen, heb je wel een probleem. Je kunt dan niet zeggen: als iemand met spoed binnenkomt hebben wij geen gynaecoloog, maar wij blijven toch open. Dat kan dus niet. Daar moet je dus een oplossing voor vinden. De regio zoekt in de eigen omgeving met alle partijen naar oplossingen voor de problemen die zich in die regio voordoen. Zo moet het ook gaan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik merk in de beantwoording van de minister weer een beetje de terugkeer naar die heel kale randvoorwaarden. Natuurlijk moeten de verantwoordelijk-

heden bij het veld liggen, maar wat doet de minister nu als die verantwoordelijkheden niet ten volle worden opgepakt? Was het maar zo dat de complete keten, bijvoorbeeld op het gebied van verloskunde, bij elkaar zit om te bedenken wat het beste scenario is. Dat gebeurt niet. Er is een raad van bestuur en er is een maatschap. Deze redeneren vanuit hun beperkte mogelijkheden en oplossingskader. Dat wordt voorgelegd, en de rest moet zich maar schikken. Dan zijn wij toch te beperkt bezig? Dan is het toch belangrijk om de regie op te pakken en te zeggen: de overheid gaat even iets meer naar de tekentafel toe om te schetsen wat er zoal aan zorg nodig is en wat voor type ziekenhuis met welk type zorg je bijvoorbeeld in een plaats als Meppel overeind zou moeten houden? De maatschappen hebben zich daar maar naar te schikken. Zij zorgen er dan maar voor dat daar voldoende gynaecologen zijn.

Minister **Schippers**: Wij kunnen ervoor kiezen dat in Nederland de minister van Volksgezondheid de regie heeft en bepaalt welke ziekenhuizen waar open zijn, wat zij doen, hoe zij zijn ingericht et cetera. Wij kunnen er ook voor kiezen om dat niet te doen. Je kunt echter niet een systeem hebben waarbij je zegt: in Meppel doe ik het wel, maar in een andere regio doe ik het niet. Dat is totaal willekeurig. Wij hebben gekozen voor een systeem waarin de verzekeraar een zorgplicht heeft. De overheid zorgt ervoor dat er voldoende artsen zijn. Als er onvoldoende artsen zijn, moeten wij er meer opleiden, zodat zij zich kunnen specialiseren als gynaecoloog. Wij zorgen voor de randvoorwaarden, zoals een aanrijdtijd. Wij formuleren de kwaliteitseisen. Als wij willekeurig bepaalde beroepsgroepen, ziekenhuizen en regio's naar ons toe trekken, hebben wij een systeem dat nog slechter is dan wanneer wij het helemaal vanuit Den Haag zouden regelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gezicht van de minister wisselt wel bij ieder antwoord. Eerst zegt zij dat zij graag wil dat de kleine ziekenhuizen beschikbaar blijven. Daarvoor heeft zij een beschikbaarheidstoelage. Nu zegt zij weer dat zij de regie niet wil voeren. Als de minister wijst op de kwaliteit van bijvoorbeeld verloskunde en zegt dat de desbetreffende afdeling open moet blijven, vertelt zij de helft van het verhaal. Het gaat bij goede geboortezorg ook over beschikbaarheid. Als er in Dokkum, Meppel of Winterswijk geen verloskundepoli is, dan is de beschikbaarheid in die regio's niet afdoende. De discussie over de situatie op Walcheren hebben wij ook al honderd keer gevoerd. In antwoord op vragen van mij en mijn collega Van Gerven over het ziekenhuis De Sionsberg en over het ziekenhuis in Winterwijk geeft de minister ook gewoon toe dat het financiële kwesties zijn. Is het voor de beschikbaarheid van verloskunde, om thuis veilig te kunnen bevallen, dan niet noodzakelijk dat er juist voor de kleine ziekenhuizen een beschikbaarheidstoelage komt?

Minister **Schippers**: Er is een beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen. Ik heb die verlengd, dus komend jaar is die er ook voor kleine ziekenhuizen. Het is niet zo dat ik op mijn kantoor ga bedenken wie die beschikbaarheidstoelage krijgt en wie niet. Dat zou willekeurig zijn. Wij hebben objectieve criteria vastgesteld op basis waarvan de beschikbaarheidstoelage wordt uitgekeerd. Zo gaat het al jaren en daar is niets aan veranderd. Wel heeft de regering vanuit Europa te horen gekregen dat dit staatssteun is en dat daaraan iets moet worden gedaan. Wij bezien nu hoe wij dit kunnen vormgeven, zodat het binnen de kaders van Europa wel mag. Wij willen door kunnen gaan met het beleid vanuit het grote belang van de bereikbaarheid van de zorg en de spoedeisende hulp in de regio. Wat betreft de beschikbaarheid hebben wij een en ander niet over de schutting gegooid. Wij hebben de inspectie gevraagd om ons een landelijk beeld te geven. Alle ziekenhuizen hebben daarvoor gegevens aangeleverd. De inspectie is ermee bezig en komt met een beeld van de

spreiding over Nederland. Bereikbaarheid is inderdaad onderdeel van kwaliteit. Ik vind het veel te kort door de bocht om te zeggen dat alle dingen die in Nederland spelen altijd alleen maar over geld gaan. Het gaat ook om andere, soms heel moeilijk op te lossen zaken, zoals beschikbaarheid van specialisten en de samenwerking in de regio. Die moet soms beter, omdat er gaten vallen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Nu komt opeens Europa weer als een duveltje uit een doosje tevoorschijn. Als je geen argumenten meer kunt vinden waarom je zelf iets niet wilt doen, is er altijd nog Europa om de schuld aan te geven. Ik heb meerdere malen aan de minister gevraagd waarom zij niet met een kleinschaligheidstoelage komt. Er is een beschikbaarheidstoelage voor de spoedeisende hulp. De minister zegt dan: als de kwaliteit niet goed is, sluit ik die. Dan krijgt men ook geen beschikbaarheidstoelage meer. Dan ben je dus bezig met een cirkelredenering. Waar het om gaat is: kunnen vrouwen nog thuis bevallen? Staat deze minister van Volksgezondheid daarvoor? Of verschuilt zij zich achter de markt en achter de zorgverzekeraars en – als zij daar niet meer uitkomt – achter Europa? Het is mogelijk met een kleinschaligheidstoelage. Die is helemaal uitgewerkt door de algemene ziekenhuizen. Ik heb meerdere keren dit stelsel aangegeven. De minister kan dat zelfs doen met behoud van haar ontzettend fijne concurrentie en met de zorgverzekeraars, maar zij garandeert dan wel dat in heel Nederland vrouwen thuis kunnen bevallen en dat de spoedeisende hulp om de hoek voor mensen open blijft, ook in dunbevolkt gebied.

Minister **Schippers**: Bij de SP gaat het altijd over markt. Er is geen partij die zo veel over markt praat als de SP. Het gaat echter heel vaak om kwaliteit. De spoedeisende hulp voldoet bijvoorbeeld niet aan de kwaliteitseisen. De inspectie zegt dan: er moet daar iets gebeuren, want het gaat niet goed met de kwaliteit. Er zijn bijvoorbeeld geen gynaecologen te krijgen, waardoor een afdeling verloskunde een groot probleem heeft met de bemensing van de afdeling en de roosters niet meer rond krijgt. De beschikbaarheidstoelage heeft betrekking op de spoedeisende hulp. Dat klopt. Wat ik met de kleine ziekenhuizen, de inspectie en anderen wil bespreken is de vraag of het nodig is om iets te doen met een tussenvorm tussen de spoedeisende hulp en de huisartsenpost, en zo ja, in welke vorm dat moet en hoe wij dat zouden moeten doen. Dat betreft dan met name kleine ziekenhuizen, die de spoedeisende hulp niet helemaal overeind kunnen houden, maar wel iets wat daaronder ligt. Als je dat verloren laat gaan, kan ik mij voorstellen dat dit consequenties heeft. Daarover zou ik met de ziekenhuizen willen spreken. Dan kom ik nu te spreken over de acute hulp. Ik heb daar al het een en ander over gezegd. Wij hebben in Nederland het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), dat ervoor zorgt dat in de regio de acute hulp goed is geregeld. Iedereen die iets te maken heeft met de acute zorg, van ambulancedienst tot ziekenhuis, zit daarin rond de tafel. Voor het overige heb ik de beantwoording op dit punt eigenlijk al meegenomen bij het vorige onderwerp.

De **voorzitter**: Dat kan. Ik zie dat geen van de leden er behoefte aan heeft om hierop te reageren, dus dan gaan wij door naar het blokje bekostiging.

Minister **Schippers**: Ik heb verschillende voorstellen gehad voor de bekostiging van de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg. Ik heb daarover een adviesaanvraag uitstaan bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Bij de NZa loopt ook een aantal verzoeken om advies, zowel over de ggz als de huisartsenzorg. Dat betreft zowel de integrale levering als substitutie. Ik heb gevraagd hoe ik het voor elkaar

kan krijgen dat zorg die eigenlijk in de eerste lijn, dicht bij huis in de wijk, geleverd moet worden, daar ook daadwerkelijk geleverd wordt. Die adviezen krijg ik voor de zomer. In de zomer hoop ik aan de Kamer een aantal voorstellen te kunnen voorleggen over de wijze waarop wij daarin daadwerkelijk in 2013 verandering kunnen brengen, zeg ik tegen degenen die vragen of het niet wat sneller kan. Het gaat mij te ver om daarop te wachten, en dus heb ik al verschillende contacten gelegd in het veld, over pilots en experimenten die wij van plan zijn uit te voeren. In de care doen wij dat met de regelvrije instellingen. De vraag is, of dat in de cure ook kan worden gedaan, met name op het snijvlak van de tweedelijnszorg en de eerstelijnszorg. Er zijn verschillende huisartsen naar mij toegekomen die zeiden: wij hebben heel leuke ideeën. Die passen nu niet binnen de regelgeving en de financiering, maar zouden wij die toch niet kunnen uitvoeren? Ik heb besloten dat wij dit inderdaad gaan doen. Ik hoop dat er mensen meeluisteren die ook een idee hebben en willen dat dit erin meeloopt. Ik zou ook die mensen vooral willen uitnodigen. Wij hebben nu al zo'n vier à vijf groepen van huisartsen of individuele huisartsen die zich bij ons hebben gemeld met het verzoek om mee te doen met een experiment op het gebied van de eerstelijns- en tweedelijnszorg. Ik wil de experimenten wel een beetje divers opzetten. Populatiebekostiging is er een van. Mevrouw Dijkstra had ook ideeën over bekostiging. Het moet wel uit het veld zelf komen, zeg ik erbij. Ik ga het dus niet opleggen, in de trant van: u moet het nu zo doen, want ik heb nu een idee. Ik heb graag dat huisartsen en anderhalfstelijnsgezondheidscentra naar mij toekomen met een goed idee. Dan wordt het echt gedragen en ziet men er ook echt iets in. Wij zijn hier druk mee bezig. Ik wil er vrij snel mee van start gaan, omdat het ook de charme van de eenvoud heeft om niet te wachten totdat wij het hele financieringssysteem weer eens gaan omgooien, maar gewoon alvast te beginnen en te bezien welke zaken heel goede resultaten opleveren. Hoe diverser de experimenten zijn, hoe leuker het is, omdat je dan allerlei dingen uit de verschillende experimenten kunt halen. Wij hebben in Nederland wel vaker pilots en experimenten uitgevoerd. Te vaak ging het dan zo dat men zei: leuk experiment, terwijl het rapport dan in een la verdween. Daar wil ik tegen waken. Wij moeten er met elkaar voor zorgen dat de zaken die eruit komen, worden opgepakt en daadwerkelijk beleid worden. Ik wil daar heel graag mee starten. Over de wijkverpleegkundige heb ik advies gevraagd aan de NZa. Dat advies krijg ik ook voor de zomer. Ik wil de wijkverpleegkundige structureel financieren; niet via een subsidie of een tussendingetje. De wijkverpleegkundige moet zijn of haar eigen plaats krijgen in de eerstelijnszorg, met een vaste financiering. Ik heb aan de NZa gevraagd hoe ik dat vast moet financieren. Het aardige van de wijkverpleegkundige is dat die door alle lijnen heengaat. De wijkverpleegkundige zit in de AWBZ, de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Dit moet in de financiering een borging krijgen.

Wat de experimenten betreft is mij gevraagd of de Wmo en de AWBZ zouden kunnen worden meegenomen. Ik zou al ongelooflijk tevreden zijn als wij een daadwerkelijke substitutiestroom op gang krijgen van werk en geld van de tweede lijn naar de eerste lijn. Als er interessante voorstellen worden gedaan die nog verder gaan, wil ik daar zeker naar kijken. Ik sluit die niet van tevoren uit.

Dan kom ik nu op het hoofdlijnenakkoord. Ik krijg vaak signalen van ziekenhuizen die aangeven dat de zorgverzekeraars alleen willen praten, maar de bevoorschotting niet willen regelen. Ook krijg ik signalen van zorgverzekeraars over ziekenhuizen die plus 9,5% vragen. Verder krijg ik signalen van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die zeggen: hier worden wij wel gecontracteerd, maar daar worden wij juist weer niet gecontracteerd. Ik zorg dat de signalen overkomen bij de partijen die er daadwerkelijk iets aan kunnen doen. Wij zitten nu midden in de contracteringsperiode, die tot 1 april loopt, zoals wij hebben afgesproken. Ik vind het

belangrijk dat die goed loopt en ik wil heel graag het signaal van de ene partij aan de ander doorgeven. Volgens mij kunnen partijen in het akkoord elkaar bellen. Dat het hier en daar wat wringt en dat er hier en daar wat signalen komen, vind ik op zichzelf genomen niet gek. Dit is de periode waarin de contracten worden gesloten, waarbij men het beste voor de eigen organisatie en voor de patiënt wil regelen. Ik heb er alle vertrouwen in dat het met het hoofdlijnenakkoord goed gaat. Er zitten overigens meer dingen in het hoofdlijnenakkoord, zoals substitutie van de eerste naar de tweede lijn. Ook het generiek voorschrijven door medisch specialisten zit erin. Dat gebeurt veel te veel. Wij hebben hen daarop gewezen en er zijn afspraken over gemaakt.

Als er goede voorstellen komen voor de uitkomstfinanciering vind ik het prima om die mee te nemen. Ik weet niet of het daarvoor te vroeg is en of men al ver genoeg is in de definiëring van wat er dan moet gebeuren.

Heel recentelijk heb ik de Kamer mijn reactie gestuurd op een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), waarin staat hoe ik een en ander voor mij zie. De DBC is doorontwikkeld naar de DBC op weg naar transparantie (DOT). Het zijn vreselijke namen, waar wij vanaf moeten. Het zijn allemaal verrichtingensystemen. Uiteindelijk willen wij niet dat het snijden loont, maar het beter maken of in goede conditie houden van de patiënt. Als er al experimenten kunnen worden uitgevoerd waarmee daarin stapjes worden gezet ... Waar ik echt niet op zit te wachten is dat wij weer tien jaar een heel circus van studie gaan optuigen, om dan in één «big bang» over te gaan, zoals wij nu met de DOT moesten doen. Laten wij dat alsjeblieft niet doen. Laten wij vrij snel bezien wat werkt en wat niet werkt en dat daadwerkelijk invoeren.

Vanaf 2015 zijn de kapitaallasten en de honoraria onderdeel van de prijs van zorg. Mevrouw Wiegman zei dat daarmee de zaken op scherp worden gesteld. Dat is inderdaad zo, maar ik vind het hard nodig dat dit gebeurt. Nu hebben wij ook een heel raar systeem met de honoraria, waarbij wij die de hele tijd loskoppelen. Ik zie eigenlijk niet in waarom wij dat doen. Het honorarium van de medisch specialisten wordt onderdeel van integrale tarieven. Wij betalen dan all in. In een restaurant betaal je ook niet apart voor het licht, voor de ober en voor het eten. Daar betaal je ook all in, en dat moeten wij in de tweedelijnszorg, in de ziekenhuizen, ook gaan doen.

Mevrouw Dijkstra vroeg naar het openen van DBC's door anderen dan medisch specialisten. De Eerste Kamer is gelukkig akkoord gegaan met de wijziging van de Wet BIG. Dit betekent dat er twee algemene maatregelen van bestuur, met betrekking tot de verpleegkundig specialist en de physician assistant, per 1 januari 2012 wettelijk van kracht zijn geworden. De NZa adviseert mij over de vraag of zij daadwerkelijk DBC's kunnen openen. Wij spreken met partijen, ook met verpleegkundigen zelf, over de vraag of wij dat zouden moeten willen of niet en wat de alternatieven zijn. De PvdA-fractie heeft gevraagd wat ik vind van een regiobudget. Ik voel niet zo veel voor vanuit Den Haag opgelegde regiobudgetten. Ik woon bijvoorbeeld in een bepaalde regio, maar de plaats waar ik woon is helemaal gericht op een andere regio. Mijn budget zit dan in de ene regio, maar mijn ziekenhuisbezoek en al het andere gebeurt dan in een andere regio. Mensen zitten tegenwoordig niet gevangen in regio's en ik denk dat zorg over regiogrenzen heen gaat. Je hebt zorg dicht bij huis en die is ongelooflijk belangrijk. Dat is de eerste schil, met de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut, de apotheker en de huisarts. Vervolgens heb je een streekziekenhuis, waar in mijn ogen vooral basismedisch-specialistische zorg wordt gegeven. Vervolgens heb je ziekenhuizen die zich specialiseren in complexe operaties, waarbij de overlevingskansen doorslaggevend zijn. Iedereen kan wat mij betreft die zorg aanbieden. Het hoeft niet één vaste aanbieder te zijn. Ik vind dat een veel beter systeem, omdat partijen elkaar daarin scherp houden en dat vind ik ongelooflijk belangrijk.

Mevrouw Gerbrands vroeg of het bekostigingsvoorstel van zorgverzekeraar VGZ wordt meegenomen door de NZa in de uitvoeringstoets. Het antwoord op die vraag is ja. Ik ga niet in op de kwestie van de winst, want het wetsvoorstel inzake winstuitkering is in dit overleg niet aan de orde. Het ziekenhuis bepaalt natuurlijk niet zelf of het kwalitatief goed genoeg is of de solvabiliteit op orde heeft. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is verantwoordelijk voor de kwaliteitstoets van de winstuitkering. Wij hebben solvabiliteitseisen vastgesteld. Ziekenhuizen staan onder toezicht en het is dus niet iets wat het ziekenhuis zelf kan bepalen. Als het fout gaat, zijn de bestuurders hoofdelijk verantwoordelijk. Dat staat in het wetsvoorstel. Ik heb van de voorzitter begrepen dat wij daar nog uitgebreid op terugkomen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ben heel blij met het antwoord van de minister wat betreft het experimenteren met financiële innovaties en systeeminnovaties. Ik vraag haar wel om er heel strak op toe te zien dat dit volgens heel goede afspraken gebeurt. Je kunt allerlei pilots en experimenten opstarten, maar wij hebben gezien dat het fout gaat als er niet heel goede afspraken worden gemaakt bij het begin. Uiteindelijk kun je er dan helemaal niets aan ontnemen. Bij de substitutie ging het heel erg fout omdat er geen goede afspraken waren gemaakt met de huisartsen. Daarom vraag ik de minister om dit aspect vooral mee te nemen.

Minister **Schippers**: Ik deel dat en ik vind het ongelooflijk belangrijk. Het aardige is dat de experimenten van onderop zijn gekomen. Huisartsen zijn naar mij toegekomen om te vragen of het mocht. Dit betekent dat er echt de ambitie is om er iets van te maken. Ik kan opschrijven wat er in de pilots gebeurt en hoe wij het gaan aanpakken, zodat de Kamer kan meekijken met wat er gebeurt. Dan hebben wij daarop ook democratische controle en kunnen wij er met elkaar over discussiëren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Worden we er alleen over geïnformeerd of mogen we er ook over beslissen?

Minister **Schippers**: Democratische controle betekent dat u controleert of ik geen gekke dingen doe. Als de Kamer daar prijs op stelt, zal ik de beschrijving van de experimenten naar de Kamer sturen, met de opzet, in de trant van: waar rekenen wij op af en wat spreken wij af?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Niet alles is slecht en ook in de huidige ontwikkeling zit een aantal goede dingen, zoals meer inzicht in kwaliteit. Daarbij is er ook sprake van een ontwikkeling. Ik zie wel een «haakje» in het enthousiasme waarmee de minister reageert op een aantal projecten. Voor zover ik die projecten ken, zijn het populatiebekostiginggefinancierde projecten. Er is sprake van een soort budget. Menzis heeft bijvoorbeeld budgetafspraken gemaakt met het HagaZiekenhuis. Daarbij wordt niet meer alleen gefocust op één verzekerde of patiënt, maar worden er in zijn totaliteit afspraken gemaakt, waarbij wordt bezien of daaraan gevolg kan worden gegeven. Het tweede wat mij aansprak in het geheel was de vraag of je dit niet zou kunnen «doorvlechten» naar de Wmo en de AWBZ. Dat zou heel goed passen in onze opvatting dat je veel meer nadruk moet leggen op welzijnswerk en alles wat er in de buurt en de wijk gebeurt. Dat zou een prima insteek zijn. De minister had het over de regio, maar wat is precies de regio? Hetzelfde doet zich voor bij de projecten die genoemd zijn: waar baken je die precies af? Beide invalshoeken hebben heel veel met elkaar te maken qua uitgangspunt voor financiering. Het lijkt mij heel wel mogelijk om te bezien of je die beide invalshoeken zou kunnen combineren. Zeker als je de Wmo en de AWBZ erbij betreft, zou je dat op een wat grotere schaal kunnen doen. Als het woord «regio» lastig ligt, kiezen wij voor iets anders. De populatiebekostiging zit heel sterk in de

experimenten zoals ik ze ken, ook het experiment van VGZ, en valt heel goed samen met wat wij onder regiobudgettering verstaan. Rekening houdend met de nieuwe inzichten die uit de huidige stelselwijzigingen komen, zou je kunnen bezien hoe je hiermee verder zou kunnen gaan. Mijn vraag aan de minister is, of wij met elkaar kunnen nadenken over het ene en het andere model.

Minister **Schippers**: Ik wil daar uiteraard altijd over nadenken. Waar het om gaat is dat een aantal experimenten inderdaad populatiebepoorting betreft. Dat is gewoon budgettering; dat ben ik met u eens. Dat heeft voor- en nadelen. Ook dat moet uit de experimenten naar voren komen. Ik wil echter niet alleen dat soort experimenten. Ik wil ook een experiment op uitkomst uitvoeren. Het is mij een lief ding waard als wij er nog een paar andere bij kunnen krijgen, zodat je een heel palet hebt van verschillende invalshoeken. Ik ben daarbij helemaal niet ideologisch gedreven. Ik gun het u van harte om de populatiebepoorting in een experiment op te nemen. Ik zie daar ook voordelen van. Je drukt in ieder geval in de eerste jaren behoorlijk wat lucht uit zo'n systeem. Daarna komen er ook weer knelpunten die wij kennen rond budgettering. De vraag is dan hoe wij de populatiebepoorting kunnen mixen met een aantal prikkels die leiden tot uitkomsten die wij heel graag willen. Daarin zit natuurlijk de uitdaging, omdat wij dan een mix krijgen van financieringssystemen, waarbij een mix van financieringssystemen van links en van rechts misschien best tot een goed resultaat kan leiden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag aan de minister is, of de beide invalshoeken te combineren zijn. Volgens mij liggen deze heel dicht tegen elkaar aan, ook wat betreft de uitkomst.

Mevrouw **Leijten** (SP): De combinatie van budgetfinanciering en winstgedreven zorg lijkt mij een zeer giftige cocktail. Maar ik heb eigenlijk een andere vraag aan de minister. Kan zij aangeven van wie de volgende uitspraak is en wanneer die gedaan is? «Wist u dat de gezondheidszorg de snelst groeiende business op aarde is en dat de jaarlijkse rendementen in de zorg de laatste tien jaar op gemiddeld 7,5% lagen en dat er geen enkele reden is om aan te nemen dat dit omlaag zal gaan? We gaan allemaal heel veel geld verdienen.»

Minister **Schippers**: Volgens mij hebt u zojuist zelf al aangegeven van wie die uitspraak is. Ik kan het niet controleren, want ik was er niet bij. U stelde zelf dat dit is gezegd door de heer Loek Winter. Hij gaat over zijn eigen teksten. Ik ga over die van mij. Het CPB voorspelt dat bij ongewijzigd beleid de kosten van de zorg verdubbelen en over de kop gaan, gewoon op basis van technologische ontwikkeling, gewoon op basis van het aantal chronisch zieken dat ontzettend gaat groeien en gewoon op basis van de demografische ontwikkeling en de welvaart. Hoe hoger de welvaart, hoe hoger de kosten van de zorg. Dat de kosten spectaculair gaan groeien is geen geheim. Al onze rekenmeesters voorspellen dat. Willen wij de zorg betaalbaar en toegankelijk houden voor iedereen, ook voor mensen met een smalle beurs, dan zullen wij echt maatregelen moeten nemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik weet dat deze minister een groot bewonderaar is van zorgondernemer de heer Winter. Hij zei dit vorige week donderdag na ontvangst van het voorstel dat er winstuitkeringen kunnen worden gegeven aan ziekenhuizen. Er gaan mensen heel veel geld verdienen aan de ziekte van anderen. In een wereld waarin de zorgkosten stijgen, is het pervers dat deze minister niet op die uitspraak ingaat en dat zij blijkbaar toestaat dat, daar waar er nog lucht zit, dit naar aandeelhouders gaat in plaats van dat wij echt besparen en dat het naar de patiënt gaat. Wij gaan

deze discussie nog voeren, maar het feit dat de minister niet op deze uitspraak ingaat vind ik al tekenend genoeg.

Minister **Schippers**: Wij verwachten dat 10 tot 15% van de ziekenhuizen uiteindelijk deze kant zal opgaan. Als die ziekenhuizen geld uit het ziekenhuis weg laten stromen waardoor de kwaliteit van de zorg minder wordt of de prijzen van de zorg omhoog gaan, zullen zij geen zorg meer verkopen, omdat zij te duur en te slecht zijn. Er is geen hardere afstraffing nodig dan dat het geld dan gewoon door het putje loopt. Ik geloof dus absoluut niet in dit soort scenario's. In landen waar dit al van toepassing is, zoals Zweden, toch niet een van de meest ongelooflijk marktwerkingsrechtse landen, zien wij dat het enorm positieve effecten heeft op de kwaliteit van de zorg en op de betaalbaarheid.

De heer **Mulder** (VVD): Ik had de vraag van mevrouw Dijkstra willen stellen, maar ik dank de minister voor haar toezegging. Het is heel belangrijk om de initiatieven van onderop, dus geen blauwdruk opgelegd door Den Haag, te steunen. Mijn vraag gaat over het hoofdlijnenakkoord. Ik heb een vraag gesteld over de ZBC's, de zelfstandige behandelcentra. De minister herkent het probleem, als ik haar goed heb beluisterd. Zij worden blijkbaar niet of te weinig gecontracteerd. Als een minister een hoofdlijnenakkoord sluit met een aantal partijen, neem ik aan dat zij ook voortgangsgesprekken voert met die partijen, om te bezien of het akkoord wordt uitgevoerd. In welke krachtige mate vraagt zij hier aandacht voor? Slaagt zij er ook in om concrete afspraken te maken met de verzekeraars?

Minister **Schippers**: De afspraken staan in het hoofdlijnenakkoord. Tussendoor zien wij elkaar in verschillende gremia ontzettend vaak. Dan spreek ik de signalen door die ik krijg met de partij waarover het gaat. Die signalen komen niet alleen van de ZBC's, maar ook van ziekenhuizen en verzekeraars. Ik ben een soort postjongen, die ze doorgeeft aan de andere partij. Uiteindelijk hebben wij afgesproken dat het tot 1 april met name de tijd is voor contractering. Nu is het half februari, dus wij zijn halverwege. Ik ga in deze fase, halverwege, geen stappen zetten, behalve dat ik alle partijen aanspreek op datgene waaronder zij hun handtekening hebben gezet.

De heer **Mulder** (VVD): Is het niet verstandig om een hoofdlijnenakkoord te sluiten met de eerste lijn? Dat heb ik gevraagd. Men heeft gisteravond laat een zeer enthousiaste brief gestuurd. De minister zegt dat zij een akkoord wil sluiten met de ggz en de huisartsen. Dat is prima en dat hebben wij ook al eerder gewisseld in het debat. Wil zij dat ook doen met de totale eerste lijn?

Minister **Schippers**: Die brief heb ik vanmorgen gekregen. Ik heb hem nog maar een eerste keer snel kunnen lezen. Het is een brief met uitgangspunten, die de eerste lijn voor zichzelf heeft opgesteld. Ik vind het ontzettend positief dat men elkaar daarin heeft gevonden en dat partijen het initiatief nemen om hun visie en hun rol verder uit te werken. Ik vind het zaak om op die weg door te gaan en op een positieve manier te bezien hoe wij in de toekomst de zorg in de buurt goed kunnen vormgeven. Wat ik daarbij van belang vind is de betrokkenheid van de zorgverzekeraars en van partijen die in de tweede lijn veel dingen doen, omdat wij ook graag dingen uit de tweede lijn willen halen. Als wij een deal sluiten met de een, maar daarmee een oorlogsverklaring geven aan de ander, schieten wij er uiteindelijk niet veel mee op. Ik wil die weg dus heel graag verder bewandelen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Precies over dit punt heb ik een vraag. De minister zegt dat wij geen gedoe met de ene sector moeten krijgen als

gevolg van afspraken die wij maken met de andere sector. De minister gaf aan dat er in het akkoord dat zij met de ziekenhuizen heeft gesloten ruimte zit voor substitutie. Betekent dit dat er ook ruimte is om budget van de tweede lijn over te hevelen naar de eerste lijn?

Minister **Schippers**: Ja, dat staat ook in het hoofdlijnenakkoord. Wij moeten dat goed vorm geven. Wat gebeurt er dan, hoe meten wij dat en wat spreken wij met elkaar af voor het geval dit niet gebeurt of als meer gebeurt? Wat gebeurt er dan? Ik vind dat dit in het verleden te vaag is opgeschreven, waardoor iedereen aan het eind van de rit ontevreden is. Ik vond het zeer terecht wat mevrouw Dijkstra daarover zei. Laten wij vooraf heel scherp afspreken wat precies de afspraken zijn die wij maken. Wie doet wat, hoe en voor welk geld?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wie is daar dan leading in? Zegt de minister eigenlijk ook dat de afspraken met de ziekenhuizen nog niet goed zijn uitgewerkt op deze punten?

Minister **Schippers**: De afspraken voor de tweede lijn zijn prima uitgewerkt, wat betreft de slag die wij daarin willen slaan. In het hoofdlijnenakkoord hebben wij een haak gezet voor de substitutie die wij willen van zorg waarvan wij vinden dat die eigenlijk in de eerste lijn of de anderhalfste lijn – maar in ieder geval in de wijk – zou moeten worden verleend. Die haak zit er wel degelijk in.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik had ook een vraag gesteld over tarieven, voor verrichtingen en voor zaken die zowel in de tweede lijn als in de eerste lijn plaatsvinden. Kunnen wij die niet gelijktrekken op het niveau van de eerste lijn, om zo de substitutie een schop voorwaarts te geven?

Minister **Schippers**: Dat is een heel cruciale schop, zou ik willen zeggen. Want als je het voor dat geld wilt doen in de tweede lijn, dan doe je het voor dat geld in de tweede lijn, en anders doe je het voor het geld in de eerste lijn. Dat zou een oplossing kunnen zijn. Ik vind dat dit soort dingen op tafel moet liggen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In aansluiting op de vragen van mevrouw Voortman, die ik wel heel erg herkenbaar vind: wie gaat er over het geld, als het zo gaat tussen de eerste lijn en de tweede lijn?

Minister **Schippers**: Dat moet in het akkoord staan. Daarin maak je afspraken over de vraag wie wat doet en voor welk budget, waar het vandaan komt et cetera. Als je dat niet goed afspreekt, gaat het niet goed. Dat is in het verleden wel gebleken; toen hebben wij allemaal substitutieafspraken gemaakt, maar zijn er geen concrete afspraken gemaakt over de vraag wie er op de blaren zit als de tweede lijn het blijft doen en als de eerste lijn het ook doet. Laten wij dat nu goed met elkaar afspreken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben heel benieuwd hoe het dan precies gaat met die afspraken. Wie is daarin dan echt leading? In relatie tot de 2,5% groei vraag ik: gaan wij het binnen de afspraken redden?

Minister **Schippers**: Dat is de crux van wat wij per 1 januari met zijn allen hebben doorgevoerd, namelijk dat wij de macronacalculatie achteraf hebben afgeschaft. Het verschil tussen wat gerealiseerd wordt en wat geraamd wordt, werd eerder door zorgverzekeraars achteraf gedeeld. Daarvan hebben wij gezegd: dat doen wij dus niet. De zorgverzekeraars zitten in de stoel waar zij zorg inkopen. Dat moeten zij daar doen waar de

kwaliteit het beste is, waar patiënten het graag willen en waar de prijzen scherp zijn. De zorgverzekeraar is daar dus leading in, want die koopt de zorg in. De afschaffing van de macronacalculatie zal ervoor zorgen dat zij daarop scherper handelen dan zij tot dusverre hebben gedaan.

Mij is gevraagd of ik de patiëntenorganisaties bij de afspraken wil betrekken. Welnu, dat wil ik zeker. De patiëntenorganisaties zitten ook bij de ggz aan tafel.

In zijn algemeenheid is het moeilijk te zeggen wie de regie voert over de zorg in de buurt, omdat heel Nederland divers is. Je kunt delen van Friesland echt niet vergelijken met hartje Amsterdam en dus zul je heel goed moeten bezien wat er in een regio nodig is. Sport in de buurt zijn wij nu in de regio aan het organiseren. Wij maken daarover afspraken met partijen als de gemeenten, sportverenigingen, scholen en het bedrijfsleven, zoals fitnessorganisaties. Zij zitten met elkaar om de tafel en bezien wat zij in de gemeente nodig vinden en of zij dat voldoende leveren. Zo moet het ook gaan met zorg in de buurt. Je hebt te maken met allerlei partijen, zoals de gemeente voor de Wmo en zorgverkeeraars, die straks ook de AWBZ uitvoeren. Verder noem ik de patiëntenbeweging en allerlei zorgaanbieders. Daar waar men in een regio met elkaar in gesprek is, komt er daadwerkelijk een goed netwerk tot stand, waarin iedereen zijn eigen rol speelt. Ik denk dat dit echt iets is wat je niet vanuit Den Haag in een soort blauwdruk moet weergeven, maar waarbij je echt ook iets vraagt van de gemeenschap, in de trant van: ga rond de tafel zitten en kijk wat er in deze gemeenschap nodig is. Wat ontbreekt er? Zou een wijkverpleegkundige hier misschien goed werk kunnen doen? Hebben wij die, en zo niet, hoe krijgen wij die? Ik denk dat het zo moet gaan gebeuren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ben het helemaal met de minister eens dat partijen dit met elkaar moeten doen. Maar wat nu als het niet goed gaat, als het niet lukt en als partijen er niet uitkomen met elkaar? Wie geeft dan de klap erop en zegt: wij gaan het zo doen?

Minister **Schippers**: Verschillende partijen hebben verschillende verantwoordelijkheden. Iedereen moet zijn eigen verantwoordelijkheid invullen. Als men rond te tafel gaat zitten om de rode draad op te pakken, gaat het gewoon veel beter. Wij moeten er ook voor zorgen dat wij good practices van gemeenten die dit heel goed oppakken, via de gemeentelijke band van de VNG goed verspreiden. Dat doen wij met sport in de buurt ook. Ik ben heel intensief in gesprek met de gemeenten over sport. Ik wil best vragen of zij willen bezien hoe zij dit met zorg wat beter van de grond kunnen krijgen. Ik weet dat gemeenten dat heel goed van de grond krijgen, omdat zij de uitnodigende partij zijn. Uiteindelijk is de zorgverkeeraar degene die inkoop, dus dat is degene die de zorg verzorgt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat is een duidelijk antwoord. Stel dat wij er met zijn allen niet uitkomen. Dan gaat de zorgverkeeraar op grond van de criteria en de indicatoren voor een goede zorg en een goede kwaliteit de beslissing nemen. Dat begrijp ik, want dat is ook de rol van de zorgverkeeraar. De vraag is altijd, als de samenwerking binnen zo'n keten niet lukt, waar dit dan landt. Waar leidt het uiteindelijk toe? Ik probeer een scenario voor ogen te hebben. Ik wil over het algemeen niet zo somber zijn. Wij zijn een heel optimistische en positief ingestelde partij. Maar het kan een keer helemaal fout gaan. Wanneer is dan bijvoorbeeld het moment waarop de minister zegt: ik grijp in?

Minister **Schippers**: Ik ben uit op meerwaarde. De zorgverkeeraar heeft gewoon een zorgplicht voor de zorgonderdelen die worden gefinancierd op basis van de Zorgverzekeringswet. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid voor de Wmo. Daarop kun je deze partijen gewoon aanspreken. Er zullen altijd schotten zijn, want je kunt nooit alles in één hand leggen.

Je zult er dus altijd voor moeten zorgen dat er over die schotten heen een goede communicatie is en er goede samenwerking plaatsvindt. Natuurlijk proberen wij schotten af te breken. Wij proberen de AWBZ niet meer door zorgkantoren maar door zorgverzekeraars te laten uitvoeren. Dat is één schot minder. Maar je houdt altijd een schot tussen de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Er zijn altijd schotten wanneer er in de buurt wordt samengewerkt. Soms is er ineens een soort integratie met de tweede lijn, maar soms is die er niet en dan zit er ineens een schot tussen de tweede lijn en de eerste lijn. De uitdaging is, ervoor te zorgen dat niet iedereen alleen zijn eigen partje heel goed doet, maar dat je op een of andere manier een rode draad weet te trekken door al die initiatieven. Dat zal in de ene gemeente sneller van de grond komen dan in de andere. Het gaat enorm veel meerwaarde opleveren, maar uiteindelijk is iedereen verantwoordelijk voor, en wordt afgerekend op, zijn eigen partje. Dat kunnen wij niet anders organiseren, omdat ik anders niet weet wie ik waarop moet afrekenen. De zorgverzekeraar zal op de eerste lijn worden afgerekend. Hij moet zijn zorgplicht op dat gebied nakomen en zorgen dat er goede zorg is voor de mensen die deze nodig hebben.

De **voorzitter**: Wij zijn toegekomen aan het laatste blokje: varia.

Minister **Schippers**: Wie regelt nu wanneer er geconcentreerd wordt en wanneer er niet wordt geconcentreerd? In eerste instantie bepaalt een ziekenhuis zelf wat het aanbiedt. Stel dat een ziekenhuis veel meer hersteloperaties heeft dan zijn buurman bij knieoperaties en daarbij constateert dat het ook duurder is en het op dit punt minder goed doet, dan kan dit ziekenhuis besluiten om met knieoperaties te stoppen. Het ziekenhuis kan dus zelf zijn eigen toekomstvisie schetsen, in de trant van: waar heb ik meerwaarde in deze regio, waar kan ik mijn patiënten mee van dienst zijn en waarmee kan ik beter ophouden? De zorgverzekeraar koopt de zorg in. Dat doet hij als het goed is daar waar de zorg het beste is in de regio, voor een scherpe prijs. Hij doet dat daar waar de service goed is of waar hij iets kan leveren aan zijn verzekerde in die regio, waarmee hij meerwaarde biedt in die regio, bijvoorbeeld met een spoedeisende hulp-min. Dat is wat de zorgverzekeraar doet. Het samenspel van die twee bepaalt een en ander. Uiteindelijk heb je natuurlijk ook de patiënt die bepaalt of hij wel of niet naar een ziekenhuis gaat. Ik ken een regio waar men erg bezorgd is over het voortbestaan van het ziekenhuis. Dat gebied ken ik ontzettend goed en ik weet dat de mensen die in dat gebied wonen niet naar dat ziekenhuis gaan, omdat zij de kwaliteit slecht vinden. Zij gaan naar een ander ziekenhuis. Daarmee wordt de zaak voor het ziekenhuis om het daar te gaan redden natuurlijk niet groter, dus uiteindelijk bepaalt ook de patiënt wat er gebeurt. Als die een ziekenhuis gaat mijden, kun je het als ziekenhuis wel vergeten.

Mevrouw Smilde vroeg naar topreferente zorg. Daaronder versta ik zeer specialistische, hoogcomplexe patiëntenzorg, die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Het gaat dan om zeer complexe ziektebeelden, met meestal een relatief lage incidentie. Voor topreferente zorg zie ik een belangrijke rol voor de overheid. Eerder heb ik de Kamer geïnformeerd over de keuze om topreferente zorg via de beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen en dit vast te leggen in een AMvB. De bij of krachtens de AMvB afgebakende topreferente zorg wordt daarmee een dienst van algemeen economisch belang. Bij die afbakening van de topreferente zorg zal ik de dynamiek van die zorg, waaronder de in- en uitstroom van behandelingen betrekken. Mijn verwachting is dat daarmee het domein van de topreferente zorg wordt begrensd. Als deze samenwerkingsafspraken onmisbaar zijn om de bij AMvB gedefinieerde topreferente zorg in stand te houden, is samenwerking toegestaan.

Dan kom ik nu op de positie van de universitair medische centra (umc's). De heer Van der Veen heeft gezegd dat de Nederlandse federatie van universitair medische centra (NFU) om een actualisering heeft gevraagd van de publieke taak van de umc's. Er is momenteel een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) over de umc's gaande. De rapportage komt over een paar weken. Wij zullen dan bestuderen wat zij ons gaan adviseren, want dat weten wij nu nog niet. Ik kom dan met een kabinetsreactie naar de Kamer. Wij zullen het zoals altijd grondig bestuderen. Mevrouw Smilde vroeg hoe ik denk over concentratie versus spreiding als er maar één zorgaanbieder overblijft, bijvoorbeeld het kinderoncologisch centrum. Ik had het zojuist over topreferente zorg. Daarbij gaat het om ongelooflijk gespecialiseerde zorg. Wij mogen blij zijn dat wij die in Nederland kunnen aanbieden in een centrum waar de beste kennis voorhanden is en de beste specialisten werken, en waar iedereen samenwerkt om kinderen die heel ernstig ziek zijn beter te maken of in ieder geval een zo goed mogelijk leven te geven. Het is niet de bedoeling dat zo'n centrum alle kinderoncologische zorg in Nederland naar zich toetrekt. Men doet alleen het bovenste stukje. Vervolgens gaat het kind gewoon weer terug naar zijn eigen ziekenhuis in zijn eigen regio, waar de verdere zorg aan het kind wordt verleend. Voor het bovenste stukje, waarvoor die heel specialistische kennis nodig is, moet je concentreren, want anders heb je het gewoon niet in Nederland. Anders is het te versnipperd, en dat gaat ten koste van de kwaliteit. Er is heel lang over gesteggeld, voornamelijk over de vraag waar het kon en wie het zou gaan aanbieden. Het kinderoncologisch centrum wordt nu gebouwd bij het UMC Utrecht. Ik denk dat dit voor de complexe kankerzorg echt een enorme verbetering zal betekenen. Het is enorm belangrijk dat wij dit doen. Daardoor kunnen wij ook de faciliteiten delen en de routine van specialisten. Alle argumenten pleiten ervoor om het daadwerkelijk in dit centrum te doen.

Bij de Orde van Medisch Specialisten is er de bereidheid om mee te werken aan het uitgangspunt dat niet elk ziekenhuis alles doet. Dat is het hart van het hoofdlijnenakkoord. De handtekeningen van alle partijen staan daaronder, inclusief die van de academische ziekenhuizen. In Nederland is het zo dat niet de overheid, maar de medisch specialisten vaststellen wat goede zorg is. Zij bepalen in eerste instantie wat wij hier in Nederland als goede zorg beschouwen en hoe wij daaraan moeten voldoen. Wij komen in de gezondheidszorg te staan voor enorme financiële uitdagingen en betaalbaarheidsproblemen. Dan moeten wij heel dure apparatuur toch veel beter gaan benutten door het gebruik ervan te concentreren? Voor de overlevingskans van patiënten scheelt het soms tientallen procenten of je concentreert of niet. Als het je vader of moeder betreft, rijd je toch 50 kilometer verder? Ik hoorde laatst van een aandoening waarbij het soms 30 à 40% kan schelen. Dan rijd je gewoon verder, als het een familielid betreft en het over dat soort uitkomstverschillen gaat. Zo moet het ook; wij moeten dit doen op basis van kwaliteit. Je ziet ook dat steeds meer Nederlandse wetenschappelijke verenigingen volumennormen opstellen, in de trant van: eigenlijk zou je zo veel van die behandelingen moeten doen wil je nog in de kwaliteit kunnen voorzien. Ik vind dat wij heel goed moeten bezien of de normen op basis van kwaliteit worden vastgesteld. Het mag niet zo zijn dat een paar professoren uit de Randstad de normen oppompen, waardoor er in de regio nooit meer aan kan worden voldaan. Op een gegeven moment is het ook zo dat je in de regio op een goede afstand in de zorg moet kunnen voorzien. Als je daarvoor te ver gaat rijden, kun je de min van de bereikbaarheid en de plus van de kwaliteit tegen elkaar wegstrepen. Ik vind het belangrijk om daarin voor een goed evenwicht te zorgen, zodat wij wel goede normen hebben, met name ook bij een aantal incidenten die wij hebben gehad, waarvan wij met ons allen zeggen: dat moet beter. Het moet wel zo zijn dat het haalbaar is voor ziekenhuizen in de regio om eraan te voldoen.

Mevrouw Wiegman vroeg of wij het DBC-informatiesysteem (DIS) niet kunnen benutten voor transparantie voor patiënten. Ik vind dat een heel goed idee en ik ben er ook wel voor. Ik zou wel moeten kijken naar de vorm. Het is heel moeilijk om een directe koppeling te maken met de database van het DIS. Het is heel ingewikkeld wegens de technische beveiliging en om juridische redenen van privacy. Ik vind wel dat wij veel meer moeten doen met de gegevens van het DIS. Als je een presentatie krijgt en ziet wat daar voor een schat aan kennis in zit, dan is het echt zonde als wij daar niet meer mee gaan doen, ook voor patiënten. Ik ondersteun dus het voorstel, maar zou wel even moeten kijken hoe wij het goed en grondig en met inachtneming van privacyregels kunnen uitvoeren.

Mevrouw Wiegman vroeg naar de stand van zaken rond het gepast gebruik. Er is een convenant gesloten met de patiënten, de artsen, de NZa, ZonMw, CVZ en DBC-Onderhoud. Daarin zitten onder andere alle gegevens waarover zij het zojuist had. Ik vind het ongelooflijk belangrijk dat deze partijen hun nek hebben uitgestoken om dit convenant te sluiten, want in gepast gebruik zit de sleutel tot betaalbare en goede zorg. Als wij allemaal zeggen: oké, in plaats van dat wij 5% of 5,5% per jaar groeien gaan wij 2,5% groeien en wij stoppen bij 2,5%, dan krijg je gewoon de wachtlijsten terug. Dat vind ik een ontzettend domme en asociale manier van redeneren tegenover patiënten. Wat je eigenlijk moet doen, is kijken of je alles zinnig en zuinig doet in je organisatie, in de trant van: kan ik door zinnig en zuinig zorggebruik misschien zonder dat er wachtlijsten ontstaan – en wij weten dat er zo veel lucht in zit dat het kan zonder dat er wachtlijsten ontstaan – veel beter met premiegeld omgaan, doordat ik operaties die totaal zinloos zijn niet doe, of dat ik een maand wacht met operaties als de richtlijnen hebben voorgeschreven dat ik een maand moet wachten? Als wij dat voor elkaar weten te krijgen, hebben wij in ieder geval de sleutel tot een heel goede premiebesteding gevonden. Daarom vind ik het zo belangrijk dat zowel de artsen als de patiënten als andere instanties hier hun handtekening onder hebben gezet. Zij hebben nu concrete gevallen geïdentificeerd waarin gepast gebruik mogelijk is. CVZ geeft aan wie wat moet doen. De analyse maakt duidelijk dat er veel winst te behalen valt. CVZ nodigt voor de volgende ronde weer iedereen uit om nieuwe onderwerpen aan te dragen. Er is gekozen voor een brede aanpak, die ervoor zorgt dat wij resultaten die tot nu toe onmogelijk waren, nu toch van de grond zien komen. Dat is de stand van zaken. Mevrouw Wiegman vroeg ook naar innovaties en gemakkelijker toegang. Ik vind het ontzettend belangrijk om een tijdelijke toelating te organiseren, zodat innovaties veel sneller voor patiënten beschikbaar komen. Als je wacht op een medicijn dat voor jou veel kan betekenen, dan heb je geen zin om een half jaar te wachten op allerlei bureaucratische onderzoeken. Dan ben je blij als het beschikbaar komt. Het is wel zo dat, als CVZ zegt dat een medicijn, een behandeling of een toepassing geen meerwaarde heeft, dit uit het pakket moet. Tot nu toe zien wij dat dit heel moeilijk is. Ik neem als voorbeeld de fysiotherapie. De behandelingen op het gebied van fysiotherapie die ik nu uit het pakket heb gehaald zijn daaruit gehaald op advies van CVZ, dat zegt dat het niet aantoonbaar is dat het helpt bij de desbetreffende aandoening, en dat ik het daarom uit het pakket moet halen. Als mij dat wordt geadviseerd, moet ik het ook doen, want anders kan ik nooit een tijdelijke toelating toestaan. Aan mijn collega's, die altijd met zeer gefronste wenkbrauwen kijken of er in de zorg weer sprake is van een overschrijding waarvoor zij moeten opdraaien, heb ik met mijn hand op mijn hart moeten beloven dat ik voor die tijdelijke toelating niet alleen instroom, maar ook uitstroom regel. Met de maatregelen die ik nu heb genomen om dat waar te maken, zal ik eerst moeten aantonen dat het ook gebeurt, voordat ik heel grote uitbreidingen kan doen. Ik zal dat eerst moeten aantonen, in de trant van: u ziet dat dit is binnengekomen, dit

werkte niet, dus dat is er weer uit, dat werkte gelukkig wel, en dat hebben wij eerder voor onze patiënten ter beschikking gekregen. De wijkverpleegkundige is ongelooflijk belangrijk in de wijk. De zichtbare schakels zijn een groot succes. Ik wil dat de ruim 90 projecten kunnen doorgaan en dat snel duidelijk wordt hoe wij dat voor elkaar kunnen krijgen. Voor de langere termijn heb ik de NZa om een advies gevraagd over de daadwerkelijke definitieve financiering. Waar ik in ieder geval voor zal zorgen is dat de opbrengsten van de projecten niet verloren gaan. Het programma stopt aan het einde van dit jaar en dan wil ik een structurele financiering hebben, zodat het een in het ander kan overgaan; dat is mijn ambitie. Nu worden de projecten nog gewoon gefinancierd, maar aan het eind van 2012 is er een overgang op een nieuwe financiering. Ik kom binnenkort met een nota van de NMa. Die heb ik nog even aangehouden, omdat ik er een apart hoofdstuk aan wil toevoegen. Wij hebben dat al eerder met elkaar gewisseld. Wat voor mij van belang is, is dat in de gezondheidszorg dingen die goed zijn voor de patiënt moeten kunnen. Dingen die goed zijn voor de patiënt, omdat de kwaliteit er beter van wordt, moeten kunnen. De prijs verhogen is niet goed voor de patiënt, want daar wordt de zorg duurder, maar niet beter van. Toetredingsdrempels zijn niet goed voor de patiënt, want die krijgt daardoor minder keus. De dingen die goed zijn voor de patiënt moeten kunnen en ik kom daar binnenkort in een nota bij de Kamer op terug, zoals al eerder toegezegd.

Wij hebben grote stappen gezet in wetgeving op het gebied van de taakherschikking. Mevrouw Dijkstra heeft daarover een vraag gesteld. Wij hebben een uitvoeringstoets bij de NZa liggen rond de bekostiging. Er zijn vragen gesteld over de numerus fixus. Dat moet eerst nog door de ministerraad. Daar kom ik op terug nadat de voorstellen door de ministerraad zijn geweest. Wij zullen daarbij zeker naar deze beroepsgroep kijken.

Binnenkort kom ik met concrete plannen naar de Kamer op het gebied van e-health, zeg ik tegen mevrouw Voortman. Ik ben het met haar eens dat het ongelooflijk belangrijk is dat wij op dat gebied een omschakeling maken en dat het ongelooflijk belangrijk is dat wij op dat gebied stappen zetten, zodat wij echt de schakels kunnen omzetten. Dit kan zo veel betekenen voor de vrijheid van de patiënt, voor minder zusters die nodig zijn en die hun werk weer anders kunnen doen en voor de kosten die wij met zijn allen betalen aan de gezondheidszorg, dat ik er een groot voorstander van ben.

Wat de pretpoli's betreft: de zorgverzekeraar moet de zorg inkopen waar deze het beste en voor de scherpste prijs beschikbaar is. Ik vind het zorgverzekeraars aan te rekenen dat zij toestaan dat ziekenhuizen pretpoli's hebben. Als ik naar een hoestpoli ga, denk ik: ja, dan moet ik toch gewoon naar mijn huisarts gaan? Want daar hoor ik thuis bij hoesten. Een griepoli? Dan moet ik gewoon naar mijn huisarts gaan. Dat zijn echt onzinpoli's en op dat punt ligt er een belangrijke taak voor de zorgverzekeraar.

Mevrouw Voortman vroeg wanneer de verpleging van de AWBZ overgaat naar de Zorgverzekeringswet. CVZ heeft hierover een rapport uitgebracht. Het kan wel, maar er zitten haken en ogen aan. Daarom is in het regeerakkoord afgesproken dat de verpleging voorlopig in de AWBZ blijft. Wij beginnen wel met de wijkverpleegkundige door de stelsels heen te financieren. Dat is een eerste stap. Er zit echter geen grote stelselwijziging in de planning.

Mevrouw Leijten heeft van mij nog een antwoord tegoed over de umc's en de topreferente functies. Wij hebben verschillende malen met elkaar gesproken over het academisch ziekenhuis in Maastricht. Ook heb ik er vele schriftelijke vragen over beantwoord. Het betreft zorg die alleen door umc's wordt geleverd. Naast de reguliere financiering ontvangt men speciaal voor deze zorg een bijzondere bekostiging via de academische

component. Umc's maken met elkaar afspraken over de wijze waarop zij de topreferente zorg op een goede, kwalitatief verantwoorde manier kunnen organiseren en waarborgen in Nederland. Dit wordt dus niet aan de markt of de zorg zelf overgelaten, omdat het specifieke en complexe zorg betreft met een innovatief karakter. Topreferente zorg is in vrijwel alle gevallen erg kostbaar en daarom vind ik het nodig dat wij daarvoor specifieke financiering blijven houden en dat deze zorg onder sturing door de overheid blijft vallen. Het concentreren van deze zorg op een beperkt aantal locaties zal leiden tot beter kwaliteit van zorg. Het is hoogspecialistische, moeilijke zorg, waarin wij beperkte deskundigheid hebben. Bundelen van de krachten is dus van belang. Bij eventuele keuzes die een umc maakt in zijn aanbod van topreferente zorg moet de verbetering van de kwaliteit van zorg leidend zijn. De concentratie van die zorg kan dus plaatsvinden op basis van kwalitatieve argumenten, als een en ander goed is afgestemd met andere umc's en op een zodanige manier dat de continuïteit van de zorg voor de patiënten gewaarborgd blijft. In het voorbeeld van het AZM heeft het AZM aangegeven juist ter versterking van de academische functie de totale portfolio's te bekijken, om zo te kunnen beoordelen of alle functies wel in stand gehouden moeten worden. Als het AZM constateert dat functies te veel geënt zijn op een te smalle bezetting en dus uit kwalitatief oogpunt kwetsbaar zijn, zal men die versterken of overhevelen naar andere umc's. Dat past dus helemaal in het beleid dat wij volgen ten aanzien van de versterking van heel specialistische hoogwaardige zorg.

Mevrouw Wiegman vroeg naar de zorg voor kinderen met een open ruggetje. Dit komt gelukkig minder vaak voor, maar als het voorkomt, moet de zorg goed zijn. Dat het minder voorkomt is wel reden voor concentratie, om de kennis te behouden en de zorg van goede kwaliteit te laten zijn. Daarin hebben de academische ziekenhuizen altijd een «last resort»-functie. Er is een zorgplicht van verzekeraars, dus zij zullen er altijd voor moeten zorgen dat er zorg voorhanden is.

Mevrouw Gerbrands stelde dat het contract tussen Menzis en het HagaZiekenhuis voor vijf jaar zou zijn gesloten. Onze informatie is dat het een contract voor één jaar betreft en niet voor vijf jaar. Wel hebben beide partijen de intentie om een samenwerking aan te gaan voor vijf jaar, maar dat is niet wat het contract behelst. Ik heb het contract niet zelf gesloten, maar volgens de informatie die wij hebben gekregen geldt het voor één jaar. Een zorgverzekeraar en een ziekenhuis kunnen op een gegeven moment besluiten om een wat langduriger relatie met elkaar aan te gaan, om een aantal dingen voor elkaar te krijgen die zij niet in één jaar voor elkaar krijgen, maar waarvoor zij een langere periode nodig hebben. Zij kunnen daarover in principe specifieke contracten afsluiten. Die contracten moeten dan wel heel goed zijn. Ik zeg dus niet dat je nooit een contract kunt sluiten voor langer dan een jaar, maar naarmate de periode langer is, moet het contract wel meer opleveren voor de patiënten en voor de kwaliteit. Dan zul je dus specifiek en selectiever moeten zijn bij het sluiten van een contract met een ziekenhuis.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister erkent dat er topzorg is die niet rendabel genoeg is om over te laten aan de grillen van de markt. Daarom zegt zij dat Europa zich er niet mee mag bemoeien. Het is een dienst van algemeen belang en daarvoor komt er een beschikbaarheidstoelag. Waarom heeft de minister dan op financiële gronden bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht een wereldwijd vermaard topinstituut op het gebied van immunologie laten sluiten? Daardoor zijn nu 3 000 patiënten zwerfende. Dit is nu juist die topreferente zorg waar de minister nog wel over gaat, maar dan laat zij het toch nog aan het AZM over om de boel te sluiten, op financiële gronden. Hoe is dat nu uit te leggen?

Minister **Schippers**: Het klopt dat wij de academische functie en de topreferente zorg apart financieren. Wij hebben daar goed geoutilleerde academische ziekenhuizen voor. Zij kunnen beter dan wij hier bepalen waar de zorg het beste kan worden geleverd en waar die robuust genoeg is om deze aan patiënten te leveren. Als een academisch ziekenhuis zelf tot de conclusie komt dat de zorg te dun wordt en men de zorg dus wil concentreren bij een ander academisch ziekenhuis, gebeurt dat op basis van kwaliteit. U kunt het daarmee niet eens zijn, maar ik vind dat het een terechte en gerechtvaardigde afweging is van zo'n academisch centrum.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister gaat volledig voorbij aan het feit dat een afdeling met wereldwijd vermaarde onderzoekers is gesloten en dat er voor 3 000 patiënten geen alternatief is. Als de academische ziekenhuizen goed zouden samenwerken en er op basis van kwaliteit inderdaad geconcentreerd zou moeten worden, dan was dit niet gebeurd. De minister stelt enerzijds geld beschikbaar om de topreferente zorg, die niet aan de grillen van de markt kan worden overgelaten, in Nederland beschikbaar te houden. Anderzijds laat zij toch academische centra op financiële gronden beslissen. Dat kan eigenlijk niet allebei waar zijn.

Minister **Schippers**: Het gaat niet om een louter financiële afweging, maar om een afweging waarbij het ziekenhuis zelf bepaalt of het in de toekomst op een kwalitatief goede manier kan blijven aanbieden wat het nu aan zorg aanbiedt. Als dat niet het geval is, wordt bezien waar de zorg dan ondergebracht zou moeten worden. Dat is gebeurd in het academisch ziekenhuis in Utrecht en in het ziekenhuis in Nijmegen. Daar is die zorg ondergebracht, in goed overleg, omdat men van mening was dat men het daar kwalitatief beter en robuuster kon aanbieden. Uiteindelijk gaat het om kwalitatieve afwegingen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb een korte vraag over de kinderoncologie. De minister zegt terecht dat niet alle kinderoncologie in dat ene instituut moet worden aangeboden, maar alleen het topje ervan. Worden er afspraken gemaakt over wat er precies gebeurt? Anders moeten sommige ouders wel heel veel reizen. De bereikbaarheid is ook een punt. Er zijn vormen van kinderoncologie die wel degelijk in andere UMC's kunnen worden aangeboden.

Minister **Schippers**: Wij hebben oncologen die heel goed weten waarmee zij bezig zijn. Dat geldt ook voor kinderoncologen. Zij weten precies wanneer zij een kind moeten doorsturen en wanneer niet en in welke gevallen het kinderoncologisch centrum meerwaarde biedt. Onze artsen werken in het belang van het kind. Ik ben overigens ongelooflijk blij dat het van de grond komt, want ik denk dat het echt een meerwaarde gaat betekenen voor de zorg die wij in Nederland aan deze kinderen kunnen bieden. Het is daarbij van groot belang om, zodra het niet meer nodig is om daar te zijn, direct weer door te gaan naar de regio waar je hoort. In de ziekenhuizen waar ik heb meegelopen en waar ik de artsen heb gesproken, heb ik gezien dat de afweging gemaakt wordt op basis van de overweging: heb ik die kennis, is het elders beter? Als het elders beter is, wisselt men al uit en stuurt men patiënten door naar gespecialiseerde afdelingen. Dat zal in dit geval ook gebeuren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Ik ben blij met de positieve reactie van de minister op mijn voorstel om de informatievoorziening transparanter te maken en het DBC-informatiesysteem te benutten. De minister moet nog wat gaan uitzoeken, maar ik ben benieuwd op welke termijn zij daar meer over weet en iets kan terugkoppelen naar de Kamer.

Minister **Schippers**: Ik weet niet precies hoe technisch moeilijk dat is. Er zitten allerlei aspecten aan, zoals juridische aspecten, privacyaspecten, et cetera. Binnen een maand kan ik aangeven welk proces en welk traject wij in moeten om dit voor elkaar te krijgen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Wat Menzis en het HagaZiekenhuis betreft ging het mij nog niet eens zozeer om de periode van vijf jaar. Het ging mij erom dat alle zorg in één ziekenhuis tegelijk gecontracteerd wordt. Volgens mij moet het de bedoeling zijn om te bezien in welk ziekenhuis de zorg kwalitatief het beste is. Dat gebeurt nu dus niet, want wij kopen de hele bulk in. Daarmee ren je volgens mij voorbij aan het doel dat wij met dit systeem hebben.

Minister **Schippers**: Ik heb begrepen dat er wel eisen aan het ziekenhuis worden gesteld om bepaalde dingen daadwerkelijk anders te doen. Ik ben het helemaal met u eens dat het ene ziekenhuis soms beter is op en bepaald gebied en het andere ziekenhuis op een ander gebied. Als wij met zijn allen alleen maar aan populatiebekostiging gaan doen en met lumpsumcontracten werken, zijn wij niet waar wij wezen moeten. Daarin vinden wij elkaar helemaal.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb een aantal suggesties gedaan, onder andere om medisch specialisten spreekuur te laten houden in de regio. Ik heb daarnaast voorstellen gedaan op het gebied van grensoverschrijdende zorg. Ik heb het ook gehad over het verschil in voorschrijfbeleid tussen huisartsen en ziekenhuizen.

Minister **Schippers**: Die laatste vraag heb ik beantwoord. Het is zo dat de specialités meer worden voorgeschreven in ziekenhuizen. Daar hebben wij een akkoord over gesloten, namelijk dat dit dus fors naar beneden gaat en dat dit wat moet opleveren. Er is al medisch-specialistische zorg in de regio. Niet massaal, maar ik ben in verschillende regio's geweest waar bijvoorbeeld een dermatoloog spreekuur houdt in het gezondheidscentrum. Wij zitten op dat punt met de financiering. Ik vind dat een onderdeel van het overleg dat wij met elkaar moeten hebben. Als een arts daarvoor alsnog een DBC opent die net zo duur is als in het ziekenhuis, schieten wij er helemaal niets mee op. Wij zouden dus moeten bezien hoe wij dat slimmer kunnen financieren. Wat de grensoverschrijdende zorg betreft: ik weet dat er grensoverschrijdend wordt samengewerkt door bepaalde ziekenhuizen, maar ik weet niet hoe intensief dat gebeurt. Ik denk dat het heel goed is om juist in gebieden waar er weinig mensen zijn, goed samen te werken. Ik weet dat men in Zeeuws-Vlaanderen een behoorlijk beroep doet op de arbeidsmarkt in België voor het zorgpersoneel daar. In Zuid-Limburg zijn er ook samenwerkingsverbanden. Hoe intensief dat is kan ik echter zo niet zeggen.

De **voorzitter**: Wij zijn nu toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer. Het woord is aan de heer Mulder van de VVD-fractie.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar toezegging dat zij de initiatieven die in het land worden genomen wil steunen. Dat is goed nieuws voor de eerste lijn in Eindhoven en Maastricht, waar ambitieuze huisartsen en gezondheidscentra iets willen doen.

Substitutie is eigenlijk het verplaatsen van zorg van de ene aanbieder naar de andere aanbieder. Dat is op zichzelf genomen goed, maar het gaat om de patiënt. Wij hebben het over een patiëntenlandschap. Het is belangrijk dat bij de experimenten patiëntenervaringen en de kwaliteit worden meegenomen. Niet degene die de zorg aanbiedt is leidend, maar de patiënt.

Het is goed dat er adviezen komen van de NZa en het RIVM. Hoe concreter die adviezen des te beter, dus wij zien graag in de zomer een zeer ambitieuze brief van de minister tegemoet.

Het is ook goed dat de minister afspraken wil maken met de eerste lijn. Het uitgangspunt daarbij voor de VVD-fractie is: geld volgt zorg.

In mijn eerste termijn ben ik er niet aan toe gekomen om de medische laboratoria aan de orde te stellen. Er zijn twee rapporten, van KPMG Plexus en Price Waterhouse Coopers, waarin staat dat wij 600 mln. à 1,1 mld. kunnen besparen door de verschillende bekostigingssystematieken voor de eerste lijn vrij te geven en integraler te maken. Bij de ziekenhuizen gaat het maar liefst om 3 mld. Ik krijg daarop graag een reactie van de minister.

Vorige week was ik in Amsterdam bij de samenwerkende Amsterdamse gezondheidscentra. Daar zei men: mijnheer Mulder, de norm voor een huisartsenpraktijk is 2 350 patiënten. Als wij die norm nu wat verlagen en de norm voor een doktersassistent verhogen, kunnen wij ervoor zorgen dat wij aantoonbaar minder doorverwijzen. Als dit inderdaad zo is, kan ik mij voorstellen dat wij het inderdaad gaan doen. Het moet dan wel zo zijn, want anders krijgen wij alleen maar huisartsen met een kleinere praktijk, die niets extra's doen. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister. Misschien kan zij dit soort initiatieven, die aantoonbaar leiden tot minder verwijzingen, steunen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht moesten tientallen miljoenen worden bespaard door een ICT-debacle. De heer Cohen Tervaert had veel kritiek op de commercie en de verspilling door het bestuur. Zijn immunologieafdeling, waar mensen met ernstig hartfalen door afweerstoornissen werden geholpen, is gesloten. Die afdeling was wel uniek in Nederland. De inspectie is zeer verbolgen over het feit dat er geen alternatief is voor de patiënten. Ik kan mij echt niet voorstellen dat de minister nu zegt dat het allemaal goed is verlopen. Juist op zo'n gebied, waarvan de minister zegt dat wij daarop nog moeten reguleren omdat het blijkbaar zo topklinisch is dat het onrendabel is om het aan de markt over te laten, laat zij het over aan ziekenhuisbesturen die geld verspillen aan commercie en ICT-projecten. Zij luistert niet naar de inspectie en naar wereldvermaarde onderzoekers als de heer Cohen Tervaert. Dat is heel erg zorgelijk.

Dit debat ging over de vraag van wie de zorg is en wie daarover beslist. Als het niet goed gaat in een buurt, beslist de zorgverzekeraar. Als het niet goed gaat, zo vroeg mevrouw Dijkstra, wie beslist er dan? Dan kunnen wij onze zorgverzekering opzeggen en naar een andere gaan, maar die beslissing kunnen wij niet nemen op het moment dat er iets misgaat. betalen wij niet allemaal premie? Betalen wij niet allemaal belasting? Waarom is het dan zo dat private ondernemingen als zorgverzekeraars en ziekenhuizen, straks gerund door aandeelhouders, gaan beslissen over onze zorg? Waar blijft de professionaliteit van de huisarts? Waar blijft de professionaliteit van de wijkverpleegkundige, die juist door marktwerking verscheurd werd? Die juist door de marktwerking niet meer die integrale zorg kon leveren? Was de verpleegkundige thuis niet te duur om mensen te douchen? Nu blijkt dat deze goedkoper is, moet de wijkverpleegkundige weer worden ingekocht.

Ik heb het de minister in mijn eerste termijn gevraagd en ik vraag het haar nog één keer: is zij de minister van Volksgezondheid en staat zij voor goede zorg, die bereikbaar is voor iedereen in Nederland? Ik heb het dan bijvoorbeeld ook over verloskundige zorg in dunbevolkte gebieden. Als daarop het antwoord ja is, dan laat zij het niet meer over aan de grillen van ziekenhuizen, zorgverzekeraars of maatschappen of er ergens voldoende gynaecologen zijn. Dan zorgt zij er gewoon voor dat zij er zijn, zodat iedereen thuis kan bevallen en het ziekenhuis achter de hand heeft.

Zegt zij nee, dan laat zij het inderdaad over aan andere partijen, maar dan moet zij niet meer zeggen dat zij minister van Volksgezondheid is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Wij hebben prestatiebekostiging en DOT ingevoerd, maar wij hebben in dit debat ook kunnen constateren dat wij nu allemaal een stap verder willen. Daarom ben ik erg blij dat wij een aantal pilots gaan uitvoeren, inclusief de pilot die ik noemde op het gebied van outcomefinanciering. Dat is volgens mij een belangrijke stap voorwaarts. Ik ben ook zeer content met de uitspraak van de minister dat zij met IGZ en kleine ziekenhuizen in gesprek gaat over acute zorgposten zoals dat bij De Sionsberg heet; iets tussen de huisartsenpost en spoedeisende hulp in. Ik denk dat dit ontzettend belangrijk is. Wij hebben witte vlekken in Nederland. Binnen 45 minuten moet er een volwaardige SEH zijn. Ook de acute zorgpost is belangrijk, dus ik ben heel benieuwd naar de uitkomsten op dat gebied.

Over de NMa en de nota van de minister zeg ik: laten er duidelijke criteria zijn voor de mensen in het veld die willen samenwerken. Vooral die duidelijkheid lijkt mij belangrijk.

Ten slotte heb ik nog een vraag. De minister geeft zeer terecht aan dat niet een paar professoren in de Randstad de normen moeten formuleren, waaraan ziekenhuizen elders wellicht niet kunnen voldoen. Ik ben het er zeer mee eens om ook de regioziekenhuizen toekomst te geven. Hoe houden wij dit in de gaten?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het is vanmiddag wel duidelijk geworden dat de samenwerking tussen zorgverleners uit de eerste, tweede en derde lijn absoluut onontbeerlijk is, willen wij de kosten van de zorg beter beheersen en de kwaliteit ervan verbeteren. Ik ben heel blij om te horen dat de minister ruimte wil creëren voor experimenten met een andere financiering. Dat is een mooie toezegging. Ik ben ook blij met de afspraak dat wij de pilots goed afbakenen en monitoren. Wij moeten er niet te snel mee stoppen en te snel conclusies trekken. Ik wil wel graag van de minister horen of zij een tijdpad heeft voor deze experimenten. Wanneer wil zij daarmee starten? Zij zegt dat zij het uit het veld zelf wil laten komen. Er zijn al enkele aanbiedingen geweest. Heeft zij daar een beeld van? Het is heel belangrijk dat patiëntenorganisaties bij een en ander worden betrokken. Wij zouden het nu verder niet hebben over de winstuitkeringen in de ziekenhuizen, maar ik wil daarover toch een opmerking maken, gezien het debat dat hier kort daarover plaatsvond over de gevolgen ervan voor mogelijke innovaties in de zorg. Ik ben zelf niet heel erg bang voor de winstuitkeringen, maar ik vind wel dat wij eerst veel verder moeten zijn met de indicatoren voor kwaliteit. Dat deel van de zorg moeten wij goed op orde hebben, maar ik wijs ook op het grote belang van de zorgsector voor de economie. Dat hoor ik hier heel weinig terug, maar het is natuurlijk wel een heel belangrijk onderdeel.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Wij hebben veel gewisseld over het voortbestaan van de acute verloskunde in het ziekenhuis in Meppel. Ik vind de uitkomst nog steeds wat onbevredigend. De minister zegt zelf dat de keuzevrijheid van de mensen belangrijk is, maar wat nu juist zichtbaar wordt rondom dit streekziekenhuis, is dat de mensen niets wordt gevraagd. Zelfs het oordeel van kinderartsen wordt niet meegewogen in principebesluiten die worden genomen. Het is dus echt een beslissing van een paar mensen van de raad van bestuur en van een maatschap van gynaecologen. Mijn enige hoop is nu de werking van de randvoorwaarde van bereikbaarheid binnen 45 minuten, maar ook dat hoe dan ook het samenwerkingsverband van verloskundigen in de regio op orde moet zijn. Daar komt ook nog wel wat bij kijken.

Mijn eerste neiging in de casus van het open ruggetje is: fijn dat het minder voorkomt. De oorzaak dat het open ruggetje minder voorkomt, is dat 90% van de desbetreffende kinderen op dit moment wordt geaborteerd in verband met de negatieve scenario's over de kwaliteit van het leven die bij de 20-wekenecho wordt gepresenteerd. Ik ga hier geen ethische discussie voeren over abortus, maar mijn punt is dat er bij een kleiner wordende populatie minder aandacht is voor en interesse in investeringen in onderzoek en verbetering van de kwaliteit van het leven. Ik heb de indruk dat de implicaties van de 20-wekenecho destijds onvoldoende zijn meegenomen bij besluiten. Ik vind dat wij even de tijd moeten nemen om ons daarvan meer bewust te worden en om te bezien hoe wij rondom die 20-wekenecho de functie van vroeg signaleren en eventueel opereren veel meer aandacht geven ten opzichte van 90% aborteren waarvoor nu wordt gekozen. Hoe zouden wij de focus kunnen veranderen?

Wat zorg in de buurt betreft denk ik dat het enorm zou kunnen helpen, naast al het goede wat is toegezegd over de rol van wijkverpleegkundigen, dat de extramurale verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld. De fractie van de ChristenUnie ziet dat veel liever gebeuren dan doorvoering van de IQ-maatregel. Wat de bekostiging betreft is de tendens nog steeds dat het doen beloond wordt; er moet productie worden gedraaid. Het lijkt mij ontzettend interessant om de komende jaren meer te werken aan het belonen van af en toe niet doen, en om meer te werken met kijk- en luistergeld.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Het debat was bedoeld om het met elkaar te hebben over de inrichting van het zorglandschap. Volgens mij is dat heel aardig gelukt. De herinrichting is gebaseerd op opvattingen van eind jaren negentig over de werking van de markt. Die zijn langzamerhand obsoleet en ik heb het idee dat de gezondheidszorg een van de weinige sectoren is waarin daarin nog wordt geloofd.

Het aanbod scheidt de vraag. De hoestpoli's zijn niet voor niets voorbij gekomen. Als consument ben je vaak nauwelijks in staat om te beoordelen of het echt nodig is of niet. Vervolgens valt op dat het accent nu ligt op de inrichting van de zorg, ook regionaal. Wij hebben het uitvoerig gehad over De Sionsberg. In die zaak zie je dat een zorgverzekeraar zijn gang gaat. Voor zorgaanbieders die gaan fuseren hebben wij een fusietoets, maar met betrekking tot zorgverzekeraars in een regio hebben wij democratisch gezien geen enkele mogelijkheid om iets te doen. Ik zou zeggen dat er minimaal een soort fusietoets zou moeten komen in dat soort situaties.

De Partij van de Arbeid vindt dat zij op het gebied van de zorg echt iets voor de kiezer heeft, ook op financieel terrein. Wij denken dat er fors bespaard moet worden en dat er efficiënter gewerkt kan worden. Dat moet dan wel gebeuren met medewerking van alle partijen in de zorg. Dit soort dingen dwing je niet af van bovenaf; je moet ervoor zorgen dat iedereen erbij betrokken is. Als men erbij betrokken is en mag meebepalen, zal men ook de verantwoordelijkheid nemen om ervoor te zorgen dat het allemaal zo doelmatig mogelijk gaat. Ik herhaal nogmaals mijn pleidooi voor betrokkenheid van de burger bij de inrichting van het zorglandschap. Er moet sprake zijn van democratische controle. Er loopt een aantal interessante budgetprojecten. Ik noem die met opzet zo, omdat ik het ook logischer vind dat een en ander zich in die richting ontwikkelt. Ik heb in het debat aangeboden om te bezien hoe elementen van regionale budgettering zouden kunnen meelopen in een experiment, waarbij ook de vraag aan de orde is hoe je mensen erbij kunt betrekken en hoe je de verantwoordelijkheden regelt. Het gaat uiteindelijk om de vraag die mevrouw Dijkstra heeft gesteld: wie is er verantwoordelijk op het

moment dat er iets niet gebeurt? Ik denk dat de zorg zo belangrijk is, dat je die vraag zeker moet kunnen beantwoorden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Wij zijn blij dat de minister in overleg gaat met de inspectie en met kleine ziekenhuizen over de vraag hoe om te gaan met situaties als die in De Sionsberg. De medische spoedopvang, of de spoedeisende hulp-min zoals de minister het noemde, is niet te vatten in de criteria van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dus komt de inspectie tot de conclusie dat de kwaliteit niet voldoet. Het lijkt erop dat wij eigenlijk andere criteria nodig hebben. Gaat de minister dit ook betrekken in het overleg dat zij gaat voeren? Ik ben blij dat mevrouw Leijten zo veel aandacht heeft besteed aan de kliniek van professor Cohen Tervaert. Ook ik word benaderd door patiënten die nergens meer terecht kunnen. Ik wil graag van de minister horen wat haar reactie hierop is. Het kan niet zo zijn dat er in heel Nederland geen kliniek is waar mensen voor deze specifieke zorg terecht kunnen.

Ik ben blij dat de minister vrij snel aan de slag gaat met het experiment integrale bekostiging. Mijn vraag is: wat is vrij snel?

Wat zorg in de buurt betreft ben ik blij met de structurele borging van de wijkverpleegkundige. Ik heb daarnaast gevraagd of de minister bereid is om te kijken naar de suggestie voor een vast bestedingsbudget voor extramurale zorg. Dat brengt mij op de overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Op dat punt was het antwoord van de minister teleurstellend. Zij gaf aan dat zij de extramurale verpleging niet wil overhevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, terwijl je daarmee nu juist de zorg doelmatiger kunt organiseren, zonder dat de patiënt er last van heeft. Ik denk dat dit ook op andere gebieden kan, zoals de ouderenverpleegkunde. De beroepsorganisatie Verenso vraagt daar ook zelf om. Is de minister bereid om te bezien wat er eventueel kan worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet?

Ik kom graag in een later stadium nog terug op de grensoverschrijdende samenwerking. Ik heb nog niemand horen vragen om een VAO, maar ik denk dat dit er wel gaat komen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Ik ben erg blij met de pilot voor de bekostiging. Ik sluit mij graag aan bij de vraag van vorige sprekers wanneer wij daarmee gaan beginnen. Wat mij betreft doen wij dat zo snel mogelijk.

Ik heb met mijn inbreng een duidelijk signaal willen geven aan de zorgverzekeraars, om nu eindelijk eens datgene te doen waarvoor zij in het leven zijn geroepen. Ik heb de minister gevraagd of er een plan b is als zij het niet gaan doen. Daarop wil ik graag nog antwoord hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een procedureel punt. Formeel vraag ik een VAO aan, zodat daarover geen misverstand bestaat.

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan de minister voor haar reactie op de inbreng van de Kamer in tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik ben het met de heer Mulder eens dat wij patiëntenervaringen en de kwaliteit van de zorg moeten meenemen in de experimenten en in de beoordeling daarvan. Dat zullen wij doen. Ik ben het eens met zijn opmerking dat geld zorg volgt in de eerste lijn. Wij moeten dat zo regelen als het om substitutie gaat. Ik heb onlangs een advies gekregen van de NZa over de medische laboratoria. Daaruit blijkt dat wij het in Nederland wel heel complex hebben geregeld. Mijn indruk is dat zorgverzekeraars dit onderdeel van de zorg bij hun zorginkoop nog niet scherp in het vizier hebben, zeg ik eufemistisch. Voor zover er efficiencywinst valt te behalen, moeten wij die niet laten liggen. Als het

nodig is dat ik de regels aanpas, zal ik dat doen. Ik moet de Kamer nog een reactie sturen op het NZa-advies. Dat doe ik dit voorjaar en daarin kom ik hierop nader terug. Wij zijn nu aan het bezien wat er moet gebeuren.

Ik sta open voor alle initiatieven om kwaliteit te verbeteren en de prijs naar beneden te krijgen, bijvoorbeeld door het verlagen van het aantal doorverwijzingen. Ik zeg nogmaals dat de initiatieven van onderop moeten komen. Laten wij afspreken dat ik voor de zomer de Kamer een beeld geef van wat er is aangemeld. Misschien krijgen huisartsen of anderen naar aanleiding van het overleg van vandaag ook wel een idee.

De heer **Mulder** (VVD): Ik krijg nu tijdens het debat al sms'jes met ideeën, uit Salland.

Minister **Schippers**: Kijk eens aan. Voor de zomer zal ik de Kamer dus een beeld geven. Daarbij zal ik ook aangeven wat de afspraken en de criteria zijn en hoe wij het gaan aanpakken.

In reactie op de inbreng van mevrouw Leijten zeg ik: in de topreferente zorg is het de overheid die reguleert en financiert. De markt heeft daarin totaal geen plek. Er worden beslissingen genomen door de instellingen zelf, die niet met geld te maken hebben, maar met de kwaliteit van zorg. Daarop heeft zij ook kritiek. Dan wordt het wel heel erg moeilijk. Er worden beslissingen genomen door mensen die er daadwerkelijk verstand van hebben en er worden afspraken gemaakt tussen umc's. Als zich bij mevrouw Leijten patiënten melden die niet weten waar zij naartoe moeten, adviseer ik haar om ze naar ons door te sturen. Wij zullen die patiënten dan begeleiden naar de instelling waar de zorg terecht is gekomen. Ik vind het wonderlijk dat patiënten het niet weten en het zou ook niet moeten kunnen, want wij hebben goede afspraken gemaakt met het Academisch Ziekenhuis Maastricht om patiënten te begeleiden naar een nieuwe behandelaar. Wij hebben daarover verschillende malen contact gehad, maar als er problemen zijn, zou ik zeggen: meld ze bij mij. Wie beslist er als het niet goed gaat? Mevrouw Leijten zei dat dit onduidelijk is, maar het is niet onduidelijk. Als het niet goed gaat, beslist de inspectie van de overheid dat dit zo is. De inspectie controleert of onze zorg kwalitatief goed wordt geleverd. Als dat niet zo is, grijpt de inspectie in. Als aan de zorgplicht van verzekeraars niet wordt voldaan omdat zij onvoldoende zorg hebben gecontracteerd, grijpt de NZa in. Er is dus wel degelijk overheidstoezicht op wat er gebeurt in de gezondheidszorg. Ik ben als betrokken minister van Volksgezondheid volledig aanspreekbaar op goede zorg, op bereikbaarheid en betaalbaarheid. Betaalbaarheid nu, maar ook straks, voor iemand met een kleine portemonnee die een vreselijke ziekte krijgt. Die persoon moet de behandeling daarvan collectief gefinancierd krijgen en niet zelf voor de kosten moeten opdraaien. Ik voel mij dus zeer betrokken, en alle maatregelen die ik neem in de gezondheidszorg, hebben maar één doel: de kwaliteit te verbeteren en de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Dat zijn de doelstellingen van waaruit ik werk.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb serieus gevraagd of de minister wil ingaan op de kritiek van de inspectie, de staatsinspectie, als het gaat om het niet doorverwijzen van de patiënt.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, u hebt het woord niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Maar de minister gaat er niet op in.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, u hebt het woord niet. Het woord is aan de minister.

Minister **Schippers**: Ik geef aan dat wij afspraken hebben gemaakt met het Academisch Ziekenhuis Maastricht over het goed doorgeleiden van patiënten. Als het niet gebeurt, wil ik dat die patiënten zich bij mij of bij de inspectie melden, zodat wij er daadwerkelijk iets aan kunnen doen. Ik ga met kleine ziekenhuizen in gesprek over de acute zorgposten. Natuurlijk is de vraag aan de orde welke criteria wij hiervoor hanteren. Er zijn nu geen criteria. Je hebt nu spoedeisende hulp of iets anders; een huisartsenpost bijvoorbeeld. Het gaat om iets nieuws daar tussenin. Ik wil bezien of er behoefte aan bestaat en of er nog iets voor moet gebeuren. Ik wil open het gesprek ingaan, waarin wij een en ander met elkaar kunnen verkennen.

De NMa heeft een soort roadmap gemaakt van wat er wel en niet mag in de zorg, gezien de onduidelijkheid die is ontstaan. Vervolgens geeft de NMa in de zorg vooraf groen licht of niet, geheel tegen de normale werkwijze in, waarbij men altijd achteraf hoort of iets kan of niet. Als je onzeker over iets bent, kun je bij de NMa vragen hoe het precies zit. Dat heeft men gedaan omdat de zorg natuurlijk een heel speciaal aandachtspunt is, met speciale wetten en randvoorwaarden.

Dan kom ik op de vraag hoe wij in de gaten houden dat de richtlijnen in de regio de ziekenhuizen niet de nek omdraaien. Welnu, de richtlijnen worden opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen, en dus door de beroepsgroep zelf. Ik vind dat heel belangrijk. Wij hebben straks een kwaliteitsinstituut, dat ook deze toets zal moeten uitvoeren, waarbij men kijkt of er puur uit kwalitatieve overwegingen is gehandeld of dat er ook andere zaken aan de orde zijn.

Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat je experimenten goed moet afbakenen en monitoren en dat je niet snel moet stoppen. Bovendien moeten patiënten erbij betrokken worden. Voor de zomer zal ik een beeld schetsen.

Wat de winstuitkeringen door ziekenhuizen betreft merk ik op dat het van groot belang is dat onze ziekenhuizen afkomen van de eenzijdige afhankelijkheid van banken. Maar laten wij daarover een andere keer het debat voeren. Het idee dat zij hun geld nu alleen maar krijgen uit de premiebetaling is natuurlijk ook flauwekul. Zij lenen gewoon bij banken, en hun eigen bezit is zeer mager.

Dan kom ik nu op de vraag van mevrouw Wiegman over het open ruggetje. Ik vind dat een vrouw goede informatie moet krijgen over moeilijke beslissingen waar zij eventueel voor komt te staan, op basis van een echo of anderszins. Wat zij doet blijft uiteindelijk wel haar beslissing. Als er minder kinderen worden geboren met een open ruggetje, moeten wij ervoor zorgen dat het onderzoek en de kwaliteit van leven geborgd blijven, door de kennis te bundelen en ervoor te zorgen dat er voldoende kennis beschikbaar blijft.

Mevrouw Voortman vroeg naar de overhevelingen uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Ik zeg niet: nooit. Ik denk dat er wel meer dingen uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet zouden kunnen. Maar je kunt niet alles tegelijk. Deze kabinetsperiode hevelen wij heel grote brokken over naar de Wmo, bijvoorbeeld de dagbesteding, en naar de Zorgverzekeringswet, zoals revalidatie. Wij inventariseren welke mogelijkheden en belemmeringen er zijn. Dat blijkt ook uit mijn antwoord. Je moet daar eerst grondig en zorgvuldig naar kijken voordat je überhaupt aan zo'n traject kunt beginnen. Wij moeten daar ook geen tijd bij verloren laten gaan.

De fusietoets voor zorgverzekeraars is er ook, zeg ik tegen de heer Van der Veen, maar die wordt toegepast door de NMa. Naar aanleiding van een motie van de heer Van der Veen en mevrouw Gerbrands wordt de NMa gedwongen om veel transparanter te zijn over de vraag waarom zij wat beslist, en daarover ook verantwoording af te leggen.

De populatiebepaling loopt mee in een experiment, dat heb ik toegezegd. Wij hebben heel scherp geregeld wie waarvoor verantwoor-

delijk is in de zorg. Wij weten precies wie wij moeten aanspreken. Als er iets fout gaat in een ziekenhuis, is dat primair de dokter aan het bed die eventueel de fout heeft gemaakt, vervolgens de raad van bestuur en dan het toezicht. Wij hebben dat allemaal heel scherp geregeld. Dat is belangrijk, omdat het juridisch moet, maar ook omdat je moet weten waar je terecht moet komen als er eens iets gebeurt. Wij doen voorstellen in het wetsvoorstel Wcz om dat te verbeteren.

Dan kom ik op de spoedeisende hulp-min. Ik vond de andere aanduiding eigenlijk mooier: acute zorg-plus. Acute zorgpost klinkt wat positiever. Het punt is dat er geen criteria voor zijn. In het overleg moet worden besproken of er criteria zijn en of wij daar iets mee kunnen.

Wat plan b betreft het volgende. Wij hebben een systeem ingevoerd waar 30 jaar op gestudeerd is. Uiteindelijk hebben wij de stap gezet om het systeem in te voeren. Vervolgens heb je een paar jaar nodig om zo'n systeem te laten werken. Daar zijn wij nu mee bezig. Als de sector het zelf niet kan, is de overheid aan zet om het te regelen. Het plan b zal altijd op de overheid zijn gericht. Zo ver ben ik echter nog lang niet. Ik zet alles in op verbetering van het systeem, ook omdat ik vind dat wij best trots mogen zijn op de resultaten die wij tot nu toe hebben bereikt.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde gekomen van dit overleg, maar ik sluit de vergadering niet dan nadat ik heb gevraagd of het gevraagde VAO nog deze week moet plaatsvinden of dat het na het reces gepland kan worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De inrichting van zorg kan nog wel een week velen, dus het kan na net reces.

De **voorzitter**: Met dit antwoord zijn wij echt aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en haar medewerkers voor de inbreng, de antwoorden en de toelichting. Ik dank de leden voor hun inbreng en wens het publiek wel thuis.

Volledige agenda

1. Waarborgen voor continuïteit van zorg en de samenhang tussen cruciale zorg, basiszorg en acute zorg

32 620-10 – Brief regering d.d. 27-04-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. Terug naar de praktijk: aanbevelingen voor het behoud van de unieke positie van de huisarts als spil in het web binnen de huisartsenzorg en eerste lijn

32 765 – Initiatiefnota d.d. 10-05-2011
Tweede Kamerlid, H.P.J. van Gerven (SP)

3. Academische zorg

32 864 – Overig d.d. 29-08-2011
voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, P.E. Smeets (PvdA)

4. Zorg en ondersteuning in de buurt

32 620-27 – Brief regering d.d. 14-10-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Uitgavenbeheersing in de zorg

33 060 – Rapport/brief Algemene Rekenkamer d.d. 26-10-2011
president van de Algemene Rekenkamer, S.J. Stuiveling

6. Antwoorden op vragen commissie n.a.v. het rondetafelgesprek 8 juni 2011 over de academische zorg in Nederland

32 864-2 – Brief regering d.d. 04-11-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Reactie op initiatiefnota Van Gerven «Terug naar de praktijk»

32 765-3 – Brief regering d.d. 07-11-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Reactie op motie Van der Veen c.s. (32 500 XVI, nr. 27) over de invulling van de basiszorg

32 620-32 – Brief regering d.d. 07-11-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Lijst van vragen en antwoorden aan de Regering over het rapport «Uitgavenbeheersing in de zorg» van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 33 060, nr. 2)

33 060-4 – Brief regering d.d. 08-12-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Antwoorden op vragen van de commissie over het rapport «Uitgavenbeheersing in de zorg» van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 33 060, nr. 2

*33 060-5 – Rapport/brief Algemene Rekenkamer d.d. 14-12-2011
president van de Algemene Rekenkamer, S.J. Stuiveling*

11. Voortgangsrapportage medisch specialistische zorg

*29 248-223 – Brief regering d.d. 16-12-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

12. Tussenrapportage over wijkverpleegkundigen

*23 235-94 – Brief regering d.d. 19-12-2011
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.L.L.E.
Veldhuijzen van Zanten-Hyllner*

14. Reactie RVZ-advies «Sturen op gezondheidsdoelen»

*32 620-47 – Brief regering d.d. 10-02-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

15. Reactie RVZ advies «Medisch-specialistische zorg in 20/20»

*32 620-48 – Brief regering d.d. 10-02-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*