

Vergaderjaar 2006–2007

30 173

Wijziging van de Warenwet teneinde een mogelijkheid op te nemen tot het stellen van hygiënevoorschriften bij het tatoeëren en het piercen en tot het houden van toezicht daarop, de werking van die wet uit te breiden tot eet- en drinkwaren die worden verhandeld op het continentaal plat, alsmede tot strafbaarstelling van artikel 27, derde lid, van die wet op grond van de Wet op de economische delicten

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 18

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 4 juli 2007

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 juni 2007 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 december 2006 met het standpunt over het IGZ-rapport Het resultaat telt! 2005 (27 295, nr. 90);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap d.d. 20 december 2006 over publieke functies van de umc's in een marktomgeving (26 275, nr. 4);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 januari 2007 over de monitorspecial van de NZa over de zelfstandige behandelcentra (29 248, nr. 35);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 februari met de reactie op het inspectierapport Toezicht operatief proces, deel 1 (30 800 XVI, nr. 134);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 maart 2007 over de uitvoering van de motie over registratie privéklinieken (30 173, nr. 15);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2007 over het privaat kankerinstituut Amsterdam-Noord (VWS-07-299).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Van Gerven** (SP) zegt zich zorgen te maken over de kwaliteit van privéklinieken. Om de controle op deze klinieken te vergroten, stelt hij voor een vergunningstelsel in te voeren. Dit maakt het namelijk mogelijk om een vergunning in te trekken als een kliniek niet voldoet aan de kwaliteitseisen. Een van die kwaliteitseisen is dat alleen artsen operaties

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Azough (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (VVD), Griffith (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ortega-Martijn (ChristenUnie).

uitvoeren en aan deze eis voldoen niet alle privéklinieken. Het komt zelfs voor dat er geen toezicht door een arts is. Is de minister bijvoorbeeld op de hoogte van de verminking van een vrouw in Doetinchem als gevolg van een behandeling met rimpelvuller door een ongebegeide fysiotherapeut?

De motie-Kant (30 173, nr. 15) vraagt de regering een verplicht registratiesysteem in het leven te roepen voor privéklinieken. Deze motie is door de Kamer aanvaard en het is dan ook te betreuren dat de minister niet verder wil gaan dan een vrijwillig registratiesysteem. Hij lijkt er daarbij aan voorbij te gaan dat er klinieken zijn die geen marktaandeel willen veroveren op basis van kwaliteit, maar op basis van prijs. Dergelijke klinieken zullen zich zeker niet vrijwillig aanmelden.

Is het waar dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) niet precies weet hoeveel privéklinieken er zijn en waar zij zich bevinden? Zo ja, is de minister het dan met hem eens dat de IGZ niet in staat is om haar werk bij de privéklinieken naar behoren te doen? Verplichte registratie kan dit voorkomen.

Het is ongewenst dat meisjes op steeds jongere leeftijd plastische chirurgie ondergaan. Is de minister bereid om deze ontwikkeling te keren door een leeftijdsgrens in te stellen?

In januari 2007 is een IGZ-onderzoek toegezegd naar ooglaserklinieken. Is dit onderzoek afgerond?

Het Duitse bedrijf Rehamed is van plan om in Amsterdam-Noord een privaat kankerinstituut te vestigen. Bestaat er echter wel behoefte aan een dergelijk instituut? Als die behoefte er niet is, zal de minister dit bedrijf dan op basis van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) een vergunning onthouden? Gaat de komst van dit instituut ten koste van de bestaande ziekenhuizen, bijvoorbeeld doordat personeel naar dit instituut overstapt?

Ook dit jaar lijken sommige ziekenhuizen hun budgetten te gaan overschrijden. Menzis heeft daarop aangekondigd slechts akkoord te zullen gaan met een budgetstijging van 1%. Zijn de zorgverzekeraars nu wel of niet verplicht om alle uitgevoerde behandelingen te vergoeden?

De kwaliteit van de ziekenhuiszorg is volgens de minister voldoende als een ziekenhuis binnen 45 minuten bereikt kan worden en het alle acute zorg kan leveren. Mensen horen in hun regio echter over alle basisziekenhuiszorg te kunnen beschikken. De heer Van Gerven vindt het daarom verkeerd dat de minister erin toestemt dat de ziekenhuizen in Vlissingen en Goes niet langer een volledig pakket kindergeneeskundige en gynaecologische hulp aanbieden. Wat gaat de minister doen om te voorkomen dat de ziekenhuizen op Walcheren hun zorg nog verder uitkleden? Maken deze ziekenhuizen eigenlijk niet gewoon misbruik van mazen in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)?

Het is een goede zaak dat de minister de academische component van de umc's buiten de marktwerking houdt, maar hij lijkt hierbij wel te vergeten dat ook andere ziekenhuizen toppreferente zorg leveren. Is hij bereid om alsnog naar de positie van deze ziekenhuizen te kijken?

De dieplap-operatie is inmiddels een normale en geen experimentele operatie meer. Waarom wordt deze operatie dan nog steeds vergoed via de academische component en de locatiegebonden toeslag? Dat geldt overigens ook voor de implantatie van insulinepompen.

In Zweden kent men een landelijk registratiesysteem voor orthopedische implantaten. Daardoor is het aantal heroperaties sterk gedaald. De Nederlandse Orthopeden Vereniging wil ook met een dergelijk systeem beginnen. Steunt de minister deze vereniging daarbij?

Mevrouw **Schermers** (CDA) wijst erop dat de kwaliteitsindicatoren van de IGZ voor ziekenhuiszorg zich nog niet lenen voor een vergelijking van ziekenhuizen en het volgen van veranderingen over een langere periode.

De resultaten van zorginstellingen moeten openbaar worden. Patiënten kunnen deze resultaten dan gebruiken voor hun ziekenhuiskeuze en de zorgverzekeraars voor hun contractonderhandelingen.

Het komt in enkele ziekenhuizen nog steeds voor dat artsen risicovolle operaties verrichten, ook al hebben ze te weinig ervaring met deze operaties. Kan de minister dit verbieden?

Op dit moment zijn er nog niet voor alle zelfstandige behandelcentra (verder: zbc's) prestatie-indicatoren ontwikkeld. Daardoor is er onvoldoende zicht op de kwaliteit van de door de zbc's geleverde zorg en kunnen patiënten en zorgverzekeraars deze centra niet vergelijken. Zal de minister het probleem van de ontbrekende prestatie-indicatoren met voorrang aanpakken?

In privéklinieken worden net als in de zbc's medische handelingen verricht door artsen die onder de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg vallen (verder: de wet-BIG). Patiënten moeten er dan ook op kunnen vertrouwen dat in privéklinieken kwalitatief goede zorg wordt geleverd. Daarvoor is het noodzakelijk dat alle privéklinieken bekend zijn bij de IGZ. Is de minister met het oog hierop bereid te komen tot verplichte registratie? Uiteindelijk zullen ook de privéklinieken met de prestatie-indicatoren moeten gaan werken.

Volgens de IGZ schort er zoveel aan het preoperatieve traject dat de veiligheid van patiënten in het geding is. De professionals op de werkvloer doen er gelukkig veel aan om dit probleem op te lossen. Hun inspanningen maken de invoering van het elektronisch patiënten dossier (epd) echter niet minder noodzakelijk. Wanneer kan men met deze elektronische dossiers gaan werken?

De financiering in de umc's van de zorg die onder de academische component valt, moet gescheiden worden gehouden van de reguliere zorg. De umc's mogen de marktwerking immers niet verstoren door met het geld van de academische component reguliere zorg te financieren. Geld voor toppreferente zorg dient overigens niet alleen ten goede te komen aan academische ziekenhuizen, maar ook aan grote perifere ziekenhuizen die deze zorg leveren.

Als een patent vrijkomt dat in een umc is ontwikkeld, wordt het geld in sommige gevallen niet alleen verdeeld over de onderzoeksgroep en het umc, maar ook over de klinisch hoogleraar die het onderzoek heeft geleid. In de media zijn berichten verschenen dat enkele hoogleraren hierdoor miljonair geworden zouden zijn. Als deze berichten waar zijn, wat gaat de minister daaraan dan doen?

Experimentele behandelingen als de dotterbehandeling worden na verloop van tijd gemeengoed en kunnen dan in grote perifere ziekenhuizen worden verricht. Naar verwachting zal de vraag naar dergelijke behandelingen toenemen en dan ligt het voor de hand om mensen niet voor deze behandeling naar een umc te vervoeren, maar in een perifeer ziekenhuis te behandelen. Is de minister het hiermee eens?

Het kankerinstituut Amsterdam-Noord moet aan alle kwaliteitseisen voldoen. Dit instituut is dan ook eigenlijk een testcase om te bepalen of een dergelijk instituut meerwaarde heeft. Mevrouw Schermers zegt daarom met belangstelling de ontwikkelingen rond dit instituut te volgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA) herinnert aan het spoeddebat op 26 april over vermijdbare sterfte in ziekenhuizen. In dit debat heeft hij aangedrongen op het terugbrengen van de vermijdbare sterfte met 50% in drie jaar. De minister schrijft nu echter dat hij het aantal vermijdbare incidenten in vijf jaar met 50% wil terugbrengen. Dat is gezien de loop van het spoeddebat teleurstellend, omdat vermijdbare incidenten van een geheel andere orde zijn dan vermijdbare sterfte. Waarom heeft de minister gekozen voor deze veel minder ambitieuze doelstelling?

Als de dood van een patiënt vermijdbaar was, is dat traumatisch voor de nabestaanden. Goede nazorg is dan ook van groot belang. Zal de minister hieraan de nodige aandacht schenken?

Ziekenhuizen die niet voldoen aan de kwaliteitscriteria moeten daarop aangesproken worden. «Naming, blaming and shaming» lijken dan op hun plaats.

Ziekenhuizen die toppreferente zorg leveren moeten net als academische ziekenhuizen hun deskundigheid kunnen uitbreiden. Zal de minister daarvoor geld beschikbaar stellen? Is het mogelijk om toppreferente zorg vast te leggen in aparte diagnosebehandelingcombinaties?

De academische ziekenhuizen dienen scherp onderscheid te maken tussen toppreferente zorg en algemene zorg. Algemene zorg mag immers niet gefinancierd worden met geld dat bedoeld is voor de toppreferente zorg. Kamer en minister komen nog te spreken over de Wbmv. Zal hij tot aan dat overleg geen onomkeerbare beslissing nemen over dotterbehandelingen en radiotherapie?

Om de kwaliteit van de zbc's te garanderen moet de IGZ inzicht hebben in het werk van de zbc's. Dat geldt ook voor de privéklinieken. Als zij weigeren te registreren, zal de IGZ maatregelen moeten nemen. Is het een idee om deze klinieken een zeer streng inspectieregime op te leggen totdat zij zich registreren?

De minister schrijft terecht dat de komst van het kankerinstituut Amsterdam-Noord niet tegengehouden hoeft te worden als het aan de kwaliteitseisen voldoet. De komst van dit instituut roept echter wel de nodige vragen op. Is het een voorbode van de komst van meer buitenlandse toetreders? Zo ja, wat zijn hiervan dan de gevolgen voor de financiering en de kwaliteit van de zorg?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie) benadrukt dat doelmatigheid niet ten koste mag gaan van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Marktwerking moet dus eerst en vooral leiden tot kwalitatief betere zorg. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt in de toekomst meer en meer gedeeld door ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Maar leidt deze verantwoordelijkheidsverdeling wel tot de gewenste resultaten? Zo nee, is het dan niet beter om de overheid een sturende rol te geven bij de plannen om specialistische zorg te concentreren?

De IGZ meldt dat niet alle ziekenhuizen hun patiënten voor een risicovolle operatie doorverwijzen naar specialistische ziekenhuizen. Is de minister bereid om de IGZ te laten onderzoeken in welke mate risicovolle operaties moeten worden geconcentreerd?

De ziekenhuizen en de organisaties van medisch specialisten en verpleegkundigen hebben het gezamenlijk patiëntveiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig» gepresenteerd. Kan de minister een eerste reactie geven op dit rapport?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) vraagt de minister of hij het totale aantal medische fouten met 50% wil terugbrengen of het aantal vermijdbare sterfgevallen.

De IGZ constateert in ziekenhuizen een groot tekort aan elektronische informatie over intra- en extramuraal voorgeschreven medicatie. De voorganger van de minister heeft toegezegd dat dit probleem na de invoering van het elektronisch patiëntendossier (verder: epd) tot het verleden behoort. Vooruitlopend op de invoering van het epd worden pilots gehouden met het elektronisch medisch dossier en het waarnemingsdossier voor huisartsen. Het is de bedoeling dat deze dossiers in september landelijk in gebruik worden genomen. Is dat echter nog wel mogelijk? Het wetsvoorstel algemene bepalingen burgerservicenummer moet immers nog in de Eerste Kamer worden behandeld en hier geldt wel: zonder burgerservicenummer geen elektronische dossiers. Als invoer-

ring van het epd wederom wordt vertraagd, durft de minister dat dan toe te geven?

Door de invoering van het epd mag de privacy van burgers op geen enkele manier in gevaar komen. Welke ervaringen heeft men bij de pilots opgedaan met privacybescherming?

Sommige ziekenhuizen wijzen patiënten die een risicovolle operatie moeten ondergaan, niet door naar gespecialiseerde ziekenhuizen. Welke maatregelen gaat de minister nemen om dit te voorkomen?

Ten slotte wijst zij op het grote belang van transparantie in de zorg. Wanneer gaat de minister daarvan nu echt werk maken?

Mevrouw **Agema** (PVV) laat aan de hand van een persoonlijk voorbeeld zien hoezeer de menselijke maat uit de zorg is verdwenen. In de praktijk leidt standaardisering tot meer medische fouten en een te grote afstand tussen patiënt en specialist. Waarom kan een patiënt in België wel op zeer korte termijn met een klacht naar een specialist om daar binnen een dag de diagnose te laten stellen en de behandeling af te spreken? Dat is toch zeker veel beter dan in Nederland waar een patiënt vaak de volgende lijdensweg moet doormaken: een week wachten op een afspraak bij de huisarts; negen weken wachten op de afspraak bij de specialist; drie maanden wachten op het door de specialist voorgeschreven onderzoek en ten slotte vier weken wachten op de uitslag.

Niet alleen voor patiënten is het zorgelijk dat de menselijke maat uit de zorg is verdwenen, ook voor sommige specialisten gaat dit veel te ver. Mevrouw Agema illustreert deze stelling met het voorbeeld van een specialist die in een interview zijn grote zorg over de verzakelijking van de zorg door richtlijnen en protocollen uitte. Ontvangt de minister dergelijke signalen ook en, zo ja, wat gaat hij daaraan dan doen?

Mevrouw **Schippers** (VVD) vraagt de minister over te gaan tot verplichte registratie van privéklinieken. Zij vindt zijn redenering namelijk onjuist dat verplichte registratie een te zware maatregel zou zijn die er bovendien niet toe zou leiden dat alle klinieken zich aanmelden. Verplichte registratie betekent immers dat een niet-geregistreerde kliniek illegaal is en door de IGZ gesloten moet worden.

Een belangrijk argument voor verplichte registratie is de opmerking van de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: de NZa) dat zij de aanleverplicht van minimale datasets van zbc's buiten beschouwing moet laten, aangezien zij hiertoe eerst een betere registratie nodig heeft van de actieve zbc's. Dat bij de NZa niet alle actieve zbc's bekend zijn, is schokkend en hieraan moet spoedig een einde komen.

Mevrouw Schippers verbaast zich over de defensieve houding waarmee een privaat initiatief zoals het kankerinstituut Amsterdam-Noord tegemoet wordt getreden. Het gaat niet specifiek om deze casus. Stel dat dit instituut een aanwinst voor de Nederlandse gezondheidszorg zou zijn, omdat patiënten hier kunnen profiteren van internationale topzorg. Dan moet de overheid de komst van dergelijke instituten juist bevorderen, omdat de zbc's ook nog eens een positieve invloed hebben op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Kan de minister iets zeggen over de invloed van zbc's op de kwaliteit van de zorg?

De afschrijvingstermijn van medische apparatuur bedraagt tien jaar en dat is veel te lang om te voorkomen dat ziekenhuizen patiënten soms met volkomen verouderde apparatuur behandelen. Daarbij is het zorgelijk dat er geen service-eisen bestaan. Dat heeft tot gevolg dat wel de lift in het ziekenhuis regulier wordt gecontroleerd, maar niet bijvoorbeeld de hart-longmachine. Kan de minister een einde maken aan deze gevaarlijke situatie?

Het is schokkend dat volgens de IGZ problemen in het preoperatieve traject soms zelfs niet worden opgelost als ze bij de specialisten en het ziekenhuis bekend zijn. Het aantal medische missers moet in vijf jaar met

50% omlaag. Deze doelstelling is erg voorzichtig. Waarom is eigenlijk gekozen voor een termijn van vijf jaar? De minister kan daardoor niet meer afgerekend worden op deze doelstelling. Overigens blijkt uit deze doelstelling niet al te veel ambitie, aangezien er per jaar 1700 vermijdbare sterfgevallen en 30 000 vermijdbare schadegevallen zijn. Dat kan sterk naar beneden, alleen al door invoering van het EPD en het ziekenhuisveiligheidssysteem.

Om het aantal vermijdbare medische fouten omlaag te brengen, moet de IGZ over een effectief instrumentarium beschikken. Krijgt de IGZ binnenkort inzage in de medicatiedossiers en de mogelijkheid om boetes te geven en op naam te publiceren?

Ten slotte vraagt mevrouw Schippers wanneer een behandeling het predikaat experimenteel verliest. Als er voldoende ervaring is opgedaan met een experimentele behandeling als dotteren, moeten ook niet topklinische ziekenhuizen die behandeling kunnen uitvoeren. Alleen dan blijft onze gezondheidszorg up to date.

De heer **Van der Vlies** (SGP) zegt dat het een goede ontwikkeling is dat steeds meer ziekenhuizen een realistische inschatting maken van de kwaliteit van hun intensive care. Daardoor worden patiënten namelijk sneller doorverwezen. Tegelijkertijd betekent dit natuurlijk ook dat het algemene kwaliteitsniveau van de intensive care te laag is. Is de minister het hiermee eens en, zo ja, wat gaat hij daaraan dan doen?

Ziekenhuizen die bepaalde risicovolle operaties niet mogen uitvoeren, moeten in alle gevallen patiënten doorverwijzen. Dat dit niet altijd gebeurt, is zorgelijk. Gaat de IGZ er op toezien dat deze ziekenhuizen in de toekomst altijd doorverwijzen?

De IGZ schrijft dat postoperatieve pijn wel geregistreerd wordt, maar dat het desondanks onmogelijk is om nauwkeurige cijfers aan te leveren. Dat wringt natuurlijk. Komen deze cijfers in de toekomst alsnog beschikbaar? De minister heeft gekozen voor vrijwillige registratie van privéklinieken.

Sommige klinieken doen dat en die worden dan ook genoemd op de website van de IGZ. De IGZ geeft echter niet per kliniek een kwaliteitsoordeel. Dat is een ernstige omissie, want patiënten moeten inzicht kunnen krijgen in de kwaliteit van deze klinieken. Wat zijn verder de voorwaarden voor de stichting van een kliniek? Mag een private partij zonder meer een kliniek oprichten als zij niet van plan is om die via de zorgverzekeraars te financieren?

De stelselwijziging lijkt de positie van academische ziekenhuizen niet ingrijpend te hebben veranderd. Is dat waar? Zo ja, hoe moet dan de brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen worden begrepen waarin staat dat algemene ziekenhuizen een belangrijk deel van het onderzoek doen? Wat is het precieze verschil tussen het onderzoek dat in een algemeen ziekenhuis en dat in een academisch ziekenhuis wordt gedaan? Wordt het onderzoek in algemene ziekenhuizen binnen de huidige financiële structuur wel voldoende bevorderd? Hoe gaat de minister de innovatiefunctie en de toppreferente functie binnen academische ziekenhuizen afbakenen? Het geld voor academische taken mag immers niet worden gebruikt voor het verlagen van de kosten van de algemene zorg van een academisch ziekenhuis.

Ziekenhuisfuncties worden steeds meer geconcentreerd. Dat leidt tot onrust. Is de minister in staat om in het belang van de patiënt de rust zo snel mogelijk te laten weerkeren?

Antwoord van de minister

De **minister** benadrukt dat patiënten en zorgverzekeraars eenvoudig moeten kunnen achterhalen welke prestaties een zorginstelling levert. Doel hiervan is te komen tot een dynamische en kwalitatief hoogstaande zorgsector. Om de dynamiek te verbeteren is ook «naming, blaming and

shaming» een effectief middel, omdat specialisten dan op hun beroepseer worden aangesproken. Zij geven daaraan verre de voorkeur boven kwaliteitssystemen en protocollen. Een ander middel om te komen tot meer dynamiek zijn klinieken die door buitenlandse private partijen worden gefinancierd. De regering stelt zich dan ook zeker niet defensief op tegenover dergelijke klinieken. Voorwaarde is natuurlijk wel dat ze aan alle Nederlandse kwaliteitseisen voldoen.

De minister zegt tot de overtuiging te zijn gekomen dat registratie van privéklinieken noodzakelijk is. Zonder registratie is het immers onmogelijk om de cliënten van deze klinieken inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg die daar wordt geleverd. De Kamer wordt uiteraard geïnformeerd over de manier waarop deze verplichte registratie wettelijk wordt verankerd. Nadat de registratie verplicht is geworden, kan er meer informatie worden gegeven over het aantal legale privéklinieken in Nederland. Op dit moment hebben zich overigens 85 klinieken vrijwillig geregistreerd. In augustus zal de Kamer een brief ontvangen over de maatregelen om de rechtspositie van patiënten/cliënten te waarborgen. In deze brief zal worden ingegaan op het klacht- en tuchtrecht en de nazorg voor de nabestaanden van patiënten die als gevolg van een medische fout zijn overleden.

De veiligheidsnormen zijn minimumnormen. Alle instellingen dienen hieraan dan ook te voldoen. Als een instelling dat niet doet, kan de IGZ in de toekomst ingrijpen met een bestuurlijke boete of bestuursdwang. Zelfs het uiterste middel, sluiting, behoort tot haar instrumentarium. Ziekenhuizen moeten verder, behoudens in noodgevallen, patiënten voor risicovolle operaties doorverwijzen als zij die operatie niet mogen uitvoeren. De Kamer ontvangt in de zomer een reactie op het actieplan Veilige Zorg. Er is niet voor gekozen om hierop onmiddellijk te reageren, omdat enige distantie nodig is om te kunnen beoordelen of het toereikend is om de reductie van 50% van de vermijdbare sterfgevallen en 50% van de vermijdbare fouten in vijf jaar te realiseren. De minister benadrukt hierbij dat deze 50% een ondergrens is. De IGZ en het veld vinden het een ambitieuze doelstelling, omdat het een ingrijpende cultuuromslag vergt. De minister deelt deze mening. Zij zullen dan ook alles op alles moeten zetten om deze doelstelling te halen. Op dit moment wordt desondanks bezien of het mogelijk is om het actieplan aan te scherpen. In de reactie op het actieplan zal hierop nader worden ingegaan, evenals overigens op de monitoring door de IGZ.

Pas nadat de Eerste Kamer heeft ingestemd met het wetsvoorstel algemene bepalingen burgerservicenummer, kan het epd landelijk worden geïmplementeerd. Vooralsnog wordt vastgehouden aan de doelstelling het epd in 2009 landelijk in te voeren. Of deze doelstelling wordt gehaald, is afhankelijk van de Eerste Kamer.

Het is niet toegestaan om zogenaamde voorbehouden behandelingen te laten verrichten door mensen die niet BIG-geregistreerd zijn (wet-BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Dat geldt uiteraard ook voor privéklinieken. Op deze regel is een uitzondering gemaakt voor medisch personeel in opleiding. Zij mogen onder toezicht van een BIG-geregisteerde arts medische handelingen uitvoeren. De IGZ onderzoekt de laserklinieken. Als de IGZ daar of elders misstanden constateert, kan zij op grond van de wet-BIG optreden.

De zorgverzekeraars moeten alle zorg waarop aanspraak gemaakt mag worden, vergoeden. Het budget zal de zorgvraag dus moeten volgen, hetgeen betekent dat een zorgverzekeraar vooraf geen maximumpercentage voor budgetoverschrijding mag vaststellen. Dat laat onverlet dat een zorgverzekeraar en de zorgaanbieder samen moeten bepalen of een budgetstijging onder de afgesproken voorwaarden valt.

De minister zegt toe dat hij zich zal beraden op de noodzaak om een minimumleeftijd voor plastische chirurgie in de wet op te nemen. De Kamer zal hierover te zijner tijd worden geïnformeerd.

De Kamer heeft een brief ontvangen over de Wbmv. Ook zal de Kamer voor de zomer een brief ontvangen over de wenselijkheid om algemene ziekenhuizen dotterbehandelingen te laten uitvoeren. Aan de hand van deze brieven kunnen met de Kamer de algemene criteria worden vastgesteld voor de beoordeling van de vraag of met een experimentele behandeling zoveel ervaring is opgedaan dat ook algemene ziekenhuizen haar kunnen uitvoeren. De dotterbehandeling kan daarbij als uitgangspunt worden gebruikt voor andere behandelingen die onder de Wbmv vallen. De minister zal schriftelijk antwoorden op de vraag over het Zweedse systeem voor de registratie van orthopedische implantaten.

De Kwaliteitswet zorginstellingen bepaalt dat instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het onderhoud van hun medische apparatuur. In de brief die de Kamer over patiëntveiligheid zal ontvangen, zal hierop dieper worden ingegaan. In 2009 gaat het systeem van prestatiebekostiging in en na die wijziging worden zorginstellingen ook geheel verantwoordelijk voor de afschrijvingstermijnen.

Uit onderzoek van de NZa blijkt dat veel zbc's innoverend werken en dat de patiënttevredenheid goed is. De NZa heeft verder aangegeven dat het ongewenst is dat de prestatienormen niet voor de zbc's gelden. De minister zegt het hiermee eens te zijn en ervoor te zullen zorgen dat ook de zbc's onder de prestatienormen gaan vallen.

Van de planbare zorg in de ziekenhuizen valt 10% onder de vrije prijsvorming. Dit percentage wordt verhoogd naar 20, mede omdat het nodig is de keuzevrijheid voor de patiënt te vergroten door zbc's meer vrijheid te geven. Zo kunnen op een zbc vaak in één dag het onderzoek, de diagnose en de behandeling plaatsvinden. De voorbeeldwerking hiervan zal zeker tot veranderingen leiden bij de reguliere instellingen. Overigens werken zorgverzekeraars en zorgaanbieders nu ook al hard aan het terugbrengen van de wachttijden. Bezien zal worden of hieraan via de kwaliteitsindicatoren een impuls kan worden gegeven. De minister tekent hierbij aan dat hij alleen kan werken aan verbetering van de randvoorwaarden. Het maken van inhoudelijke keuzes, bijvoorbeeld voor een groter accent op de menselijke maat, is en blijft aan de ziekenhuizen.

In de curatieve zorg moet zo snel mogelijk een gelijk speelveld tot stand worden gebracht. De uitbreiding naar 20% vrije prijsvorming is een eerste stap. De prestatiebekostiging in 2009 zal vervolgens veel van de door de NZa genoemde financiële belemmeringen wegnemen. Het is dan ook te betreuren dat de prestatiebekostiging een jaar later van start gaat dan oorspronkelijk het plan was.

Voor tachtig aandoeningen worden prestatie-indicatoren ontwikkeld. Het is de bedoeling om deze indicatoren zo samen te voegen dat iedereen de kwaliteit van de behandeling in een bepaald ziekenhuis snel kan achterhalen. De ziekenhuizen hebben overigens toegezegd dat er een validatiesysteem in het leven zal worden geroepen om te garanderen dat de gegevens van de ziekenhuizen betrouwbaar en onderling vergelijkbaar zijn. De umc's mogen uiteraard geen concurrentievoorsprong krijgen op reguliere ziekenhuizen door geld van de academische component te gebruiken voor hun basiszorg. Daarom moeten de umc's in hun jaarverslagen verantwoorden dat zij geld van de academische component alleen hebben gebruikt voor onderzoek, onderwijs en toppreferente zorg. Verder zal de NZa erop toezien dat de umc's hun marktmacht niet misbruiken om hogere prijzen te bedingen voor hun basiszorg. De vraag welke behandelingen voldoen aan de definitie van toppreferente zorg wordt beantwoord aan de hand van internationaal erkende indicatoren.

Topklinische zorg is duur. De minister zegt dat hij erop zal toezien dat hiermee rekening wordt gehouden bij de bekostiging, opdat de topklinische zorg niet onevenredig zwaar op het budget van de ziekenhuizen gaat drukken. Daarmee wordt voorkomen dat ziekenhuizen topklinische zorg gaan mijden. De zorgzwaarte van behandelingen en de extra kosten worden meegenomen bij de ontwikkeling van de dbc's. De

minister tekent hierbij aan dat hij zich goed bewust is van het belang dat de budgetten ziekenhuizen voldoende ruimte bieden voor innovatie, zowel medischinhoudelijk als in de logistieke processen. Bij dat laatste moet onder meer gedacht worden aan arbeidsproductiviteit en arbeidsmarkt-beleid.

De minister zegt blij te zijn met initiatieven als kankerinstituut Amsterdam-Noord, omdat die de dynamiek in de zorgsector en de keuze-mogelijkheden van patiënten vergroten. Angst voor deze ontwikkeling is ongegrond, omdat dit instituut net als privéklinieken aan de eisen van de WTZi, de Wbmv en de Kwaliteitswet zorginstellingen moet voldoen. Een en ander betekent dat men geen winst mag uitkeren aan aandeelhouders en dat men zonder vergunning geen stamceltransplantaties, radiotherapie en bijzondere neurochirurgie mag uitvoeren.

Het aantal fusies tussen zorginstellingen neemt af, omdat men steeds vaker kiest voor samenwerkingsverbanden. Een reden hiervoor is waarschijnlijk dat er een ondergrens is vastgesteld voor het voorzienings-niveau. Zo zal elk uur van de dag spoedeisende hulp beschikbaar moeten zijn. De minister benadrukt dat hij het als zijn verantwoordelijkheid ziet om de bereikbaarheid van alle vormen van zorg te garanderen.

De NMa dwingt ziekenhuizen om de argumenten voor een fusie te explici-teren. Vervolgens weegt zij bij haar beslissing om een fusie wel of niet toe te staan de belangen van patiënten nadrukkelijk mee.

Een regionale werkgroep onderzoekt de ziekenhuiszorg op Walcheren. De minister zegt de uitkomsten van dit onderzoek af te wachten. Wel merkt hij op dat hij in ieder geval vasthoudt aan het criterium dat de spoedeisende hulp binnen 45 minuten per ambulance bereikt moeten kunnen worden. Overigens is concentratie van ziekenhuiszorg niet bij voorbaat slecht. Zo blijkt uit onderzoek dat de kwaliteit van de zorg, uitgezonderd de acute zorg, gebaat is bij afdelingen met een zekere zwaarte. In sommige situa-ties moet met andere woorden een afweging worden gemaakt tussen bereikbaarheid en kwaliteit. Patiënten maken deze afweging overigens ook, want soms nemen zij flinke reistijden op de koop toe om zich bij een ander ziekenhuis te laten behandelen. De minister zegt toe dat hij bij de begrotingsbehandeling op het spanningsveld tussen bereikbaarheid en kwaliteit zal terugkomen.

De minister zegt vervolgens een brief toe over maatschapsfusies.

De minister zal zich op de hoogte laten stellen over de berichten dat hoog-leraren geld verdienen aan vrijkomende patenten.

Ten slotte benadrukt de minister dat kwaliteit ook bij hem boven winst gaat.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van der Vlies** (SGP) zegt de minister erkentelijk te zijn voor de toegezegde brief over maatschapsfusies.

De heer **Van Gerven** (SP) vraagt de minister in te gaan op de mogelijk-heid van een vergunningplicht voor privéklinieken. Dat biedt namelijk de mogelijkheid om nog voor de opening te controleren of een nieuwe kliniek voldoet aan alle kwaliteitseisen.

Hij herhaalt vervolgens zijn vraag over dieplapoperaties en het implan-teren van insulinepompen.

Het is van groot belang dat het aantal medische missers wordt terugge-bracht. De maatregelen die daarvoor worden genomen, mogen artsen en verpleegkundigen echter niet het idee geven dat ze niet langer vertrouwd worden. Is de minister het met hem eens dat «blame free» melden de voorkeur verdient?

De kwaliteitsindicatoren moeten goed geduid worden, willen ze van nut zijn voor het brede publiek. Zo kunnen mortaliteitscijfers tot onrust leiden

als niet duidelijk is welk percentage sterfgevallen vermijdbaar of verwijtbaar was.

Mevrouw **Schermers** (CDA) wijst erop dat in privéklinieken mensen werken die hun cliënten misleiden over hun vakbekwaamheid. Zo is «arts» een beschermde titel, maar mag iedereen zich hulpverlener of cosmetisch chirurg noemen. Wat gaat de minister doen aan deze vorm van volksverlakkerij?

De minimumnorm van de 24-uursbeschikbaarheid van spoedeisende hulp en verloskamers is niet voldoende. Men kan immers alleen maar spoedeisende hulp verlenen als een IC aanwezig is en verloskundige hulp als een kinderarts geconsulteerd kan worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA) zegt dat de persoonlijke inbreng van mevrouw Agema een goede waarschuwing is tegen een technocratische benadering van de problemen van de ziekenhuiszorg.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) herhaalt haar vraag over de privacygevoeligheid van ICT in de zorg.

Mevrouw **Schippers** (VVD) stelt het zeer op prijs dat de minister nadruk legt op het belang van dynamiek in de zorg. Op dit punt lijkt hij gelukkig verder te gaan dan het regeerakkoord.

Is de minister bereid om de Kamer een visie voor te leggen op de infrastructuur van de zorg? Een dergelijke visie kan verstarrend werken, maar voorkomt tegelijkertijd dat de Kamer ad hoc op basis van incidenten de zorg via moties steeds weer regels oplegt.

De **minister** zegt dat hij de Kamer in het kader van de verplichte registratie zijn opvatting zal geven over een vergunningstelsel voor privéklinieken.

Het melden van missers gebeurt alleen als mensen zich beschermd voelen. Het «blame free» melden maakt dan ook onderdeel uit van het veiligheidsmanagementsysteem.

De kwaliteitsindicatoren horen openbaar te zijn, omdat patiënten het recht hebben hiervan kennis te nemen en het de bedoeling is dat patiënten zorginstellingen scherp houden. Uiteraard moet de informatie die naar buiten wordt gebracht wel naar zorgzwaarte worden gecorrigeerd. Verder is het inderdaad de vraag of mortaliteitscijfers algemeen toegankelijk moeten worden. Artsen zouden daardoor bijvoorbeeld risicomijdend gedrag kunnen gaan vertonen.

De minister zegt toe dat hij schriftelijk zal antwoorden op de vraag over insulinepompen en dieplap-operaties.

Over het epd is nauwgezet overlegd met de instanties die verantwoordelijk zijn voor de privacybescherming. De vraag of de privacybescherming afdoende is geregeld, komt ongetwijfeld aan de orde bij de behandeling van het wetsvoorstel inzake het epd.

Desgevraagd merkt hij op dat hij het percentage vrije prijsvorming van 20 graag ziet stijgen, omdat hierdoor de dynamiek in de zorg toeneemt. Voorwaarde is wel dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd zijn.

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

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