

Vergaderjaar 2014–2015

29 247

Acute zorg

Nr. 213

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 23 juli 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 mei 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over: **Ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg in krimpregio's.**

(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,
Lodders

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Klever, Leijten, Lodders en Rutte,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aanvang 17.35 uur.

De **voorzitter**: Goedenavond. Ik heet de Minister van VWS, de ambtelijke top, de Kamerleden, de spaarzame mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen van harte welkom. Ik hanteer een spreektijd van vijf minuten en twee interrupties per fractie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Met veel klaoengeschal kwam de Minister in maart eindelijk met haar visie op de zorg in krimpregio's. Anderhalf jaar nadat het CDA in de Eerste Kamer had gevraagd om een visie op te stellen, kon de Minister eindelijk melden dat het makkelijker zou worden om extra geld beschikbaar te stellen voor spoedeisende hulp en acute verloskunde in krimpregio's. In de vijftien pagina's schrijft de Minister vooral wat anderen moeten doen, maar kondigt ze weinig nieuwe concrete plannen aan. Een visie op de infrastructuur in de regio laat ze bijvoorbeeld aan zorgverzekeraars over. Die verantwoordelijkheid ligt natuurlijk al een tijdje bij verzekeraars, maar in de tussenliggende periode hebben we gezien dat de problemen in de kleine streekziekenhuizen zich opstapelen. Denk maar aan het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, het ZorgSaam in Flevoland en de Sionsberg in Zeeland. Je zou denken dat de Minister meer sturing zou bieden ten aanzien van de infrastructuur van ziekenhuizen die van zo'n groot belang zijn, en daarmee ook aan de slag zou gaan. Zorg in de regio is namelijk een maatschappelijk vraagstuk dat om regie vraagt. De Minister blijft echter naar anderen wijzen.

Sinds vorig jaar heeft het CDA meerdere malen een punt gemaakt van het feit dat de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp en acute geboortezorg een wassen neus is geworden. Het is positief dat de Minister nu erkent dat de bestaande beschikbaarheidsbijdrage niet voldoet. Het is tijd om dit te regelen. Is de Minister ervan overtuigd dat met de voorgestelde wijziging ziekenhuizen in perifere regio's wel in aanmerking voor die bijdrage komen? Op welke termijn weten we welke ziekenhuizen nu en met terugwerkende kracht een bijdrage krijgen? Ziekenhuizen wachten er al jaren op.

In haar brief van begin mei schrijft de Minister aan de Eerste Kamer dat ze met betrokkenen bekijkt welke lessen er uit het faillissement van de Sionsberg getrokken kunnen worden. Hoe staat het hiermee? Kan uit dit proces een verdere aanscherping van de krimpvisie verwacht worden? Uit de ervaringen met de Sionsberg blijkt dat ingrijpende veranderingen in het zorgaanbod het beste verlopen als de bevolking goed wordt meegenomen in de noodzaak van die veranderingen en in de mogelijke oplossingen. De Minister schrijft dat ze dit wil stimuleren via regiotafels. Hoe borgt zij dat de lokale bevolking inspraak krijgt? Kan zij dit afdwingen of kan ze bemiddelen wanneer blijkt dat dit niet het geval is? De rol van de Minister bij de regiotafels is onduidelijk. Het lijkt erop dat de Minister op afstand blijft en toeschouwer is. Klopt dit?

Bij de regiotafel in Zeeland spant het er echt om. Daar gaat het er stevig aan toe, blijkt uit berichten in de media over de druk die de zorgverzekeraar uitoefent om de directeur van het Admiraal De Ruyterziekenhuis te laten vertrekken. Ik geloof dat hij inmiddels zelfs al vertrokken is. Hoe staat het met het plan voor de toekomst van de Zeeuwse zorg? De Minister heeft bij de regiotafel afgesproken dat dit plan nu klaar zou zijn.

Vanmiddag hebben we de uitkomsten van een interessant onderzoek gekregen. Uit het onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat de geschatte eerstelijnszorgvraag in krimp- en anticipeergebieden systematisch hoger ligt dan in de rest van Nederland, terwijl het gebruik van zorg niet afwijkt van het landelijk gemiddelde. NIVEL schrijft dat vervolgonderzoek nodig is om te bepalen of dit betekent dat in de krimpregio's de zorgvraag moeilijker wordt vervuld. Komt dit onderzoek er? Het is namelijk een stevige conclusie van NIVEL.

Er is een tweede opvallende waarneming. Uit het onderzoek blijkt ook dat de kosten per verzekerende voor medisch-specialistische zorg in alle krimpgebieden aanzienlijk hoger liggen dan het landelijk gemiddelde. Eigenlijk kost het organiseren van zorg in de krimpgebieden een zorgverzekeraar veel meer geld, behalve in Zeeuws-Vlaanderen. Daar kost een verzekerde weer evenveel als in de rest van Nederland. Hoe verklaart de Minister dit verschil? Wat betekent het voor de zorgverzekeraar dat hij in de krimpgebieden meer geld kwijt is voor zorg?

Veel streekziekenhuizen geven aan dat meerjarige contracten een enorme meerwaarde hebben. Het CDA ziet graag dat meer zorgverzekeraars daar gebruik van maken. Dit geeft ziekenhuizen ruimte voor innovatie. Hoe staat het met de inventarisatie van de mogelijkheid om meerjarige contracten te stimuleren? Wat doet de Minister als zorgverzekeraars niet overgaan tot meerjarenafspraken?

Wie niet sterk is moet slim zijn. In krimpregio's ontstaan steeds meer nuttige samenwerkingsverbanden tussen zorginstellingen en andere organisaties. Juist in krimpregio's kunnen dergelijke samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en bijvoorbeeld sportverenigingen een oplossing bieden. Ziet de Minister mogelijkheden om innovatieve initiatieven zoals regionale polissen als de Vechtdal Polis te stimuleren?

Het CDA vindt niet dat de Minister de muren van een streekziekenhuis overeind hoeft te houden; natuurlijk niet. De Minister heeft echter wel de taak om de randvoorwaarden voor goede zorg in de regio te scheppen. Dat is een gemeenschapsbelang. Ik krijg graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Vandaag spreken we over eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg in krimpregio's. De Minister heeft haar visie uiteengezet in een brief aan de Kamer. De brief bevat een opsomming van goede voorbeelden; voorbeelden die op zichzelf heus goed zijn, maar die zich vooral voordoen in gebieden waar één zorgverzekeraar dominant is. Dit maakt direct duidelijk dat zorg in de regio volgens de Minister vooral een samenspel tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders is. Een onderliggende visie ontbreekt. Volgens de ChristenUnie draait het echter om de basisvraag: van wie is onze zorg? Die is niet van zorgverzekeraars of zorgverleners, hoe bekwaam die ook zijn. De zorg is van mensen, van mensen die wonen in de Randstad, Noordoost-Groningen, Zuid-Limburg of waar dan ook. De ChristenUnie vraagt de Minister om per regio een visie op zorg te ontwikkelen. Denk aan een soort programma van eisen dat per regio inzichtelijk maakt welk zorgaanbod, van huisarts tot ziekenhuis, noodzakelijk is. Ook de kwaliteit van zorg is daarbij belangrijk. In de brief lees ik veel over technische oplossingen. Die helpen natuurlijk mee, maar kunnen niet de zorg van mens tot mens vervangen. Natuurlijk is hier ook een rol voor de zorgverzekeraars en zorgverleners weggelegd, maar de Minister moet de regie nemen. Is zij daartoe bereid?

De Minister schetst dat basiszorg dichtbij beschikbaar moet blijven en dat hoogcomplexere zorg geconcentreerd moet worden. Die beweging steunt de ChristenUnie, maar we horen vanuit het veld dat basiszorg en hoogcomplexere zorg niet helder gedefinieerd zijn. Hierdoor ontstaat een

zichzelf versterkende beweging van basiszorg uit de regio die verhuist naar grotere ziekenhuizen. Ook de zorgverzekeraars hebben hierin een rol. Wil de Minister daarom tot een heldere definitie komen?

Vindt de Minister ook dat volumenormen niet te absoluut geformuleerd mogen worden? Een volumenorm is immers een kwaliteitscriterium, één van vele, en zegt niet zo veel over de kwaliteit zelf. Het strikt hanteren van volumenormen kan ertoe leiden dat goede zorg uit de regio verdwijnt. Bovendien betreft het aantal uitgevoerde behandelingen het aantal handelingen per locatie en niet het aantal handelingen per medisch specialist. Juist in de regio, waar medisch specialisten in verschillende ziekenhuizen werken, knelt dit. Ik krijg graag een reactie van de Minister. Begin dit jaar heeft de ChristenUnie tien punten voor goede zorg in de regio geformuleerd. Ik loop er een aantal kort langs. Het is goed dat de Minister de criteria voor de beschikbaarheidsbijdrage wil verruimen, maar mijn fractie vindt dat niet genoeg. De beschikbaarheidsbijdrage moet zo snel mogelijk en met terugwerkende kracht worden uitbetaald. We hebben hier al eerder op aangedrongen. Ik krijg graag een reactie. Hoeveel extra middelen komen er eigenlijk beschikbaar, nu de voorwaarden voor het in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage weer worden verruimd? Ook ziet de ChristenUnie graag dat de beschikbaarheidsbijdrage verruimd wordt naar basiszorg of tenminste onderdelen daarvan. Ik ben bij veel regionale ziekenhuizen geweest en ik heb gezien dat het water hen aan de lippen staat.

Veranderingen in het zorglandschap hebben veel gevolgen voor bewoners. Wij vinden daarom dat de lokale gemeenschappen en de lokale democratie veel meer betrokken moeten worden bij bijvoorbeeld fusies. Hoe wil de Minister dit bevorderen? In haar brief schrijft ze dat er gezocht wordt naar nieuwe methodes. Waar denkt ze aan? Wie zijn hierbij betrokken? Is de VNG bijvoorbeeld een van de partijen die meedenken? Wat vindt de Minister van het pleidooi van het Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ) om patiënten- of cliëntenraden een verzwaaard adviesrecht te geven?

Ziekenhuizen voelen zich soms als kinderen op een schoolplein die speelafspraken met elkaar maken, maar waar altijd één kind achterblijft dat niemand heeft om mee te spelen. Ziekenhuizen willen niet dat ene kind zijn. De druk om te fuseren is daarom groot. Die gaat met die, maar ik blijf over, zo denken ze. Fusies leiden niet altijd tot betere zorg. Soms staan mededingingsregels samenwerking in de weg en besluit men maar tot een fusie. Kan de Minister inventariseren om welke regels het precies gaat en kan zij dit terugkoppelen?

Mijn collega van het CDA refereerde al aan de bijeenkomst vanmiddag van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De LHV heeft de Minister een rapport gepresenteerd dat precies hierover gaat. Het is een belangrijk rapport. Mededinging in de zorg wringt echt, juist in krimpregio's. De hartenkreet van de huisartsen om de Mededingingswet niet langer van toepassing te laten zijn op zorg, onderstreep ik van harte.

Ik dank de Minister voor haar antwoorden op mijn vragen over de waddenheli. Het is goed dat hierin wordt voorzien middels de beschikbaarheidsbijdrage.

De uitrusting van de ambulances is steeds beter geregeld, maar klopt het dat hiervoor geen normen zijn? Wil de Minister die uitwerken?

In de brief schrijft de Minister over het belang van de nabijheid van farmaceutische zorg, dus van de apotheek, ook in acute situaties. Vanuit het veld hoor ik echter dat dit onvoldoende geregeld is en dat zorgverzekeraars dit niet goed inkopen. Wil de Minister dit onderzoeken?

Tot slot kom ik op de cijfers die we vanmiddag krijgen in de eerste Zorgmonitor Krimpgebieden. Het te verwachten zorggebruik voor de krimp- en anticipeergebieden zal hoger zijn dan in de rest van Nederland. Als dit niet goed wordt meegenomen in de vereveningssystematiek, vrees ik voor risicoselectie. Ik begrijp dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

onderzoek doet naar de mogelijkheden om het vereveningsmodel aan te passen. Wat de ChristenUnie betreft wordt daar flink vaart mee gemaakt. Graag krijg ik een reactie van de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Door de veranderende zorgvraag en de afname van de voorzieningen in krimpregio's staat de beschikbaarheid van zorg daar onder druk. Dat vraagt om meer overheidssturing. Dokkum, Zeeland en Den Helder zijn drie casussen van ziekenhuizen die verdwijnen of dreigen te verdwijnen. Dit veroorzaakt grote onrust. Mensen maken zich terecht zorgen over de beschikbaarheid van zorg bij hen in de buurt. De tendens is dat er eerst heel veel commotie wordt veroorzaakt en daarna bekeken wordt hoe de zorg wordt omgebouwd zodat die passend is en mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. De focus moet liggen op het ombuigen van het bestaande aanbod naar een passend aanbod voor nu en voor de toekomst. Dat moet vooraf en niet achteraf, nadat er al paniek is veroorzaakt. Zorg moet aansluiten bij de veranderende vraag van de mensen in de regio en de inrichting van het zorglandschap moet in samenspraak met alle partijen worden vormgegeven. Er is een regievoerder nodig die oog heeft voor alle belangen, maar specifiek voor het publieke belang, het bevorderen van de gezondheid en het beschikbaar houden van passende zorg voor iedereen.

De Minister schrijft in haar brief terecht over de goede initiatieven als proeftuinen, innovatie en e-health, en het belang van overleg tussen partijen in de regio. Terecht zegt dat de Minister dat het krimpen begeleid moet worden. Het is echter onduidelijk hoe de Minister hieraan sturing wil geven. Eén ding blijkt echter duidelijk uit de praktijk: het gaat niet vanzelf. Er is meer overheidssturing nodig. Volgens de Partij van de Arbeid moeten er daarom drie grote zaken worden aangepakt. Er moet er meer duidelijkheid komen over de beschikbaarheid van zorg in de regio. Wanneer is de basis op orde? Op welke beschikbaarheid van zorg kunnen mensen eigenlijk rekenen? Door het ontbreken van een fundament voor het spreidingsbeleid wordt het zorglandschap op basis van rekensommen ingericht. De centrale vraag daarbij is of het rendabel is om bepaalde zorg te leveren, en niet de vraag wat wij gewenst vinden. Wat is de wenselijkheid van nabijheid van zorg? Wil de Minister deze normen naar analogie van de 45 minuten norm, die geldt voor spoedzorg, ontwikkelen voor de basiszorg? Daarbij moet wel ruimte blijven voor flexibiliteit, omdat de zorg in de krimpregio's snel wijzigt.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Bouwmeester beweert twee dingen. Ten eerste stelt ze dat publieke sturing noodzakelijk is, omdat er anders niets gebeurt. Ten tweede zegt ze dat er alleen gestuurd wordt op rendabele zorg. In mijn eigen provincie, Groningen, is de Ommelander Ziekenhuis Groep gered doordat de verzekeraar daar langdurige contracten met extra tarieven heeft gerealiseerd. Er is een samenwerking gerealiseerd tussen het UMCG (Universitair Medisch Centrum Groningen) en de Ommelander Ziekenhuis Groep zonder overheidssturing. Op welke feiten is het verhaal van mevrouw Bouwmeester dan gebaseerd?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben blij dat de VVD deze vraag stelt. Laten we de casus van Zeeland nemen. Daar vechten ziekenhuizen elkaar de tent uit. De zorgverzekeraar roept zelfs dat de bestuursvoorzitter afgezet moet worden, omdat de ziekenhuizen anders geen geld meer krijgen. Dat is niet alleen pas nu aan de hand. Dat is al langdurig het geval. Er is daar sprake van concurrentie om de patiënt, in plaats van samenwerking in het belang van de patiënt. Het betreft het bestaansrecht van het ziekenhuis. Het ziekenhuis dat de patiënten naar zich toe weet te concurreren, blijft overeind staan. Dat heeft tot gevolg dat de ambulance de instructie krijgt om patiënten niet naar het andere Zeeuwse ziekenhuis

te brengen, maar naar Breda. Als ze naar het andere Zeeuwse ziekenhuis gaan, dan gaan ze naar de directe concurrent. Daar zijn overheidssturing en publieke randvoorwaarden nodig, zodat de kwaliteit en de samenwerking ten behoeve van de patiënt weer centraal komen te staan. Er zijn ook goede voorbeelden, want soms gaat het goed. De heer Rutte omschrijft een voorbeeld waarvan ik me overigens afvraag of dit betrekking heeft op de kwaliteit of op het overeind houden van een ziekenhuis. Is de zorg passend voor de lange termijn? Die vraag kan ik niet beantwoorden, want dat weet ik niet. Het is overduidelijk dat het niet vanzelf gaat in het zorglandschap.

De heer **Rutte** (VVD): Nederland heeft de Zorgverzekeringswet waarin een zorgplicht voor de verzekeraar is opgenomen. Moeten we niet concluderen dat de verzekeraar in Zeeland meer werk moet maken van zijn zorgplicht? Het betreft dus niet zozeer om sturing vanuit de overheid. Het is aan de toezichthouder, de NZa, als dit niet of onvoldoende van de grond komt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat ben ik zeer met de heer Rutte eens. We hebben een zorgplicht en die moet nagekomen worden. De zorgplicht is geen kille rekensom. De zorgplicht gaat ook over de vraag hoe je ervoor zorgt dat kwaliteit centraal komt te staan en over samenwerking. De casus uit Zeeland speelt al jaren en er is niet ingegrepen, niet door de toezichthouder en niet door anderen. De patiënten staan al jaren in de kou. We kunnen nog een paar jaar wachten, maar wij vinden dat er overheidssturing nodig is. De Minister zet daartoe de eerste stap, maar wij hebben nog een aantal vragen. Daarop kom ik in mijn termijn terug.

Mevrouw **Leijten** (SP): We voeren al lang discussie over de vraag wat basiszorg is. We hebben normen ten aanzien van acute zorg en acute verloskunde, maar wat is precies basiszorg? Ik stel die vraag straks aan de Minister en ik heb de fracties van het CDA en de ChristenUnie die vraag ook al horen stellen. Ik heb maar een paar interrupties en die heb ik voor mevrouw Bouwmeester bewaard. Wat is volgens de Partij van de Arbeid basiszorg? Waarvan vindt de PvdA dat er een 45 minutengrens moet komen in heel het land?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een heel terechte vraag. Die vraag heb ik dan ook aan de Minister gesteld. Op welke zorg moeten mensen kunnen rekenen, zeker in de krimpregio's? We zien nu dat het vaak een rekensom is of het rendabel is om bepaalde zorg ergens neer te zetten. We willen dat er een set van onafhankelijke normen komt, zodat mensen weten in welke kring je recht hebt op bepaalde zorg. Daarbij moet wel ruimte zijn voor flexibiliteit. Stel dat de norm is dat er binnen 5 kilometer een huisartsenpraktijk moet zijn. Als er dan op 5,3 kilometer een huisartsenpraktijk zit, dan moet er wel sprake zijn van flexibiliteit. Pas als die basisvoorwaarde is neergelegd, en wat mij betreft doet het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat, kun je de volgende stap zetten om in samenwerking met alle partijen te komen tot een goede invulling.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel de vraag niet voor niets. We zien aan de ene kant een verzoek om definitie van basiszorg wat betreft curatieve zorg of de eerstelijnszorg. Aan de andere kant verdwijnen er veel ouderenzorgvoorzieningen. Dagbesteding verdwijnt uit de gemeenten en huishoudelijke verzorging wordt wegbezuinigd. Als een verzorgingshuis in de omgeving wegvalt, is hiervoor niet zomaar een alternatief. Staat de Partij van de Arbeid ervoor open om de ouderenzorg en het netwerk van de ouderenzorg toe te voegen aan die basiszorg? Of moeten we ons dan melden bij de heer Van Rijn en zijn we weer een debat verder?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Een debat verder zijn is nooit goed. Mevrouw Leijten heeft een terecht punt. Mensen moeten de zekerheid krijgen dat zij de zorg, begeleiding en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Hoe organiseren we dat dan? We hebben het in handen gegeven van de zorgverzekeraars door hen een algemene, abstracte zorgplicht op te leggen, maar in de praktijk zien we dat dit niet voldoende is. Een en ander moet nader worden ingevuld, zodat mensen die zekerheden behouden. We moeten echter ook flexibel blijven, zodat samenwerken mogelijk wordt. We moeten niet op de millimeter berekenen waar welke praktijk moet komen. We moeten met elkaar bekijken op welke wijze het zorglandschap ingericht moet worden. We zijn het dus zeer met de SP eens.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik was heel blij met de inbreng van de PvdA. Mevrouw Bouwmeester zei dat ze veel goede voorbeelden in de brief leest. Ze zegt dat het goed is dat die er zijn, maar dat een samenhangend zorgaanbod niet vanzelf tot stand komt. Omdat het een publieke taak is, is er regie van de Minister nodig. Dat was ook mijn pleidooi. Moet de Minister dan niet aan de slag om, naast het definiëren van basiszorg, per regio met een programma van eisen – of geef het een andere naam – te komen? Dan kunnen er afspraken worden gemaakt over de zorg dichtbij waarop mensen in de eigen regio aanspraak kunnen maken. Dit spel wordt overgelaten aan zorgverzekeraars en zorgverleners en ik stel vast dat er gaten vallen. Deelt de Partij van de Arbeid mijn standpunt over het programma van eisen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is altijd goed om te horen dat een collega blij is met de inbreng van de Partij van de Arbeid. Ik kan mevrouw Dik-Faber blij maken, want ze kan zo lid worden van mijn partij. Wat zij zegt, staat precies in ons verkiezingsprogramma. Wij zijn zeer voor regioplannen met als basis algemeen geldende normen voor de inrichting, niet alleen voor spoedzorg, maar ook voor basiszorg en hoogcomplexere zorg. We moeten met elkaar bekijken hoe we dat voor elkaar krijgen. We hebben nu een stelsel waarbij de zorgverzekeraars dat moeten doen. Ik constateer dat dat heel vaak niet lukt; de goede voorbeelden nagelaten. Er is meer sturing nodig. In mijn inbreng vraag ik ook aan de Minister hoe ze dat ziet. Daar kom ik zo op terug. Mevrouw Dik-Faber en ik zijn het dus eens.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik zal geen gebruikmaken van de uitnodiging om lid te worden van de Partij van de Arbeid. Het is goed te constateren dat we hetzelfde bedoelen. Ik ben heel benieuwd naar de reactie van de Minister. Ik hoop uiteraard dat de Minister hierin stappen zet, anders komt het misschien aan op een besluit van de Kamer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mooi die eensgezindheid in de Kamer. Als die normen er zijn, is een volgende stap nodig. Het is nodig dat er meer wordt samengewerkt en dat er regie wordt gevoerd om ervoor te zorgen dat er een toekomstbestendig zorgaanbod in de regio's komt, dat past bij de problemen die aldaar spelen. Ik zei net al dat in Zeeland concurrentie de samenwerking in de weg zit. Daar zijn twee ziekenhuizen, waarvan één het zal overleven. Het ziekenhuis dat de meeste patiënten naar zich toetrekt, overleeft. Er is een ordinare concurrentiestrijd aan de gang. We kunnen dagelijks in de kranten lezen dat mensen elkaar in de haren vliegen en dat de zorgverzekeraar daar nu ook aan meedoet in een poging nog enige regie te voeren. Dat gaat dus niet goed. Graag krijg ik een reactie van de Minister. Om tot een passend zorgaanbod te komen, is regie nodig. We kunnen constateren dat daar waar geen regie is, het niet goed gaat. Neem bijvoorbeeld Zeeland. De Minister ziet dat het niet vanzelf gaat en is naar

Zeeland afgereisd. Ze heeft die mensen om de tafel gezet en heeft tegen hen gezegd dat zij in juni een plan moeten hebben. Dat is een heel belangrijke en goede zet. Het vervelende is alleen dat ze pas deze week zijn begonnen. Dan ligt er in juni nog geen plan. Wat doet de Minister als dit inderdaad het geval is?

Welke lessen kan de Minister uit de situatie in Zeeland trekken ten aanzien van het huidige stelsel en de huidige praktijk? Zet de Minister per regio alle partijen aan tafel en neemt ze de regie over? Wat is dan de status van de netwerkbijeenkomsten in de regio? Wie heeft de regie? Wie heeft doorzettingsmacht? Wat is dan nog de rol van de zorgverzekeraar? Welke prikkels zijn er eigenlijk om te komen tot samenwerking? Welke nieuwe prikkels introduceert de Minister? Welke stimulerende of juist beperkende rol hebben de NZa en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) hierin? Hoe kan worden gestuurd op een tijdig ombuigen van het huidige aanbod tot een toekomstgericht aanbod dat in samenspraak met alle betrokken partijen tot stand komt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mevrouw Bouwmeester zegt behartigenswaardige dingen over wat er moet gebeuren, maar ze stelt vooral veel vragen aan de Minister over wie de regie neemt en hoe dat verder moet. Wat vindt mevrouw Bouwmeester dat er moet gebeuren?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij vinden dat een aantal zaken moet veranderen. In mijn betoog haalde ik drie punten aan. Ten eerste moet er worden samengewerkt. Er moet geen concurrentie maar samenwerking ten behoeve van de patiënt zijn. Ten tweede moet er regie genomen worden. De regiefunctie ligt bij de zorgverzekeraar, maar wij constateren dat die zijn rol niet waar kan maken. Ik vroeg daarom aan de Minister wie de regierol oppakt als de zorgverzekeraar dat niet doet. Doet de Minister dat zelf? Gaat een ander het doen? Wordt het een samenspel? Wat is de rol van de toezichhouders daarin? Ten derde moet er gezamenlijke besluitvorming plaatsvinden over de vraag wat voor zorg er in de regio moet worden geboden. We decentraliseren een heleboel, maar vervolgens wordt er te weinig samengewerkt. De zorgverzekeraar heeft veel macht, omdat die veel geld heeft, maar die ziet de zorg toch een beetje als schadelast. Hierdoor staan de gemeentes, die afhankelijk zijn van de inzet van de zorgverzekeraars, met hun rug tegen de muur. Dat gaat niet goed. Op die drie punten willen wij graag verbetering zien van de Minister.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat had ik al begrepen, want daar ging mevrouw Bouwmeester in haar inbreng uitgebreid op in. Ik vroeg haar echter wat zij zelf vindt. Wat zijn haar eigen antwoorden op haar vragen? Ze vraagt de Minister wie de regie moet nemen. Wat vindt de Partij van de Arbeid daar zelf van?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij hebben in het huidige stelsel bepaald dat de zorgverzekeraar de regie heeft. Wij zijn er heel erg voor dat publieke zorgverzekeraars met publiek geld zich publiek verantwoorden over wat ze doen. Het is heel verleidelijk om een heel debat te voeren over publiek/privaat. Ik constateer echter dat de regierol niet wordt vervuld. De planningsfunctie in de zorg is vacant. De normen op basis waarvan men moet bepalen hoe wordt samengewerkt, ontbreken. De Minister neemt zelf heel goed de regie in Zeeland. Ik vind het fantastisch als de Minister zegt dat zij het in elke regio zo gaat doen, maar dan heb ik er wel een aantal vragen bij. Heeft de Minister dan ook doorzettingsmacht? Hoe doen we het bijvoorbeeld als er een plan ligt waar een aantal mensen het niet mee eens is? Hoe zorgen we voor hoor en wederhoor? Hoe organiseren we dat stelsel? Afhankelijk van de antwoorden van de Minister, moeten we bekijken hoe we het nu en in de toekomst met elkaar gaan doen. Mijn

conclusie is dat het goed is dat de Minister nu ingrijpt in Zeeland, maar dat het voor de toekomst geen robuuste oplossing voor alle krimpregio's is. Daarom stelde ik deze set vragen aan de Minister.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Bouwmeester zegt dat de Minister ingrijpt in Zeeland. Wat heeft de Minister dan concreet gedaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister heeft partijen om tafel gezet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Bouwmeester concludeert ook dat de partijen nu pas zijn gaan praten. Inmiddels is er al een directeur opgestapt. Mevrouw Bouwmeester zegt ook dat het een zootje is. Wat moet de Minister dan verder nog doen? Regie voeren wil zeggen: sturing geven en niet als toeschouwer aan de kant blijven staan. Welke vervolgstap zit er vast aan de regierol van de Minister? Wat vindt mevrouw Bouwmeester daarvan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is de kern. Heel lang is er niet ingegrepen. Heel lang was het uitgangspunt dat de markt het zelf regelde. De Minister zag dat het niet vanzelf ging en ging erheen. Dat is een daadkrachtige stap. Ze zei: huppakee, om de tafel en kom met een plan. Ze beginnen nu aan dat plan. Ik wil van de Minister weten of dat plan in juni klaar is en zo nee, wat dan. Mijn vraag gaat natuurlijk verder dan Zeeland alleen, want dit speelt in veel meer regio's. Dat is niet alleen het geval in krimpregio's, maar ook in andere regio's waar de zorgvraag verandert. We zien dat het niet vanzelf gaat. We zien ook dat de substitutie niet vanzelf gaat. Mijn vraag aan de Minister is daarom of zij die analyse deelt en wat ze gaat doen. Gaat ze zelf overal de mensen aan tafel zetten? Heeft zij dan de regie en doorzettingsmacht? Wat blijft er dan nog over van de rol die de zorgverzekeraar in dit stelsel behoort te hebben? Ik sta open voor alle varianten die ertoe bijdragen dat de zorg weer aansluit bij de vraag van mensen in een regio en dat de mensen voor wie de zorg bedoeld is, zelf weer de zeggenschap krijgen. Het betreft dus de inwoners, lokale politiek en medewerkers in ziekenhuizen. We willen graag dat er vooraf wordt nagedacht over het ombuigen van het aanbod, in plaats van eerst mede te delen dat het ziekenhuis dichtgaat en daarna pas na te denken over de manier waarop men zekerheid geeft aan mensen in de zorgregio. Kortom, er is nog heel veel onduidelijk. Wij hebben daarom een hele lijst vragen aan de Minister.

Mevrouw **Klever** (PVV): Mevrouw Bouwmeester zegt dat de Minister de regie gepakt heeft in Zeeland. Wat is dan dat pakken van de regie? De Minister heeft mensen aan tafel gezet. Vindt mevrouw Bouwmeester dat daadkrachtig? Ziet zij dat dan als de regietaak van de Minister bij de problemen in de rest van Nederland? Of vindt ze dat dat ietsje meer moet zijn?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister heeft uiteindelijk de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat mensen in de regio de zorg, ondersteuning en begeleiding krijgen die ze nodig hebben. Op dit moment gaat het niet om kwaliteit en samenwerking, maar om concurrentie. Dat is niet goed. Daarom vragen we de Minister actie te ondernemen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Wat moet de Minister dan specifiek doen? Welke acties vraagt mevrouw Bouwmeester van de Minister?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vat het graag nog even samen. Wij vragen de Minister allereerst om duidelijke normen voor de inrichting van

het zorglandschap in Nederland. We hebben normen voor de spoedeisende hulp, zoals de 45 minuten norm, maar die gelden niet voor alle basiszorg. Er is een discussie gaande over hoogcomplexiteit zorg. Waar geven we die wel en waar niet? Wat is de ondergrens? Waar moeten mensen redelijkerwijs op kunnen rekenen? Ten tweede moet er worden samengewerkt in plaats van geconcurrerd. Daar moeten prikkels voor komen. Dat lijkt me een heel concrete vraag. Ten derde moet er een regievoerder komen. Dat is nu de Minister. Ik vind het prima als de Minister dat zelf blijft doen in alle regio's. Het lijkt mij onwerkbaar, maar als de Minister zegt dat ze dat naar zich toe wil trekken en de Kamer laat weten op welke wijze de regierol wil invullen, dan vind ik dat fantastisch. Zegt de Minister dat zij dat niet doet, omdat zij een andere rol heeft in het huidige stelsel, dan moet een ander het oppakken. We willen concreet van de Minister horen op welke wijze ze dat regelt. Zorg is er voor de mensen in de regio. Uitgerekend de mensen in de regio, patiënten, verzekerden, inwoners en lokaal bestuur, hebben veel te weinig zeggenschap over de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt. Zij horen te vaak: het ziekenhuis gaat dicht en de groeten. Vervolgens staan ze bij de Tweede Kamer op de stoep. Dat is niet goed. Wij willen dat met die mensen wordt gekeken wat er nodig is, hoe substitutie plaatsvindt en hoe we ervoor kunnen zorgen dat mensen krijgen wat ze nodig hebben. Dat alles moet gebeuren in het licht van de veranderende zorgvraag door vergrijzing, meer zorg aan huis en meer chronisch zieken. Daar moeten we op inspelen en dat kan de zorgverzekeraar niet alleen. Dat moeten we gezamenlijk doen, zeker na de decentralisaties. Wij concluderen dat dat niet goed geregeld is en dat dat wel moet gebeuren. We vragen de Minister hoe ze dat gaat regelen. Alle suggesties ter verbetering zijn van harte welkom.

Ik kom op gezamenlijke besluitvorming. Niet de witte fabriek, oftewel het hoofdkantoor van de zorgverzekeraar, moet besluiten over welke zorg waar komt, maar het aanbod moet in samenspraak met alle partijen in de regio worden vastgesteld, zeker na de decentralisatie. Hoe borgt de Minister betrokken en gedragen besluitvorming over het zorgaanbod in de regio? Kan de Minister nader uitwerken hoe de regierol van de zorgverzekeraar wordt gezien? Hoe verhoudt deze zich tot de zeggenschap van aanbieders en gemeenten die nu meer taken uitvoeren? Welke prikkels zijn er nodig om te komen tot goed overleg, fatsoenlijke onderhandelingen en een gedragen uitkomst? Er is namelijk meer nodig. Er is niet alleen een visie op zorg in de krimpgebieden nodig, maar vooral sturing op samenwerking, regie en samenspraak, zodat de zorg in de regio weer wordt van de mensen die in deze regio wonen, werken en zorg verlenen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. De ziekenhuiszorg in Nederland is van hoog niveau. De toegankelijkheid is goed, de wachttijden zijn meestal laag en de kosten zijn in vergelijking met andere landen niet hoger dan gemiddeld. Daar mogen en moeten wij trots op zijn. Voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg hebben we een heel complex stelsel, waarin getracht wordt heel veel belangen te verenigen. We willen prestatiebekostiging, zodat kwaliteit en snelheid lonen. Tegelijkertijd vinden we het ook van belang dat we de kosten beheersen. Daarnaast zijn we ook nog op zoek naar manieren waarop we niet zozeer de inspanningen, maar de resultaten belonen, zodat behandelingen of misschien zelfs het afzien van behandelingen zo veel mogelijk bijdragen aan de kwaliteit van leven. Het is allemaal heel nobel en het zijn prachtige doelen. Ik sta daar ook achter, maar ze maken het wel heel erg complex, zeker als de wetgever of de toezichthouder tussentijds de spelregels verandert. Dit leidde in 2013 tot grote problemen bij ziekenhuizen om de jaarrekening goedgekeurd te krijgen. Vorige week trokken accountants aan de bel over de grote mate van complexiteit bij de financiën en de verantwoording van ziekenhuizen. Zij zeiden ook dat dat de besturing van ziekenhuizen ingewikkeld maakt.

De VVD heeft oog voor deze zorgen. Het is daarom goed dat vorig jaar de ziekenhuizen, de Nederlandse Zorgautoriteit, verzekeraars en het ministerie gezamenlijk de problemen met betrekking tot de verantwoording van ziekenhuizen aan hebben gepakt en zo veel mogelijk opgelost. Vorige week hebben we in een briefing kunnen horen dat deze aanpak resultaat heeft gehad. Dat is goed nieuws. Het signaal van de accountants laat echter zien dat we kritisch moeten blijven op maatregelen die leiden tot extra regel- en registratiedruk voor ziekenhuizen. We moeten als Kamerleden ook kritisch op onszelf zijn als wij weer nieuwe normen en ideeën naar de ziekenhuizen brengen.

Wat zeker ook helpt is als er uniformiteit komt in de medische richtlijnen en de parameters die daarvoor gebruikt worden. De VVD is daarom zeer gelukkig met de koers die de Minister op dit vlak heeft ingezet in het kader van het actieprogramma Kwaliteit loont.

Het ziekenhuisveld is volop in beweging. Omwille van kwaliteit wordt hoogspecialistische zorg steeds vaker geconcentreerd. De tijd dat ieder ziekenhuis alles deed, verdwijnt langzaam maar zeker. Niet langer het ziekenhuis als instituut, maar de vraag hoe we voor goede zorg zorgen, moet centraal staan. Dat is een verandering die goed is voor de kwaliteit van zorg. Het is ook een verandering die in krimpgebieden tot ingewikkelde vraagstukken kan leiden, zeker als het zorgaanbod al dun is. Ik zie op dat gebied heel mooie ontwikkelingen. Ik noemde net al een voorbeeld uit Groningen, waar onder de regie van de verzekeraar die daar dominant is, een heel nieuw zorgaanbod met heel veel eerstelijnszorg is gekomen. Er is vooral voor gezorgd dat een ziekenhuis dat zelfstandig nauwelijks kon doorgaan, in samenwerking met het UMCG op een nieuwe locatie kan nieuwbouwen. Daarnaast worden er langdurige contracten afgesloten tegen een hoger tarief, zodat de zorg in die regio goed wordt geborgd en de verzekeraar zinvol invulling kan geven aan de zorgplicht.

Mevrouw **Leijten** (SP): Daarbij moet wel verteld worden dat twee andere ziekenhuizen gesloten zijn, waardoor bijvoorbeeld de werkgelegenheid in Winschoten en Delfzijl een behoorlijke knauw heeft gekregen. We weten nog niet wat de gevolgen zijn voor de andere eerstelijnszorg in de regio. We hebben nog onvoldoende op het netvlies wat de gevolgen zijn van het concentreren van ziekenhuizen. KPMG uitte dit jaar wel zijn zorgen over de kleine ziekenhuizen. Als klein fuseert met groot, is dat vaak een overname, ook al noem je dat een fusie. Daardoor komen de toegankelijkheid en de bereikbaarheid juist in krimpgebieden in gevaar. Wat vindt de VVD daarvan? Vindt de heer Rutte dat zorgelijk of ziet hij het als een autonoom proces van de markt waar we geen bemoeienis mee hebben?

De heer **Rutte** (VVD): Als mevrouw Leijten naar mij zou luisteren, had zij vast gehoord dat ik vind dat concentratie van zorg doorgaans goed is om de kwaliteit te borgen als het hoogspecialistische zorg betreft. In krimpgebieden moeten we wellicht andere afwegingen maken, omdat het zorgaanbod daar al dun is. Ik ben dus voor concentratie daar waar het nog kan om de kwaliteit te borgen. Ik heb liever dat er in een regio, bijvoorbeeld mijn eigen provincie, twee heel goede ziekenhuizen overeind blijven dan dat er vier zijn waarvan we de kwaliteit niet kunnen borgen. Het is zoeken naar een andere balans. Daarom is het ook erg belangrijk dat een verzekeraar zijn zorgplicht lokaal en regionaal op maat invult. Ik gaf net een voorbeeld waarin dat heel goed gebeurd is. Ik zal straks nog een ander voorbeeld geven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is heel interessant om bij de regio Groningen te blijven. In de stad zijn twee ziekenhuizen en in Ommeland waren er een aantal. Die waren belangrijk voor de werkgelegenheid en de eerstelijnszorg. De ziekenhuizen in Ommeland gaan echter dicht en die in de stad niet. Het is een interessante discussie. De VVD geeft echter wel een

opening doordat men zich zorgen maakt over het wegvallen van ziekenhuiszorg in krimpgebieden. Wat is dan het alternatief? Een en ander gebeurt wel in hoog tempo. Waar klein wordt overgenomen door groot, verdwijnt klein. Dat weten we allemaal. Hoe zorgen we ervoor dat ziekenhuiszorg goed bereikbaar blijft voor mensen die in een krimpregio wonen?

De heer **Rutte** (VVD): Dat is een prachtige open vraag die wij ons allemaal stellen. Als het aan mevrouw Leijten ligt, programmeren we meer vanuit de overheid en bepalen wij de norm. Dan bepalen we het aanbod en zetten we ziekenhuizen neer. Ik was anderhalve week geleden in Zweden. Daar doet men dat. Daar heeft elke provincie een eigen ziekenhuis, ook in heel dunbevolkte gebieden, maar de kwaliteit is daar heel matig. Hoogspecialistische zorg is onvoldoende geconcentreerd aanwezig voor mensen die die zorg nodig hebben. Ook heel interessant met al die overheidsbemoeienis is dat mensen wachten tot ze een ons wegen. We kunnen ziekenhuizen als een instituut zien, zoals de SP wil. Dat wil ik echter niet, want het gaat mij om de zorg. We moeten specifiek per regio bekijken wat er nodig is. Hoe vinden we een goede balans tussen een krimpende bevolking en een goede kwaliteit van de zorg? Ik gaf het voorbeeld van Groningen, het andere voorbeeld zal ik zo geven in mijn spreektekst.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Goede voorbeelden zijn altijd goed. Het risico van een debat is dat je in je eigen gelijk blijft hangen. Voor of tegen zorgverzekeraars, voor of tegen marktwerking. We hebben het goede voorbeeld uit Groningen, maar we hebben het zeer verdrietige voorbeeld uit Zeeland. Wat moet er gebeuren om de boel daar uit het slop te trekken?

De heer **Rutte** (VVD): Ik loop met deze beantwoording vooruit op de rest van mijn spreektekst. De verzekeraar heeft zorgplicht en moet daaraan invulling geven. Ik gaf het voorbeeld van Groningen. Daar gebeurt dat. In Friesland zie je dat ook gebeuren. Zorgverzekeraar De Friesland is druk bezig om te komen tot een herschikking van het zorgaanbod. Het idee is dat niet in ieder ziekenhuis in Friesland alles gedaan moet worden. Afstanden zijn te overzien. Er moet een balans gevonden worden tussen wat basis is en wat gespecialiseerd kan. Ook in de regio Friesland is sprake van een regionale verzekeraar die het heel goed doet. Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat dat soort voorbeelden een inspiratie moet zijn voor Zeeland. Als de dominante verzekeraar in Zeeland het onvoldoende doet, dan wordt het tijd dat de NZa de boel onder druk zet. Wellicht kan de Minister de boel een zetje geven.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Goede voorbeelden zijn mooi. De afgelopen jaren is er echter in Zeeland niet ingegrepen. De boel zit daar verschrikkelijk klem. Daarom grijpt de Minister nu in. We horen straks van haar of ze dat overal gaat doen of dat het eenmalig is. Het gaat allemaal niet vanzelf. De heer Rutte wijst steeds op de zorgplicht, maar de zorgplicht zorgt er niet voor dat het zorgaanbod wordt omgebouwd tot een meer passend aanbod. Het is een rekensom: hoe rendabel is het zorgaanbod? Twee ziekenhuizen in Zeeland vechten elkaar de tent uit en vanwege de krimpende bevolking blijft uiteindelijk één van beide over. Daar wordt helemaal niet samengewerkt. De zorgverzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht, maar het komt de kwaliteit niet ten goede. Het is een bedreiging van de kwaliteit. Wat is de reactie van de VVD op deze ordinaire prijzenslag?

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Bouwmeester heeft het over ordinaire prijzenslagen. Dat zijn grote woorden. In Zeeland moet er echter wel wat

gebeuren. Dat kan weleens leiden tot een oplossing die mevrouw Bouwmeester helemaal niet leuk vindt. Je zou bijvoorbeeld ook kunnen zeggen dat één ziekenhuis voldoende is. Ik weet niet of dat zo is, maar dat zou kunnen. In Zeeland is sprake van een specifieke situatie vanwege andersoortige reisafstanden, waardoor je nooit tot een optimale keuze kunt komen tussen aanbod en kwaliteit. Het is zoeken naar wat passend is. Het idee dat het overal slecht gaat, klopt niet. Ik heb al twee voorbeelden gegeven van provincies waarin het heel goed gaat. Ik ben het ermee eens dat Zeeland specifieke aandacht behoeft, maar ik ben er niet van overtuigd dat het zoveel beter wordt als de overheid dit allemaal plant en regelt. Ik zie in het buitenland alleen maar voorbeelden waarbij het dan niet beter gaat. Daar krijg ik geen warm gevoel van. In Zweden wordt de ziekenhuiszorg met overheidssturing vormgegeven, maar naar mijn mening moeten we dat niet navolgen. Dat is geen goed voorbeeld: de kwaliteit is minder en de wachttijden zijn lang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik blijf een beetje hangen bij de laatste woorden van de heer Rutte. Overheidssturing is niet iets dat ik direct omarm, maar ik heb wel behoefte aan regie; regie van de Minister. De heer Rutte schetst ook de situatie in Zeeland waarbij zaken nog niet goed gaan. Hij zegt dat de Minister de boel daar wellicht een zetje moet geven. Ik denk dat het goed is als de Minister dat doet. Ik ben de laatste tijd veel op werkbezoek geweest in de regio's en ik hoor vanuit de ziekenhuizen dat bijvoorbeeld niet duidelijk gedefinieerd is wat basiszorg is en dat zorgverzekeraars daardoor ook niet weten wat ze moeten inkopen. Is het dan niet verstandig als de Minister hier duidelijkheid over geeft en toch een stuk regie pakt?

De heer **Rutte** (VVD): Ik wil liever dat de Minister de voorbeelden distribueert van de krimpregio's waar het wel goed gaat. Met die voorbeelden kan ze laten zien hoe het ook kan. De norm, de zorgplicht, die mede door de NZa wordt ingevuld, is wel degelijk leidend en kan wel degelijk richting geven aan een adequaat zorgaanbod in krimpregio's. Laat de goede voorbeelden leidend zijn. Laten we ervoor oppassen om hier vanaf de tekentafel te bepalen hoe zorg eruit moet zien. Dat lijkt me niet verstandig, ondanks alle goede bedoelingen. Ook met goede bedoelingen kun je onverstandige dingen doen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Tekentafelwijsheid is ook niet zo mijn ding. Ik vind het jammer dat de VVD-woordvoerder mij met mijn woorden in een hoek plaatst waarin ik mezelf niet graag zie. We hebben meerdere regio's in dit land en die regio's zijn verschillend. Zorgverzekeraars moeten echter wel zorg inkopen. Dat gebeurt onvoldoende, omdat niemand de regie heeft en de definitie van basiszorg niet duidelijk is. Mensen weten niet op welke zorg ze recht hebben. Zorgverzekeraars weten niet welke zorg ingekocht moet worden. Dat met goede voorbeelden aan elkaar breien? Dat gaat het ook niet worden. Heeft de Minister hierin niet toch een rol?

De heer **Rutte** (VVD): De rol die ik zie voor de Minister, heb ik net genoemd. De Minister kan de goede voorbeelden intensief distribueren. De Minister kan partijen ook aan tafel zetten, zoals mevrouw Bouwmeester zei. We moeten er echter voor waken om vanuit Den Haag de normen te bepalen. Die rol hebben we neergelegd bij partijen als de NZa en de zorgplicht ligt bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft een plicht. Het is geen gunst. Hij heeft de plicht om adequate zorg voor zijn klanten te regelen. Als hij daaraan niet voldoet, dan verzaakt hij aan alle kanten. Dat kan niet en dan moet de NZa ingrijpen. Ik wil de verantwoordelijkheid daar houden waar die gevoeld wordt. Volgens mij gaat het in Zeeland om CZ. CZ zal moeten bewegen om een adequaat zorgaanbod in

de krimpregio Zeeland te realiseren. Dat is een ingewikkelde puzzel. Daar moeten we niet gemakkelijk over denken. Het moet echter wel gebeuren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is ook niet gemakkelijk. De opgave in de regio's is enorm. Veel van deze regio's vergrijzen, het aantal mensen met een chronische aandoening neemt in de komende jaren met 8 miljoen toe en de ziekenhuiszorg verandert. We zijn het er allemaal over eens dat ziekenhuiszorg goed en snel toegankelijk moet zijn, ook in de krimpregio's. Wat gebeurt er als de partijen van de regiotafel er niet met elkaar uitkomen?

De heer **Rutte** (VVD): In de politiek is les één om nooit «wat, als»-vragen te beantwoorden. Zo flauw wil ik me er echter niet van afmaken, want ik snap wel welke zorg hierachter schuilgaat. Ik deel met mevrouw Bruins Slot dat je toegang moet hebben tot adequate zorg van een fatsoenlijke kwaliteit, waar je ook woont in Nederland. Ik constateer dat het in vele krimpregio's heel goed gaat, het proces zonder overheidsregie werkt en er een passend aanbod kan komen. Ik vind dat belangrijk, want dat kan dus binnen het huidige stelsel met de huidige verantwoordelijkheden. Daar waar het niet gebeurt, is er extra aandacht nodig. Ik vind het heel ingewikkeld om precies te pinpointen wat de Minister moet doen om dit in gang te zetten. De Minister moet als stelselverantwoordelijke het proces heel goed in de gaten houden, zodat niet gebeurt wat mevrouw Bruins Slot hier schetst, namelijk dat we straks allemaal naar elkaar kijken en dat er helemaal niets is gebeurd. Dat deel ik met haar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het plan voor Zeeland dat eraan komt, is al het derde plan. Men is al jaren bezig en komt er niet uit. Dan moet er geduwd worden. De heer Rutte haalt een heel belangrijk begrip aan, namelijk «stelselverantwoordelijkheid». De voorliggende vraag is hoe we de stelselverantwoordelijkheid van de Minister invullen. Hoe ziet de Minister deze? Hoe zorgen we ervoor dat er goede zorg in de regio komt?

De heer **Rutte** (VVD): De stelselverantwoordelijkheid reikt in ieder geval zo ver dat de Minister er uiteindelijk voor verantwoordelijk is dat ook mensen in Zeeland toegang hebben tot goede zorg op een bereisbare afstand. Daaraan gaat echter een andere verantwoordelijkheid vooraf, namelijk die van alle partijen in het veld en dan met name de zorgverzekeraar. Op het moment dat de stelselverantwoordelijke, een soort last resort in ons zorgstelsel, aan de voorkant meestuurt, gaan alle andere partijen op hun handen zitten. De VVD wil het andersom. De VVD wil dat de Minister zo lang mogelijk op haar handen blijft zitten en dat de verantwoordelijkheid daar wordt gevoeld waar die primair ligt, bij de verzekeraar, zodat die verzekeraar handelt en zijn zorgplicht invult. Als het uiteindelijk helemaal niet lukt – in andere regio's is het overigens heel goed gelukt – zal de Minister haar verantwoordelijkheid moeten nemen. Wellicht kan ze voor die tijd de partijen een beetje in de goede richting duwen.

Wat de zorg in krimpregio's betreft, wil ik hier nog één punt aanreiken: de financiële positie van ziekenhuizen. Er is iets gezegd over de beschikbaarheidsbijdragen, maar ik wil het hebben over het feit dat banken steeds minder bereid zijn om ziekenhuizen te financieren waardoor de kapitaalpositie van ziekenhuizen dreigt te verslappen. We hebben daar al vaker over gesproken. Inmiddels hebben we in de Tweede Kamer een wet aangenomen, de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg. Daarbij is sprake van een hiccup. Hoever zitten we in dat proces? Deze wet is essentieel bij het borgen van de financiële positie van ziekenhuizen. Kunnen we toch tegemoet zien dat deze wet door de Eerste Kamer komt?

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Financiële problemen van ziekenhuizen in krimpgebieden moeten zo snel mogelijk opgelost worden. De zorgvraag is nu eenmaal niet evenredig verdeeld over Nederland. Zonder aanvullende steun redden de ziekenhuizen in krimpregio's het niet. De PVV-fractie pleit daarom opnieuw voor het zo snel mogelijk toekennen en uitbetalen van de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp en natuurlijk met terugwerkende kracht. De Minister heeft dit weliswaar toegezegd, maar hoe snel gaat dit gebeuren? Moeten alle ziekenhuizen opnieuw getoetst worden? Hoe lang gaat dit duren? Er zijn ziekenhuizen die niet veel langer meer kunnen wachten. Graag krijg ik duidelijkheid hierover.

Ik wil ingaan op het Zeeuwse Admiraal De Ruyter Ziekenhuis dat in zware financiële problemen zit. Door toenemende concurrentie gaan privéklinieken er met de rendabele zorg vandoor en blijft het ziekenhuis achter met de duurdere, onrendabele zorg. Het ziekenhuis heeft daarbij te maken met een prijsplafond, dat de ACM bij de fusie in 2010 heeft opgelegd. Daardoor is het niet mogelijk om de prijzen te verhogen. Naar de mening van de PVV had die fusie overigens verboden moeten worden. Nu blijkt de beschermende maatregel van de ACM funest te worden voor dit ziekenhuis. Opgelegde volumennormen, een slechte infrastructuur en een vergrijzende bevolking met meerdere complexe chronische aandoeningen duwen het ziekenhuis verder de afgrond in. Dit voorbeeld geeft toch duidelijk aan dat er maatwerk moet komen voor krimpregio's en dat de regels moeten worden versoepeld om te voorkomen dat het zorgaanbod verschaalt en mogelijk zelfs verdwijnt? Zorgaanbieders moeten indien nodig hogere prijzen kunnen berekenen en voor standaardoperaties, als knie- en heupoperaties, moeten geen volumennormen opgelegd worden. Is 80% van alle operaties niet standaard en laagcomplex? Zijn volumennormen daarop dan wel van toepassing? Hoe kan de Minister voor meer maatwerk zorgen?

De NZa laat voor het eerst kritische geluiden horen ten aanzien van fusies. Vorig jaar vonden de meeste fusies en overnames sinds 2008 plaats. Deze fusiegolf was voorzien en er is voor gewaarschuwd. Hoeveel waarschuwingen heeft de Minister nog nodig om in te zien dat fusies niet in het voordeel van de patiënt zijn? Fusies leiden tot prijsstijgingen, beperken de concurrentie en dragen niet bij aan de kwaliteit van zorg. Het fusietoezicht heeft de afgelopen jaren aan alle kanten gefaald. Wat doet de Minister hieraan?

Over toezicht gesproken ... Recentelijk konden we in de media lezen dat zorgverzekeraar CZ zich de rol van toezichthouder heeft aangemeten en eist dat de bestuurder van het eerder genoemde Admiraal De Ruyter Ziekenhuis opstapt. Wat vindt de Minister daarvan? Dat is toch ongehoord! Niet dat een bestuurder moet opstappen, maar dat een zorgverzekeraar daarmee dreigt. Welk ziekenhuis durft zich straks nog hard op te stellen in de onderhandelingen met een zorgverzekeraar? Graag krijg ik een reactie van de Minister.

Ik kom op de kwestie van de jaarrekeningen bij de ziekenhuizen. Kostbare aanvullende onderzoeken moesten duidelijkheid geven over de besteding van het zorggeld. Vooral de juristen, de accountants en de financiële experts lijken daarvan te profiteren. Ondanks hun duurbetaalde extra controles is de financiële chaos nog steeds niet ten einde. Waar blijven de concrete plannen om de financiering eenvoudiger en inzichtelijker te maken? Het factureren van een behandeling is inmiddels zo complex geworden dat Nederland, op Amerika na, de hoogste overheadkosten heeft. Een jaar geleden verbaasde het me al dat het niet mogelijk is om na afloop van een behandeling gewoon een factuur te produceren. Is dit inmiddels wel mogelijk, zodat bijvoorbeeld buitenlandse patiënten contant kunnen afrekenen bij het ziekenhuis na een behandeling?

De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) pleit voor meer regie door de Minister. De PVV vindt dit een goed idee. De Minister

zou bijvoorbeeld één uniforme registratie- en verantwoordingsset kunnen vaststellen die ziekenhuizen moeten aanleveren aan het ministerie, de NZa, de zorgverzekeraars, noem maar op. Dat zou een hoop onnodige administratieve lasten en tijd schelen. Neemt de Minister deze aanbeveling en de andere aanbevelingen van de NBA over? Zo nee, waarom niet?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Goede, bereikbare en toegankelijke zorg moet voor iedereen beschikbaar zijn, waar in Nederland je ook woont en wat voor hulp je ook nodig hebt. Het krimpplan van de Minister moet daartoe dienen, want we weten dat bewoners van gebieden met minder voorzieningen gemiddeld ook minder toegang hebben. Het gaat dan niet alleen over de zorg. De bussen vallen weg en de winkels, pinautomaten en het postkantoor verdwijnen. Er wordt in dit huis veel over krimp gepraat, maar hoe zit het met de regie?

De SP heeft in andere debatten gepleit voor een leefbaarheidsfonds voor regio's dat ze zelf kunnen invullen. Dat is dus breder dan zorg, maar we zouden dit voor zorg ook graag zien. Wat vindt de Minister daarvan?

De Minister heeft een aantal zaken in haar brief geschreven over een mogelijk slechtere bereikbaarheid van zorg in krimpregio's. Vele vragen blijven nog onbeantwoord. De meeste collega's hebben daar al op gewezen. Wat is precies basiszorg? Hoe bereikbaar moet die zijn? Hoort de ouderenzorg daar ook niet bij? Mensen moeten langer thuis wonen; juist in een krimpregio moet dat vaak. Is er wel voldoende thuiszorg beschikbaar als mensen niet naar het verzorgingshuis kunnen omdat dat gesloten is? Zijn er voldoende voorzieningen over om het leefbaar te houden?

De Minister heeft het gehad over de prestatiekrimp voor huisartsen, terwijl we weten dat er een huisartsentekort dreigt en in sommige regio's al is. Huisartsenzorg heeft ze ondergebracht in het zogenoemde segment 3. We kennen allemaal de discussie over de inkoop van huisartsenzorg. Het schijnt dat zorgverzekeraars niet zo veel inkopen in dat segment, of in ieder geval strikte regels hanteren. Hoe zit dat precies? Wordt daar al op ingekocht? Wordt daar ook extra op ingezet? Is het niet beter dat een huisarts in een krimpregio, die een kleinere praktijk heeft, meer tijd krijgt, omdat hij langere reisafstanden heeft? Moeten we niet iets doen aan de praktijknormering?

In krimpregio's is sprake van een groter aandeel ouderen. Relatief is dat zeker het geval. Deze ouderen moeten langer thuis wonen en hebben de huisarts nodig. Ik zei het net al: wat doen we als er geen of onvoldoende thuiszorg is? Hoort die eigenlijk niet bij basiszorg?

Als een ziekenhuis in de regio omvalt of verdwijnt, verdwijnt ook de eerstelijnszorg. Fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten trekken dan weg. Wat is het gevolg als een ziekenhuis wegvalt in de regio? Niet alleen de SP waarschuwt hier al tijden voor en vraagt om regie. Ook KPMG heeft dit jaar het signaal afgegeven dat het verdwijnen van kleine ziekenhuizen, bijvoorbeeld door overname door grotere ziekenhuizen, een groot probleem vormt voor krimpregio's. Is de Minister daarom inmiddels niet veranderd van het «ja, tenzij»-principe voor fusies, naar het «nee, mits»-principe? Is dat niet veel beter? Verliezen we niet al voldoende ziekenhuizen door fusies?

De huisartsen doen de oproep om de mededinging voor de zorg overboord te gooien. Ze willen samenwerken en dat kan niet. Juist in krimpregio's, maar ook daarbuiten, willen ze de samenwerking niet gefnuikt zien. Is de Minister bereid hiernaar te kijken?

Voor goede en toegankelijke zorg is het belangrijk dat mensen niet te lang op de wachtlijst staan. Het was deze Minister die in verkiezingstijd iedere keer waarschuwde voor de zorgplannen van de SP. Die zouden er immers toe leiden dat de wachtlijsten terugkwamen. Dat zou de bijl zetten aan de wortels van de solidariteit. Tot zover zijn de Minister en de SP het eens.

Maar wat blijkt nu, de gemiddelde wachttijd is over het afgelopen jaar toegenomen. De wachttijden bij ziekenhuizen stijgen. Wat is de verklaring van de Minister daarvoor? Neemt in dunbevolkte gebieden en de grensgebieden door concentratie en vermindering van ziekenhuizen de reistijd juist niet toe? Worden de Treeknormen niet af en toe overschreden? Is de Minister bereid om toe te geven dat het tegenovergestelde gebeurt van wat zij voorspelde in 2012? Wat doet ze hieraan? Tijdens de begrotingsbehandeling zeiden we dat de zorg vastloopt omdat we er niet meer over gaan. We zijn de zeggenschap verloren over iets wat van ons allemaal is: de zorg. Dat komt omdat de zorgverzekeraars over de planning gaan. Zij organiseren een bureaucratie in ziekenhuizen waar iedereen gek van wordt. Eén op de vijf euro's gaat niet naar zorg, maar naar formulieren. Jaarcontracten worden niet meer goedgekeurd door zorgverzekeraars. De overschrijdingen bij de ziekenhuizen liggen nog steeds op de plank en moeten nog teruggehaald worden. Ziet de Minister in dat het op dit moment niet vooruit maar achteruit gaat? De VVD wees net op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zou het niet goed zijn als de Minister formuleert wat die zorgplicht inhoudt, wat basiszorg is en wat de absolute normen zijn waaraan de zorgverzekeraars zich moeten houden? Is de Minister dan ook bereid om processen te voeren tegen zorgverzekeraars die zich niet aan hun zorgplicht houden? Dat dat niet gebeurt, is evident.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Leijten snijdt terecht het punt van de basiszorg aan. Dat punt haalde ik net ook aan. Wat is basiszorg, welke normen gelden daarvoor en hoe zorgen we ervoor dat die normen in de regio enigszins flexibel zijn? Mevrouw Leijten en ik vinden elkaar op dat punt. Mevrouw Leijten vraagt de Minister terecht naar de zorgplicht. Er is een document van 50 pagina's over de zorgplicht. Als we dat naar de Kamer krijgen, biedt het echter nog steeds geen oplossing voor het voorliggende vraagstuk. Kan ik concluderen dat dat niet is wat mevrouw Leijten bedoelt met haar vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben het in het systeem officieel goed geregeld. Eén partij heeft de zorgplicht en dat is de zorgverzekeraar. Als die het niet goed doet, dan kun je als verzekerde stemmen met je voeten. Wat die zorgplicht precies inhoudt en waar je precies recht op hebt, heeft niemand voldoende gedefinieerd. De patiënt is dan het haasje. Ik wil de zorgplicht breed definiëren. Wat is basiszorg? Welke zorg moet dichtbij? Ik wil ook over de grenzen van de Zorgverzekeringswet heen kijken, omdat ook het wegvallen van een verzorgingshuis leidt tot verschraling in een dorp of een gemeenschap. Hoe vang je dat op? Ik wil niet dezelfde fout maken als bij de ggz. Daar hebben we gezegd dat we bedden moeten afbouwen, maar de ambulante zorg wordt niet opgebouwd. Daar schuren dingen wel degelijk. De Minister heeft ook erkend dat er in verschillende regio's dingen schuren. Dan zitten we met de gebakken peren, omdat we geen nieuwe schoenen hebben maar de oude wel hebben weggegooid.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Met dit antwoord ben ik het helemaal eens.

De heer **Rutte** (VVD): Over ideologie zullen de SP en de VVD het nooit eens worden, maar we kunnen wellicht naar de feiten kijken. De SP vindt dat wij met elkaar weer meer zeggenschap moeten hebben over de zorg. De zorg mag niet van de verzekeraars zijn, maar de politiek moet daarover gaan. Kan mevrouw Leijten twee landen noemen waar dat wel zo is en waar dan de zorg veel beter is dan in Nederland? Ik krijg graag feiten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zeker in Scandinavië is er erg goede zorg. De VVD-woordvoerder zei dat er in Zweden besloten is om overal een

basisziekenhuis te hebben. In Zweden wordt ook geconcentreerd. Ik ben ook nooit tegen concentratie geweest. Dat moet in Nederland ook gebeuren. Ik ben echter wel voor de beschikbaarheid van zorg. De National Health Service (NHS) levert ook zorg van goede kwaliteit. De heer Rutte zegt altijd dat dit niet zo is, maar vraag het de Britse bevolking maar eens. Die loopt ermee weg. Er is bijna geen politieke partij die dat durft aan te pakken. Ook in onze zorg kunnen we met een vergrootglas kijken naar de sterftecijfers. Op dat punt is geen verbetering te zien. Ook zijn de kwaliteitcijfers niet uitwisselbaar. Wij moeten de principiële discussie aangaan over de vraag van wie de zorg is. Ik zeg dat die van ons allemaal is en dan moeten we publieke sturing hebben. Uiteindelijk hebben we heel erg goede zorgverleners in ons land en als we die aan het roer zetten, dan is de kwaliteit op orde.

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben blij dat mevrouw Leijten de situatie in Zweden en de NHS noemt. Dat zijn precies twee voorbeelden van situaties waarbij de samenwerking in ziekenhuizen buitengewoon treurig is en de wachttijden buitengewoon lang. Dat zijn de feiten. Mensen zeggen dat ze ervan houden, omdat ze enorm veranderingsschuw zijn met betrekking tot de zorg. Je weet wat je hebt, laten we vooral niets veranderen. De feiten spreken dat enorm tegen. Het is publiek, maar het is ook vele malen slechter dan in Nederland. De patiënt is de dupe van de ideeën van de SP.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik kan de bal terugkaatsen. De VVD heeft een systeem georganiseerd waarmee de zorg goedkoper, beter en transparanter moet worden. Goedkoper is het niet geworden. De zorgkosten zijn bijna verdubbeld. Het is al helemaal niet transparanter geworden, want er kan geen jaarrekening worden goedgekeurd. We weten nog helemaal niet wat de kwaliteit is. Die wordt niet beter door een bepaald financieringsstelsel, maar door goed opgeleide artsen en samenwerking in de zorg. Dat laatste wordt juist door de marktwerking overboord gegooid; zie ook het pleidooi van de huisartsen vandaag. Wij willen toe naar publieke zorgverlening door professionals die niet op de huid worden gezeten door zorgverzekeraars.

Mevrouw Pia **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het rommelt in het zorgland-schap. Huisartsen protesteren, ziekenhuizen kampen met financiële problemen en eerstelijnscentra vrezen voor hun voortbestaan. Uit recent onderzoek blijkt dat 50% tot 80% van de eerstelijnszorggroepen en gezondheidscentra zich zorgen maakt over hun voortbestaan. Dat zijn de centra die we juist zo hard nodig hebben, omdat die in de krimpregio's zo belangrijk zijn. Mijn fractie vindt het een heel zorgwekkend geluid en hoopt dat de Minister hierover in gesprek gaat met zorgverzekeraars en betrokken partijen. Ik krijg graag een reactie.

Daarnaast proberen diverse eerstelijnscentra samen te werken. Überhaupt gaat het bij de eerste lijn om samenwerking en het mogelijk maken van maatwerk. Dat hebben we vanmiddag bij de LHV weer gehoord. De Minister zegt ook steeds dat samenwerking cruciaal is voor de juiste zorg aan patiënten. Hoe ziet zij die samenwerking voor zich? Hoe moet die vorm krijgen?

Wie de brief van de Minister over de krimpregio's leest, denkt dat het een mooie brief is. Alles wat erin staat is waar. Maar wat gaan we doen met alle mooie voorbeelden? Ik mis in de brief hoe die in de praktijk vorm krijgen. De Minister somt allerlei maatregelen op, maar welke drie maatregelen vindt zij het belangrijkste? Aan welke knoppen gaat ze draaien om die te realiseren?

Zoals altijd blijft financiering de bottleneck. De experimenten waarbij medisch-specialisten in anderhalvelijnscentra werken, hebben financiering nodig. Een multidisciplinair overleg met specialisten uit verschillende ziekenhuizen, zo belangrijk in de krimpregio's, is nu niet mogelijk

binnen de bestaande diagnose-behandelcombinaties (dbc's). We zijn allemaal op zoek naar maatwerk, maar daar moet wel ruimte voor geboden worden. Hoe maakt de Minister dat maatwerk in de krimpregio's mogelijk?

De Minister neemt maatregelen om regiomaatschappen tegen te gaan. Soms spelen regiomaatschappen in krimpregio's een heel belangrijke rol bij het bewaken van de kwaliteit en de bereikbaarheid van bepaalde vormen van zorg. Is de Minister het met D66 eens dat we ook naar de context moeten kijken?

Er zijn nog meer problemen. Het geld raakt op bij ziekenhuizen en prijslijsten van opgeknipte dbc's zijn nog niet af. Er kan dus niet gedeclareerd worden. De brandbrief van de accountants is al genoemd. Ik memoreer die hier ook. De accountants zeggen dat de vele regels in de zorg averechts werken, dat de verantwoordingsketen niet efficiënt genoeg is en dat de regie ontbreekt. De opgeknipte dbc's en bijbehorende problemen zijn hier een goed voorbeeld van en ik deel daarom hun zorgen. Hoe stelt de Minister de uitvoerbaarheid van de zorg voor alle betrokken partijen weer centraal? Wat doet zij eraan om te voorkomen dat ziekenhuizen in onnodige financiële problemen terechtkomen?

Ook de afbouw van capaciteit brengt onder andere in ziekenhuizen nieuwe kosten met zich mee. Zowel van de NVZ als in de technische briefing over de financiële situatie van ziekenhuizen hoorden we dat er nog geen afspraken zijn gemaakt over meerjarencontracten. Hoe ziet de Minister dit voor zich? Is zij bereid bij te springen in de financiering van de afbouw? Anderen noemden de beschikbaarheidsbijdrage al. Die moet voor compensatie zorgen, maar werkt niet door het overmachts criterium dat de NZa hanteert. Het is goed dat de Minister dit schrapt. Ook D66 pleit ervoor dat deze beschikbaarheidsbijdrage snel en met terugwerkende kracht wordt uitgekeerd. Ik hoop dan ook op een positieve reactie van de Minister.

Mevrouw Leijten noemde de wachttijden al. Bij diverse specialismen wordt nog steeds niet voldaan aan de wachttijdnorm, de Treeknorm, van vier weken. In haar brief plaatst de Minister daarbij de kanttekening dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen. Impliceert zij hiermee dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen? Wat vindt zij daarvan? Wat moet er nog op dat punt gebeuren?

Er is een behartigenswaardige notitie van mevrouw Meurs over de regeldruk uitgebracht. Overal hoor je dat bij zorg in de krimpregio's de regeldruk en de administratieve lasten te hoog zijn. De Minister heeft een brief naar de Kamer gestuurd waarin stond dat het aanpakken van regeldruk en administratieve lasten topprioriteit had. Wat is de stand van zaken? Hoe staat het met de uitvoering?

De vergadering wordt van 18.44 uur tot 19.16 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik verontschuldig mevrouw Klever. Zij kan het resterende deel van het debat niet bijwonen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Vorige week was er een bijeenkomst over tien jaar Zorgverzekeringswet. Ab Klink hield een behartigenswaardig verhaal. Ik was er niet bij, maar hij heeft mij zijn verhaal toegestuurd, zodat ik dat kon lezen. Belangrijk in dat verhaal is de pendule, die slingert van de kant van meer overheidsbemoeienis, met allerlei knelpunten die daardoor ontstaan, zoals problemen met budgetten en wachtlijsten, naar de andere kant, waarbij het niet helemaal gaat zoals wij het eigenlijk willen. Ik haal uit dat verhaal dat we het kind niet met het badwater moeten weggooiden. We moeten ervoor zorgen dat we niet teruggaan naar de vorige situatie om vervolgens diezelfde knelpunten weer tegen te komen.

Daarbij is het belangrijk om feit en fictie te scheiden. De overheadkosten zijn bijvoorbeeld aanzienlijk, maar een stuk lager dan onder de Ziekenfondswet. De kosten zijn gestegen. Dat klopt. Gemiddeld betaalt iemand met een modaal tot hoger inkomen € 500 meer aan ziektekostenpremie. Minima betalen echter € 75 minder aan ziektekostenpremie dan onder de Ziekenfondswet, terwijl er sprake is van een stijgende zorgvraag en wij een uitgebreid pakket bieden. Dat bedrag is inclusief het eigen risico. Daar mogen we best trots op zijn. Als we dat over een periode van tien jaar bekijken, is dat geen verkeerd resultaat wat betreft de betaalbaarheid en dus de bereikbaarheid van zorg. Als we de rekening opmaken, steken we ook kwalitatief niet slecht af.

Gaat het dan helemaal goed? Is alles prima geregeld en is het systeem af? Zeker niet. Er zijn zeker aanpassingen nodig. Wij hebben daar programma's voor in gang gezet. Een belangrijk programma in dat kader is Kwaliteit loont. Dat is nodig, want de samenleving verandert drastisch. We vergrijzen en we krijgen veel meer te maken met chronisch ziekten, 8 miljoen in 2030, die vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben. Dat wordt een enorme uitdaging. Tegelijkertijd ontwikkelt de technologie zich razendsnel en die biedt ons enorme nieuwe kansen en mogelijkheden om juist in de krimpregio's een aantal zaken op te lossen. Die nieuwe ontwikkelingen zullen echter weer nieuwe bedreigingen geven.

Vanmiddag heb ik een nota in ontvangst genomen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, waarin veel voorstellen staan die een groot draagvlak hebben en snel kunnen worden ingevoerd. Ook hierbij wil ik het kind niet met het badwater weggooien. Ik wil bekijken waar we welke vrijheidsgraden moeten houden, zodat aanbieders snel kunnen inspelen op de vraag en dus maatwerk kunnen leveren.

Vaak kunnen wij een hoop rompslomp en gedoe wegnemen. Het verminderen van administratieve lasten heeft dan ook prioriteit. Ik heb dat inderdaad aangekondigd en voor de zomer kom ik met een pakket aan maatregelen. Het is echter weerbarstig. Een jaar geleden kwam de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) bij mij en zei dat we een plan moesten maken om administratieve lasten tegen te gaan. Zij zei dat we daarin drastisch moesten zijn. Toen heb ik haar al gezegd dat dat zou kunnen betekenen dat wij bepaalde voorstellen doen waarbij ze denkt: je kunt alles afschaffen, maar die regels niet. Dat hebben we gedurende dat jaar in de praktijk ook zien gebeuren. We halen de bezem er doorheen en dan zeggen andere partijen dat we die regels niet moeten afschaffen. Ik heb wel de ambitie om op dit punt stappen te zetten. Het standaardiseren speelt daarbij een belangrijke rol. Wij vragen van de zorgaanbieders om te standaardiseren. Daar waar het kan moeten ze hun zorgaanbod transparant en vergelijkbaar met dat van anderen maken. Dat mogen we dan ook van de zorgverzekeraars vragen. We kunnen de zorgverzekeraars bijvoorbeeld vragen waarom ze niet met één formulier werken, maar met hun eigen formulier met hun eigen vragen. Als we het aanbod standaardiseren, scheelt dat een hoop gedoe voor de professionals. We vragen het graag ook aan de zorgverzekeraars, want dat scheelt een hoop gedoe voor de professionals.

Wat de ziekenhuiszorg betreft hebben we een aantal heel moeilijke jaren achter de rug. We hebben een transitie van dbc's naar DOT (dbc's Op weg naar Transparantie) doorgemaakt. We wilden echter niet dat ziekenhuizen zouden omvallen door een verandering van het systeem. Daarom hebben we een transitieplan opgesteld. Dat heeft ontzettend veel inspanning gekost. Mijn complimenten voor iedereen die er zijn schouders onder heeft gezet om die fase door te komen. We zijn die fase door en bevinden ons nu in de nieuwe fase. We moeten leerpunten halen uit dat proces, ook voor de Nederlandse Zorgautoriteit. Als de Nederlandse Zorgautoriteit open normen maakt, heeft dat als voordeel dat je flexibel bent en meer maatwerk kunt leveren. De schaduwzijde hebben we overigens tijdens de transitie al meegemaakt. Men wil toch de zekerheid hebben dat iets

goedgekeurd wordt, vervolgens worden de open normen achteraf ingevuld en moet iedereen zich daar met terugwerkende kracht op aanpassen. Het uitdrukkelijke verzoek is om rust op het vlak van de financiering te krijgen. Rust mag echter geen roest worden. Als we bijvoorbeeld constateren dat wij de afrekening erg laat krijgen, waardoor het moeilijk is de kosten van de ziekenhuiszorg bij te sturen, dan is een verkorting van de dbc's noodzakelijk om zo een versnelling aan te brengen. Waarschijnlijk wordt niet iedereen blij van die wijziging, maar die is wel nodig als we daadwerkelijk versneld inzicht willen krijgen. Het is geen geheim dat ik kritisch ben over fusies tussen ziekenhuizen de afgelopen periode. De afgelopen vijf tot tien jaar zijn veel fusies tot stand gekomen waarvan je je kunt afvragen waardoor die zijn ingegeven. Daarom hebben we een fusietoets vastgesteld en vind ik dat het toezicht versterkt moet worden. In het kader van Kwaliteit loont het om daarvoor naar de Kamer gestuurd te worden. Die omvatten meer dan meer doen onder de huidige regelgeving. Ik sluit niet uit dat wij ook de regelgeving moeten aanscherpen. Dat kunnen we naar twee kanten doen. Aan de ene kant kunnen we de regelgeving aanscherpen richting de ziekenhuizen, waarbij het toezicht misschien meer instrumenten moet krijgen om daadwerkelijk te kunnen verhinderen dat er gefuseerd wordt. Aan de andere kant kunnen we naar de regelgeving kijken. We hebben de bagatelbepalingen voor de beroepsbeoefenaren. Je kunt je afvragen of dat reëel is, zeker als je ziet hoe het er in de tweede lijn aan toegaat. Daar kijken wij zeer kritisch naar, conform wat ik heb beloofd in het traject Kwaliteit loont.

Een belangrijk onderwerp vandaag is de krimp. Binnen ons stelsel is de zorgplicht van de verzekeraar cruciaal, zeker in gebieden van krimp. In gebieden met veel aanbod heeft de zorgverzekeraar immers een andere rol dan in de krimpgebieden. De zorgplicht is een belangrijke wettelijke borging, ook voor afstemming.

Mevrouw Dijkstra vroeg wat voor mij de belangrijkste maatregelen uit de brief zijn. Voor mij is de eerste belangrijke maatregel de beschikbaarheidsbijdrage. De NZa heeft vorig jaar aangegeven alleen een beschikbaarheidsbijdrage uit te keren wanneer er sprake is van overmacht. In het huidige systeem heeft de NZa de ruimte om dat vast te stellen. Omdat ik het daarmee niet eens was, heb ik de NZa op 18 september 2014 om een nadere toelichting gevraagd. De NZa heeft lang gedaan over de beantwoording en heeft zelfs uitstel gevraagd. Op 3 maart kwam de NZa met de toelichting op het beleid en de risico's die daaraan vastzitten. Naar aanleiding van dat advies heb ik op 6 maart een brief aan de Kamer geschreven. Mijn besluit in die brief wijkt af van het advies van de NZa. Dat heb ik gedaan, omdat ik de beschikbaarheidsbijdrage een belangrijk instrument voor krimpgebieden vind. Wij hebben direct een AMvB gemaakt. Die is 28 april naar de Tweede Kamer en de Eerste Kamer gestuurd in het kader van de voorhang. Vervolgens ben ik afhankelijk van de Kamers. Als de Kamers mij laten weten akkoord te zijn met de voorhang, kan ik morgen een aanwijzing geven aan de NZa. Ik moet echter wachten tot beide Kamers mij die positieve reactie geven. Een reces telt niet mee in de voorhang. Daardoor loopt de voorhangprocedure pas 10 juni af. Ik moet wachten totdat de Kamers mij expliciet aangeven dat ik voort kan gaan en de NZa een aanwijzing kan geven of ik moet wachten tot 10 juni.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een punt van orde. De Tweede Kamer heeft die voorhang niet gestuit.

Minister **Schippers**: Nee, maar daar heeft de Kamer tot 10 juni de tijd voor. Zo hebben we het afgesproken. Als ik voor 10 juni iets doe, kan de Kamer mij verwijten dat ik de Kamer onvoldoende ruimte heb gegeven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In de procedurevergadering is de voorhang niet gestuit. Die is voor kennisgeving aangenomen. De Minister had al verder kunnen gaan, juist vanwege het belang dat de Tweede Kamer hieraan hecht. We hadden graag die brief gezien bij de brief van de Minister van begin maart. We hebben daar nog twee maanden op moeten wachten. Dat is een verkeerde voorstelling van zaken wat de Tweede Kamer betreft. Ik heb geen zicht op de Eerste Kamer.

Minister **Schippers**: Is het een verkeerde voorstelling van zaken? Ik ga het liefst zo snel mogelijk door met mijn eigen plannen. De Kamer heeft deze brief geagendeerd voor dit algemeen overleg. Vooruitlopend daarop kan ik geen aanwijzing geven. Ik heb ook toestemming van de Eerste Kamer nodig en die termijn loopt 10 juni af. Hoe eerder ik daarmee verder kan, hoe beter. Ik ben zeer bereid om de NZa de aanwijzing te geven om dit zo snel mogelijk uit te voeren. De brief is zelfs al geschreven.

De regeling met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage geldt met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013. Iedereen kan uitrekenen welke ziekenhuizen in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Dat zijn er acht. Vooruitlopend op het besluit kennen de zorgverzekeraars al financiering toe. Zij weten dat zij daar met terugwerkende kracht voor gecompenseerd worden. Bij een aantal ziekenhuizen die in de bijdragen van de leden werd genoemd, wordt daarop al geanticipeerd.

De NZa gaat over de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. We hebben het zo geregeld dat ik het besluit neem en dat de NZa bepaalt wie de bijdrage krijgt en wie niet door middel van een individuele gevalbehandeling. De NZa bepaalt ook de hoogte van de bijdrage. Het betreft waarschijnlijk acht gevoelige ziekenhuizen. Uiteindelijk bepaalt de NZa dus aan welke ziekenhuizen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 de beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend.

De tweede maatregel uit de brief die ik heel belangrijk vind, is het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg waarin een prestatie voor krimp wordt gerealiseerd. Er is mij gevraagd of het juist is dat dat nog niet is ingekocht. Dat klopt, dat moet in de volgende ronde nog ingekocht worden. In de volgende ronde kan in het nieuwe bekostigingsmodel in segment 3 specifiek zorg worden ingekocht voor krimpregio's.

Een derde belangrijke maatregel is de monitoring, omdat we daarmee kunnen zien of er regio's uit de pas lopen. We kunnen zien of er regio's zijn waarbij de zorg echt achterblijft en waar iedereen aan de bak moet om die achterstand in te halen. De commissie-Kaljouw heeft voorwerk gedaan met haar commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen en heeft een scherpe analyse gemaakt van wat er nodig is. Het aanbod moet niet ons uitgangspunt zijn, maar de vraag welke zorg er nodig is. Die commissie heeft aangegeven welke zorg er nodig is voor krimpregio's. Ik ben zelf bij een sessie in Friesland geweest, waarbij mevrouw Kaljouw schetste welke zorg er in Friesland nodig is, zodat de zorgaanbieders nu al kunnen anticiperen op de situatie zoals wij die voor 2030 voor ons zien. Die situatie is er natuurlijk niet in één keer. We groeien langzaam naar de situatie van 2030 toe. De analyse is ongelooflijk belangrijk materiaal, aan de hand waarvan een regio zelf kan bepalen hoe het met de zorg in zijn regio gesteld is en wat er nodig is. Dan is het nodig dat de zorgaanbieders en de zorgverzekeraar rond de tafel gaan zitten zodat ze met elkaar kunnen bepalen wat er moet gebeuren.

De vierde maatregel die ik wil aanhalen, is de experimenteerruimte. Ik ben naar Sionsberg geweest. Het faillissement was heel treurig en we hadden dat graag anders gezien. We zien echter dat er een enorm veel nieuwe energie is ontstaan nu men in de fase van opbouw zit. De Sionsberg zat in een negatieve spiraal waarbij de normen en de financiering steeds maar net werden behaald en het steeds slechter ging. Nu is men weer aan het opbouwen. Huisartsen en verpleegkundigen hebben het voortouw

genomen met in hun hoofd wat er nodig is, met name op het vlak van chronische zorg. Het is erg belangrijk dat wij experimenteerruimte bieden voor nieuwe, innovatieve zorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb naar de prestatiekrimp gevraagd. Ik meen een brief te hebben gezien waarin de Minister de NZa laat weten dat het met terugwerkende kracht ingekocht zou worden, maar dat heb ik dan verkeerd begrepen. Als we dat in segment 3 doen, zit het dan in het juiste segment? We hebben veel discussie gehad over de tarieven en de eisen. Moeten we het niet in segment 1 doen onder bepaalde voorwaarden, zodat het tot de reguliere budgettering behoort voor huisartsen in een krimpgebied? Dan voorkomen we dat we volgend jaar weer de discussie hebben over de inkoop van de huisartsenzorg in segment 3.

Minister **Schippers**: Het financieringssysteem is in overleg met de huisartsen gemaakt. We hebben daarbij afgesproken dat regionaal maatwerk onder segment 3 valt. In Amsterdam heeft men wat anders nodig dan in Friesland. Speciaal daarvoor hebben we segment 3 in het leven geroepen. We kunnen dat een expliciete prestatie maken, zodat het ook in de gemaakte afspraken aan de orde komt omdat het al op het lijstje staat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij is het dan toch een fremdkörper, want als je regionale afspraken wilt maken omdat er een bepaalde zorgbehoefte is, dan hoort dat onder de reguliere vergoedingen te vallen. Dan kan de norm van praktijken in bepaalde krimpgebieden bijvoorbeeld verlaagd worden. Segment 3 is het ondernemende segment, waarin een zorgverzekeraar moet onderhandelen over de prijsstelling. Als de zorgverzekeraar er anders over denkt, hoort het niet meer tot de reguliere financiering. Ik snap dat de Minister nu misschien niet kan zeggen dat ze dit onderwerp onderbrengt in segment 1, maar kan ze daar eens goed naar kijken? Ik geef de Minister op een briefje dat als het in segment 3 blijft, we volgend jaar heel veel discussies hebben over de nieuwe contractering. Dan zeggen we allemaal dat het een goed bedoeld element is om extra financiering te krijgen voor huisartsenpraktijken in regio's die problemen hebben. Dan is het echter niet ingekocht of het is zo ingekocht dat het bijna niet te verantwoorden is. Ik vraag de Minister toch nader te kijken naar de mogelijkheid dit onder te brengen in segment 1.

Minister **Schippers**: We hebben bestuurlijk overleg met verzekeraars en huisartsen. We hebben gesproken over krimp, maar bijvoorbeeld ook over het meekijkconsult. Dat kan in krimpgebieden ook ontzettend belangrijk zijn, omdat de zorg daar ver weg kan zijn. Voor zorg die bepaalde bevolkingsgroepen heel vaak vragen, kan een huisarts specialisten uit de tweede lijn laten meekijken in de eerste lijn. Als wij in de krimpgebieden ervaring hebben opgedaan, dan kan het in het reguliere segment 1 komen. Wij hebben dat met het spiraaltje gezien. Dat heeft overigens tot zeer veel onrust geleid onder de huisartsen. Die hadden het liever in segment 3 gehouden, want dan werden ze er apart voor betaald. Het is echter zo afgesproken dat als bepaalde zorg regulier wordt, het dan onder het abonnementstarief valt en dat je dan weer nieuwe dingen, die aparte aandacht vragen, in segment 3 kunt doen.

Mevrouw Pia **Dijkstra** (D66): Dat was ook mijn vraag. De Minister omschrijft de situatie in Friesland als voorbeeld van hoe je het moet doen in een krimpregio. De Minister zegt dat het allemaal in het eerstelijnstarief in segment 3 moet. Als echter de medisch specialist van het ziekenhuis bijvoorbeeld consulten geeft in een anderhalvelijnscentrum, is daar geen dbc voor. Hetzelfde geldt voor een multidisciplinaire samenwerking tussen specialisten uit verschillende ziekenhuizen. Juist in een krimpregio

kan dat verdeeld zijn. Daar zijn geen financieringsvormen voor. Ik ben op zoek naar de praktische antwoorden. Je kunt het in theorie heel mooi regelen. Ik zei al dat het een mooie brief is van de Minister met mooie voorbeelden, maar het zijn allemaal proeftuinen en experimenten. Hoe zorgen we ervoor dat dit geborgd wordt voor de toekomst?

Minister **Schippers**: Daar hebben we het meekijkconsult voor gemaakt. Dat is de nieuwe financieringsvorm. Dat gebeurt in Limburg op grote schaal. Het is geen theoretisch iets. Wij hebben er juist geen dbc voor gemaakt, omdat we dan het dbc-systeem blijven houden, terwijl we een makkelijk toegankelijk en snel te financieren consultering willen. Het meekijkconsult bestaat niet alleen in experimentele vorm. In gebieden waar het zeer gewenst en nodig is, wordt er al massaal gebruik van gemaakt.

Mevrouw Pia **Dijkstra** (D66): Het is goed om te horen dat het daar kennelijk werkt. Ik heb het idee dat het in Friesland lang niet zo goed loopt. Mensen hebben moeite om uit hun territorium te komen en hun kennis te delen met anderen. Hoe los je dat op? Hoe ziet de Minister dat voor zich? Wie heeft daar dan het laatste woord over?

Minister **Schippers**: Er is een verschil tussen het meekijkconsult en de substitutie naar de eerste lijn. Mevrouw Dijkstra zegt dat het in Friesland moeilijk van de grond komt. Ik heb de huisartsen daarover gesproken. Zij zeggen dat ze een bepaalde handeling uit het ziekenhuis wel naar de eerste lijn willen brengen. In het ziekenhuis zeggen ze dat ze niet precies kunnen vaststellen wat voor dbc-onderdeel dat is, kortom, hoeveel geld er mee gemoeid is. De zorgverzekeraar zegt vervolgens dat de financiering moeilijk over te hevelen is. Als mevrouw Dijkstra dat voorbeeld bedoelt, dan herken ik dat. Daar zitten wij bovenop in het kader van de substitutie. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het substitutieverhaal niet een papieren verhaal blijft maar daadwerkelijk van de grond komt? Daarover heb ik een vergadering gehad met de voorzitter van de LHV. Ik heb toen gevraagd mij voorbeelden aan te reiken, omdat wij dan kunnen bekijken hoe we er een zetje aan kunnen geven met de substitutiemonitor. Die komt nu eindelijk van de grond met al zijn gebreken, want het is heel complex. Dat is echter anders dan bij het meekijkconsult. Er zijn helemaal niet zulke negatieve ervaringen met het meekijkconsult gemeld. Met mevrouw Dijkstra maak ik me meer zorgen over de substitutie. Ik wil dat een en ander sneller gaat en van grotere omvang is. Er zijn echter veel domeindiscussies.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als een van de maatregelen voor gerichte acties in krimpregio's noemde de Minister het monitoren van de zorg, zodat duidelijk wordt welke zorg achterblijft bij wat nodig is. Welke norm geldt voor «achterblijven»? Welke norm hanteert zij bij «wat nodig is»? Wie stelt vast wat nodig is? De Minister noemde net de commissie-Kaljouw. Heeft die ook doorzettingsmacht? Kunnen mensen bij die commissie klagen als ze het er niet mee eens zijn? Wat houdt die monitoring precies in?

Minister **Schippers**: In de monitor kunnen we zien wat er daadwerkelijk gebeurt. Daarin zijn verschillen tussen regio's te zien. Wij hebben helaas geen landelijke blauwdruk van wat er in welke mate waar wordt geleverd. Ons systeem gaat ervan uit dat de vraag en de behoefte tussen de gebieden ontzettend verschilt, bijvoorbeeld omdat de bevolking ontzettend verschilt. In een Vinex-wijk met jonge gezinnen zijn totaal andere dingen nodig dan in een krimpregio in een vergrijsd dorp. Wij hebben die blauwdruk nooit gehad. Wij hebben een systeem waarin wij zeggen wat goede zorg is en waaraan de zorg moet voldoen. Dat wordt door het veld in veldprotocollen en richtlijnen vastgesteld. Die worden

vervolgens bij het Zorginstituut Nederland (ZIN) ingeschreven. Op basis daarvan moeten zorgverzekeraars inkopen. De inspectie controleert op basis van de normen die de sector zelf heeft opgesteld.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dank de Minister voor haar antwoord, maar het is geen antwoord op mijn vraag. De Minister zegt dat zij monitort welke zorg achterblijft bij wat nodig is. Hoe bepaalt de Minister wat nodig is? Wat is «achterblijven»? Wanneer wordt er ingegrepen? Als de Minister niet kan zeggen welke normen gelden, dan weten we ook niet wanneer het toezicht moet ingrijpen. Is dat misschien de reden dat het allemaal zo lang duurt in Zeeland?

Minister **Schippers**: Wij hebben het stuk van NIVEL naar de Tweede Kamer gestuurd. In de NIVEL-monitor zie je heel duidelijk wat er feitelijk aan zorg wordt gebruikt in een bepaalde regio en wat de geschatte zorgvraag is op basis van de populatie. Daarbij kijk je naar populatiekenmerken. Op basis daarvan stel je op het te verwachten gebruik vast. Vervolgens zie je het verschil tussen het geschatte en het feitelijke gebruik. Dat kan positief of negatief zijn. Als er een verschil is, kun je een regio vragen hoe dat komt.

Bij de Sionsberg in Dokkum is de onzekere situatie omgezet naar iets heel positiefs. Mensen hebben de handen in elkaar geslagen. Lokale artsen en verpleegkundigen werken weer samen. Innovatie zoals e-health, beeldbellen en telemonitoring helpt mensen om thuis zorg te krijgen, waardoor ze langer zelfstandig zijn. Er is een transmuraal centrum opgericht, zes anderhalvelijnscentra met huisartsenbedden en de complexe zorg is geconcentreerd. De verzekeraar heeft de leiding genomen en dat was cruciaal. Het is ook de rol van de verzekeraar om in de benen te komen als de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt of als zaken zich op een ongewenste manier ontwikkelen in de regio.

In Zeeland zijn ontwikkelingen gaande die erop duiden dat de organisatie van de zorg in Zeeland niet conform de wensen van de inwoners is. Patiëntenstromen verleggen zich naar ziekenhuizen in Gent, Rotterdam en andere plaatsen. De zorgvraag is er wel, maar mensen mijden het lokale ziekenhuis, omdat ze blijkbaar onvoldoende vertrouwen hebben. Ik heb Zeeland bezocht en ik heb daar met alle partijen gesproken over de toekomst van de zorg in Zeeland. Ik heb met hen afgesproken dat er binnen drie maanden een plan voor de toekomst van de Zeeuwse zorg komt. Het is niet waar dat we pas vorige week van start zijn gegaan. Er is een commissie ingesteld die daarmee van start is gegaan. Voor de commissie is een onafhankelijk voorzitter gezocht, die met de gedeputeerde van de provincie en CZ aan dat plan werkt. Er zijn allerlei bijeenkomsten gepland. Op 30 mei is er een bijeenkomst met 150 verzekerden en op 3 juni met aanbieders. Begin juli organiseer ik een vervolgbijeenkomst en dan zullen we het dan voorliggende plan bespreken. We bekijken of er belemmeringen bij mij liggen, waardoor bepaalde oplossingen niet mogelijk zijn, of dat er andere belemmeringen zijn. We zullen bekijken of er restjes opgeruimd moeten worden. Als dat nodig is, dan doen we dat. Dit doet niets af van de zorgplicht die in dit geval CZ heeft voor de verzekerden in die krimpregio.

Ik heb in de krimpbrief aangegeven dat als er behoefte is aan extra stimulators om zaken van de grond te krijgen, ik de rol van katalysator heel graag speel. Dit hebben we aan alle regio's aangeboden. Veel regio's zijn heel tevreden zijn over de manier waarop het gaat en zeggen dat er dingen van de grond komen. Dan is het niet aan mij om, niet systeemconform, van alles te organiseren. Ik doe dat als ik denk dat zaken niet goed lopen. Zo'n monitor kan daarbij enorm helpen. Als je daarin ziet dat dingen afwijken, kun je als systeemverantwoordelijke vragen of iedereen zijn rol wel goed oppakt. Ik had twijfels over de snelheid en de kordaatheid waarmee de partijen in Zeeland hun rol oppakten. Daarom

ben ik naar Zeeland gegaan. Ik heb iedereen een spiegel voorgehouden met betrekking tot ieders eigen verantwoordelijkheid. Het is nodig dat men in Zeeland een en ander in een versneld tempo afwerkt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind het zeer goed dat de Minister heeft ingegrepen in Zeeland. Het is zeer belangrijk dat mensen om de tafel zijn gezet. Dat past ook bij het uitgangspunt van dit kabinet «van systemen naar mensen». Ik schrik wel als de Minister zegt dat het niet systeemconform is als zij ingrijpt. Dan gaat het toch weer om het systeem, het stelsel, de financiering en alle techniek die daaromheen hangt. Als dit kabinet het meent dat het van systemen naar mensen wil, dan wordt niet achteraf ingegrepen op basis van een NIVEL-onderzoek als er al te weinig zorg wordt geleverd. Dan wordt er gestuurd op het ombouwen van de zorg aan de voorkant. Dat betekent dat we nu al moeten kijken naar wat er over tien jaar nodig is en de inspraak regelen. Hoe ziet de Minister dat?

Minister **Schippers**: Die verantwoordelijkheid ligt voor een deel bij mij. Daarom heb ik de commissie-Kaljouw gevraagd om de vraag in 2030 in kaart te brengen. Dat moeten we stimuleren. We moeten van de grond krijgen dat er niet alleen gedacht wordt aan morgen, maar ook aan overmorgen. Die commissie heeft een waardevol document opgeleverd, waaruit blijkt dat de zorgvraag enorm gaat veranderen. Het zorgaanbod moet dus ook ontzettend veranderen. Een enorme procentuele groei van dementie heeft voor de zorgpraktijk een minder grote impact dan een enorme vraag ten aanzien van het bewegingsapparaat van mensen. We moeten niet wachten tot dingen vastlopen en dan voor enorm radicale oplossingen moeten kiezen. Tijdig beginnen is een belangrijke systeemverantwoordelijkheid. Vervolgens moet een regio dat oppakken. Ik ga op bezoek bij de regio's om te bekijken hoe dat in de praktijk gaat en hoe het zit met de taakverdeling. Als regio's dat goed doen, moet ik niet treden in de wettelijke bevoegdheden die wij toegekend hebben aan die partijen. Ik moet dus ook niet een deel van die wettelijke bevoegdheid van die partijen afnemen en naar de overheid trekken. Als ik constateer dat het goed gaat en iedereen zijn rol oppakt conform de wet en de regels, dan ben ik daar blij mee. Als in bepaalde regio's mensen hun rol niet goed oppakken, dan ben ik nodig om de mensen daar een zetje te geven zodat ze dat wel doen, zoals ik dat gedaan heb in Zeeland.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben het zeer met de Minister eens dat de commissie-Kaljouw een waardevol document heeft opgeleverd. Het is heel duidelijk wat er straks nodig is en dat ook het zorgaanbod moet veranderen. Daar is geen nader onderzoek voor nodig. Veranderingen in het zorgveld gaan echter niet automatisch. Het aanbod en de financiële belangen van mensen werkzaam in de zorg gaan vaak boven het belang van de patiënt. De zorgverzekeraars nemen de regierol niet. Sterker nog, sommige zorgverzekeraars zeggen openlijk in de krant dat ze die niet meer nemen omdat ze het niet kunnen. Wie neemt dan de regie als de Minister het ook niet doet? Wachten we totdat het te laat is en grijpt de Minister dan achteraf in bij elke casus? Dat is niet gewenst, maar dan doet zij in elk geval achteraf iets. Of zorgt de Minister dat met name de zorgverzekeraars die in de krant zeiden dat ze hun regierol helemaal niet nemen, bij haar langskomen voor een goed gesprek zodat haar intentie ook de praktijk wordt? Haar intentie om samen te werken aan een veranderend zorgaanbod op basis van de vraag is namelijk heel goed.

Minister **Schippers**: Ik herken die schets van de praktijk niet. Tijdens mijn rondgang langs de regio's zag ik dat veel partijen hun rol wel oppakken. Er is een enorme transformatie in de zorg gaande, waarbij er juist zorg verschuift naar de eerste lijn en er in de wijken sprake is van opbouw van zorg. Natuurlijk gaat dat niet altijd meteen goed, maar met de sociale

wijkteams wordt er daadwerkelijk geprobeerd om een ander soort zorg neer te zetten. De wijkteams wachten hierbij niet totdat mensen achter de voordeur vandaan komen en al helemaal down the drain zijn gegaan, maar ze signaleren juist tijdig de mensen die zorg nodig hebben. Dat kan doordat wij een ander beleid hebben richting deze zwakkere groep. In veel regio's gaat de omslag hartstikke snel. Er wordt veel gebruikge maakt van nieuwe mogelijkheden, zoals het meekijkconsult. In de ene regio gaat die ontwikkeling heel hard. In de andere regio zijn weer veel inlooppraktijken, eerstelijnscentra en bedden bij eerstelijnscentra gekomen. Er gebeurt van alles. Ik deel die analyse dus niet. Ik deel wel de analyse dat sommige regio's achterblijven. Als je dat constateert, moet je die regio een zetje geven of ingrijpen. Er kunnen ook zaken beter. Als je de casussen van het faillissement van bijvoorbeeld het ziekenhuis in Dokkum en het Ruwaard van Putten Ziekenhuis naast elkaar zet, zie je dat het bij het ene ziekenhuis veel beter gaat dan bij het andere. Van de zomer hebben we een gesprekkenreeks over de vraag wat er heeft plaatsgevonden en wat we daaruit kunnen leren voor de toekomst. Het is belangrijk dat we daaruit lessen trekken. Het beeld dat het in alle krimpregio's en anticipeergebieden in Nederland niet goed gaat, deel ik niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is inderdaad de discussie. Is het glas halfvol of halfleeg? Laten we ervoor zorgen dat we dat glas wat voller krijgen. De Minister maakte een aantal interessante opmerkingen over haar stelselverantwoordelijkheid. Ze zegt dat ze ingrijpt op het moment dat zaken niet goed lopen. Welke criteria heeft de Minister om te concluderen dat er zaken niet goed lopen?

Minister **Schippers**: Ik grijp niet in bij iedere zaak die niet goed loopt, want in het stelsel hebben we geregeld dat de verantwoordelijkheid primair bij de veldpartijen ligt. Het antwoord op de vraag wie er aan zet is, is afhankelijk van wat er niet goed loopt. We kregen aanhoudende signalen dat de zorgverzekeraar in Zeeland zijn regierol onvoldoende oppakt. We kregen signalen dat de ziekenhuizen niet samenwerken. Niet heel Zeeland is een krimpregio, maar alleen Zeeuws-Vlaanderen; daar hebben we een ziekenhuis in de problemen. Ook mensen uit de rest van Zeeland mijden echter één specifiek ziekenhuis. Daardoor raakt de regio in een negatieve spiraal en moet ik ingrijpen. Ik heb er geen specifieke maatlat voor, omdat een en ander afhangt van de specifieke situatie in de regio. In Zeeland heb ik gemeend iedereen rond de tafel te moeten zetten. In Friesland heeft de verzekeraar dat met de zorgaanbieders zelf tot stand gebracht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Saxenburgh Groep in Hardenberg is een goed voorbeeld van goede samenwerking tussen diverse ziekenhuizen, waarbij ook de zorgverzekeraar actief betrokken is. De Minister zegt dat ze heeft ingegrepen in de regio Zeeland, omdat ze aanhoudende signalen kreeg dat de zorgverzekeraar onvoldoende zijn regierol oppakt. Welke criteria gelden er dan voor het oppakken van de regierol? Op basis waarvan bepaalt de Minister dat er niet aan voldaan wordt en dat zij moet ingrijpen?

Minister **Schippers**: Als in een krimpregio met een vergrijzende bevolking het zorggebruik afneemt, er lagere volumes zijn dan elders in het land en de bevolking niet naar de eigen regioziekenhuizen gaat, maar die juist mijdt, dan zijn dat belangrijke signalen. Op basis daarvan concludeer ik dat er sprake is van een negatieve spiraal. Dat was bij Zeeland zichtbaar in de cijfers. Er was geen dialoog tussen de zorgverzekeraar, de aanbieders en de bevolking. Het is namelijk niet alleen een dialoog tussen aanbieders en verzekeraars, maar ook een dialoog met de

bevolking. De bevolking stemt met de voeten. Die bevolking moet gehoord worden. We moeten de inwoners vragen welke aspecten voor hen belangrijk zijn. Dat proces is nu in Zeeland in gang gezet. Iedereen kan zijn visie geven en men kan in gesprek gaan over de vraag hoe het verder moet met de Zeeuwse zorg.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik zit er nog even op te broeden. Ik vertelde al dat ik een aantal werkbezoeken heb afgelegd in de regio. Tijdens die werkbezoeken hoorde ik dat niet duidelijk is wat de basiszorg in de regio inhoudt. Het is ook voor de zorgverzekeraar niet duidelijk. Het rapport van NIVEL heb ik nog niet van kaft tot kaft gelezen, omdat het vandaag pas is toegestuurd. Daarin zijn de verschillen tussen zorgvraag en zorggebruik inzichtelijk gemaakt. Er is ook een rapport van de commissie-Kaljouw over de situatie in 2030. Wat dat betreft is het een visionair rapport. Kan de Minister terugkomen op de basiszorg? Met alle bestaande goede rapporten worden de mensen nu geconfronteerd met opschaling. Ziekenhuizen fuseren, complexere zorg trekt weg naar de kernziekenhuizen en de eerste lijn wordt meegezogen. Daardoor staat de basiszorg onder druk. Heeft de Minister de instrumenten in handen om te definiëren wat goede basiszorg is? Wanneer grijpt zij in?

Minister **Schippers**: Wij hebben geen definitie van basiszorg. Mevrouw Leijten zei het al. Je kunt er thuiszorg en een verpleeghuis onder rekenen, maar ook fysiotherapie, zeker als je het over het beweegapparaat van mensen hebt. Basiszorg kun je heel breed of juist nauw definiëren. Wij hebben daar geen strakke definities voor. De Kamer heeft het NIVEL-rapport gekregen, waarin staat wat je kunt verwachten aan zorgvraag en wat de feitelijke consumptie is. Het RIVM komt begin juni met een rapport over krimpregio's. We hebben de commissie-Kaljouw gevraagd om niet alleen naar het nu te kijken, zoals NIVEL doet, maar ook te bekijken waar het zorgaanbod zich straks naartoe moet ontwikkelen. Wij kunnen natuurlijk blauwdrukken maken, maar de analyse van de commissie-Kaljouw laat zien dat wij een heel andere zorgvraag krijgen en dat die van regio tot regio verschilt. Als je Friesland naast Rotterdam, Amsterdam en Amstelveen legt, zie je echt verschillen. Er zijn andere pieken in andere tijdsbestekken. In de ene regio komt de piek veel eerder dan in de andere regio. Je kunt een en ander dus niet voor heel Nederland in een blauwdruk vastleggen. Je kunt wel inzichtelijk maken wat je nu hebt, wat je kon verwachten en wat je in de toekomst kunt verwachten aan vraag waarop je moet anticiperen. Wij proberen dat inzicht te krijgen door al deze gegevens goed op een rijtje te zetten. Een regio kan dan zelf zien waar de pieken zitten. De leeftijdsopbouw in de regio's verschilt bijvoorbeeld aanzienlijk.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik ben ook niet zo'n voorstander van blauwdrukken voor de regio's. Als we één blauwdruk maken voor heel Nederland, zal geen enkele regio zich helemaal in de beschrijving kunnen vinden. Er moet op een gegeven moment echter wel een heldere toets zijn voor basiszorg in een specifieke regio. Dan weten mensen op welke zorg ze recht hebben en dan weet de zorgverzekeraar wat hij moet inkopen. De Minister zegt steeds dat ze allemaal rapporten het land in stuurt en dat de regio daarin kan bekijken hoe het precies zit. Waar is de Minister dan in dat hele verhaal? Ik mis de objectieve criteria op basis waarvan de Minister al dan niet ingrijpt, en ik begrijp dat ze dat vaker niet dan wel doet. Ik krijg graag een reactie van de Minister.

Minister **Schippers**: We hebben het systeem opgezet vanuit de gedachte dat de mensen in de praktijk en de verzekeraars die in de betreffende omgeving werken, sneller kunnen anticiperen, sneller maatregelen kunnen nemen en sneller beleid kunnen maken dat specifiek op de lokale

situatie is toegesneden dan de overheid. Als we het systeem niet op deze manier hadden opgezet, hadden we een publiek systeem gehad, waarbij de overheid taken bij zich had gehouden die we nu bij verzekeraars hebben neergelegd. Dat hebben we niet gedaan, omdat wij denken dat het systeem zoals het nu is ingericht sneller en adequater kan. Gezien de situatie is het echt van belang dat inzichtelijk is wat we nu hebben en wat we straks krijgen. De bevolkingsontwikkeling in een krimpregio lijkt soms heel erg op die in een bepaalde stad, maar totaal niet op die in een andere stad. Er zijn ook heel onverwachte uitkomsten, die om maatwerk vragen. In zo'n regio moet je de inkoop anders doen dan in regio's waar de uitkomsten heel anders uitpakken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil verder ingaan op de definitie van basiszorg. Niemand vraagt om een blauwdruk voor iedere regio. Kaljouw wordt vaak genoemd. Die commissie heeft een belangrijke blauwdruk voor 2030 gemaakt, terwijl we de toekomst zo moeilijk kunnen voorspellen, zeker voor de zorg. We hebben gezegd dat je voor acute zorg en acute verloskunde binnen een bepaalde tijd in het ziekenhuis moet kunnen zijn. We hebben normen voor de aanrijtijd bij calamiteiten. Wat is precies basiszorg? Het is belangrijk dat we dat formuleren, omdat we dan ook duidelijker krijgen wat de zorgplicht precies inhoudt en of de zorgverzekeraar daaraan voldoet. Kan de Minister, zonder dat het een blauwdruk wordt, aangeven wat zij zorg vindt die dichtbij geboden moet worden? Is dat ook fysiotherapie of de apotheek? Wat hoort daar precies bij? Als elke regio dat zelf invult, dan komt er geen blauwdruk, maar ook geen duidelijke definitie van zorgplicht. Uiteindelijk zullen er dan regio's zonder voorzieningen zijn.

Minister **Schippers**: Voor acute zaken, zoals acute verloskunde of spoedeisende hulp, hebben wij een bereikbaarheids criterium van 45 minuten. Ik vind het heel belangrijk om daaraan vast te houden, ondanks dat veel heel geleerde mensen zeggen dat het helemaal niet meer nodig is, omdat de ambulance niet meer te vergelijken is met die van vroeger. Ik houd aan dat criterium vast, omdat er een spreiding van uitgaat. Als ik het los zou laten, zou die spreiding vervallen. Mevrouw Leijten noemt als voorbeeld fysiotherapie. Er zijn algemene fysiotherapeuten, maar ook fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn in specifieke behandelingen. In een omgeving met redelijk veel fysiotherapeuten, moet je soms ook verder reizen voor de gespecialiseerde fysiotherapeut. Dat is het hele eieren eten. Daarom is het zo moeilijk om een specifieke definitie te geven. Per specialisme is het al een opgave op zich, want dat bestrijkt een heel breed spectrum, en per specialisme heb je nog verdere specialisaties. Hoe ver je moet reizen, hangt af van wat je nodig hebt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat snap ik wel, maar het is een beetje andersom redeneren. We hebben namelijk altijd specialisatie nodig. Die heb je bij kindergeneeskunde ook nodig en toch vinden we dat kindergeneeskunde basiszorg is in ieder ziekenhuis. Binnen de keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) bestaan specialismen. Toch vinden we dat KNO in ieder ziekenhuis in principe basiszorg is. Dat is ook het geval bij spoedzorg. Niet iedereen wordt bij een calamiteit naar hetzelfde ziekenhuis gebracht. Daar wordt al enorm triage toegepast. Iemand met een hersenbloeding gaat niet naar een streekziekenhuis maar naar een topklinisch ziekenhuis. Binnen bepaalde specialismen is er zowel sprake van basiszorg als van specialisatie. Je kunt zeggen dat bij een specialisatie geen sprake kan zijn van basiszorg, maar ik probeer het andersom te beredeneren. Vinden we dat fysiotherapie in principe bereikbaar moet zijn in de buurt? Heb je iets heel ernstigs aan je knie, dan moet je iets verder weg. Dat geldt nu ook al als het ingewikkelder wordt in het ziekenhuis. Maar wat is de basiszorg? Is dat de apotheek om de hoek? Is dat de fysiotherapie in de buurt? Is dat de

wijkverpleegkundige? Ik vind het belangrijk dat we definiëren wat basiszorg is, omdat we daarmee ook kunnen definiëren of een zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet.

Minister Schippers: Aan de spoedeisende hulp hebben we de 45 minutenorm verbonden. Spoedeisende hulp alleen bestaat niet. Daar zitten specialismen achter. Dat leidt tot een spreiding van medisch-specialistische zorg over het land. Sommige adviezen gaan daar veel verder in. Een daarvan was het advies over de verloskunde. Als ik dat advies had gevolgd, hadden we een groot tekort gehad en was er geen spreiding meer over het land. Ik heb een advies gehad over de spoedeisende hulp, waarin die hulp was doorgespecialiseerd. Als ik dat advies had overgenomen, had ik ingewikkelde dingen moeten doen, bijvoorbeeld met betrekking tot de afhankelijkheid van ambulances. Ik had spoedeisende hulp dan nooit in het huidige netwerk kunnen houden. Ik vind het belangrijk om de spoedeisende hulp met bijbehorend netwerk overeind te houden. We hebben een zorgplicht. In de wet staat dat de zorgverzekeraar op redelijke afstand en binnen redelijke termijn zorg moet leveren. De volgende vraag is: wat is een redelijke afstand en redelijke termijn? Volgens de NZa hangt dat af van de vraag of het gangbare of meer complexe zorg betreft. Bij complexe zorg kan men verwachten dat er meer gereisd moet worden. Het is niet dat er helemaal niets is, want de NZa kan wel degelijk ingrijpen als niet binnen een redelijke afstand de zorg wordt geleverd die je mag verwachten. Het is evident dat dat bij huisartsenzorg anders ligt dan bij een ingewikkelde knieoperatie. Er zijn zelfs verzekeraars die huisartsen in dienst nemen omdat ze anders niet aan de zorgplicht kunnen voldoen.

Het Admiraal De Ruyterziekenhuis heeft het al geruime tijd moeilijk. Zorgverzekeraar CZ is de dominante verzekeraar in Zeeland en is ervoor verantwoordelijk dat de zorg in Zeeland op redelijke termijn en afstand beschikbaar is. CZ is daarmee aan de slag gegaan en heeft ook aangegeven bereid te zijn opnieuw in dat ziekenhuis te investeren. Er moet echter een aantal zaken structureel aangepakt worden om structureel uit de financiële problemen te komen. Zo heeft CZ 10 miljoen extra bevoorschot en zitten CZ, het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis en banken om tafel om de mogelijkheid van een meerjarencontract te bekijken. Dit lijkt me een regio waar een meerjarencontract gemakkelijk mogelijk is, want zo dynamisch is deze regio niet. Zelfs het toerisme is voorspelbaar. De raad van toezicht van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis heeft besloten om bestuurlijke maatregelen te nemen, omdat het bestuur er vooralsnog niet in geslaagd is om het tij te keren. Het nemen van maatregelen ligt bij de raad van toezicht, die verantwoordelijk is voor benoeming, schorsing en ontslag van de individuele leden van de raad van bestuur. Het is ook aan de raad van toezicht om te beslissen over het aanblijven van een bestuurder. De raad van toezicht neemt dat besluit mede op basis van het vertrouwen dat alle betrokkenen hebben in deze bestuurder. Het staat een verzekeraar vrij om zich te uiten over het vertrouwen dat men heeft in een bepaalde bestuurder. Ik sta daar buiten; de raad van toezicht beslist. De raad van toezicht heeft vandaag aangegeven dat de bestuurder per direct haar functie neerlegt. Dat besluit was al in de maak en staat los van de berichtgeving. De trigger voor het neerleggen van deze functie is het onverwachte grote financiële tekort van 8 tot 10 miljoen over 2014. De raad van toezicht heeft de belangrijke verplichting om de bestuurlijke continuïteit te regelen.

Om de kwaliteit van zorg te borgen, moet ook de zorg goed georganiseerd worden. Daarbij horen financiële degelijkheid en een sluitende begroting. Een zorgverzekeraar mag best aangeven wat hij van de organisatie van de zorg vindt, maar het is niet aan hem om te besluiten over de raad van bestuur.

Het prijsplafond dat de ACM heeft opgelegd ten tijde van de fusie van een aantal ziekenhuizen in Zeeland, is voor de verantwoordelijkheid van de ACM. Die heeft daarin een onafhankelijke, los van de politiek staande bevoegdheid. Op 23 mei 2012 heeft het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis een verzoek ingediend tot het afschaffen van dat prijsplafond. Op 23 oktober 2014 heeft ACM besloten dat verzoek af te wijzen.

Wat doe ik aan de starre interpretatie van de volumenormenten waardoor kleinere ziekenhuizen in krimpggebieden bepaalde zorg niet meer kunnen aanbieden? Je moet alle kwaliteitsindicatoren in samenhang bezien. Er moet ook gekeken worden naar de gevolgen van die normen. Ik wijk daar weleens van af. Dat heb ik bijvoorbeeld gedaan bij de landelijke normen voor de verloskundige. Je kunt veel meer bereiken wanneer je samenwerkt. Daarom hecht ik er ook zo aan. Het stimuleren van samenwerking is ook onderdeel van de brief Kwaliteit loont. Tijdens mijn rondgang langs krimpregio's ben ik veel specialisten tegengekomen die in dat kader niet in één maar in meerdere ziekenhuizen opereren, waardoor zij hun volumes hoog houden en voldoen aan de kwaliteitsnormen. Door samen te werken kunnen ze in die gebieden dat soort zorg leveren, terwijl ze zelfstandig de volumenormenten niet zouden halen.

In welke regio's is het nodig dat ik partijen rond de tafel roep? Ik heb bij het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling verschillende malen aangegeven dat ik zeer bereid ben op signalen uit de regio te acteren en in die regio's een faciliterende rol te spelen. Tot nu toe zijn er geen nieuwe regio's die aangegeven hebben daar behoefte aan te hebben. Ik zet de rondgang nog voort en ga bij regio's op bezoek om polshoogte te nemen. Ik heb er nu bij een aantal geweest, maar ik ben er nog lang niet klaar mee. Die rondgang lijkt me een goede extra inzet.

Moet ik meerjarenafspraken verplichten of meer kaders opstellen voor afspraken tussen verzekeraars en aanbieders? Er staat de verzekeraars en de aanbieders niets in de weg om meerjarencontracten af te sluiten. Het komt weleens voor, maar nog erg weinig. Ik kan me voorstellen dat het in gebieden met weinig verandering ontzettend veel administratieve rompslomp en overheadkosten geeft om iedere jaar de afspraken cyclus opnieuw af te lopen. Door meerjarige afspraken kun je langere investeringstermijnen hebben, wat rust en meer commitment creëert. Wij brengen dit bij alle bestuurlijke overleggen actief onder de aandacht. Verschillende verzekeraars zijn daadwerkelijk bezig met meerjarenafspraken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zie het enthousiasme van de Minister als zij spreekt over meerjarencontracten. Ik deel dat helemaal. Als er meer meerjarencontracten afgesloten worden, geeft dat ruimte voor vernieuwing en rust. Bovendien zorgt het voor een verminderde regeldruk. De eerste keer dat we in de Kamer concreet over meerjarencontracten hebben gesproken, was bij de begrotingsbehandeling van 2012. Toen heb ik de Minister een vraag daarover gesteld. Het duurt heel lang voordat de zorgverzekeraars in beweging komen. Wil de Minister dit proces misschien een zetje geven? Kan zij misschien een convenant met de zorgverzekeraars sluiten met betrekking tot het sluiten van de meerjarencontracten?

Minister **Schippers**: Ik zie de voordelen van meerjarencontracten. Ik zie ook de nadelen. Als er alleen maar meerjarencontracten gesloten worden, is er minder ruimte om nieuwe toetreders een kans te geven. Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat er aanleiding is om de voordelen van de meerjarencontracten uit te nutten. Het klopt dat het best lang duurt, maar ik zie nu daadwerkelijk beweging. Ik heb er al verschillende zorgverzekeraars over gesproken. Ik weet ook dat heel grote zorgverzekeraars bezig zijn met meerjarencontracten, onder andere bij de zorg waar je meerjarencontracten verwacht, zoals in de eerste lijn bij huisartsen, maar

ook bij ziekenhuizen wordt er veel meer naar gekeken. Ik houd de vinger aan de pols en ik breng dit onderwerp steeds in bij de gesprekken. Het heeft enige aanlooptijd nodig gehad, maar men is nu veel meer doordrongen van de voordelen van de meerjarencontracten. De Kamer heeft echter ook nadrukkelijk gevraagd om ruimte voor innovatie. Daar moet ook ruimte voor blijven en die moet je dan wel openhouden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die beweging heeft de snelheid van een schildpad. Het lijkt erop dat het wel met de mond beleden wordt, maar dat het in de praktijk niet van de grond komt. Ziet de Minister mogelijkheden om of met de wortel of met de stok te proberen dit proces in een stroomversnelling te krijgen? Meerjarencontracten kunnen namelijk bijdragen aan het oplossen van bepaalde problemen.

Minister **Schippers**: Ik zie die noodzaak niet. Ik verwacht in 2016 veel meer meerjarencontracten. Zorgverzekeraars hebben op een aantal gebieden een wake-upcall gehad. Op congressen is het ook onderwerp van gesprek en uit de inbreng van de zorgverzekeraars daar, kan ik afleiden dat het afsluiten van meerjarencontracten komend jaar daadwerkelijk een veel hogere vlucht neemt. Wat enorm gaat helpen, is dat er rust komt in de bekostiging. Wij hebben verschillende keren de bekostiging drastisch veranderd. Verzekeraars zijn daardoor huiverig voor meerjarige contracten, want daarmee kunnen ze enorm miskleunen. Nu er zicht is op rust in de bekostiging, verwacht ik ook van zorgverzekeraars meer animo voor meerjarencontracten.

Uit de situatie met de Sionsberg hebben we één belangrijke les kunnen leren, namelijk dat betrokkenheid van de bevolking cruciaal is. Als de bevolking überhaupt niet weet dat er een probleem is, staat men totaal niet open voor oplossingen. Men denkt dan helemaal niet aan oplossingen of men heeft geen idee van dat het ook anders kan. Vaak zijn patiënten nog wel op de hoogte van veranderingen, maar ook de betrokkenheid van mensen die niets van doen hebben met de zorg, dat wil zeggen de bewoners, is belangrijk. We moeten hen meenemen in de plannen voor de toekomst en betrekken bij de uitvoering. Daardoor wordt de informatieachterstand ingelopen. We onderzoeken nu methodes om mensen meer te betrekken bij het veranderde zorgaanbod in de regio. Daarbij betrekken we expliciet de lessen die we uit de situatie in Dokkum hebben geleerd. De bevolking daar is ontzettend goed aangehaakt en bereid om ons te vertellen hoe zij dit proces ervaren hebben. Die handschoen heb ik dan ook opgepakt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Betrokkenheid van bewoners, lokale politiek, medewerkers en patiënten vinden wij heel belangrijk. Daarom is het goed om te horen dat de Minister kijkt wat er moet gebeuren om die te verhogen. Daarmee erkent de Minister dat het nu niet goed gaat. Ze werkt echter aan een oplossing en daar kan ik alleen maar waardering voor hebben. Wanneer is die oplossing voorhanden? Wanneer krijgt de Kamer die te zien? Kunnen we er dan wat van vinden of over vragen?

Minister **Schippers**: Soms gaat het goed en soms gaat het niet goed. Het is de kunst om die twee situaties naast elkaar te leggen en te bekijken wat de cruciale factoren zijn in het proces. Die gesprekken vinden deze zomer plaats. Deze zomer maken we de analyse van wat er goed en fout is gegaan. We spreken daarbij de curator van de verschillende ziekenhuizen waar het is misgegaan. Wat was de rol van de bestuurders? We bekijken wat de kansen en risico's van een faillissement zijn. Hoe kan een ziekenhuis naar een faillissement weer duurzaam opgebouwd worden? Hoe kunnen we überhaupt een faillissement voorkomen? Wat zijn de signalen daarvan? De gesprekken en de analyse vinden in de zomer plaats en na de zomer kunnen we onze lessen opschrijven en naar de Kamer

sturen. Ik informeer de Kamer voor de begrotingsbehandeling over wat wij daar opgehaald hebben en welke lessen wij hebben getrokken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een mooie toezegging. Dank daarvoor. Het is heel waardevol wat de Minister gaat doen. Bij een faillissement gaat er van alles mis en dan is het terecht om daar een analyse van te maken. Soms wordt een bepaalde afdeling gesloten. In Stadskanaal bijvoorbeeld wordt opeens een pijnpoli gesloten en zitten allerlei mensen met de handen in het haar, omdat ze niet weten waar ze heen moeten. Dat is jammer voor ze, ze moeten maar ergens anders heen. Er is niks geregeld. De mensen kloppen aan bij het lokale bestuur. Dat weet ook niet wat er aan de hand is. Ze komen bij andere zorgverleners, maar die vechten elkaar soms de tent uit. Hoe zorg je ervoor dat er meer samenhang komt, zodat het weer gaat om het publieke belang? Hoe zorg je ervoor dat er weer wordt gestuurd op kwaliteit, samenwerking met de patiënt en de inwoners, in plaats van te concurreren om de patiënt en de inwoners?

Minister **Schippers**: Er wordt vaak gehandeld in het publieke belang, maar dan men spreekt vaak over het publiek en niet met het publiek. We leggen een aantal casussen naast elkaar die heel erg van elkaar verschillen en die ook qua uitkomsten verschillen. Vervolgens bekijken we wat we daarvan kunnen leren. Waar hebben ze het goed gedaan en waar niet? Ik ben in Dokkum geweest en daar wil men heel graag helpen. Dat wil niet zeggen dat we alleen Dokkum nemen. Mevrouw Bouwmeester zegt terecht dat het niet alleen geldt voor faillissementen, maar dat een bepaalde zorgvorm ook kan verdwijnen, terwijl de organisatie blijft bestaan. We leggen dus een aantal casussen naast elkaar, we praten heel actief met de bevolking en bekijken waar dat goed en waar het niet goed is aangepakt.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister heeft het over het onderzoek naar de gevolgen van het wegvallen van een ziekenhuis in de regio. Dat heeft ze mij toegezegd in het debat dat we voerden over Dokkum. Ik vroeg toen of we überhaupt lessen hebben getrokken uit de situatie met het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Toen heb ik ook gevraagd of ze wilde spreken met de huisartsen over de doorverwijzingen, de wachttijden bij de ziekenhuizen en de andere eerstelijns hulp. Hoe staat het met de verloskundige zorg op bijvoorbeeld Voorne-Putten? Wat zijn de ervaringen van ambulancebroeders als ze patiënten snel in het ziekenhuis moeten krijgen? Hoe staat het met extra vervoer van het ene ziekenhuis naar het andere? De Minister gaat met een hoop mensen praten, maar bekijkt ze ook de huidige stand van zaken op Voorne-Putten?

Minister **Schippers**: Dat heb ik toegezegd en daar gaan we dus naar kijken.

Ik kom op de rol van de NZa en de ACM. Hoe wordt er gestuurd? In Kwaliteit loont, maar ook eerder bij mijn rondgang door het land, heb ik aangegeven dat wij ervoor moeten zorgen dat er meer wordt samengewerkt. De vrees om niet te mogen samenwerken moet niet blokkeren dat een samenwerking tot stand komt en moet niet leiden tot fusies omdat een fusie minder rompslomp geeft. Dat traject loopt volop en bestaat uit verschillende onderdelen. Het meest vergaande onderdeel betreft de vraag of wij de wet moeten aanpassen en zo ja, op welke punten. Het minst vergaande onderdeel betreft onnodige zorg. Dat is een belangrijk traject in het kader van Kwaliteit loont.

De vragen over samenhang gelden net zo goed voor de ouderenzorg. Daarbij is wel sprake van een andere financiering of organisatie. Het interesseert mensen weinig of de thuiszorg komt van de fysiotherapeut of de langdurigezorginstelling. Ouderen willen gewoon goede zorg en het

maakt hen niet uit uit welk potje die komt. Dat is minder relevant. De Staatssecretaris heeft in het Nationaal Programma Ouderenzorg instrumenten en interventies ontwikkeld, om curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en woondiensten te verbinden, zodat ouderen in krimpregio's zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De opgave om langer zelfstandig te wonen, verschilt per gemeente en per regio. Daarom is gekozen voor een regionale aanpak. Voor de hervormingen van de langdurige zorg en ondersteuning zijn regiotafels georganiseerd in de 43 Wmo-regio's. Het doel is alle betrokken partijen op regionaal niveau te ondersteunen om tot afspraken te komen over de randvoorwaarden voor langer zelfstandig wonen en herstructurering van het vastgoed, een heel belangrijk onderwerp in de ouderenzorg. Er is een Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen dat regio's waarin deze samenwerking moeizaam tot stand komt, kan aanspreken en ondersteunen. Er is een hele reeks acties ingezet om mensen langer zelfstandig te laten wonen. Die acties gaan dwars door schotten heen. Mensen trekken zich daarbij weinig aan van de vraag uit welk potje een en ander gefinancierd wordt. Dat is een andere lijn, een extra lijn, dan de lijn met NIVEL, RIVM en de zorgverzekeraars, die ik net noemde. We hebben de 43 regiotafels en met dit soort programma's houden we in de gaten of alles naar wens gaat. Wij kunnen ook nog een faciliterende rol spelen.

Mevrouw Pia **Dijkstra** (D66): Hoe regel je dat met de financiering? Er is bijvoorbeeld een innovatief bedrijf dat multidisciplinaire zorg levert in verpleeghuizen, maar dat zich vooral wil richten op het langer thuis laten wonen van mensen. Die zorg moet naar de mensen toegebracht kunnen worden. Daar zijn geen dbc's voor. Er zijn tarieven voor de thuiszorg, maar als men meer specialistische zorg biedt door bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde of gespecialiseerde fysiotherapeuten, dan is daar is op dit moment geen financiering voor. Hoe ziet de Minister dat?

Minister **Schippers**: Op onderdelen hebben we daar financiering voor mogelijk gemaakt. Ik heb in de krimpbrief geschreven dat we ruimte hebben voor innovatie in de zorg die cruciaal is voor deze regio en waarvoor we geen expliciete financieringstitel hebben. Ik sta dus open voor nieuwe initiatieven. Als we dat in de ene regio proberen, kan het zo succesvol zijn dat het in de andere regio ook een oplossing kan bieden. Dat is de vierde maatregel die ik aangaf als belangrijke maatregel in deze brief. We moeten dwars door schotten heen kijken naar wat praktisch gezien het beste werkt.

Mevrouw Pia **Dijkstra** (D66): Dat heeft de Minister inderdaad eerder aangegeven. De financiering is er misschien wel, maar bedrijven zeggen dat deze financiering niet van de grond komt. Dan is er sprake van een knelpunt. De Minister heeft daar geen oplossing voor. We zijn er allemaal naar op zoek. Hoe zorgen we ervoor dat dit soort mooie dingen, waarvoor we ruimte willen creëren, in de praktijk ook gestalte krijgen?

Minister **Schippers**: Er zijn veel aanknopingspunten om zaken van de grond te krijgen. Ook de NZa heeft een beleidsregel innovatie, waardoor je daar dingen kunt aanmelden. De krimpbrief is nog redelijk vers. Na mijn rondgang heb ik gezegd dat wij innovatieruimte moeten houden. Als men in de regio's specifieke oplossingen heeft die zo innovatief zijn dat ze nergens onder vallen, mogen die niet botsen op een regel. Ik word vaak geroepen bij mensen met heel succesvolle ideeën of bij projecten waarbij sprake is van een win-win-win-situatie: meer vrijheid voor de patiënt, minder arbeidskrachten, minder kosten en betere kwaliteit. Waarom wordt iets wat zo ongelooflijk wordt toegejuicht door iedereen, niet landelijk toegepast en ingekocht? Dat is een belangrijke vraag. Daarom hebben we die innovatiebrief ook geschreven. We hebben daarin aangegeven welke

percentages we, even dwars door alles heen, als streefcijfer willen gebruiken. Wij meten de voortgang van de innovatie en als die vastloopt of niet snel genoeg gaat, zullen wij daarop acteren. De innovatiebrief was de brief van vorig jaar. Zoals beloofd krijgt de Kamer voor de zomer een voortgangsrapportage hierover. Er gebeurt heel veel moois, maar het «not invented here»-principe speelt helaas ook in de zorg.

Door het opnemen van wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams in de Zorgverzekeringswet, kunnen we echt een slag maken met de zorg die voor de krimpregio's nodig is.

Er werd mij gevraagd wat ik doe voor de afbouw van ziekenhuiscapaciteit en of ik een fonds wil inrichten. In het oude bestuursakkoord 2012–2015, dat is overgenomen in het nieuwe akkoord, staat expliciet dat zorgverzekeraars samen met aanbieders naar een herstructureringsfonds moeten kijken. Wij hebben daar nooit in gezet dat VWS daarbij een rol zou spelen. Een concreet fonds is er nooit gekomen, maar lokaal worden wel afspraken over herstructurering gemaakt en op diverse plaatsen in het land werkt men er daadwerkelijk aan.

Ik kom op de jaarrekening, de administratieve lasten en alle zaken die daarbij een rol spelen. De NZa en de veldpartijen zijn in het najaar 2014 overeengekomen dat de NZa een plan van aanpak maakt voor de doorontwikkeling en vereenvoudiging van de bekostiging. Daarbij is sprake van een dilemma. Zodra je een wijziging maakt, heb je weer een wijziging, terwijl rust in de bekostiging ongelooflijk belangrijk is voor het afsluiten van de meerjarencontracten die wij graag willen hebben. We hebben afgesproken dat de NZa in het plan van aanpak een bekostiging meeneemt waarbij de patiënt centraal staat, met reële prijzen, innovatieve vormen van bekostiging en gericht op het terugdringen van administratieve lasten. Rust en stabiliteit moeten daarbij de ondertoon vormen. We moeten zo min mogelijk doen wat niet nodig is. Alleen als het echt moet, gaan wij daaraan zitten. Dat plan van aanpak zal in het voorjaar van 2016 het licht zien. Tot die tijd overleggen veldpartijen en NZa voortdurend over de bekostiging. Het is belangrijk dat we dat doorzetten.

Wat is nodig om de budgettaire effecten van de verkorting van de doorlooptijd voor ziekenhuizen te ondervangen? Verzekeraars en aanbieders zijn in overleg om de verkorting van de doorlooptijd zo budgettair neutraal mogelijk te laten uitpakken voor betrokken partijen. Daarbij zijn alle partijen gebaat. Op landelijk niveau zijn afspraken hierover gemaakt. De verkorting van de doorlooptijd moet worden verwerkt in de prijzen van de ziekenhuizen. Verzekeraars en aanbieders worden daarbij ondersteund door rekenbureau's die in de afrondende fase van de berekening zitten. Daarna kunnen aanbieders en verzekeraars tot prijslijsten komen. Voor de periode waarin er nog geen prijslijsten zijn maar er wel zorg wordt geleverd, hebben ze afspraken gemaakt over bevoorschotting. Regelmatig overlegt een expertgroep van aanbieders en verzekeraars om knelpunten in het proces te bespreken en indien nodig op te lossen. Wij zitten deze overleggen voor om eraan bij te dragen dat het proces goed verloopt. Het is ongelooflijk nodig om snelheid in de afrekening te krijgen, maar de verkorting van de dbc-doorlooptijd vraagt toch nog veel aandacht. We moeten goed bekijken op welke manier we dat in de praktijk moeten doen en welke consequenties dat heeft. Na deze laatste wijziging hebben we allemaal rust aan het front nodig. Dat betekent ook dat je niet direct een factuur krijgt als je een behandeling hebt afgerond. Eerst moet via de grouper afgeleid worden welke dbc's het precies betreft. Dat moet onafhankelijk gebeuren. Dat was de reden dat we overgegaan zijn naar DOT.

Wat doe ik aan de afhankelijkheid van ziekenhuizen van de zorgverzekeraars voor kortlopend kapitaal? VWS heeft daar geen rol in. Aanbieders en verzekeraars moeten daar afspraken over maken.

Ik kom op het punt van de bereidheid van banken om ziekenhuizen te financieren. Hoe zitten we in het proces van verruiming van de investe-

ringsmogelijkheden? We hebben voorlichting gevraagd aan de Raad van State. De voorlichting en de uitkomsten daarvan verwerken we in een reactie aan de Eerste Kamer. Ik moet daarover nog in overleg treden met partijen, omdat het gevolgen zal hebben voor het wetsvoorstel. De aanbeveling van de accountants ten aanzien van de vele registraties neem ik over. Door gegevens aan de bron te registreren, kan gezondheidsinformatie eenmalig worden vastgelegd en voor verschillende doeleinden worden gebruikt. De NZa heeft van mij de opdracht gekregen om in de doorontwikkeling van DOT de mogelijkheid van registratie aan de bron mee te nemen.

Wat betreft het «nee, tenzij»-principe of het «ja, mits»-principe, ben ik kritisch over wat er uiteindelijk aan keuzemogelijkheid voor patiënten en aan contractermogelijkheden voor verzekeraars overblijft. Als een verzekeraar nog maar één aanbieder heeft en een patiënt ook, dan hebben wij het niet goed gedaan. Mevrouw Leijten vroeg of we van een «ja, tenzij»-principe naar een «nee, mits»-principe moeten. We moeten in ieder geval naar hogere drempels. Ik bekijk of er iets in de wet- en regelgeving moet worden aangescherpt om die te bereiken. Ik kom daar zo snel mogelijk op terug, zonder in semantische discussies te geraken.

Het is van belang dat de samenwerking in de etalage komt. Ik heb al een rondgang door Nederland gemaakt en gezien dat er in het veld daadwerkelijk vaak wordt gedacht dat dingen niet mogen die feitelijk wel mogen. We moeten dus veel meer helderheid geven. Het is een grote verandering dat de ACM tegenwoordig haar zienswijze vooraf geeft, in plaats van een oordeel achteraf. Dat is ontzettend goed. Ik kom nog uitgebreid terug op het fusieverhaal, wat er nodig is in de wet- en regelgeving, de versterking van het toezicht van de ACM en de overgang van een deel van het toezicht. Dat doe ik sowieso, omdat er een wetsvoorstel nodig is, maar ik doe dat ook in het kader van Kwaliteit loont. Ik vind dit een ontzettend belangrijk onderwerp.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik neem aan dat de Minister dan ook ingaat op de voorstellen van de LHV, zoals die vandaag zijn gepresenteerd, waarin ook wordt gekeken naar de mogelijkheden binnen de mededinging. De zienswijzen vooraf zijn gebonden aan voorwaarden. Het is behoorlijk complex om daaraan te voldoen.

Minister **Schippers**: Mijn verhaal ging over fusies tussen ziekenhuizen. Wat betreft Kwaliteit loont kom ik met een voortgangsrapportage met daarin allerlei elementen van aanscherping, al dan niet wettelijk. Wat mevrouw Dijkstra zegt, heeft echter te maken met de Mededingingswet. Ik ben van mening dat er meer moet kunnen. Ik vind het bijvoorbeeld terecht dat de LHV aanslaat op de bagatelregeling. Als we zien hoe groot ziekenhuizen mogen zijn, is het gek dat we dit bij de beroepsbeoefenaren zo strak hebben geregeld. Wij bekijken of er evidente belemmeringen in de regeling zitten. We vinden het ook gek dat we het op die manier georganiseerd hebben. Ja, wij gaan dat gesprek aan met de LHV. Ja, in het stuk van de LHV staat een aanzienlijke hoeveelheid voorstellen waarmee ik het eens ben. Er is ook groot draagvlak om er iets aan te doen. De laatste optie, de nucleaire optie, zie ik niet zitten, omdat je dan het kind met het badwater weggooit. Dat heb ik vandaag ook al aangegeven. Natuurlijk zal ik daar nader op ingaan. Ik heb daar ook regelmatig gesprekken over gehad met de LHV. Wij verschillen van mening over de vraag of de huisartsen onder de Mededingingswet uit gehaald moeten worden. Zo ver ben ik niet. Ik ben van mening dat een heleboel aanbevelingen uitgevoerd kunnen worden, maar van deze ben ik geen voorstander.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Excuses aan de Minister dat ik op een andere golflengte zat te luisteren. Ik ben afgeleid door de nucleaire optie,

want zo heb ik er nog niet naar gekeken. Ik heb er ook vragen over, maar ik zoek graag eerst uit hoe nucleair het eigenlijk is. Dit terzijde. Ik borduur verder op de eerstelijnscentra. Ik weet niet of de Minister daar nog op terugkomt. Ik heb daar wat vragen over gesteld. De eerstelijnscentra zijn bang dat ze failliet gaan. Ik vraag het even omdat ik anders voor mijn beurt spreek en dit is mijn laatste interruptie.

Minister **Schippers**: Het zal niemand verbazen dat het een heel grote stelselwijziging is als we de huisartsen onder de Mededingingswet uit halen. De Mededingingswet is er voor de bescherming van de patiënt en is er om een belangrijke reden. Als we die uitschakelen, moeten we andere maatregelen nemen om de tegenkracht te organiseren. Dat is geen kleine stelselwijziging. Dat is echt een grote wijziging, die ingaat tegen de opzet waarvoor we tot nu toe in de zorg hebben gekozen. Het komt waarschijnlijk niet als een verrassing dat ik dit als een nucleaire oplossing zie. Dat eerstelijnscentra bang moeten zijn dat ze failliet gaan, kan ik niet uit de cijfers halen. In het nieuwste programma van Vektis, dat heel aardig is, kun je zien waar de verschuivingen in financiering zitten. Ik heb het programma toevallig uitgeprobeerd op huisartsenzorg. Je ziet dan dat er veel meer geld dan vroeger naar deze centra gaat. Dat zegt op zich niets. De vraag is wat zij daarvoor doen en of dat zij ermee uitkomen. Het is aan verzekeraars en aanbieders om dat goed te bekijken. Ik zie alleen dat van de gelden die naar de huisartsen gaan, een steeds groter deel naar deze vorm van zorg gaat. De multidisciplinaire zorg is met 26% gegroeid en dat is best een forse groei.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik kom even terug op de mededingingsregels. Klopt het dat je een zienswijze kunt indienen bij de ACM? Bij mijn weten klopt dat niet. Mijn andere vraag betreft de stelselwijziging die de Minister schetst. Ik ben een van de indieners van de motie. De gedachte achter de motie was onder andere dat voor de agrarische sector een beleidsregel duurzaamheid in het mededingingsrecht is opgenomen op basis waarvan boeren afspraken kunnen maken. Daardoor vallen zij niet onder het mededingingsrecht en kunnen zij een tegenmacht vormen tegen de grote supermarkt die anders eenzijdig de inkoopvoorwaarden dicteert. Ik hoop de voorzitter als medewoordvoerder Landbouw niets te vertellen. Deze regelgeving was redelijk eenvoudig door te voeren en had niets te maken met grote stelselwijzigingen. Dit blijft binnen het private geheel. Graag krijg ik een reactie van de Minister.

Minister **Schippers**: Het was vroeger niet mogelijk om vooraf een informele zienswijze bij de ACM te vragen. Vroeger gaf de ACM pas nadat je iets had gedaan een oordeel, een beetje zoals dat in Europa gebeurt. De ACM heeft vorig jaar tijdens de rondgang die ik door Nederland heb georganiseerd, gezegd dat zij die zienswijze vooraf wil geven. Mevrouw Dik-Faber heeft mij in een motie gevraagd om een onderzoek naar de wijze waarop het in de agrarische sector is geregeld en de mogelijkheden die dat biedt voor de huisartsenzorg. De oplossing zoals die voor de boeren is gevonden, vindt binnen de Mededingingswet plaats. Dat is wat anders dan een groep onder de Mededingingswet uit te halen. Ik heb toen ook gezegd dat als een belangrijk deel van de Kamer wil dat ik een bepaald onderzoek laat doen, ik dat doe. Dat onderzoek doe ik dus ook. Zodra dat is afgerond, kom ik met de uitkomsten naar de Kamer. Dat onderzoek gaat niet over het onder de Mededingingswet uithalen van de huisartsen. We onderzoeken de variant van de agrarische sector waar mevrouw Dik-Faber in de motie om heeft gevraagd. Een deel van de agrarische sector valt wel onder de Mededingingswet, maar daar is een andere variant voor bedacht.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik weet bijna zeker dat het verhaal over de informele zienswijze van de ACM niet klopt. Ik heb vorig jaar namelijk een amendement ingediend om dat te organiseren en die is weggestemd door de Tweede Kamer. Ik kreeg alleen steun van de CDA-fractie. Dat is de realiteit. Volgens mij doet de ACM dat dus ook niet. De regeling voor de agrariërs valt inderdaad onder de Mededingingswet. Ik hoor de Minister ook niet meer reppen over grote stelselherzieningen. Er zijn heel goed mogelijkheden denkbaar waarbij we mededingingsregels niet van toepassing verklaren op de eerstelijnszorg, maar deze wel binnen het stelsel houden. Die stelselwijziging waarover de Minister steeds spreekt, is een beetje bangmakerij. We kunnen het gewoon met elkaar regelen.

Minister **Schippers**: De ACM geeft op verzoek wel een informele zienswijze. Dat hebben wij met de ACM geregeld. Men doet dat ook echt in de praktijk. De Mededingingswet is niet zomaar iets. Die is ingezet ter bescherming van de patiënt tegen bijvoorbeeld prijsafspraken of andere ongewenste afspraken die niet in het belang van de patiënt zijn. Binnen de Mededingingswet kunnen wel afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van zorg en daarbij liggen de grenzen in de praktijk te strak. We moeten bekijken of we daadwerkelijk wetswijzigingen moeten invoeren, om bijvoorbeeld zo'n bagatelregeling te vergroten, of dat we binnen de huidige wet al heel veel kunnen. Het is van groot belang dat we daarnaar kijken. Het is onjuist dat dat het weghalen van die beschermingsconstructie geen grote stelselherziening is. Dat is het wel en er zal dus een andere tegenmacht voor in de plaats moeten komen. Je kunt niet een tegenmacht ter bescherming van patiënten weghalen en daar geen andere voor in de plaats zetten. Door de Mededingingswet zijn er afspraken over onderdelen van de financiering en de bekostiging waarop de Mededingingswet van toepassing is. Als je geen Mededingingswet wil, kun je vrij onderhandelen of afspraken over de bekostiging overeind houden. Een en ander moet je dus op een andere manier vormgeven. Toen de LHV vanmiddag het rapport aanbood, heb ik gezegd: je kunt heel vergaande opties hebben, zoals een loondienstconstructie, maar ook minder vergaande opties, zoals overgaan op een volledig abonnements-tarief op basis van populatiebekostiging. Ik heb daar met huisartsen over gesproken en er wordt in de praktijk heel verschillend over gedacht. Het is belangrijk om de voor- en nadelen goed te inventariseren en onder de aandacht te brengen, voordat je dit soort grote stappen neemt. Ik moet dan ook heel erg denken aan de pendule die Ab Klink schetste. Waarom heb je in het verleden bepaalde maatregelen genomen? Die maatregelen pakken op een bepaalde manier uit. Dan moet je voorkomen dat je terugkomt in de situatie die je juist wilde veranderen met die maatregelen. Het is van groot belang om met elkaar te bekijken wat een verbetering is en waar we doorschieten.

Ik heb nog een aanvulling op mijn antwoord over informele zienswijze. De ACM geeft een informele zienswijze als partijen een unieke zaak voorleggen waarover nog geen uitspraak is geweest. Als er al eerder een uitspraak is gedaan, dan zal de ACM geen informele zienswijze geven. Ik krijg hier een voorbeeld: de ACM heeft een informele zienswijze over de protontherapie gegeven. De ACM doet dat op verschillende onderwerpen en dat is goed. Het schiet immers niet op als je eerst dingen moet doen om vervolgens teruggefloten te worden.

Waarom gaan we regiomaatschappen tegen? Zijn er schadelijke effecten? Kan ik dat niet meer in de context bekijken? Er is een afspraak in het regeerakkoord over regiomaatschappen. Die afspraak wil ik nakomen en daar wordt ook aan gewerkt. Natuurlijk zitten er voor- en nadelen aan zulke grote maatschappen. We moeten die nadelen onschadelijk maken. We moeten ervoor zorgen dat regiomaatschappen niet de keuzemogelijkheden van verzekerden beperken of dat regiomaatschappen de dienst

uitmaken in een regio zonder dat anderen daar tegenwicht aan kunnen bieden. Het is daarom van belang dat regiomaatschappen onder de Mededingingswet vallen. Dan kan er ingegrepen worden als regiomaatschappen gedrag vertonen dat niet in het belang van de patiënt is, bijvoorbeeld het vragen van hoge prijzen of voldoen aan volumenormenten zonder te specialiseren. Na een fusie kan een regiomaatschap in naam aan de volumenorm voldoen, maar in feite verandert er niets. Dat is niet wat we willen en het is een belangrijk nadeel van regiomaatschappen. Wij hebben in januari aangekondigd dat wij in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen een aantal dingen willen wijzigen. We willen de vrijblijvendheid van medezeggenschap verminderen, onder andere door de bepalingen omtrent tijdigheid te verbeteren, scholing en ondersteuning van cliëntenraden regelen, het enquêterecht van de cliëntvertegenwoordiging uitbreiden, uitbreiden naar andere rechtsvormen dan een stichting en een vereniging en een instemmingsrecht voor zaken die raken aan de dagelijkse leefomgeving van de cliënt. Wij streven ernaar om het wetsvoorstel dit jaar naar de Raad van State te sturen, maar ik kan niet garanderen dat dat lukt.

Ik heb het over administratie aan de bron en over de transitieagenda gehad. Zodra je kwaliteitsindicatoren bij het Zorginstituut Nederland inschrijft, kopen zorgverzekeraars daarop in en voegen zij daar geen eigen dingen aan toe. Dat is een belangrijke verbeterpunt voor de komende tijd. Ik heb het gehad over NIVEL. Ik heb de Zorgmonitor Krimpgebieden gestuurd. Die zal jaarlijks herhaald worden. Daarin staat of het aanbod van de eerstelijnszorg beantwoordt aan de lokale vraag in de krimpregio's. Uit de quickscan en uit wat wij nu hebben ontvangen, kan nog niet geconcludeerd worden dat in krimp- en anticipeergebieden de zorgvraag minder wordt vervuld dan in de rest van Nederland of dat dit op de korte termijn dreigt te gebeuren. Een verklaring voor het verschil tussen werkelijk zorgverbruik en de zorgvraag is op basis van dit rapport nog niet te geven. Het is wel een belangrijk rapport. RIVM komt begin juni met een krimpregioanalyse.

Ten aanzien van de acute zorg komt nog dit jaar een vervolg op het programma Spoedzorg van ZonMw.

Over spoedeisende farmacie hebben wij in de krimpbrief aangegeven dat er verschillende tarieven zijn en dat de kosten van de dienstapotheken verschillen. Dat kan zijn weerslag hebben op het eigen risico dat een patiënt kwijt is wanneer hij naar een dienstapotheek gaat. Dat kan best in de papieren lopen. Ik heb aangegeven dat wij bekijken hoe we aansluiting kunnen vinden bij bestaande structuren van spoedeisende zorg, hoe we een en ander kunnen verbeteren en hoe we tarieven meer naar elkaar toe kunnen laten groeien.

De normen voor de uitrusting van de ambulances worden, net als alle normen in de gezondheidszorg, door het veld zelf gemaakt. De sector heeft uitgebreid beschreven waaraan de uitrusting van een ambulance moet voldoen.

Ik kom op de wachtlijsten. In 2013 werd de norm voor de wachttijd voor zes specialismen overschreden, in 2014 voor zeven specialismen en in 2015 is dit tot zover voor vijf specialismen het geval. Ten opzichte van 2014 is er dus een daling van de wachttijden. We moeten afwachten hoe dat zich verder ontwikkelt. Je kunt echter niet zeggen dat er een brede tendens is dat de wachttijden dusdanig zijn dat er een signaal van uitgaat dat er iets helemaal niet goed gaat.

De **voorzitter**: Er zijn nog twee vragen blijven liggen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ziet de Minister mogelijkheden om innovatieve initiatieven, zoals een regionale polis als de Vechtdal Polis, te stimuleren? De Minister heeft daar vast en zeker van gehoord.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik had een vraag over het Netwerk Cliëntenraden in de Zorg. Is de Minister voornemens om de cliëntenraden een verzaamd adviesrecht te geven? Ze heeft wel gesproken over de betrokkenheid van bewoners, maar niet over cliëntenraden.

Minister **Schippers**: Het antwoord op die laatste vraag heb ik net gegeven.

De **voorzitter**: Het is al laat.

Minister **Schippers**: Dat begrijp ik en het is ook een enorme woordenbrij. Het is mijn streven om die wet te veranderen en meer bevoegdheden toe te kennen aan cliëntenraden. Ik heb ook opgesomd welke bevoegdheden dat zijn. Ik probeer die aanpassing nog voor het einde van dit jaar naar de Raad van State te sturen.

Verzekeraars hebben goed door dat regiopolissen een enorme stimulans kunnen zijn. Mevrouw Bruins Slot noemt een voorbeeld van een regiopolis. Zorgverzekeraars die dominant zijn in een bepaalde regio hebben veel kennis van de specifieke kenmerken van die regio. Met dit soort polissen kan de verzekeraar daarop inspelen. Dat is ook aan die zorgverzekeraar. Je kunt aan het aantal overstappen zien dat een aantal regiopolissen heel succesvol is. Dat is de grootste stimulans die een zorgverzekeraar kan hebben om meer van dit soort polissen te ontwikkelen.

De **voorzitter**: Ik vraag de leden om zich in de tweede termijn te richten op een spreektijd van twee minuten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik kan haar toezeggen dat dit niet het enige debat zorg in krimpregio's zal zijn. Gezien alle ontwikkelingen is het van belang dat we hier vaker over spreken. Het is geen geheim dat het CDA al in het najaar van 2014 had gezien dat de Minister de aanwijzing voor de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp en acute verloskunde had moeten geven. Voor ons was dat zo klaar als een klontje. Is de Minister ervan overtuigd dat zij nu de juiste criteria gebruikt waardoor de gevoelige ziekenhuizen die bijdrage wel ontvangen? Ik las namelijk in meerdere berichten in de media dat de organisatie die dat moet gaan doen aangeeft dat dat nog maar te bezien valt. Ik heb de indruk dat de Minister nu ook wil dat we over de brug komen.

Het is interessant wat de Minister zegt over de stelselverantwoordelijkheid. De Minister zegt dat de stelselverantwoordelijkheid ervoor moet zorgen dat het systeem geolied loopt. Op een aantal punten piept en kraakt het nu in de krimpgebieden. De Minister heeft de Kamer een helder criterium genoemd. Ze zegt dat ze ingrijpt als de zorgverzekeraars hun regierol onvoldoende vervullen. Welke eisen stelt de Minister dan aan de regierol van de verzekeraar? Wat zijn haar criteria? Ik krijg daar graag meer helderheid over, omdat dit een heel sterk aanknopingspunt biedt. Mocht het niet in het debat aan de orde komen, dan overweeg ik een motie op dit punt.

De Minister kijkt met een positievere blik naar de toename van de meerjarencontracten dan het CDA. We sleuren al jaren aan de meerjarencontracten en daarom heb ik het vermoeden dat het nog niet snel gaat lopen. Meerjarencontracten hebben positieve kanten voor de zorg. Er zijn minder regels voor de zorgaanbieders en zorgaanbieders en verzekeraars kunnen een keer echt onderhandelen, want daarna hoeft het een aantal jaren niet. Ziet de Minister mogelijkheden om met zorgverzekeraars een aantal concrete afspraken te maken over meerjarencontracten?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden in de eerste termijn. De Minister noemt in haar brief de

goede voorbeelden van zorg in de regio. Ik waardeer dat de Minister alle regio's bezoekt. Ik doe dat zelf ook en ik moet constateren dat zorg in de regio op sommige plekken onder druk staat en dat voorzieningen wegvallen. De Minister laat het op peil houden van voorzieningen over aan het samenspel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, terwijl niet duidelijk is welke criteria worden gehanteerd. Ik bepleit niet dat er een blauwdruk moet komen die voor alle regio's gelijk is, maar er moet wel een definitie van basiszorg komen. Mijn fractie is er voorstander van als die per regio wordt ingevuld. Ik overweeg een motie op dit punt. Ik sluit aan bij de vragen die de CDA-fractie heeft gesteld over de beschikbaarheidsbijdrage. Moet er dan nog extra geld bij? Ik ben blij met de toezegging van de Minister om de bevolking te betrekken bij de besluitvorming. Ik neem aan dat dat ook geldt voor gemeenteraden. Ik ben ook blij met haar opmerking over het betrekken van cliënten- en patiëntenraden. De Minister zei tussen neus en lippen door dat het ook in de regio belangrijk is dat de volumenormenten niet per locatie gelden, maar per medisch specialist. Ik heb gehoord dat deze wel per locatie gelden, maar dan werkt het niet. Misschien moeten we na afloop van het debat of per mail nog nader informatie hierover uitwisselen. Ik ben heel erg blij met de aangenomen motie over de mededingingsregels. Ik ga ervan uit dat de Minister de motie ruimhartig uitvoert, waarbij de Kamer een minimale en een maximale variant voorgelegd krijgt, zodat we daarover kunnen debatteren. Laten we in de discussie de zorg voor patiënten centraal stellen en niet de stelsels.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik werd getriggerd door de discussie die is ontstaan over zorg en mededinging. Volgens de Partij van de Arbeid is het tijd voor een herordening van het stelsel, zodat kwaliteit en samenwerking weer centraal komen te staan. Dat kan heel eenvoudig door de gehele zorg onder de Mededingingswet uit te halen en specifiek beleid te maken onder de Wet marktordening gezondheidszorg. We kunnen er heel nuchter naar kijken. We hoeven daar geen grote woord als «stelselwijziging» tegenaan te gooien. We moeten kijken naar de markt, zien wat er gebeurt en doen wat werkt. We moeten van systemen naar mensen en dan hebben we al heel snel gemakkelijke oplossingen. Het punt over samenwerking heb ik al gemaakt. Samenwerking en regie zijn nodig om de gezondheid van de patiënt in plaats van concurrentie om de patiënt voorop te stellen. Welke prikkels bouwt de Minister hiervoor in? Wat is haar reactie op zorgverzekeraars die hardop zeggen dat ze geen regietaak hebben en die ook niet invullen? Een zorgverzekeraar heeft zelfs gezegd die taak aan de Minister teruggegeven te hebben. Wat is de reactie van de Minister daarop?

Het is goed dat de Minister erkent dat de samenspraak in de regio beter moet. Er moet geleerd worden van faillissementen en zorg die is weggegaan. Hoe wordt de betrokkenheid georganiseerd als regio's willen investeren in preventie? Bij preventie gaan de kosten voor de baten uit en vinden partijen elkaar nog niet. Ook daarvan zeggen de zorgverzekeraars dat ze er niet over gaan en er niet aan meedoen. Wat is de reactie van de Minister hierop?

Als fundament voor het spreiden van zorg en voor het bieden van zekerheid over de beschikbaarheid van zorg in de regio zijn basisnormen nodig. Mijn collega's van de ChristenUnie en het CDA vroegen daar ook al om. Ik herhaal de vraag

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mevrouw Bouwmeester bepleit datgene wat de Minister zojuist de nucleaire optie noemde. Wat kunnen we van de Partij van de Arbeid verwachten aan voorstellen op dit terrein?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een heel terechte vraag. Ik heb begrepen dat D66 nog niet helemaal weet wat zij wil. Wij weten dat wel. Wij willen dat samenwerking en de kwaliteit van zorg centraal komen te staan. In het zorglandschap gaat het op dit moment om concurrentie en niet om samenwerking. Als je wilt dat het beter gaat, kun je vraagtekens zetten bij wat er nu aan de hand is. We hebben allerlei mededingingsregels, maar als we naar de praktijk kijken, zien we geen enorme lijst van opgerolde kartels en prijsafspraken. We zien wel ongewenste fusies.

De **voorzitter**: Wilt u proberen de antwoorden kort en bondig te geven?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er is in ieder geval sprake van een gebrek aan samenwerking. Het lijkt me een slimme optie om de zorg onder de Mededingingswet uit te halen en dan specifiek beleid te maken onder de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Dat kan de Kamer gezamenlijk doen. D66 weet het nog niet, maar andere partijen willen dat wel. Laten we samen het initiatief daartoe nemen en bekijken op welke manier we dat kunnen regelen. Samen met het CDA organiseren wij een rondetafelbijeenkomst die binnenkort plaatsvindt. Dan laten wij ons als Kamer nader informeren en daarna kunnen we ermee aan de slag.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vroeg naar het voorstel van de PvdA en niet naar de achtergronden, want die heeft mevrouw Bouwmeester al geschetst. Zij is zo stellig, terwijl ik eerst goed uit wil zoeken wat de consequenties zijn. Ik wil ook horen wat de Minister en de LHV inbrengen. Dan vorm ik mijn mening heel afgewogen. Wat doe je als je stellig bent over de manier waarop een en ander moet gebeuren, terwijl je partij in een kabinet zit dat een heel andere kant uitgaat? Wat is het voorstel van de Partij van de Arbeid?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is natuurlijk heel verleidelijk om te polariseren. Ik zei nadrukkelijk in mijn inbreng dat we hier heel nuchter naar moeten kijken. Daarmee sluit ik volledig aan bij wat mevrouw Dijkstra zegt. We moeten kijken naar wat er aan de hand is. Wat gaat goed en wat niet? Hoe kunnen we dat beter organiseren? De LHV en andere hebben de aanbeveling gedaan om het anders te organiseren. Dat kan. Dat kan gewoon in de Wet marktordening gezondheidszorg. Dat is geen vrijbrief voor mensen om afspraken met elkaar te maken. We moeten patiënten namelijk beschermen tegen ongewenste prijsafspraken. Als het slimmer kan en er liggen een aantal slimme voorstellen, waarom zou de Kamer die dan niet oppakken? Mevrouw Dijkstra is van harte welkom. We hebben binnenkort een rondetafelbijeenkomst over fusies. Daarin laten we ons nader laten informeren over wat er speelt in het zorglandschap. We moeten er rustig naar kijken en doen wat werkt. We hoeven niet de hele boel overhoop te gooien. Het doel is kwaliteit en samenwerking weer centraal te stellen.

De heer **Rutte** (VVD): Ik sluit aan bij de woorden van mevrouw Bouwmeester. Als het slimmer kan, waarom zouden we dat dan niet doen? De Minister zegt net dat het slimmer georganiseerd kan worden onder de bestaande wetgeving. Waarom zouden we de wet dan overhoopgooien? Dan zijn we toch bezig met systemen in plaats van met mensen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Dijkstra zei net dat zij geen complete toelichting wil, maar ik licht toch nog een keer toe waar we heen willen. Als in het zorglandschap niet wordt ingekocht op basis van kwaliteit, maar op basis van prijs en als mededingingsregels allerlei fusies toestaan, maar samenwerking in de weg zitten, waarom bekijken we dan niet of de algemene regels uit de Mededingingswet wel passen? Leiden

die wel tot wat wij willen, namelijk goede zorg voor een goede prijs en samenwerking? Nee, dat is niet het geval. Dan kunnen we heel rustig en nuchter bekijken wat er aan de hand is. Hoe kunnen we het specifiekere regelen? De boeren vallen nog steeds onder de Mededingingswet, maar via Economische Zaken wordt een uitzondering gemaakt, zodat ze gezamenlijk een sterkere positie hebben tegen de grote inkoopmacht van grote bedrijven. We kunnen ernaar kijken en het nuchter oplossen. We kunnen het stelsel houden zoals het is, omdat we nu eenmaal dat stelsel hebben. We kunnen ook bekijken hoe we er binnen de kaders voor kunnen zorgen dat kwaliteit en samenwerking weer centraal komen te staan. De volledige Kamer zegt terecht dat het vervelend is, tot irritatie aan toe, dat de prijs en niet de kwaliteit centraal staat. Dat kunnen we omgooien met het plan van de LHV. Daar moet de Kamer rustig naar kijken en het moment pakken om er wat aan te doen.

De heer **Rutte** (VVD): Nog niet heel lang geleden hadden we een rondetafelgesprek waarbij de heer Don van de ACM zei dat heel veel dingen met betrekking tot samenwerking gewoon kunnen, maar dat er zich nooit iemand bij hem meldt om het daar eens over te hebben. Samenwerking is dus mogelijk binnen het huidige stelsel. Ik heb wat moeite om de PvdA te begrijpen. De PvdA heeft het de hele tijd heeft over «van systemen naar mensen». Dat is een soort mantra geworden. Tegelijkertijd pleit mevrouw Bouwmeester voor een stelselwijziging en dat is een systeemwijziging. Ik wil het juist hebben over de mensen. Ik wil bekijken of we binnen het huidige stelsel zo goed mogelijke zorg kunnen organiseren. Waarom pleit de PvdA dan toch voor een stelselwijziging?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De heer Rutte spreekt van een stelselwijziging. Ik heb het over het oplossen van problemen waar mensen in de praktijk tegenaan lopen. Mensen willen samenwerken, maar tot drie weken geleden was de deur van de ACM dicht. De ACM zei dat men onvoldoende mensen had om al die samenwerkingsafspraken te controleren. Dat is het eerste probleem. Over het tweede probleem hebben we afgelopen weekend in de krant kunnen lezen. Als de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) klaagt dat zij niet binnenkomt bij de ACM, dan noemt de ACM dat «emmeren». Het derde probleem heeft te maken met de informele zienswijzen. Als een aantal zorgverleners iets goedbedoeld bedenkt voor patiënten, dan is het niet mogelijk om dat eenvoudig op te schrijven en in te dienen. Nee, daar moeten eerst juristen en advocaten naar kijken. Daar gaat tijd en geld in zitten. Dan kunnen ze pas naar de ACM die vervolgens heel veel tijd neemt. Dat zijn heel concrete problemen van concrete mensen. Misschien staat de wet niet in de weg, maar die wordt wel als zeer storend ervaren. Daarom moeten we nuchter bekijken wat er in de weg staat en hoe we het op een andere manier kunnen doen. We kunnen gewoon zeggen dat we geen ongewenste prijsafspraken willen en dat we daarom specifiek beleid maken onder de Wet marktordening en gezondheidszorg. Dan lossen we de problemen op en voorkomen we ongewenste neveneffecten. Dat pleidooi ondersteunt de PvdA.

Mevrouw **Leijten** (SP): In vervolg op mevrouw Dijkstra probeer ik te onderzoeken wat de Partij van de Arbeid gaat doen. Mevrouw Bouwmeester zegt dat ze een herordening wil van het stelsel: weg met de zorg uit de Mededingingswet en alles onderbrengen in de Wet marktordening gezondheidszorg. Dient ze dit voorstel per motie in om te bekijken of ze een meerderheid haalt in de Kamer? Of is het een lippendienst?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik reik mevrouw Leijten de hand. Ze is van harte welkom om mee te doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Met andere woorden: er komt een motie van de Partij van de Arbeid als we een VAO hebben over dit debat, waarin staat: weg met de Mededingingswet, alles onder de Wet marktordening gezondheidszorg.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik weet niet of je het zo kort door de bocht moet formuleren, maar het komt er wel op neer. Als we het slimmer kunnen regelen in de WMG, moeten we dat vooral niet laten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is mij nog niet volstrekt helder. Zet de PvdA de Minister voor het blok door tijdens het eerstkomende VAO een motie in te dienen waarin staat dat alles onder de Mededingingswet uit gehaald moet worden en onder de WMG moet komen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als we het zorgvuldig willen regelen, moeten we volgende week niet een «kort door de bocht»-motie indienen waarin staat dat alles onder de ene wet uit moet en onder de andere wet moet komen. Wij hebben over twee weken een rondetafelgesprek over fusies. Daarna moeten we bekijken hoe we dat zorgvuldig kunnen regelen. Ik heb vanmiddag gehoord dat de SP, het CDA en de ChristenUnie het daarmee eens zijn. Laten we de handen ineenslaan en bekijken wat de concrete problemen zijn die nu spelen in het zorgveld. Waardoor wordt samenwerking in de weg gezeten? Waar staat niet kwaliteit, maar inkoop op prijs centraal? Hoe kunnen we dat beter doen? Laten we dan elkaars hand vasthouden en dat voorstel indienen. Als daar een meerderheid voor is, dan zorgen we ervoor dat samenwerking en kwaliteit weer centraal komen te staan. Daar gaat het om. Dat is de brede roep uit het zorgveld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan is mij toch iets onduidelijk geworden. Waar mevrouw Bouwmeester nu toe oproept, daar heeft de Kamer al mee ingestemd. Dat was de motie-Dik-Faber/Leijten. Toen we het net over de huisartsen hadden, zeiden we dat we het heel goed vinden dat dat uitgezocht wordt. Dat heb ik net ook gezegd en mevrouw Bouwmeester zegt dat nu ook. Ik had echter de indruk dat mevrouw Bouwmeester een nucleaire motie ging indienen waarin ze zegt: niet nadenken, niets uitzoeken, we gaan het gewoon doen en zetten de Minister voor het blok. Wat is het nou? Voor wat mevrouw Bouwmeester net uitlegde, hebben we al een motie ingediend. Daar is de Minister al mee bezig. Dan hoeven we verder niets extra's te doen. Dat leek het CDA ook een goede weg.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er ligt een motie Dik-Faber/Leijten waarin verzocht wordt om een uitzondering voor de huisartsen. Wij vinden dat die verbreed moet worden naar de gehele eerste lijn. Wij staan helemaal achter die motie. Tegelijkertijd spelen er problemen op het terrein van substitutie en krimpregio's. Het probleem speelt dus veel breder in de zorg. In het brede zorgveld horen we klachten over het feit dat de samenwerking belemmerd wordt en dat de goede bedoelingen van de Mededingingswet in de praktijk van de zorg niet uitpakken zoals wij willen. Dan moeten we dus breder kijken.

De **voorzitter**: Wilt u het betoog van de eerste en tweede termijn niet opnieuw doen? Kunt u concreet antwoord geven?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik denk dat zorgvuldigheid belangrijk is.

De **voorzitter**: Dat kunnen we ook teruglezen in het verslag. Ik vraag u concreet antwoord te geven.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij gaan dus verder dan de genoemde motie. Ons voorstel gaat verder. De motie betreft slechts de eerste lijn,

maar gezien de klachten met substitutie moeten we verder kijken. Waarom zouden we niet verder kunnen kijken? Ik begrijp dat een aantal partijen meegaat in de woorden van de Minister. Dat mag ook, maar wij zien een andere optie. Wij willen bekijken hoe we dat op een zorgvuldige manier kunnen doen. Als je dat zorgvuldig wilt doen, dan dien je niet volgende week een motie in. Dan bekijk je eerst zorgvuldig welke regels je op een andere manier moet ordenen. Wij willen namelijk samenwerking en kwaliteit borgen, want dat is nu niet het geval.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb de motie er nog even bij gepakt. Dat was overigens de motie-Leijten/Dik-Faber. Deze motie is een aantal keren in een debat aan de orde geweest en de Minister heeft zojuist geschetst dat zij een minimale en een maximale variant uitwerkt. De minimale variant betreft het wegnemen van de vrees dat samenwerking niet mogelijk is en de maximale variant betreft het op de kop zetten van de wetgeving. Wat is er anders aan het voorstel van de Partij van de Arbeid?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als de Minister de motie helemaal uitvoert, hoeven we niets te doen. De Minister heeft veel deskundige ambtenaren, dat scheelt een hoop. Als de Minister er toch anders tegen aankijkt, dan hebben we een voorstel. Een aantal deskundigen, onder wie juristen, heeft gezegd dat het makkelijk anders kan. Als het anders kan op een makkelijke manier, dan kan de Kamer toch de handen ineenslaan en dat regelen? Als er geen meerderheid is, houdt het op, maar als we het met z'n allen kunnen regelen, moeten we dat vooral niet nalaten. Wij moeten daar zorgvuldig en nuchter naar blijven kijken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Als de Partij van de Arbeid nu met een motie komt, kan ik niet anders dan concluderen dat de Partij van de Arbeid het werk van de Minister en haar ambtenarenapparaat niet vertrouwt. De Minister heeft heel nadrukkelijk gezegd dat ze de motie uitvoert. Ze is bezig met het uitwerken van de minimum- en maximumvariant. Waarom vindt de Partij van de Arbeid dat er nog een schepje bovenop moet? Natuurlijk heeft de Minister eigen voorkeuren. Die ken ik ook. Als de motie echter gewoon wordt uitgevoerd, is een nieuwe motie overbodig.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voor alle duidelijkheid: ik heb niet gezegd dat ik volgende week een motie indien. Ik dien niet pats boem een motie in om iets te regelen. Ik heb wel gezegd dat de eerdere motie alleen de eerste lijn betreft. Dat is hartstikke goed en we moeten vooral de uitwerking afwachten. De maximale variant betreft echter nog steeds alleen de eerste lijn. Het is hartstikke interessant om een stapje verder te gaan. Dat moet je zorgvuldig doen en daar moet je nuchter naar kijken. Op een gegeven moment moet je een voorstel doen, want anders verandert er niets. Ik begrijp dat de Kamer volgende week een motie wil, maar zo snel gaat het niet. Als je het zorgvuldig en nuchter wilt doen, moet je er de tijd voor nemen. De aannahme dat ik volgende week een motie indien, klopt niet. Het klopt wel dat er een voorstel komt.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het is goed om te horen hoe genuanceerd de Minister in dit dossier te werk gaat. De VVD deelt haar mening dat als we uniformeren op kwaliteitscriteria, en dus zorgaanbieders vragen om standaardisering, we die standaardisering ook mogen en moeten vragen van zorgverzekeraars, zodat zorgaanbieders niet langer horendol worden van de verschillende uitvragen door zorgverzekeraars. Die standaardisering moet geëist worden, mag geëist worden en is hard nodig. Het is fijn dat de Minister zich daarvoor inzet. Het is een van de

belangrijke stappen die we moeten zetten ter vermindering van de administratiedruk bij ziekenhuizen.

Het is goed om te horen dat de Minister erkent dat het met de zorg in veel krimpregio's heel goed gaat, ook onder regie van de lokale zorgverzekeraars. Dat is dus binnen de huidige kaders van het huidige stelsel. Op die manier wordt in krimpregio's op maat en met professionals die de situatie aldaar kennen, adequate zorg geborgd voor nu en in de toekomst. Het is terecht dat de Minister erkent dat het in Zeeland niet goed ging. Langzaam maar zeker neemt ze daar meer de regie ter hand. Het is voor de VVD belangrijk dat die regie nooit voorbijgaat aan de zorgplicht van de verzekeraar. De verzekeraar is verantwoordelijk en moet die verantwoordelijkheid ook voelen, want anders werkt ons stelsel niet zoals het moet en kunnen we op termijn goede zorg op maat voor de patiënt niet borgen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Vorige week hebben we een debat gevoerd over de geestelijke gezondheidszorg. Dat ging over de vaststelling dat de beddenafbouw wellicht te snel gaat voor de ambulante opbouw. De Minister gaat daar nu goed naar kijken. Tevens wordt er onderzoek gedaan om te zien of de zorgverzekeraars zich wel aan hun zorgplicht houden. Een van de dingen die we willen voorkomen, is dat we onderzoek moeten doen naar de vraag of zorgverzekeraars zich in de krimpregio's wel aan hun zorgplicht houden. Als dat niet zo is, is er geen zorg beschikbaar in krimpregio's. Als zorg eenmaal weg is, krijg je die niet of heel moeilijk weer opgebouwd. Dan gooi je je oude schoenen weg voordat je nieuwe hebt.

De Minister zet de beschikbaarheidsbijdrage weer in. Dat is heel goed, maar die geldt alleen voor de acute zorg in de ziekenhuizen. Wat is nog meer basiszorg in de regio? Kan de Minister daar nu eens antwoord op geven? Kan ze anders een visie op basiszorg geven? Dat is meer dan uitleggen dat je ook specialiseert. De Minister en ik zijn het vaak oneens over de oplossingen voor het stelsel, maar dat begrijpen we allebei. Ook wij juichen specialisatie toe. Tegelijkertijd moet er ook basiszorg voor handen zijn. Als de apotheek in mijn eigen stad, Haarlem, dicht is, moet je naar Beverwijk om medicijnen te halen, terwijl we een eigen ziekenhuis hebben. Dit heeft met de inkoop van de zorgverzekeraar te maken. Hoe zit het als je in een krimpregio woont waar je sowieso al langer moet reizen naar een ziekenhuis en wellicht een nachtapotheek? Kan de Minister op een rij zetten wat onder basiszorg valt? Kan ze daarbij formuleren hoe we de zorgplicht moeten hanteren?. Als ik de heer Rutte serieus moet nemen, en dat doe ik graag, dan moeten we het de zorgverzekeraars een beetje moeilijk maken. We moeten ze uitdagen. Dan moeten we basiszorg meer normeren. We moeten duidelijker zijn over wat we van hen verwachten. Nu is het vrijheid blijheid. De een doet het goed en de ander niet, maar je zal maar in de regio wonen waar het niet goed gaat. Als de Minister niet met een uitwerking van basiszorg komt, dienen we een motie in. Mevrouw Bruins Slot heeft die al aangekondigd. We komen vast tot een mooie formulering. Het is tijd. Het is tijd om te voorkomen dat we straks ook problemen met verwarde personen en de ggz krijgen in krimpregio's, want dan staan we allemaal met lege handen.

Mevrouw Pia **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik houd het kort. Ik dank de Minister voor de beantwoording en voor de toezegging dat ze voor de zomer over een aantal zaken rapporteert, onder andere over het plan van aanpak voor de regeldruk en de administratieve lasten. De Minister gaf al aan dat het heel lastig is om dat probleem op te lossen, maar ik hoop dat we er verder mee komen.

De Minister zei dat er een behoorlijke groei heeft plaatsgevonden wat de eerstelijnszorggroepen en gezondheidscentra betreft. Ik meen dat ze 26% zei. Ik herken het beeld niet dat ze bang zijn voor hun toekomst en hun voortbestaan, maar dat kwam wel uit het NIVEL-onderzoek naar voren.

Van die centra stelt 50% dat de tarieven niet hoog genoeg zijn om een reserve op te bouwen. In 40% van de gevallen moeten zorgaanbieders al interen op hun reserves. Kan de Minister daar nog eens goed naar kijken? Die eerste lijn is namelijk heel belangrijk.

Het woord «substitutie» is ook gevallen. Ik heb ook meegekregen van eerstelijnscentra dat als zij zorg overnemen uit de tweede lijn, zij bij zorgverzekeraars moeten aantonen welke besparingen dat oplevert. Dat de centra dat moeten bewijzen, vind ik de omgekeerde wereld.

Minister Schippers: Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot zei dat als het aan het CDA lag, ik de beschikbaarheidsbijdrage al in het najaar had gegeven. Ik vond het echter opmerkelijk dat de NZa een heel ander standpunt dan het mijne innam. Ik moest haar deskundigheid respecteren en heb dus gevraagd waarom men er zo anders over denkt. Uit de reactie bleek dat de NZa daar inderdaad heel anders over denkt. De NZa wil dingen in de risicoverevening versleutelen in plaats van een beschikbaarheidsbijdrage toekennen. Ik ben ervan overtuigd dat dat de verkeerde weg is. De NZa gaf mij bij de waddenheli hetzelfde advies. Toen heb ik het wederom niet opgevolgd. Naar mijn mening moet je de risicoverevening daar niet voor gebruiken. Dan gebruik je deze oneigenlijk en dat is het begin van het einde. Wij verschillen daarover dus van mening. Ik heb de NZa echter wel de ruimte willen geven om voor het voetlicht te brengen waarom men tot een andere conclusie is gekomen. Ik heb vrij snel daarna mijn conclusies getrokken en ik ben tot een ander standpunt gekomen. Ik hoop dat wij de beschikbaarheidsbijdrage zo snel mogelijk kunnen invoeren. Het voordeel is dat de gehele zorgwereld dat al ziet aan komen en daarop anticipeert. Het is een beetje een semantische discussie. Natuurlijk hoop ik dat ik die aanwijzing morgen kan geven, maar ik weet dat iedereen er al op anticipeert.

Gebruikt de NZa de juiste criteria? Een van de normen die de NZa hanteert, is de 45 minuten norm. Dat is een ongelooflijk belangrijk criterium. De Kamer heeft de criteria van de NZa kunnen inzien en daarover kunnen oordelen. De NZa doet dat vanuit een onafhankelijke positie.

Ik kom op de stelselverantwoordelijkheid. Ons systeem loopt op veel punten geolied, maar behoeft op een aantal punten verbetering. Soms moet ik voor verbeteringen de wet aanpassen. Soms komt er een verbetering doordat ik dingen faciliteer die tot nu toe niet zijn gefaciliteerd door mijn voorgangers, omdat die in de stelselverantwoordelijkheid nu anders liggen. Ik teken hier expliciet bij aan dat ik die verantwoordelijkheid niet overneem, want dat vind ik al te gemakkelijk. Dan kan een verzekeraar zeggen dat de Minister er mee bezig is en dat hij daarom zijn handen ervan af trekt. Zo zijn we wettelijk niet met elkaar getrouwd. Ik faciliteer wel, maar de wettelijke bevoegdheden blijven waar ze zijn. Wat de meerjarencontracten betreft, moeten we ook naar onszelf kijken. Door de bekostiging te veranderen, kunnen we verwachten dat geen meerjarencontracten worden gesloten in het jaar waarin de bekostiging wordt gewijzigd. Dat geeft te veel onzekerheid. Men weet niet precies wat de parameters zijn. Je krijgt wel lumpsumcontracten. Die hebben we massaal gekregen. Doordat we uiteindelijk in een periode komen waarin we niets aan de bekostiging doen, kunnen we van de verzekeraars verwachten dat ze meer meerjarencontracten afsluiten. Ik zie dat positiever in dan mevrouw Bruins Slot. Ik denk dat verzekeraars er ook niet op zitten te wachten om jaarlijks energie te moeten investeren in het maken van afspraken, terwijl ze ook afspraken voor een paar jaar kunnen maken.

Mevrouw Bruins Slot (CDA): De Minister sprak over haar huwelijk met de zorgverzekeraars. Ik hoop dat dat een gelukkig huwelijk is. De Minister zei in de eerste termijn dat er een moment van ingrijpen is. Dan zegt ze tegen

de zorgverzekeraars dat zij weer aan het werk moeten. Welke criteria heeft de Minister daarvoor? Dit is de eerste keer dat ze ingrijpt. Dat gaat vast vaker gebeuren, want er zullen wel vaker dingen stroef lopen. Welke criteria hanteert de Minister om te bepalen dat zij vanuit haar stelselverantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar moet ingrijpen omdat het huwelijk ongelukkig dreigt te worden?

Minister **Schippers**: Ingrijpen in de zin van daadwerkelijk taken overnemen, doe ik alleen als er sprake is van een overmachtssituatie, zoals de wet dat heeft bepaald. Intervenieren doe ik naar aanleiding van signalen. Dat kunnen signalen uit de regio zijn of uit de lopende onderzoeken en monitoring. Er kunnen verschillende signalen zijn waarbij ik denk dat een faciliterende rol op z'n plek is. In Zeeland was dat evident aan de orde. Ik, althans niet ik persoonlijk maar de ambtenaren van VWS, heb ook bij andere regio's expliciet aangegeven dat facilitering mogelijk is als ze die nodig hebben. Als het niet goed gaat, kunnen er gemeenschappelijke tafels worden opgericht. Daarvan is nog geen gebruik gemaakt, maar dat kan best nog komen. Ondertussen dring ik me op in de zin dat ik door mijn werkbezoek polshoogte kom nemen en dat ik onderzoek laat doen om te kunnen constateren wat er in de praktijk gebeurt. Ik wil dat niet met criteria vasttimmeren, omdat ik denk dat er buiten die criteria ook een andere aanleiding kan zijn om de regio op zijn rol te wijzen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat mij om de hardheid van de rol van de Minister om tussenbeide te komen op het moment dat het niet meer goed loopt. Ik snap dat de Minister zegt dat je dat niet moet vasttimmeren met specifieke criteria. Met een aantal parameters kunnen we echter de buitenwereld een bepaalde zekerheid geven over de situatie waarin ruggensteun van de Minister verwacht mag worden. Hoe kijkt ze daartegenaan?

Minister **Schippers**: Ik heb gegevens uit de onderzoeken die ik doe. Aan de hand daarvan kan ik signaleren of er sprake is van een zorgelijke ontwikkeling. Als de grote spelers er niet uit komen, wil ik faciliteren om de afspraken of contacten tot stand te laten komen. Ik ben voornemens om op basis van deze belangrijke criteria te handelen.

De zorg en de voorzieningen in de regio's staan onder druk. De woordvoerder van de ChristenUnie zegt dat ik die overlaat aan verzekeraars en aanbieders zonder dat ik er criteria aan verbind. Daar ben ik het niet mee eens. In de veldnormen zijn duidelijke criteria voor goede zorg opgenomen. We hebben een zorgplicht geïntroduceerd. Het is niet zo, en het is ook nooit zo geweest, dat een Minister een lijst opstelt van normen die gehanteerd moeten worden. Die moeten vanuit het veld komen. Als die niet snel genoeg tot stand komen, dan hebben we een kwaliteitsinstituut dat daar een handje bij helpt en dat doorzettingsmacht heeft. Dat de overheid die criteria vaststelt, is niet aan de orde, behalve bij de 45 minutenorm. Het veld kan dat ook veel beter.

Mevrouw Dik-Faber vraagt zich af of naast de bevolking ook de gemeenteraad betrokken moet worden bij de besluitvorming. Ja. Bij de bijeenkomsten waarbij ik aanwezig was, waren altijd de gemeentelijke politiek en, afhankelijk van de omvang van de regio, ook de provinciale politiek aanwezig.

Er is verwarring over de volumennormen, met name over de vraag of die per locatie of per specialisme gelden. Dat hangt ervan af. Als we het hebben over een volumennorm voor een team, dan geldt die voor een locatie, omdat het team op die locatie werkt. Er zijn echter ook specialismen waarvoor volumennormen gelden.

Wij hebben al gecorrespondeerd over de motie en we hebben de vergelijking met de agrarische sector gemaakt. Het gevraagde onderzoek wordt uitgevoerd en ik heb de Kamer een brief gestuurd met de onder-

zoeksvragen. Ik heb die aangepast nadat de Kamer vroeg om een reactie van de Verenigde EersteLijns Organisaties van zorgaanbieders (VELO). Die toezegging heb ik gestand gedaan. Dit is een lopende kwestie.

Mevrouw Bouwmeester zegt dat we bij het voorstel voor een aantal aanpassingen niet meteen van een stelselwijziging moeten spreken. Dat hangt ervan af. Als we voor de zorg de Mededingingswet afschaffen, ofwel de zorg onder de Mededingingswet vandaan halen en onderbrengen bij de WMG, dan verandert dat in principe helemaal niks. Het hangt er maar van af waarover de uitgangspunten van de WMG gaan. In de Mededingingswet wordt geregeld dat jonge huisartsen en jonge fysiotherapeuten niet tegengewerkt mogen worden en zich vrij mogen vestigen, dat patiënten vrij mogen kiezen tussen artsen en zorgverleners en dat we geen ongewenste prijsafspraken willen. Als je dat overzet naar de andere wet, is er in principe niets veranderd. Als we de essentie van de Mededingingswet niet meer regelen, dan hebben we het wel degelijk over een grote stelselwijziging. We hebben dan een situatie waarbij private zorgaanbieders bepaalde dingen kunnen doen die patiënten kunnen schaden. We hebben de Mededingingswet opgesteld om dat te voorkomen. Ik zou het vervelend vinden als we hier een semantische discussie hebben. Het gaat in essentie over de vraag wat we in een wet regelen en wat we afschaffen. Als de suggestie is om de gehele zorg onder de Mededingingswet uit te halen opdat men niet meer hoeft te voldoen aan wat daarin in essentie geregeld wordt, is dat inderdaad een nucleaire optie. Een heleboel waarborgen voor de patiënt in de Mededingingswet strepen we dan weg. Ik wacht de activiteit van de Kamer op dit punt af, maar er ligt ook een regeerakkoord dat we met elkaar moeten uitvoeren. Ik zie het regeerakkoord als leidend en niet het verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid. Ik kan me voorstellen dat de PvdA daar dan een andere Minister bij zou wensen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als de Minister precies doet wat wij willen, dan mag ze blijven zitten. Nee hoor, dat was een flauwe grap naar aanleiding van de laatste opmerking van de Minister. De crux zit in het eerste deel van wat de Minister hierover zei. De crux zit in specifieke regels voor de zorg, zodat de kwaliteit centraal staat en de gewenste samenwerking plaatsvindt, uiteraard zonder ongewenste prijsafspraken. De intentie van de algemene regels van de algemene Mededingingswet zijn goed, maar niet altijd even passend voor de zorg. Dat moeten we veranderen. Dat is geen stelselwijziging en het staat helaas ook niet in het verkiezingsprogramma van de PvdA. Ik begrijp dat je een regeerakkoord niet helemaal kunt uitvoeren. We moeten echter nuchter kijken naar de problemen waartegen artsen in de praktijk aanlopen en hoe een en ander verbeterd kan worden. Volgens mij vind ik de Minister op dat punt.

Minister **Schippers**: Daar ben ik nog niet zo van overtuigd. We hebben private aanbieders binnen publieke randvoorwaarden. We hebben die randvoorwaarden niet ingesteld om private aanbieders het leven zuur te maken, maar om de patiënt, degene die van de zorg gebruikmaakt, te beschermen. We moeten de randvoorwaarden goed bewaken. Zijn alle regels van toepassing op de zorg? Nee, want er zijn uitzonderingen. Bij huisartsen is bijvoorbeeld sprake van een inschrijftarief. Daar heb je dus niet de vrije prijsvorming die je in een heleboel sectoren wel heb. Er zijn op dit punt al maatregelen genomen waarmee die vrije prijsvorming wordt ingeperkt. Wanneer je de digitale uitspraak doet dat je de gehele zorg onder de Mededingingswet uittrekt, dan doe je nogal een uitspraak. De Mededingingswet is namelijk bedoeld ter bescherming van patiënten tegen afspraken die niet in het belang zijn van de patiënt. Daar draait de Mededingingswet om. Laat er geen misverstand over bestaan: ik ben geen voorstander van de voorgestelde aanpassingen. Ik verwijs niet voor niets naar het regeerakkoord. Op basis daarvan probeer ik mijn werk te

doen. In de huisartsenzorg valt echt wel wat te verbeteren, maar huisartsen concurreren zich niet kapot om de patiënt. Dat is niet het probleem van de huisartsenzorg. Ik heb dezelfde exercitie als de LHV gedaan ten aanzien van de ruimte die wij voor huisartsen zouden kunnen vinden binnen de Mededingingswet. Daarbij ben ik op een aantal punten gestuit waarbij je je kunt afvragen of wij die voor de zorg wel goed hebben vormgegeven. Waarom is die bagatelregeling eigenlijk zoals die is? Is het argument dat het op die manier moet van Europa wel valide? Dat vraag ik me sterk af. Ik heb al aangekondigd in Kwaliteit loont dat ik zal bekijken of er niet veel meer ruimte is. Dat is geen nieuw beleid; dat heb ik de Kamer al eerder geschreven. Laten we kijken of er op het gebied van samenwerking meer mogelijk is dan we tot nu toe hebben geregeld.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister vat mij verkeerd samen. Daar zal ze zo haar redenen voor hebben. Ik heb niet de digitale uitspraak gedaan: de zorg onder de Mededingingswet uit en dan is het is klaar. Nee, mijn punt is dat je de algemene regels uit de Mededingingswet specifiek kunt toepassen op de zorg als je die plaatst onder het regime van de WMG. Fusies, kartelvorming, prijsafspraken, aanmerkelijke marktmacht: je kunt het allemaal regelen in de WMG. Het is alleen een andere ordening. Dat willen we graag, omdat er nu publieke belangen botsen. Het belang «prijs» en het belang «kwaliteit» botsen. Er wordt nu ingekocht op prijs. De patiënt wil ook graag kwaliteit. Welk belang gaat er dan voor? Dat kan op een specifiekere en slimmere manier worden geregeld. Op deze manier kijken wij naar de ordening van de zorg. Nogmaals, we kunnen het heel nuchter bekijken. We moeten het vooral bekijken vanuit het belang van de patiënt en vanuit de zorgverlener die wil samenwerken om goede redenen. Zo gaan wij naar het voorstel kijken. Daar is niet zo heel veel ingewikkelds aan. Zo los je de problemen op die zijn ontstaan door de Mededingingswet. Die wet is met goede redenen ingevoerd, maar past niet helemaal bij de zorg. Die wet hoeft je niet af te schaffen, maar je kunt deze wel bijstellen.

Minister **Schippers**: Laten we de dingen noemen zoals ze zijn. Ordening van de zorg heeft alles met het stelsel te maken. Dat is met de Mededingingswet ook zo. Het is niet voor niets dat ik in de brief over Kwaliteit loont heb aangegeven op welke punten ik ruimte zie om binnen het systeem zoals we dat hebben opgetuigd, veel meer te kijken naar een zorgspecifieke toepassing. Daarvoor hoeven we niet allerlei dingen om te zetten. Wij zijn samen met Economische Zaken en de ACM een eerste exercitie gestart zijn om te bekijken wat er daadwerkelijk nodig is om de dingen die wij als probleem zien op te lossen zonder dat we nieuwe problemen creëren. Daarbij zullen we huisartsen, andere beroepsbeoefenaars en verzekeraars betrekken. Je moet eerst die exercitie doen om tot de conclusie te kunnen komen of een oplossing het binnen de geldende wet- en regelgeving mogelijk is. Met die exercitie ben ik druk bezig en ik zal in de voortgangsrapportage van Kwaliteit loont aangeven hoever we daarmee zijn en wat de planning ongeveer is. Ik kom voor de zomer met die voortgangsrapportage naar de Kamer.

De verzekeraars hebben aangegeven geen regietaak te hebben. De verzekeraars hebben de taak om zorg in te kopen en daarmee aan hun zorgplicht te voldoen. Daarbij moeten ze aan de kwaliteitseisen en normen voldoen. Zorgverzekeraars maken enorm meters op het vlak van kwaliteit. De eerstelijnsopbouw in de wijk neemt wel degelijk een hoge vlucht. Dat wil overigens niet zeggen dat het altijd even goed gaat. Mevrouw Dijkstra vraagt of we nader kunnen kijken naar de substitutie. Daar zitten wij bovenop. Wij zien ook dat daar knelpunten ontstaan. Wij zien ook dat die knelpunten vragen om een oplossing. Het is echter nog niet zo makkelijk. Ik vind het ontzettend fijn dat de huisartsen in Friesland die bezig waren met de substitutie dat voorbeeld aan mij hebben gegeven, zodat ik er

verder naar kan kijken met de verzekeraars. Het kan toch niet zo zijn dat een huisarts dat moet uitrekenen? Dat is de wereld op zijn kop. Zo hebben we dat ook helemaal niet afgesproken. Het is goed dat wij dat soort signalen krijgen, zodat we daarmee aan de slag kunnen. Op die manier kunnen we de vaart erin houden. Ik heb anderhalve maand geleden dat signaal van de huisartsen gekregen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister zei in haar eerste termijn dat de eerstelijnsorganisatie in wijken een hoge vlucht neemt en nu zegt ze het weer. Ik heb die cijfers gemist, of bedoelt ze dat we ontzettend veel extra taken aan de huisartsen geven? Dat neemt inderdaad wel een hoge vlucht. Ik ken wel de signalen waaruit blijkt dat we ons zorgen moeten maken over huisartsen in opleiding in krimpregio's en huisartsen die zich vestigen in krimpregio's. Als de Minister de uitspraak doet dat het een hoge vlucht neemt, dan zou ik het fijn vinden als wij die cijfers ook hebben. Ik lees namelijk wat anders. Ik lees dat het fragiel is. Dat staat ook in het NIVEL-rapport dat we vandaag hebben gekregen.

De **voorzitter**: Uw punt is duidelijk.

Minister **Schippers**: Ik moet iets genuanceerder zijn. Het is niet zo dat het overall een hoge vlucht neemt. Wat wel overall een hoge vlucht neemt, is dat de huisarts veel meer in netwerken en veel minder solistisch functioneert. De huisarts zit veel meer in de samenwerkingsmodus. Dat heeft ook te maken met de nieuwe functies die we hebben gecreëerd. De eerstelijnsopbouw neemt een hoge vlucht als we kijken naar het percentage praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's), dat in één jaar van 43% naar 77% is gegaan. Daarbij zie je dus een enorme opbouw. Ik wil dat die vlucht niet alleen hoog maar ook breed is. We zien echter dat op bepaalde aspecten wel degelijk een omslag en een opbouw gaande is in de eerste lijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit debat heet ziekenhuiszorg in krimpregio's. Natuurlijk hebben we het dan ook over de eerste lijn, want die is in krimpregio's hartstikke belangrijk, net als de ziekenhuiszorg. Als de Minister bedoelt dat we extra taken bij de huisartsen hebben neergelegd en dat we vooruitgang boeken met het naar de praktijk halen van die ene taak, de ggz, dan kan ik nog niet beoordelen hoe het gaat in krimpregio's. Daarnaast heb ik in mijn eerste termijn gepleit voor inzicht in de ouderenzorg. Als in kleine gemeenschappen het verzorgingshuis sluit, heeft dat grote gevolgen, juist ook voor de huisarts en zeker als die al onder druk staat. De Minister wil niet naar de prestatiekrimp in de reguliere bekostiging kijken, want het moet een onderhandelings-dbc blijven. Dat vind ik jammer. Laten we afspreken dat de Minister met de monitor in absolute cijfers voor ons in beeld brengt hoe de uitbreiding van de eerste lijn met betrekking tot de huisarts plaatsvindt, zowel generiek in het land als ingezoomd op de krimpregio's. Ik kan met die 70% niet zo veel. Dat zegt niets over de Achterhoek, Zeeland of Noord-Limburg. We willen ook de percentages in die regio's weten.

Minister **Schippers**: In bepaalde delen van de krimpregio's komt de anderhalflijnzorg echt van de grond, kijk bijvoorbeeld naar Dokkum. De uitgaven voor de multidisciplinaire zorg zijn met 26% gestegen. We zien een opbouw van dat type zorg. De NIVEL-monitor betreft krimpregio's in den brede. Volgens mij is daarbij ook specifiek gekeken naar de eerstelijnsopbouw, maar dat weet ik niet zeker. Ik zal dat nakijken en dan kom ik daar straks nog op terug.

Mevrouw **Bouwmeester** zegt dat bij preventie de kosten voor de baten uitgaan en dat verzekeraars daarom niet meedoen. Ik ben het daar in zijn algemeenheid niet mee eens. In het programma Alles is gezondheid zijn

op verzoek van de Kamer, ook op verzoek van de Partij van de Arbeid, extra gelden toegekend voor preventie-opbouw in evidente krimpgebieden in Drenthe. We bekijken wat we daarvan kunnen leren voor andere gebieden. Uit mijn hoofd gezegd, is daar een bedrag van 10 miljoen euro mee gemoeid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): 1 miljoen.

Minister **Schippers**: Nee. Bij elkaar opgeteld is dat 10 miljoen. Ik probeer het geheel te pakken. Zorgverzekeraars zetten wel degelijk preventieve activiteiten in. Zij kunnen daar zelf ook baat bij hebben. Als je ziet hoeveel procent van hun verzekerdenbestand overstapt, dan is het goed dat zij een actieve rol in het programma Alles is gezondheid oppakken.

Op het onderwerp «spreiding en beschikbaarheid» hebben wij belangrijk beleid gemaakt. Dat staat in hoofdlijnenakkoorden. Complexe zorg moet geconcentreerd worden, maar voor basis medisch-specialistische zorg zijn de streekziekenhuizen ongelooflijk belangrijk. Ook daar zie je ontzettend goede voorbeelden van, met name de zorg voor chronisch zieke ouderen wordt in streekziekenhuizen opgebouwd.

Mevrouw Leijten stelt dat als zorg weggaat, je die nooit meer terugkrijgt. Dat hangt ervan af. In Dokkum heeft men juist een nieuwe impuls gekregen, waardoor nieuwe vormen van zorg ontstaan. Er worden ook nieuwe technologieën toegepast die juist in krimpgebieden enorm veel kunnen betekenen vanwege de grote afstanden.

De beschikbaarheidsbijdrage geldt inderdaad voor de ziekenhuiszorg. Er zijn wel veldnormen. Zo moet een huisartsenpost op 30 minuten en een huisarts op 15 minuten beschikbaar zijn. Voor spoedfarmacie, waarover mevrouw Leijten het had, geldt ook de 45 minuten norm. Die heeft ervoor gezorgd dat er dienstapotheeknetwerken opgericht zijn. In de krimpgebieden heb ik geschreven dat we wel naar de kosten moeten kijken. Die kunnen namelijk enorm toenemen in krimpgebieden en hebben impact op het eigen risico van patiënten. Het is niet zo dat daar geen normen voor bestaan. Voor de acute zorg bestaan die. Als er dan zo'n dienstapotheek is, dan zal die niet alleen acute zorg leveren, maar ook andere zorg.

Hoe zit het met de uitkomsten van NIVEL? Misschien praten we langs elkaar heen. Dat zou kunnen. We moeten kijken op welk punt dat zit. Per 2015 hebben we een nieuw bekostigingssysteem. Voor partijen is dat wennen. Het jaar 2015 heeft veel hobbels gekend in de contractering. Er moet hard worden gewerkt om te voorkomen dat dezelfde problemen plaatsvinden. We hebben over de contracteerronde een gesprek gehad met verzekeraars en aanbieders om de geleerde lessen te definiëren en in 2016 herhaling te voorkomen. Er is nog onduidelijkheid over de toekomst van de regeling Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ). Er is sprake van dat die op termijn afgeschaft wordt om plaats te maken voor een andere vorm van bekostiging om georganiseerde eerstelijnszorg te bevorderen. Zo lang er geen alternatief is, blijven de GEZ-gelden gehandhaafd. Dat geldt in ieder geval voor 2015. De onduidelijkheid over 2016 zou tot onzekerheid bij partijen kunnen leiden, maar ik weet niet of dat zo is. Momenteel buigen verzekeraars en aanbieders zich daarover. In ieder geval is het van groot belang dat wij bij nieuwe wijken de eerstelijnszorg meteen goed opzetten. Daarvoor zijn die gelden bedoeld. Zonder alternatief passen we die zeker niet aan.

Wil ik kijken naar de uitkomsten van NIVEL op dit terrein? Dat zal ik zeker doen. We zullen de vinger aan de pols houden. De substitutie heeft ook mijn volle aandacht, zeker naar aanleiding van de signalen daarover, die de Kamer ook heeft ontvangen.

Ik kijk of de vraag van mevrouw Leijten ondergebracht wordt bij de marktscan of de NIVEL-monitor. Door middel van een van die twee moeten we de vinger aan de pols houden. We zullen bekijken waar die het beste ondergebracht kan worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Gaat het dan om de mogelijke opbouw van het netwerk van de eerste lijn? Je moet nog zien of deze behouden blijft. Gaat het dan ook over de aansluiting op de ouderenzorg als die wegvalt? Huisartsen krijgen namelijk meer taken, soms ook gewenst door de politiek, bijvoorbeeld met betrekking tot de ggz. Als ouderen niet meer naar het verzorgingshuis kunnen en dus thuis moeten blijven wonen, betekent dat ook iets voor het netwerk van de huisarts. Wordt dat ook in kaart gebracht? Het lijkt mij heel zinvol om dat mee te nemen.

Minister **Schippers**: Naar wat ik begrijp, worden de samenwerkingsverbanden vanuit de huisartsenzorg in kaart gebracht. Ik neem aan dat dit inclusief de zorg voor ouderen is. Ik zal nagaan of die expliciet in de NIVEL-monitor of de marktscan zit. We moeten de zorg voor ouderen in ieder geval ergens hebben ondergebracht.

De **voorzitter**: Ik heb een aantal toezeggingen genoteerd.

- Voor de zomer komt de Minister met maatregelen om de administratieve lasten terug te dringen.
- Voor de begrotingsbehandeling komt de Minister met het resultaat van de analyse van ziekenhuisfaillissementen. Daarin staat welke lessen daaruit getrokken zijn. Die analyse wordt gebaseerd op gesprekken. Voor het overige verwijs ik naar het verslag.
- De Minister komt uitgebreid terug op het onderwerp «fusie», met wet- en regelgeving en de rol van de ACM in dezen.
- Het onderwerp «huisartsenzorg in relatie tot de Mededingingswet» komt terug in de voortgangsrapportage van Kwaliteit loont.
- De voortgangsrapportage Kwaliteit loont komt voor de zomer naar de Kamer.

Er is een VAO aangevraagd met als eerste spreker mevrouw Bruins Slot.

De heer **Rutte** (VVD): Waarom wil zij een VAO aanvragen? Is dat vanwege het ontbreken van de normen voor het ingrijpen van de Minister?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Onder andere. Als u meer wil weten dan kan ik u straks bijpraten.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister en haar ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere wijze gevolgd hebben.

Sluiting 21.53 uur.

Volledige agenda

1. *Reactie op verzoek over de uitvoering van de motie Bergkamp c.s. inzake fraudebestrijding in de zorg*
Kamerstuk 28 828, nr. 60 – Brief regering d.d. 22-04-2014
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.J. van Rijn
2. *Aanbieding evaluatierapport «Ondersteuning PGOsupport bij de inbreng van het cliëntenperspectief bij kwaliteitstrajecten»*
Kamerstuk 29 214, nr. 68 – Brief regering d.d. 23-04-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Reactie op het IGZ-rapport «Veiligheidsbewustzijn in het operatief proces; ook na een calamiteit in teveel ziekenhuizen nog niet voldoende op orde»*
Kamerstuk 31 016, nr. 75 – Brief regering d.d. 23-05-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *Ontwikkelingen omtrent regiomaatschappen*
Kamerstuk 32 620, nr. 129 – Brief regering d.d. 10-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Tussenrapportage wachttijden medisch specialistische zorg 29 248-274 – Brief regering d.d. 29-09-2014*
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. *Voortgang van de concentratie van de acute zorg*
Kamerstuk 29 247, nr. 191 – Brief regering d.d. 6-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage voor Traumazorg*
Kamerstuk 29 247, nr. 192 – Brief regering d.d. 10-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Voortgang over aanpak verantwoording jaarrekeningen medisch specialistische zorg*
Kamerstuk 32 620, nr. 143 – Brief regering d.d. 11-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Aanbieding van de marktscan medisch specialistische zorg 2014 deel A van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*
29 248-280 – Brief regering d.d. 16-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Antwoorden op vragen van de commissie over de positioneringsnota universitair medische centra en de kabinetsreactie op het Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair Medische Centra (UMC's)*
33 278-5 – Brief regering d.d. 26-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Aanbieding IGZ-rapport «Het resultaat telt ziekenhuizen 2013»*
Kamerstuk 29 247, nr. 196 – Brief regering d.d. 03-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Stand van zaken financiële verantwoording van ziekenhuizen*
Kamerstuk 32 620, nr. 151 – Brief regering d.d. 13-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. *Aanbieding van het rapport «Traumazorg in beeld: Landelijke Traumaregistratie 2009–2013»*
Kamerstuk 29 247, nr. 201 – Brief regering d.d. 20-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. *Macrobeheersmodel instellingen van medisch specialistische zorg 2012 en 2013*
29 248-282 – Brief regering d.d. 31-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
15. *Reactie op het RIVM-rapport «Gezondheid in krimpregio's. Verdiepingsstudie»*
Kamerstuk 32 793, nr. 163 – Brief regering d.d. 16-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
16. *Curatieve zorg in krimpregio's*
Kamerstuk 29 247, nr. 200 – Brief regering d.d. 06-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
17. *Aanbieding rapport van de Verkenner Samenwerking Zeeuwse Zorg*
Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 104 – brief regering d.d. 12-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
18. *Reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 19 maart 2015, over de stand van zaken continuïteit Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen*
Kamerstuk 32 299, nr. 41 – brief regering d.d. 24-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
19. *Aanbieding van de rapportage «Eerste resultaten substitutiemonitor»*
33 654, nr. 14 – brief regering d.d. 09-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
20. *Aanbieding factsheet Leefomgeving, Gezondheid en Zorg in de Noordelijke regio's*
Kamerstuk 31 757, nr. 59 – brief regering d.d. 09-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
21. *Beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp en Acute Verloeskunde*
Kamerstuk 29 247, nr. 209 – brief regering d.d. 28-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
22. *Verslag van een schriftelijk overleg over de stand van zaken na faillissement Zorggroep Pasana*
Kamerstuk 32 299, nr. 42 – brief regering d.d. 17-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers