

Vergaderjaar 2012–2013

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**31 016**

**Ziekenhuiszorg**

**Nr. 370**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 31 juli 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 juni 2013 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de **Zorgverzekeringswet, Pakketmaatregelen en Ruwaard van Putten ziekenhuis**.  
(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,  
Neppérus

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

**Voorzitter: Neppérus**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn leden der Kamer, te weten: Anne Mulder, Leijten, Bruins-Slot, Klever, Voortman, Van der Staaij en Pia Dijkstra

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

Aanvang 13.37 uur

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg en heet eenieder van harte welkom. Wij hebben de agenda iets kleiner gemaakt gisteren, maar het is nog altijd een aardig gevulde agenda. We hebben spreektijden van zes minuten, met twee interrupties per persoon.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis wordt in zijn bestaan bedreigd. Jarenlang bestuurlijk falen, met als gevolg slechte zorg en misstanden in het ziekenhuis, lijken het ziekenhuis nu ook de das om te doen. Falende bestuurders lopen weg met acht ton in 2010. Overigens is de betrokken bestuurder gewoon weer aan de slag voor meer dan twee ton bij een andere zorginstelling. Wat vindt de Minister daar nou van? Hij heeft het ziekenhuis en de bevolking van Voorne-Putten wel achtergelaten met een rotzooi. Is de Minister bereid om deze bestuurder alsnog aansprakelijk te stellen?

Op verschillende afdelingen, zoals cardiologie en neurologie, loopt het slecht: ruzie en personeelstekorten zijn aan de orde van de dag. De sterftecijfers zijn veel te hoog en slechte berichten volgen elkaar op. Het ziekenhuis zit ook in de financiële problemen. Maar sluiten is geen optie. Het ziekenhuis heeft een ontzettend belangrijke functie voor de regio. Veel mensen zijn afhankelijk van het ziekenhuis. De spoedeisende hulp en de acute verloskunde zijn van levensbelang voor de mensen die op het Zuid-Hollandse eiland Voorne-Putten wonen. De Minister schrijft dat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis voor 2.000 mensen van cruciaal belang is voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten. Dat mag formeel zo zijn, maar de praktijk is anders. Het drukke verkeer leidt ertoe dat er bij de bruggen die je nodig hebt om het eiland te verlaten of te betreden eigenlijk altijd stremmingen zijn. Daarmee kan op papier de aanrijtijd van 45 minuten geregeld zijn, maar dat zul je enkel halen in de nacht, als er geen verkeer op de weg is. Hoe reageert de Minister op de oproep van Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond om het ziekenhuis te behouden, omdat anders de acute zorg in gevaar komt? Hoe reageert de Minister op de oproep van de burgemeesters van Spijkenisse, Hellevoetsluis, Brielle en Westvoorne en de voorzitter van de deelgemeente Rozenburg om dit ziekenhuis te behouden? Hoe reageert zij op meer dan 17.000 handtekeningen van de bevolking, die vindt dat het ziekenhuis moet worden behouden? Hoe reageert de Minister op de stelling van de veiligheidsregio Rotterdam dat het eiland zulke zware industrie heeft dat het niet zonder ziekenhuis kan? Laat de Minister dit ziekenhuis aan zijn lot over of grijpt ze in? Is dit ziekenhuis wat haar betreft overgeleverd aan banken en de verzekeraars Achmea en CZ, of toont deze Minister zich Minister van Volksgezondheid, ook voor de inwoners van Voorne-Putten? Is zij bereid om een plan te maken en daarop toe te zien, waarbij de kwaliteit verbetert en het ziekenhuis behouden blijft?

Op dit moment schijnt sprake te zijn van een overnamekandidaat, maar niemand lijkt te weten wie dat is. Weet de Minister het wel? Wat zijn de plannen van deze overnamekandidaat? Ontmanteling, of doorgaan? Wat is de optie van aansluiting bij de ziekenhuizen Maasstad, Ikazia en Van Weel-Bethesda? De zorgverzekeraars hebben geld zat om het ziekenhuis te behouden. Wij weten uit vanmorgen beantwoorde Kamervragen dat ze

meer dan 287 miljoen euro uitgeven aan acquisitiekosten. Dat is niet uit te leggen. Ik vraag de Minister: red het ziekenhuis.

Waar we zien dat het geld in de zorg over de randen klotst, de fraude van alledag is en 1,4 miljard winst over 2012 bij de zorgverzekeraars overblijft, zien we ook dat de premie niet daalt, maar wel dat het basispakket verkleind wordt. Niet dit jaar, maar volgend jaar mag er 1,5 miljard uit. De enige conclusie die je kunt trekken na het lezen van de CVZ-rapportage over lageziektelasten is dat dit een heilloze weg is. Als je de lijst van aandoeningen met een zogenaamde lageziektelast doorleest, slaat de schrik je om het hart. Urineweginfecties, onvruchtbaarheid, hartfalen, longontsteking, gehoorstoornissen, astma en incontinentie komen niet meer in aanmerking voor vergoeding. Maar een astmapatiënt is toch meer dan zijn ziekte? Dat is toch gewoon iemand die kan deelnemen aan de samenleving? Als je hem of haar de medicatie onthoudt, wat zijn dan de economische gevolgen? Het niet behandelen van een blaasontsteking kan zich doorontwikkelen naar een nierbekkenontsteking, waaraan je dood kunt gaan. Moeten mensen eerst wachten tot ze ernstig ziek worden, voordat ze in aanmerking komen voor vergoeding? Hoe reageert de Minister op de reactie van de KNMG die dit een heilloze weg vindt, die leidt tot upcoding en fraude? Mensen zullen, als ze zorg nodig hebben en het niet kunnen betalen, toch wel ergens weggeschreven staan. Ik vraag de Minister: stop met de lageziektelastenbenadering. Wil zij pas weer pakketverkleiningen overwegen als ze alle pakketverkleiningen van de afgelopen jaren heeft geëvalueerd? Levert dat nou op wat ze denkt dat het oplevert? Of komen de kosten elders te liggen?

Patiënten raken behoorlijk gefrustreerd als er allerlei regels worden gesteld door de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld het niet meer vergoeden van medicijnen die ondanks medische noodzaak wel vergoed zouden moeten worden. Maar ik had vanmorgen een mail in mijn mailbox waarvan mijn klomp brak. Een man heeft net een zoontje gekregen en wordt uitgenodigd door het ziekenhuis voor een check. Hij moet wel zijn legitimatie meenemen, want anders kan de zorgverzekeraar mogelijk de zorg niet vergoeden. Alleen kun je van een net geboren kind geen foto maken voor een legitimatiebewijs. Ik geef de mail graag aan de Minister, zodat ze daarop kan reageren. Wat is hier aan de hand? Ik vind het de absurditeit ten top dat je met een pasgeboren kind met legitimatie van dat pas geboren kind naar het ziekenhuis moet, omdat anders de zorg mogelijk niet vergoed wordt. Waar komt dit vandaan?

De Minister heeft een besluit genomen over het hoofdbehandelaarschap in de ggz. Twee weken terug hebben we daar al een debat over gehad. Toen zei de Minister: ik zorg ervoor dat ik een beslissing neem waarover de Kamer nog kan spreken. Maar het klopt toch dat ze pas op 4 juli, in een bestuurlijk akkoord met de ggz, besluit of psychotherapeuten hoofdbehandelaar kunnen zijn? Is zij bereid om dat eerder te doen?

Ik zou nog heel veel willen zeggen over een rapport over de last die fysiotherapeuten hebben van de bureaucratie van zorgverzekeraars, maar ik zal dat omzetten in een mooie serie schriftelijke vragen, waarop we dan nog wel een keer terugkomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een van de instrumenten om de zorg betaalbaar te houden. In deze wet staan de belangrijkste spelregels. De belangrijkste speler in deze wet is de zorgverzekeraar die de schatkistbewaarder van de zorgpremies is. Het CDA verwacht dat de zorgverzekeraars daar verantwoord en in dienst van de patiënt mee omgaan. Maar dat kan een stuk beter. Op dit moment is er nog te weinig transparantie over gecontracteerde zorg, er is te weinig vroegtijdige contractering, er moet veel meer inzicht komen in de kwaliteit van de zorg en er moet meer inzet komen op het opsporen van onterechte declaraties en fraude.

Toch gaan er ook zaken goed. Fraude en verspilling staan inmiddels op de agenda. Zorgverzekeraars hebben onder druk van de afbouw van de risicoverevening selectiever ingekocht en geld bespaard. Toch zullen we voortdurend alert moeten zijn op het behouden van de balans in het stelsel, zodat er een goed evenwicht tussen zorgverzekeraar, patiënt en zorgaanbieder blijft. Macht corrupteert, en dat geldt ook voor zorgverzekeraars.

De Minister heeft het plan in de Kamer liggen om niet-gecontracteerde zorg niet langer te vergoeden. Ook wil dit plan de restitutiepolis voor het basispakket verbieden. Een ontijdig en gevaarlijk plan. Wanneer komt de Minister met plannen om de restitutiepolis af te schaffen? Waarom behandelt ze de restitutiepolis niet samen met het wetsvoorstel dat ook over de wijziging van artikel 13 Zvw gaat? Het gaat immers allebei om het beperken van de keuzevrijheid van de patiënt.

Inmiddels krijgen we ook brieven van cliëntenorganisaties zoals de NPCF en het LPGGz. Zij maken zich ook steeds meer zorgen. Zij schrijven dat de mogelijkheid voor verzekerden om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet blijven bestaan, zolang de verzekerden niet weten op basis van welke criteria de zorgverzekeraar zorg inkoop en welke uitkomsten van zorg daarbij horen. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? De Minister heeft ons een brief gestuurd over het feit dat ze de eigen bijdrage voor de zelfverwijzers niet invoert, omdat die zorg op dit moment helemaal niet vergoed mag worden. Maar zorgverzekeraars vergoeden voor een groot deel nu wel de onverzekerde zorg. De opbrengst van de eigen bijdrage moest 24 miljoen zijn. Maar hoe groot is dan het bedrag dat zorgverzekeraars op dit moment onterecht uitkeren? Dat moet dan wel een veelvoud van dat bedrag zijn. Zo stijgen de zorgkosten en onze zorgpremie wel heel makkelijk. Van de Minister wil ik weten hoe groot het bedrag is dat zorgverzekeraars nu onterecht uitkeren aan onverzekerbare zorg en spoedeisende hulp. Waarom hebben zorgverzekeraars dit samen met ziekenhuizen niet eerder opgepakt? Waarom zijn ze daarin tot nu toe gewoon laks geweest?

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik hoor mevrouw Bruins Slot praten over laksheid van de zorgverzekeraars en over onterechte vergoedingen. Wie zou een onterecht bezoek aan de spoedeisende hulp dan wel moeten betalen? Wat doet het CDA met een man die met pijn in de borst op de spoedeisende hulp komt, van wie na onderzoek blijkt dat hij een griepje heeft? Zegt het CDA dan: kunt u even afrekenen, mijnheer?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Volgens mij is het een heel goede ontwikkeling dat er huisartsenposten bij komen, en dat huisartsen soms op de spoedeisende hulp aanwezig zijn. Maar volgens mij weten betrokkenen dat al jaren, en is intussen al heel veel onverzekerbare zorg vergoed. Laten we kijken naar een praktische oplossing. Ik kan me niet aan de gedachte onttrekken dat men hiervan eerder op de hoogte was dan in de brief staat.

Mevrouw **Klever** (PVV): Mevrouw Bruins Slot geeft geen antwoord op mijn vraag. Een oplossing zou inderdaad kunnen zijn dat er een huisarts op de spoedeisende hulp komt te zitten, maar vooralsnog is dat niet zo. Mevrouw Bruins Slot maakt wel een punt van het feit dat zorgverzekeraars zogenaamd onterecht gebruik van spoedeisende hulp niet moeten betalen. Daarom herhaal ik mijn vraag. Zegt het CDA tegen mensen die onterecht gebruik hebben gemaakt van de spoedeisende hulp: kunt u even afrekenen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nee, maar daar gaat het punt ook niet om. Het gaat erom dat dit in de praktijk al jaren speelt. Het gaat om het punt dat zorgverzekeraars al jaren zorg vergoeden die eigenlijk onterecht is gegeven. Ook ziekenhuizen doen dat. Dan had men toch al vijf jaar

geleden moeten bedenken hoe de spoedeisende hulp beter kan worden ingericht? Als iemand op de spoedeisende hulp komt, moet je hem goede zorg bieden. Je kunt nooit «nee» zeggen. Maar we hadden dit probleem wel veel sneller kunnen onderkennen en oplossen.

Het CDA maakt zich zorgen over het behoud van de spoedeisende hulp en de acute verloskunde in Spijkenisse. Er wonen 150.000 mensen op het eiland Voorne-Putten. Als er een ongeluk plaatsvindt met de zware industrie of een bus en het ziekenhuis is verdwenen, dan is de vraag of er wel voldoende spoedeisende hulp en acute zorg voorhanden zijn. De directeur van de veiligheidsregio geeft ook aan dat de uitspraak van Minister Schippers over de inzet van extra ambulances niet klopt. Hij zegt dat dit een theoretisch model is, dat alleen geldig is op een autoloze zondag. De laatste autoloze zondag was in 1973. Verder is er volgens hem ook niet gekeken dat er ook nog een brug ligt over de Maas, een van de drukst bevaren rivieren. Het CDA ziet graag dat de Minister een berekening laat maken van de concrete situatie in het gebied, en dus niet op basis van het theoretische model dat het RIVM nu heeft toegepast. Soms voldoet de theorie niet en moet naar de praktijk worden gekeken. Onze indruk is dat Voorne-Putten en het ziekenhuis daar daarvan een voorbeeld zijn.

Voor nu is er een oplossing gevonden voor de zorg in het Caraïbisch gebied. Het is echt te prijzen dat de bestuurscolleges van de BES-eilanden met een alternatief bezuinigingsplan zijn gekomen. Voor de toekomst is het belangrijk dat in overleg met de werkgroep zorg op de BES-eilanden een gedegen toekomstplan wordt gemaakt. Ik hoop dat de Minister dit breeduit ondersteunt.

Een ander punt is dat het kabinet het voornemen in het regeerakkoord heeft staan om noodzakelijkheid als voorliggend criterium te gaan hanteren bij de pakketadviezen. Een interessante gedachte. Wanneer komt de Minister met de uitwerking daarvan?

Het CDA is altijd voorstander geweest van overheveling van de revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw. Maar we horen wel in toenemende mate geluiden dat de uitvoering in de praktijk niet goed verloopt.

Patiënten krijgen pas zorg als ze in een ziekenhuis zijn geweest, terwijl dat soms echt niet de weg is om te gaan en soms tot onlogische situaties leidt. Mijn collega van de SP heeft hierover al meerdere Kamervragen gesteld.

In dat kader horen we ook vaak dat er bij medisch-specialistische verpleging van kinderen met bijvoorbeeld Spina Bifida geen keuzevrijheid van zorg bestaat. Dat leidt tot onwenselijke situaties in relatie tot de patiënt en de zorgverzekeraars.

Dan ga ik in op twee vragen naar aanleiding van het CVZ-pakketadvies. Het CVZ besloot daarbij om de voeding- en insulinepomp niet over te hevelen van de hulpmiddelenzorg naar de medisch-specialistische zorg, omdat de veldpartijen op dit moment weinig vertrouwen hebben in de organisatie en de inkoopkwaliteit van de ziekenhuizen om doelmatige en patiëntgerichte zorg te kunnen waarborgen. Dat is nogal wat.

Het CVZ adviseert de Minister om voor de toekomst voorwaardelijke vergoedingen buiten het pakket te regelen en de regelgeving zodanig te wijzigen dat voorwaardelijk toegelaten zorg alleen in het kader van onderzoek geleverd en vergoed wordt. Wat gaat de Minister doen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat vindt het CDA dat de Minister moet doen op dat punt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het nogal lastig om dat te wegen. Aan de ene kant heeft het CVZ dat goed toegelicht in zijn rapport, maar de Minister heeft aan de andere kant nog geen argumenten aangegeven waarom het wel of niet nodig is. Het is een nogal technische materie.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. De VVD-fractie ziet een hoop positieve zaken rond de Zvw. Dat zien we bijvoorbeeld bij de zorginkoop. In de Voorjaarsnota wordt voor het eerst sinds heugenis aangegeven dat er onderscheidingen zijn op de curatieve zorg, die vooral worden veroorzaakt door een doelmatige inkoop van geneesmiddelen. We hebben ook een rapport van de Minister gekregen waarin voorbeelden staan van doelmatige inkoop door zorgverzekeraars. Wat de VVD betreft, gaan zorgverzekeraars op deze manier ver, bijvoorbeeld als het gaat om medische hulpmiddelen, waar nog honderden miljoenen zijn te besparen. Wat dat betreft juicht de VVD toe wat CZ doet, namelijk het omlaag krijgen van de prijzen van stomazakjes. Het is goed dat de Minister wil dat dat de ex post-compensaties worden afgebouwd.

Twee jaar geleden heb ik voorgesteld om patiënten een rekening te sturen om ze zo inzicht te geven in de zorgkosten. We hebben daarover een brief gekregen. Als een patiënt een rekening krijgt en hij denkt dat die rekening niet goed is, moet zijn verzekeraar niet zeggen dat dat een gelukje is voor het ziekenhuis, maar dat er een echte follow-up komt, zodat de patiënt weet wat er gaat gebeuren. Kunnen daarover afspraken worden gemaakt tussen Minister en zorgverzekeraars?

Ik kom toe aan de commissie-Dunning die meer dan twintig jaar geleden een trechter ontwikkelde voor toelating tot het pakket. Werkzaamheid was daarbij het zogenaamde tweede criterium. Mijn fractie is heel gelukkig dat ZonMw nu samen met de beroepsgroep gaat kijken, welke niet-effectieve zorg we in Nederland hebben. Het British Medical Journal schreef al een paar jaar geleden dat van de helft van de ziekenhuisbehandelingen de effectiviteit niet is bewezen. Dat wil niet zeggen dat ze niet effectief zijn, maar het is niet bewezen. Van 20 miljard ziekenhuisuitgaven is 10 miljard dus niet bewezen. Volgens de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) is 10% tot 20% niet effectief. Je zou dus 2 tot 4 miljard kunnen besparen als je dat eruit zou halen. Hoe staat het met het onderzoek van ZonMw? Als niet-effectieve zorg eenmaal is gevonden, hoe wordt daarmee dan omgegaan in de richtlijnen? Hoe wordt omgegaan met nieuwe technieken, zoals de Da Vinci Robot. Volgens de heer Levi van het AMC is dat een niet-bewezen technologie, zonder toegevoegde waarde, die dus zou moeten worden geschrapt. Heeft het zin om voor dit soort zaken te komen tot een soort voorwaardelijke toelating? Het heeft wat nadelen, want je krijgt minder snel nieuwe technologieën op de markt en het gaat ten koste van de concurrentie, maar tegelijkertijd is het de vraag wat je aan moet met niet-bewezen technologie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In sommige gevallen zijn vijf robotten voldoende, terwijl er tien van die robotten in Nederland staan. Wil de VVD dat probleem meenemen?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Een ziekenhuis dat zo'n apparaat wil aanschaffen, moet bij de bank een lening afsluiten. Het zou goed zijn als de bank ook eens gaat meedenken. Als bijvoorbeeld blijkt dat zo'n robot niet effectief is, zou zo'n ziekenhuis geen lening moeten krijgen. Maar zo werkt het nog niet, en vandaar mijn vraag of hier niet een soort lapmiddel is te bedenken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Vaak ontwerpen bedrijven veel duurdere zaken dan nodig is. Daar zitten perverse prikkels in. Moet daar niet naar worden gekeken?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Als een ziekenhuis onnodige technologieën aanschafft, wordt de prijs per behandeling hoger, waarna je de verzekeraar via artikel 13 de mogelijkheid moet geven om die te dure behandeling niet meer af te nemen. Ik denk daarom dat het voorstel van de Minister op dat punt heel goed is. In het verkiezingsprogramma van het CDA staat dat het

CDA dat ook wil, zodat ik niet begrijp waarom het CDA daar nu tegen is. Ik begrijp dat het CDA geen verantwoordelijkheid neemt voor het regeringsbeleid, maar het CDA neemt nu ook al geen verantwoordelijkheid voor het eigen verkiezingsprogramma, en dat begrijp ik minder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): We moeten hier niet gaan jij-bakken. De heer Mulder beweert dat het CDA een verantwoordelijkheidsvakantie heeft, maar ik geloof dat hijzelf een gebrek aan realiteitsbesef heeft. Het gaat om de inhoud: hoe kunnen we de patiënt de best mogelijke zorg bieden.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik heb het woord «verantwoordelijkheidsvakantie» niet gebruikt, dat deed collega Klaas Dijkhoff. Maar het woord blijft hangen en dat is terecht, want het CDA heeft inderdaad een verantwoordelijkheidsvakantie.

Mevrouw **Kleever** (PVV): Begrijp ik het nou goed dat de heer Mulder ervoor pleit om de behandelingen met de Da Vinci Robot te schrappen uit het verzekerde pakket?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Nou, dat zeg ik niet. Ik vraag alleen of je niet strenger moet zijn bij de toelating als het gaat om een technologie die niet heeft bewezen effectief te zijn. En als een bepaalde technologie al is toegelaten, kan die dan alsnog uit het pakket worden gehaald? Ik zeg dus niet dat er moet worden geschrapt, want je kunt een technologie lastig schrappen.

Mevrouw **Kleever** (PVV): Dus meneer Mulder zegt eigenlijk: het is niet bewezen, dus we moeten het schrappen. Maar hij wil het toch niet schrappen. Ik begrijp er niets meer van. Wil de heer Mulder nou wel of niet de Da Vinci Robot schrappen?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Nee, het is niet zo dat je hier en nu kunt zeggen: schrappen. Je moet een mechanisme creëren waarin een technologie nog eens wordt getest, bijvoorbeeld door ZonMw, en als dan blijkt dat die technologie niet werkt, moet ze niet meer in de behandelrichtlijnen staan. Dat is de koninklijke weg om het te schrappen. Dan zijn we het toch voor een groot deel eens. Dan kom ik bij wat mensen wel kijk- en luistergeld noemen: moet je bij mensen die in de laatste levensfase verkeren niet een gesprek voeren over de vraag of een bepaalde behandeling nog wel wenselijk is. We hebben geen DOT voor een goed gesprek met mensen in de laatste levensfase. Kan de Minister de NZa vragen om daarvoor een DOT, dus een tarief, te ontwikkelen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit is een geweldig plan, vooral omdat ik dit al tijdens de begrotingsbehandeling heb voorgesteld. De VVD vond het toen helemaal niets. Ik adviseer de heer Mulder het verkiezingsprogramma nog eens nauwlettend te lezen. Hoe is de heer Mulder ervan overtuigd geraakt dat dit een goed idee is?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Nu moet ik oppassen met wat ik zeg, want anders gaat u de Handelingen erbij pakken. Volgens mij heb ik dit bij allerlei bijeenkomsten vaker gezegd. Ik weet niet hoe dat bij de begrotingsbehandeling is gegaan, maar dat is allemaal na te lezen. We zijn het in ieder geval eens.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan vind ik het alleen jammer dat de heer Mulder ongeveer negen maanden voorbij heeft laten gaan. We hadden dit al veel eerder kunnen regelen.



De heer **Anne Mulder** (VVD): Dan het hoofdlijnenakkoord ter beheersing van de ziekenhuiskosten. Wat is de stand van zaken? In welke mate worden dbc's en nieuwe behandelaars daarbij ingeschakeld? Wat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis betreft, zijn Achmea en CZ nu aanzet, gelet op hun zorgplicht voor verzekerden. Wij wachten de ontwikkelingen met belangstelling af.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het zo gek dat de heer Mulder nu zegt dat het aan de zorgverzekeraars is, want volgens mij waren het diezelfde zorgverzekeraars, samen met de banken, die een eerdere oplossing in de weg stonden. Moeten wij de Minister niet oproepen om de bewoners van Voorne-Putten zekerheid te geven als het gaat om behoud van het ziekenhuis? Moet er onder regie van de Minister geen plan worden opgesteld om de kwaliteit van het ziekenhuis fors te verbeteren, onder gelijktijdige garantie dat het ziekenhuis behouden wordt?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik begrijp het standpunt van de SP-fractie: alles moet vanuit «Den Haag» worden geregeld. In de Zvw staat duidelijk dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Daar moeten we de zorgverzekeraars aan houden. Daar is op dit moment geen rol voor de overheid weggelegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is niet helemaal waar. We hebben wel degelijk normen gesteld voor aanrijtijden en thuisbevellingen. Ik ben zelfs met de heer Mulder in Winterswijk geweest. Toen pleitte hij voor behoud van het ziekenhuis daar, juist vanwege deze functies. Waarom moet dit aan de zorgverzekeraars worden overgelaten? Het gaat om cruciale functies die door de Minister moeten worden geregeld.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Dit is goed geregeld via de 45 minuten-norm. Dat is de hardste norm die we hebben om het publieke belang te borgen. Het is aan zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat die norm wordt gehaald.

Dan kom ik bij de zorg in de Caraïben. De Minister heeft daarover een brief gestuurd, waarin onder andere staat dat er een werkgroep komt die gaat kijken naar de langetermijnzorg in de Caraïben. Wat de VVD betreft kijkt deze werkgroep ook naar het gezondheidsniveau in dit gebied. Toen staatssecretaris Bijleveld en de bestuurders van de BES-eilanden een akkoord sloten, was een van de criteria dat de zorg van een aanvaardbaar niveau moet zijn in vergelijking met zorg op andere eilanden in de regio. Mijn fractie hoort graag wat het zorgniveau op bijvoorbeeld Montserrat is. Ook moet worden gekeken naar de invoering van eigen risico's en eigen bijdragen op de eilanden.

Ik kom toe aan de buffers van zorgverzekeraars. Kunnen die niet omlaag? Kan Nederland geen beroep doen op het health risk equalization system (HRES)? Een andere methode zou kunnen zijn om ziekenhuizen te laten werken met een post «onderhanden werk». Doordat de doorlooptijden soms erg lang zijn, moeten zorgverzekeraars extra voorzieningen treffen. Waarom niet tussentijds afrekenen? Er is dan meer ruimte voor premieverlaging en het ziekenhuis heeft dan geen liquiditeitsprobleem. De Tweede Kamer krijgt dan sneller informatie over de zorg. Wat doen we met onverzekerde vreemdelingen? Collega Klever heeft al gevraagd om een eigen bijdrage bij apothekers. Ziekenhuizen kunnen een beroep doen op een regeling als een vreemdeling na een behandeling niet betaalt, maar de vreemdelingen weten inmiddels dat ziekenhuizen worden gecompenseerd en hebben steeds minder de neiging om te betalen. Om hoeveel mensen gaat het, om welke bedragen en hoe is dat tegen te gaan?



Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik wil graag beginnen met te melden dat de PVV-fractie de behandelingen met de Da Vinci Robot zeker niet wil schrappen, in tegenstelling tot de VVD.

De agenda van dit algemeen overleg opent met een onderzoek dat de inspanningen van zorgverzekeraars aanprijst die ze hebben verricht bij het doelmatig inkopen van zorg. Dit is nodig, omdat de resultaten van de inspanningen volgens de inleiding te weinig bekendheid genieten. Dit rapport moet zeker tegenwicht bieden aan de resultaten die wel bekend zijn, namelijk de 1,4 miljard winst die ze vorig jaar hebben behaald, de administratieve «foutjes» in hun boeken ter waarde van 1 miljard en het gebrek aan transparantie over de eigen financiële geldstromen. Ik kan begrijpen dat de Minister dit steunt, want ze heeft de zorgverzekeraars alle macht toebedeeld in ons zorgstelsel en ze heeft overheidssturing naar de prullenbak verwezen. Maar zorgverzekeraars zijn niets anders dan schadeverzekeraars: ze vangen het liefst een zo hoog mogelijke premie en keren het liefst zo weinig mogelijk uit. Dat uitkeren noemen ze zorginkoop en dat doen ze tegen de laagst mogelijke prijs. Tel uit je winst. Als de Minister niet ingrijpt en kwaliteit en resultaat niet leidend worden bij de zorginkoop, dalen we snel op de ranglijstjes van beste zorg in Europa. In plaats van een lijst met initiatieven van zorgverzekeraars zie ik liever een lijst met zorgverzekeraars die creatief gebruik hebben gemaakt van het transitie-model, wat ik gewoon sjoemelen met premiegeld wil noemen. De Minister maakt zich er wel heel gemakkelijk van af door te stellen dat de nodige herstelacties al hebben plaatsgevonden en dat het veld het goed heeft aangepakt. Ik had liever gehad dat het veld beboet was, en ik betreurt dat dat niet is gebeurd.

Er staan ook wat positieve punten op de agenda. Zo constateer ik dat we deze zomer geen discussie krijgen over de medicijnen voor Pompe en Fabry. Verder kan ik mij vinden in de pakketmaatregelen, de verschuiving van de hulpmiddelen en de voorwaardelijke instroom van twee interventies. Ook de zorgkosten worden inzichtelijk gemaakt voor de patiënt, daar ben ik heel blij mee. De Minister noemt hierbij de meldactie van het NPCF, die al heeft geleid tot een aantal maatregelen. Het is jammer dat ze de meldingen van ons Fraudeloket hier niet bij heeft betrokken. Daaruit bleek namelijk dat de meeste patiënten eerst de rekening wilden zien voordat deze wordt uitbetaald. Zoals ik het nu begrijp, krijgt de patiënt vanaf 2014 weliswaar online of middels een afschrift inzicht in de rekening, maar deze is dan feitelijk al uitbetaald. Ik vind dit een gemiste kans: geld terughalen is veel moeilijker dan niet uitkeren. Graag een reactie van de Minister.

Dan kom ik bij de SEH-brief van de Minister. Die is door velen goed ontvangen, want er staat immers in dat er geen eigen bijdrage komt voor zelfverwijzers naar de SEH. Maar wie naar de details kijkt, komt tot een schokkende ontdekking. De Minister stelt doodleuk vast dat onterecht bezoek aan de SEH geen verzekerde zorg is. Bovendien vraagt ze de NZa te gaan controleren bij de zorgverzekeraars want die mogen deze niet-verzekerde zorg niet uitkeren. De Minister wil dus dat patiënten die uit zichzelf, zonder verwijzing naar de SEH gaan de rekening geheel zelf betalen als achteraf blijkt dat de zorgvraag niet acuut was. Of iets wel of niet acuut is, of iets wel of niet terecht is, dat kun je niet bij de patiënt neerleggen. Huisartsen zijn vaak slecht bereikbaar, op huisartsenposten zit je vaak uren te wachten en de mogelijkheid om direct bij de SEH aan te kloppen moet wat mijn fractie betreft open blijven. We willen toch niet de situatie krijgen dat mensen blijven wachten met een hulpvraag tot ze er absoluut zeker van zijn dat het echt acuut is? Een minuut of zelfs een seconde kan verschil uitmaken bij een hartaanval. Bovendien scheidt dit tweedeling in de zorg, want mensen die royaal in hun geld zitten zullen gewoon naar de SEH blijven gaan. Zij kunnen het makkelijk betalen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mij viel op dat mevrouw Klever het heeft over uren moeten wachten bij de huisartsenpost, terwijl elke seconde kan tellen. Dat vind ik een wat merkwaardige redenering. Wat bedoelt zij daarmee?

Mevrouw **Klever** (PVV): Je kunt niet van een patiënt verwachten dat hij weet welke hulp wel of niet acuut is. Stel je hebt pijn op de borst, je gaat naar de SEH, waar je te horen krijgt dat het maar een griepje was. Moet die meneer dan zelf de rekening gaan betalen? Of moet je tegen hem zeggen dat hij eerst maar naar de huisartsenpost gaat? Die huisartsenpost heeft dan pas na drie uur tijd voor hem. Dat vinden wij niet kunnen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dit is het totaal negeren van de deskundigheid van artsen. Iemand die een huisartsenpost belt met klachten over pijn op de borst zal nooit te horen krijgen – dat zou me zeer verbazen – dat hij over drie uur wel eens langs kan komen. Daar zou onderling alarm over worden geslagen. De triage is zodanig dat artsen en assistenten weten wat ze moeten doen. Als je met dergelijke klachten bij de SEH komt, krijg je nooit achteraf de rekening gepresenteerd. Die klachten vertonen namelijk spoedeisende verschijnselen. Als er een huisartsenpost in dat ziekenhuis gevestigd is, zal die huisartsenpost direct gaan kijken of er iets met het hart aan de hand is. Daarom is het zo belangrijk dat huisartsenposten en SEH's worden geïntegreerd en dat veel beter wordt gekeken naar de triage, zodat mensen per definitie de juiste zorg krijgen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik ben het helemaal met u eens dat huisartsenposten en SEH's moeten worden geïntegreerd. Op dit moment is dat slechts in enkele gevallen zo. Misschien is het voorbeeld van pijn op de borst ongelukkig gekozen, maar ik kan tientallen andere voorbeelden opnoemen. Je kunt niet van een patiënt verwachten dat hij weet of hij naar een huisartsenpost of een SEH moet gaan. Dat geldt zelfs voor het telefonisch doorgeven van klachten. Ik vind het onverantwoord om, zoals de Minister doet, te zeggen dat de patiënt de rekening krijgt als achteraf blijkt dat zijn klacht onterecht was. Dat is namelijk de consequentie als je zegt dat de zorgverzekeraar het niet mag betalen. Dit alles zolang er geen huisartsenpost op de SEH zit.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Op dat punt zijn we het met elkaar eens. Volgens mij is het nu ook niet het geval dat een patiënt zelf de ernst van zijn klachten moet inschatten. Als je de huisarts belt, zal daar meteen duidelijkheid over kunnen komen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik raad mevrouw Dijkstra aan de brief van de Minister nog eens goed te lezen. Voor zelfverwijzers met niet-acute zorg geldt dat dit geen verzekerde zorg is. Dat staat daar namelijk in. Daarnaast zal de Minister met de NZa in gesprek gaan over het toezicht op de materiële controle door verzekeraars. Doel is deze materiële controles ten aanzien van het onterecht vergoeden van niet-verzekerde hulp voor zelfverwijzers op de SEH's te versterken. Met andere woorden: verzekeraars mogen dat niet meer betalen. Ik denk niet dat SEH's dat voor niets gaan doen.

Natuurlijk zijn er mensen die uit gemakzucht de SEH bezoeken in plaats van de huisarts. Dat kan echter eenvoudig ondervangen worden. Plaats 24 uur per dag, 7 dagen in de week een huisarts op de SEH die standaard de eerste triage doet. Dit is iets anders dan het integreren van huisartsenposten met SEH's. Daar ben ik ook voorstander van, maar dat gaat allemaal veel te langzaam en is ingewikkelder dan het lijkt. Ondanks dat hier al jaren over gepraat wordt, zijn er nog slechts twee of drie huisartsenposten op SEH's gerealiseerd. Ik ga liever voor simpele en doeltreffende maatregelen: het ziekenhuis kan gewoon een huisarts in dienst

nemen. Als de Minister daar nu voor zorgt dan is het hele probleem uit de wereld. Ik wil hier graag een reactie op en ik wil de garantie dat er geen enkele rekening van de SEH bij de patiënt op de mat valt.

Tot slot het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Weet de Minister de laatste stand van zaken? Ik lees dat een slecht functionerende bestuurder vandaag een ontslagvergoeding vordert van het Ruwaard, die dit niet kan betalen. Schandalig overigens dat iemand die niet functioneert recht meent te hebben op een vergoeding. Keer op keer zien we ziekenhuizen door slecht bestuur in de problemen raken. Het wordt tijd dat bestuurders hiervoor persoonlijk aansprakelijk worden. Maar terug naar het ziekenhuis zelf. Het Ruwaard heeft een belangrijke, zo niet cruciale functie in de regio. Kijk naar het Botlekgebied met de petroleumhavens en Europoort. Daar werken duizenden mensen en bij ongelukken of een ramp zijn deze afhankelijk van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Met een extra ambulancepost red je het niet. De acute zorg moet absoluut behouden blijven. Ik wil de Minister vragen daarvoor te zorgen. In 1672 werd Cornelis de Witt, de Ruwaard van Putten, hier in Den Haag vermoord omdat hij geen bescherming kreeg van de regering. Ik hoop niet dat dit een teken aan de wand is.

De **voorzitter**: Ook nog een stukje historie!

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Er staan vandaag veel verschillende onderwerpen op de agenda. Ik ga in op de keuzevrijheid in de zorg, de bezuinigingsplannen, de BES-eilanden en het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

Keuzevrijheid in de zorg is een groot goed. Het is belangrijk dat patiënten vertrouwen hebben in hun zorgverlener. Dat voelt niet alleen beter, maar het zorgt er ook voor dat mensen hun behandeling af willen maken. Dit kabinet kiest er juist voor om keuzevrijheid in de Zvw te schrappen. Als het aan het kabinet ligt, verdwijnt de restitutiepolis en wordt artikel 13 van de Zvw zo aangepast dat er van een eigen keuze voor de patiënt helemaal geen sprake meer is. De keuzevrijheid ligt dan niet meer bij de patiënt, maar bij de zorgverzekeraar.

Deze voorstellen kunnen niet op de steun van GroenLinks rekenen. Dat de keuzemogelijkheden van patiënten in de Zvw achterblijven, wringt des te meer bij patiënten die medisch-specialistische verzorging thuis krijgen. Nadat de aanspraak naar de Zvw is gegaan, kunnen veel van de mensen die deze zorg krijgen in de problemen komen doordat hun pgb vervalt en zij alleen terechtkunnen bij zorgverleners met wie de zorgverzekeraar een contract heeft. Ze kunnen niet meer met een pgb de zorg bij hun zorgverlener inkopen, met wie ze vaak een vertrouwensband hebben opgebouwd, die precies weet welke zorg ze nodig hebben en die ook vaak een naaste is. GroenLinks wil daarom een pgb in de Zvw. Ik zal daarover indien nodig een motie indienen.

Er staan flinke bezuinigingen op stapel in de zorg. De meeste beslissingen daarover zullen in het voorjaar van 2014 genomen worden, maar fractievoorzitter Zijlstra van de VVD nam een tijd geleden alvast een voorschot. Hij vindt dat op de zorg nog wel extra kan worden bezuinigd. Wat vindt de Minister hiervan? De bezuinigingsambities liegen er immers niet om. Dit kabinet wil 1,5 miljard bezuinigen op het pakket, en nog eens 1,6 miljard door bijvoorbeeld het tegengaan van overbehandeling. De Minister heeft zorgverleners de mogelijkheid gegeven om zelf met alternatieven te komen. Dat is heel erg goed, want we horen heel vaak allerlei ideeën. Wat ons betreft gaan die besparingen dan ook voor maatregelen met betrekking tot het pakket. Natuurlijk moet je ook daar goed kijken wat er mogelijk is en of alles wat vergoed wordt, wel vergoed moet worden. Maar puur schrappen op basis van lageziektelasten is wat GroenLinks betreft te kort door de bocht. Ik hoop dus dat de Minister luistert naar degenen die zeggen dat de zorg alleen maar duurder zal

worden, dat bepaalde ziektebeelden te laat zullen worden opgespoord of dat mensen te lang door zullen lopen of zelf gaan dokteren, met alle gevolgen van dien en alle hogere zorgkosten van dien. Dit lijkt ons bovendien strijdig met het hele principe van stepped care: eenvoudige klachten ook eenvoudig behandelen.

Volgend voorjaar gaan we hebben over het pakket. Het CVZ zit intussen niet stil en doet her en der al voorstellen om op de zorg te besparen. Zo opperde het dat ongedocumenteerden best € 5 per recept kunnen gaan betalen voor geneesmiddelen. GroenLinks is voorstander van een regeling waarvan zorgverleners gebruik kunnen maken als zij ongedocumenteerden medisch noodzakelijke zorg verlenen die zijzelf niet kunnen betalen. Het gaat dan dus om medisch noodzakelijke zorg. Het CVZ wil daarvoor een drempel opwerpen. GroenLinks vindt dat de zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn, en is daarom voor deze regeling.

Wij hopen op goede besparingsvoorstellen uit de zorg en roepen de Minister op om al de voorstellen die er komen – ze heeft een tijd geleden aangegeven hoeveel het er inmiddels al zijn – serieus te bekijken. Wij zullen dat in ieder geval wel doen. We geven haar mee: wees niet penny wise, pound foolish door de lichte zorg weg te bezuinigen.

De Minister verraste een deel van het Koninkrijk door half december bekend te maken, te stoppen met het vergoeden van saneren van gebitten en de aanspraak op fysiotherapie in te perken. En dat al per 1 januari jongstleden. Het is begrijpelijk dat dat heel veel stof heeft doen opwaaien. Inmiddels is bekend dat de maatregel tot 1 januari 2015 is uitgesteld en dat wordt gekeken naar alternatieven. Dat is een heel goede zaak, maar achteraf gezien vragen wij ons wel af of al deze onrust wel nodig was geweest. Hoe kijkt de Minister nu terug op de manier waarop ze gehandeld heeft? Hoe wordt alles geregeld en hoe gaat het overleg plaatsvinden? Hoe gaat de Minister voorkomen dat mensen nogmaals door zulk nieuws overvallen worden?

Ik sluit af met het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. GroenLinks vindt dat de bereikbaarheid van spoedeisende hulp en de verloskundige zorg voorop moeten staan, ook voor hen die nu buiten de 45 minuten norm wonen. Ik kan me ook aansluiten bij de woorden van het CDA, en bij de woorden van de SP over de aanwezigheid van de Tweede Maasvlakte. Dat feit behoeft extra aandacht. Die aspecten moeten zijn gegarandeerd. Zo niet, dan moet de Minister ingrijpen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Dit is een AO met veel onderwerpen. De PvdA-fractie wil het graag hebben over de pakketmaatregelen, over de spoedeisende eerste hulp, over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, de aanpassingen in de Zvw en enige uitkomsten van onderzoeken naar onder meer fraude. Ik begin met het laatste.

De Minister heeft een brief gestuurd over de invoering van dbc's, waarin ze ingaat op het onderzoek dat Zorgverzekeraars Nederland heeft gedaan naar de overgangsregeling van budget- naar prestatiebekostiging. Uit dat onderzoek blijkt dat de complexe regelgeving die hiermee gepaard is gegaan «opportunistische interpretaties mogelijk maakt.» Dat is natuurlijk wel een behoorlijk eufemistische term. Keihard misbruik of fraude van deze complexe regeling is zogezegd niet vastgesteld. Op zichzelf mooi, zou je zeggen, maar de brief roept bij ons wel vragen op. Zo juicht de Minister de herstelacties toe, maar laat na om te vermelden hoe zij de vinger aan de pols wil houden bij zorgverzekeraars. Wat vindt de Minister eigenlijk van de kwaliteit van het rapport van ZN? Ondanks dat sprake blijft van complexe regelgeving, achterwege blijvend toezicht en een geringe pakkans, ofte wel alle randvoorwaarden voor fraude, heeft in het geheel geen fraude plaatsgevonden. Dat lijkt ons moeilijk voor te stellen. We hebben daar onlangs een fraudedebat over gehad. Ik wil graag dat de Minister dit rapport betreft bij het vervolgonderzoek.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als ik dit hoor, dan breekt mijn klomp. Anderhalve maand geleden heb ik juist over dit rapport gezegd dat we namen en rugnummers moeten weten. Waarom laat de Minister dit onderzoek doen door de slager die zijn eigen vlees keurt? Nu een heel kritische houding, maar toen geen enkele steun van de Partij van de Arbeid. Als we de motie opnieuw indienen, steunt de PvdA haar dan wel?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Volgens mij was de PvdA-fractie ook kritisch over de zorgfraude en over alle onderzoeken die reeds hebben plaatsgevonden. Wij hebben juist aan de Minister gevraagd om te komen met een scherp plan van aanpak en om dat onderzoek niet alleen te laten doen door de zorgverzekeraars zelf, maar ook door andere partijen die inzicht hebben in de boeken. Ik wacht dat af. Dit soort eufemistische termen geven niet veel vertrouwen. Daarom is het goed dat het onderzoek is uitgebreid naar andere partijen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan stel ik maar gewoon vast dat er in april, toen we op initiatief van de PVV een algemeen overleg hadden, waaraan uw collega Bouwmeester namens de PvdA meedeed, vol lof werd gesproken over de zorgverzekeraars, die het zelf onderzochten, want dan hoefden wij niets meer te doen. Die houding is bij de Partij van de Arbeid gekanteld. Wij moeten zelf publieke informatie krijgen over waar fraude plaatsvindt en wie dat doet. Dat vind ik vooruitgang. Jammer dat het zolang heeft geduurd.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Daar doet mevrouw Leijten mevrouw Bouwmeester toch ernstig tekort mee. De afgelopen jaren heeft zij dit punt regelmatig aangekaart, onder andere via Kamervragen. De inzet van de PvdA tijdens het zorgfraudedebat was volgens mij glashelder. Ik kom toe aan de SEH. De eigen bijdrage voor de SEH gaat niet door. De reden daarvoor is dat het niet uitvoerbaar is. Dat lijkt op zichzelf natuurlijk goed nieuws. Ik vind de vragen die mevrouw Klever daarover heeft gesteld, hoewel misschien wat bout gesteld, terecht. De € 50 eigen bijdrage vervalt weliswaar, maar kan iemand straks dan de volledige rekening krijgen als blijkt dat dat bezoek onterecht is? De Minister noemt in haar brief onterecht bezoek aan de spoedeisende hulp niet-verzekerde zorg, en ze wil dat de zorgverzekeraars dat niet langer vergoeden. Voor een deel zal het bezoek aan de eerste hulp echt te makkelijk zijn. Daar kennen we voorbeelden van. Onlangs las ik het nog in een column: voor pleisters plakken hoef je inderdaad niet naar de eerste hulp. Maar er zijn mensen die dat wel te goeder trouw doen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat er goede en voor de patiënt duidelijke verwijzingen zijn, zodat hij weet waar hij aan toe is en niet met vervelende en onverwachte rekeningen achteraf wordt geconfronteerd? Een breed pakket is voor mijn fractie de basis voor solidariteit in de zorg. De maatregelen rondom dit pakket werden voorheen altijd voorafgegaan door een advies van het CVZ. De Minister geeft aan dat het CVZ dit jaar geen pakketadviezen uitbrengt. De toegevoegde waarde daarvan is namelijk gaandeweg beperkter geworden, omdat het vaak een bundeling van eerder door het CVZ uitgebrachte adviezen en rapporten betreft. Deze overweging is natuurlijk aan de Minister. Maar we hebben toch nog wel de nodige vragen bij de weg die de Minister nu bewandelt. Want haar oproep aan veldpartijen om met alternatieve pakketmaatregelen te komen, is natuurlijk sympathiek en verstandig. Het is altijd goed om betrokkenen in het veld te vragen om mee te denken. Maar de Pavlov-reactie, die natuurlijk af en toe volgt, kan het risico in zich hebben dat vooral naar een ander wordt gewezen. De Orde van Medisch Specialisten was de eerste die voorstelde om de patiënt dan maar een eigen bijdrage voor een second opinion te laten vragen. Hoe objectief zijn dan ook de voorstellen uit het veld? Hoe voorkomt de Minister dat degene met de

grootste mond of de grootste lobby straks iedereen overschreeuwt? De vraag is dan ook hoe de Minister de objectiviteit rondom de aanpassingen van het pakket gaat waarborgen. Hoe wordt concreet omgegaan met deze veldadviezen? Welke waarde hecht de Minister hieraan?

We hebben het rapport van het CVZ over lageziectelasten met veel interesse gelezen. Maar ook hierover hebben we wel het een en ander te vragen en op te merken. Want bij ons wekt de toezending van het rapport namelijk de indruk dat de Minister de discussie over de inzet van de DALY-systematiek (disability-adjusted life year) en in het verlengde daarvan ook de QALI-systematiek (quality-adjusted life year) bij het bepalen van het verzekerde pakket nieuw leven wil inblazen. De PvdA is van mening dat deze discussie een aparte en grondige politieke behandeling behoeft, en geen plaats heeft binnen een algemeen overleg met maar zes minuten spreektijd. Zeker nu het CVZ blijkbaar niet met een pakketadvies komt, zouden wij de Minister willen verzoeken om uiteen te zetten wat ze nou precies aan het CVZ heeft gevraagd. In welke richting gaat het CVZ zoeken naar verlaging van de pakketkosten, en welke opdrachten heeft het CVZ van de Minister gekregen? Kan de Minister toezeggen dat ze de tussentijdse rapportages en de definitieve adviezen van het CVZ, evenals de systematiek die daarachter zit, doorstuurt naar de Kamer?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De Minister heeft gevraagd: als ik op basis van lageziectelasten wil kijken naar het pakket, wat zou er dan uit moeten? Het CVZ komt met een advies met daarin behoorlijk belangrijke zaken, zaken waarvan ikzelf ook wel schrik. Waar staat de Partij van de Arbeid? Wil ze daar niet aan beginnen, vindt ze het misschien wel een goed plan of weet ze het nog even niet?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Ik vind het risicovol om de lage ziektelasten als het toetscriterium te nemen voor wat wel of niet in het verzekerd pakket zit. Vandaar ook mijn vraag aan de Minister om daar grondig op te reageren

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan hebben GroenLinks en de PvdA dezelfde zorgen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Volgens mij ook het CVZ. Dat heeft namelijk eerder de keuze om vergoedingen voor lageziectelasten te schrappen als niet uitvoerbaar bestempeld, en zelfs als onwenselijk en soms schadelijk voor de zorg. Het CVZ vindt dat het eigenlijk moet gaan om structurele beheersing van de zorgkosten, in plaats van kostenverlaging via generiek ingrijpen. Natuurlijk moeten we kritisch zijn over de omvang van het pakket. Soms moet je je afvragen of alle zaken in het pakket wel een toegevoegde waarde hebben voor de zorg. De lageziectelasten als instrument daarin vind ik wel risicovol.

Tot slot het Ruwaard van Putten ziekenhuis. Dat ziekenhuis draait al een paar jaar rode cijfers. Daarbij komen forse problemen met kwaliteit. Want dit weekeinde kwamen er nog berichten naar buiten over de veel te hoge mortaliteitscijfers. De PvdA verbaast zich wel dat het zo lang heeft geduurd voordat duidelijk werd wat er eigenlijk aan de hand is, want de cijfers liegen er niet om. Patiënten mogen niet de dupe worden van gestuntel van ziekenhuizen. Lange tijd wisten we er te weinig van. Er ligt inmiddels gelukkig een verbeterplan. Toch is de vraag of het ziekenhuis in zijn huidige vorm door kan gaan. De PvdA maakt zich vooral zorgen over de mensen in de regio, vooral over die 2.000 mensen die verder dan drie kwartier van een spoedeisende hulppost wonen. We hebben vernomen dat de Minister deze wettelijke ondergrens wil nakomen door de inzet van extra ambulances. Maar de PvdA vraagt zich wel of dit voldoende vangnet vormt, zeker gezien het feit dat de verbinding met die andere alternatieve



SEH-posten loopt via tunnels waarin files regelmatig voor problemen zorgen. De 45 minuten norm is in de Randstad natuurlijk lastiger dan in dunbevolkte delen van Noord-Nederland. We horen graag van de Minister hoe zij daarover denkt en welke maatregelen zij voor zich ziet. Ik sluit me aan bij de vragen over de overgang van de revalidatiegeneeskunde die door mevrouw Bruins Slot zijn gesteld. Hetzelfde geldt voor de vragen over de hoge buffers van zorgverzekeraars, gesteld door de heer Mulder. Die vraag heb ik vorige week al gesteld bij het wetgevingsoverleg over het jaarverslag VWS.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als het gaat om de extra ambulance in plaats van een ziekenhuis, dan zegt de voorzitter van de veiligheidsregio Rotterdam dat dat echt niet kan: een eiland met zulke zware industrie zoals het Botlekgebied verdient gewoon een ziekenhuis. Maar ik zit eigenlijk met een andere vraag. De Partij van de Arbeid in Spijkenisse staat op de markt samen met de SP en andere partijen, zoals GroenLinks, de VVD en zelfs het CDA, om aan mensen te vragen of ze handtekeningen willen zetten voor behoud van het ziekenhuis. Steunt de Partij van de Arbeid haar lokale Partij van de Arbeid, of zegt de Partij van de Arbeid hier in Den Haag: ach, het ziekenhuis kan wel dicht, een ambulancepost en het is geregeld?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Het is mooi om te zien dat alle lokale afdelingen van partijen in Spijkenisse zij aan zij strijden voor de zorg voor hun inwoners. Die zorg steunen wij ook. Mensen moeten de zorg waarop ze recht hebben ook kunnen krijgen. Ik wacht op dit punt de beantwoording van de Minister af om te horen, wat dat betekent voor die specifieke knelpunten.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Een van de brieven die op de agenda staat, is die over het inzichtelijk maken van de zorgnota. Wij zijn ervan overtuigd dat een kritische blik op de zorgnota echt loont bij het tegengaan van verspilling en het bestrijden van onjuiste declaraties. Daarom van harte steun voor het voorstel om de rekeningen van patiënten inzichtelijk te maken. Maar alleen daarmee zijn we er nog lang niet. Wat in de praktijk opvalt, is dat dat vooral echt helpt als mensen er zelf belang bij hebben om fouten te achterhalen. Het interessante is dat we een doelgroep hebben, namelijk de gemoedsbezwaarden tegen verzekeringen, die zelf een belangrijk financieel belang hebben om te weten of het allemaal klopt. We hebben ook contact gelegd met die groep mensen, en dan is het verbazingwekkend om te zien hoe vaak het lukt om die kosten naar beneden te brengen, en hoe vaak dingen niet blijken te kloppen. Iemand zei: drie keer een telefoontje na een ziekenhuisbehandeling en de factuur is gehalveerd. Gisteren meldde zich iemand bij ons bij wie tijdens het werk een stuk ijzer op zijn hand was gevallen, waardoor de handpalm was opengebarsten. Tijdens het bezoek aan de polikliniek bleek dat er een zenuw licht was beschadigd. De behandeling door de chirurg duurde een kwartiertje, maar dat was wel een duur kwartiertje, want er kwam een rekening van € 3.500. Met een passende declaratiecode zat je rond de € 700, wat ook nog snel verdiend was. Zo zijn er nog veel meer voorbeelden te noemen. Maar wat maakt de betrokken groep zo interessant? Ze hebben er zelf een financieel belang bij. Hoe kun je dat breder trekken? Kun je niet meer stimuleren dat bijvoorbeeld mensen op de een of andere manier worden beloond als ze een onjuiste declaratie hebben gemeld, waardoor een win-winsituatie kan ontstaan? Het is in het algemeen belang, maar mensen merken zelf ook dat ze er financieel beter van worden. Ik besef dat we hiermee geen Ei van Columbus hebben, maar toch vraag ik de Minister of we daarin niet wat meer kunnen doen. Het is nu al mogelijk in de Zvw om te spelen met het bedrag aan eigen risico per behandeling. Het eigen risico is gemaximeerd, maar dat hoeft

niet gelijk bij de eerste behandeling geheel in rekening te worden gebracht. Het kan ook een percentage zijn. Zou artikel 21 van de Zorgverzekeringswet geen mogelijkheden kunnen bieden, zodanig dat er een prikkel ontstaat voor de patiënt om te kiezen voor goedkopere zorg? Dat zou ook bij AMvB te regelen zijn.

Over de eigen bijdrage in de SEH het volgende. De Minister stelt voor, de eigen bijdrage voor zelfverwijzers naar de SEH niet in te voeren, omdat het geen verzekerde zorg is als mensen zich met een niet-acute zorgvraag bij de SEH melden. Door het publiek erover te informeren dat het geen verzekerde zorg is en afspraken te maken met verzekeraars over het niet meer vergoeden van deze zorg, denkt de Minister het probleem op te lossen. Gaat het in de praktijk zo soepeltjes dat je dat met een druk op de knop kunt veranderen? Hoe is het mogelijk dat de SEH de kosten voor deze onverzekerde zorg blijkbaar declareert bij de zorgverzekeraar, in plaats van bij de patiënt? Heeft dit geen complicaties in de uitvoering? Krijg je geen discussie over de vraag of het terecht is of niet dat iemand zich bij de SEH heeft gemeld?

Keuzevrijheid en eigen regie van cliënt en patiënt vinden wij van buitengewoon groot belang. Daar komen we op terug bij de wetsbehandeling waarmee het befaamde artikel 13 wordt aangepast. Wanneer komt de nota naar aanleiding van het verslag van dat wetsvoorstel? Wij denken dat het wijs zou zijn om daarover, als we meer duidelijkheid hebben van de kant van de Minister, een hoorzitting te organiseren. Daar komen we in de procedurevergadering op terug.

Het gebrek aan eigen regie in de zorgverzekering knelt nu, zo begrijpen wij, bij de medisch-specialistische verpleging thuis. Mensen krijgen geen indicatie meer via het CIZ, waarna je terugvalt op de Zvw, maar in dat kader heb je geen pgb-mogelijkheden. Dan ben je aangewezen op gecontracteerde zorg. Herkent de Minister dit knelpunt? Zo ja, hoe kan dit worden opgelost?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik wil beginnen met excuses dat ik later ben aangeschoven.

Het kabinet wil 6 miljard extra bezuinigen. VVD-fractievoorzitter Zijlstra heeft daarbij al expliciet gesproken over snijden in het basispakket. Tot dusverre lijken de aanpassingen voor 2014 te overzien. Maar wat doen we op dit moment? Waarover hebben we het vandaag? Ligt het basispakket op de onderhandelingstafel? Zo ja, tot welk moment is het überhaupt nog mogelijk om daarnaar te kijken? Ik wisselde net met collega Van der Staaij dat we altijd voor 1 juli de pakketmaatregelen geregeld moesten hebben. Het CVZ geeft goed aan waar de schoen wringt als het gaat om de pakketmaatregel lageziectelast. De langetermijnevolgen kunnen heftig zijn, en het kan de stepped care belemmeren. Welke mogelijkheden ziet de Minister nog voor gepast gebruik?

De Minister consulteert het veld over de pakketmaatregelen. Wat gaat de Minister daarmee doen? Heeft ze dat gecommuniceerd met de veldpartijen? Welke criteria heeft ze gesteld aan die adviezen? Kunnen de beroepsgroepen die reageren dat voorstel mondeling toelichten? Is daar ruimte voor?

Als een donderslag bij heldere hemel besloot de Minister de zorgaanpakken in Caraïbisch Nederland te beperken, met als gevolg geen gebitssanering meer en minder naar de fysiotherapeut. Men kon zich maar tien dagen voorbereiden op die mededeling. Maar onder druk van Tweede en Eerste Kamer is er gelukkig uitstel gekomen tot juli 2013. Dat wordt nu verlengd tot 2015. Mijn fractie is daar zeer verheugd over. Maar is het mogelijk om de productieplafonds ook na 2015 door te laten lopen, zodat we de aanspraken langer kunnen behouden? De communicatie verdiende geen schoonheidsprijs. Bovendien ervaren mensen een drempel bij het indienen van een klacht. Wil de Minister daarom in het

nieuwe beleidsplan van het Zorgverzekeraarskantoor BES een communicatieplan en een klachtenprotocol opnemen?

Voor D66 staat maximale keuzevrijheid van de patiënt centraal. Wij zijn daarom voor het aanpassen van artikel 13 Zvw, zodat patiënten echt kunnen kiezen tussen een restitutiepolis en een goedkopere in-natura-polis, met gecontracteerde aanbieders. Maar ik plaats wel grote vraagtekens bij het afschaffen van de restitutiepolis. Patiënten moeten de mogelijkheid houden van een polis met vrije artskeuze. Het stoort me eerlijk gezegd wel dat het wijzigen van artikel 13 en het schrappen van de restitutiepolis almaar door elkaar lopen. Gelukkig kan de Minister vandaag aan alle onduidelijkheid een einde maken. Wil zij uitspreken dat we artikel 13 alleen aanpassen onder de voorwaarde dat de restitutiepolis in stand blijft? Het doorschuiven van het besluit naar 2015 leidt namelijk tot heel veel onzekerheid.

Voor optimale keuzevrijheid voor patiënt en verzekeraar is transparantie over de kwaliteit en de kosten essentieel. Patiënten krijgen vanaf 2014 inzicht in hun zorgrekening. Ook mijn fractie wil dat patiënten dit vooraf inzichtelijk gemaakt krijgen. Dat geeft ook de arts mogelijkheden om zorg doelmatiger voor te schrijven. Wil de Minister onderzoeken hoe we het kosteninzicht bij patiënt en arts voorafgaand aan de behandeling kunnen vergroten?

Het percentage patiënten dat zonder afmelding niet komt opdagen voor een afspraak in het ziekenhuis blijft dit jaar weer steken op zo'n 4%. Dat is een verspilling van 300 miljoen euro per jaar. De vooruitgang op dit dossier is minimaal, terwijl een verbeteringslag simpel te maken is. Ik heb het daarover al eerder met de Minister gehad: verstuur afspraakherinneringen per sms, maak afmelden makkelijker, laat patiënten digitaal een afspraak maken wanneer het hun uitkomt. Wil de Minister samen met de ziekenhuizen een actieplan «aanpak no show» opstellen?

De Minister stelde vast dat zorgverzekeraars vaak onterecht het oneigenlijk gebruik van de spoedeisende hulp vergoeden. Daar moeten we een einde aan maken. Daarover ben ik het helemaal met de Minister eens, want wij hebben elke euro in de zorg hard nodig. Op welke manier gaat de Minister dit aanpakken en is zij bereid om te onderzoeken of bij oneigenlijk gebruik een boete mogelijk is? Oneigenlijk gebruik voorkómen kan door het integreren van huisartsenposten en SEH's, afdelingen voor spoedeisende hulp. Wil de Minister voor die integratie harde doelen stellen?

Tot slot ga ik in op het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Telkens als een ziekenhuis dreigt om te vallen of delen moet afstoten, voeren wij hier dezelfde discussie. Het gaat mij niet om het ziekenhuis. Het gaat mij om de zorg voor de patiënten in Spijkenisse. Cruciale zorg van goede kwaliteit moet ook voor hen bereikbaar zijn. Ik wil dat de Minister daar scherp op let. Over kwaliteit gesproken: ik heb nog wel vragen over de extreem hoge sterftecijfers van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Hoe kan het dat dit pas zo laat door de raad van bestuur en de inspectie is opgemerkt? Kan de Minister het interne inzicht in sterftecijfers versnellen? Heeft zij daar middelen voor? Vanaf wanneer zijn ziekenhuizen eigenlijk verplicht om sterftecijfers te publiceren? Heeft de NZa de regels daarvoor al bijna klaar?

De **voorzitter**: Hiermee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 14.52 uur tot 15.09 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik heropen dit algemeen overleg. Ik stel voor maximaal twee interrupties per woordvoerder toe te staan. Het woord is aan de Minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Op de agenda voor dit overleg staan veel verschillende onderwerpen. Ik zal daarom geen inleiding houden, maar meteen overgaan tot de beantwoording van de vragen. Dat lijkt mij wel zo efficiënt.

Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis verkeert helaas in zwaar weer. De afgelopen tijd verkeerde het ziekenhuis in een moeilijke fase, en niet alleen op het gebied van de financiën, maar ook op het gebied van kwaliteit. Er worden gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en partijen die mogelijk willen investeren in het ziekenhuis. Ik realiseer mij heel goed dat de patiënten in de regio het ziekenhuis graag willen behouden en zich zorgen maken. Ik heb vernomen dat aan de Kamer een petitie is aangeboden waarin wordt gevraagd om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis wordt behouden. Uiteraard voelen ook burgemeesters en ambulanceorganisaties zich hierbij betrokken. Ziekenhuizen zijn echter zelf verantwoordelijk, zowel voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg als voor de financiële positie en de manier waarop zij het ziekenhuis runnen. Daar hoort bij dat de gevolgen van de beslissingen die in het kader van deze eigen verantwoordelijkheid worden genomen, moeten worden gedragen. Ik zal dan ook geen stappen ondernemen om het Ruwaard van Putten Ziekenhuis overeind te houden.

Verzekeraars hebben een zorgplicht. Zij zijn als eerste aan zet. Ik begrijp dat over een overname gesprekken worden gevoerd; daar kan ik geen uitspraken over doen, want daar zit ik niet bij. Als het niet lukt om via een consortium of door overname door te gaan met het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, hebben de verzekeraars nog steeds een zorgplicht. Zij zijn dan aan zet om plannen te maken waardoor zij vooral de cruciale zorg en de acute zorg zoals de acute verloskunde, voor die regio kunnen organiseren. Dat is niet vrijblijvend, want die plannen worden getoetst, door de inspectie op kwaliteit, en door de Nederlandse Zorgautoriteit op de adequaatheid van de financiële onderbouwing van die cruciale zorg. Pas als verzekeraars echt te maken krijgen met overmacht komt de overheid in beeld.

Wij hebben met elkaar afgesproken dat voor iedere patiënt in Nederland continuïteit van de cruciale zorg is gewaarborgd. Dat zetten wij door. Uiteraard zijn de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder eerst aan zet. Pas als dat in gevaar komt en er sprake is van overmacht, komt de overheid in beeld en pas dan zal zij, desnoods door een vangnetconstructie, de cruciale zorg garanderen. Daar gaat dus nog een heel traject aan vooraf, en dat traject moet gewoon afgelopen worden. Zijn er bijvoorbeeld andere oplossingen? Zijn er gegadigden voor een doorstart van het ziekenhuis of kan het ziekenhuis via een consortium verdergaan? In een zakelijke wereld weet iedereen hoe je dat kunt doen. Als dat niet lukt, moet de zorgverzekeraar deugdelijke plannen maken. De zorgverzekeraar kan dus niet zomaar iets doen. Dat wordt getoetst door toezichthouders van de overheid. Pas als allerlaatste is de overheid aan zet. Dit is mijn inleiding over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik weet dat de Minister altijd verantwoordelijkheid van zich afschuift. Volgens mij dreigt hier al cruciale zorg te verdwijnen. Dat geldt in ieder geval voor de berekening op papier: 45 minuten voor 2.000 inwoners van Voorne-Putten. Uiteindelijk geldt het ook voor 200.000 bewoners in deze regio. De situatie is op dit moment cruciaal, maar de Minister kijkt weg. Ik wil graag dat de Minister zegt dat er een plan moet komen, maar ik wil ook graag dat zij daar bij gaat zitten. Als dit ziekenhuis wegvalt, zal de vangnetconstructie van de overheid immers noodzakelijk zijn, voor de aanrijtijden, maar ook omdat de veiligheidsregio zegt niet zonder dit ziekenhuis te kunnen omdat dit ziekenhuis gewoon nodig is bij rampen in het Botlekgebied. Ik zou het zeer terecht vinden als de Minister de regio nu eens wel op zich neemt. Dit is immers al een halfjaar aan de gang en zorgverzekeraars, ziekenhuis en overnamekandidaten kijken de

kat uit de boom. Ondertussen is het risico dat wij een cruciaal ziekenhuis verliezen levensgroot.

Minister **Schippers**: In het zorgsysteem zoals de SP dat voor ogen staat, zijn er misschien staatsziekenhuizen, maar die hebben wij niet. Wij hebben particuliere instellingen die zelf besluiten nemen. Of je hebt de bevoegdheid om besluiten te nemen en dan draag je ook de gevolgen, of je hebt die bevoegdheid niet. De constructie waarbij men wel de bevoegdheid heeft om besluiten te nemen, maar niet de gevolgen daarvan hoeft te dragen, is een erg slechte constructie. De premiebetaler loopt dan helemaal leeg op die slechte besluiten. Dat moeten we dus absoluut niet doen. Mevrouw Leijten loopt erg op de zaken vooruit. Ik weet helemaal niet hoe het verdergaat met het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Ik weet niet of er een consortium is dat gezamenlijk wil doorgaan of anderszins. In deze situaties is het heel belangrijk dat je wacht op je beurt. Als partijen bezig zijn, moet je daar niet als een olifant in een porseleinkast dwars doorheen banjeren door te zeggen «kom maar hier, ik neem het even over» en daarmee de anderen buitenspel zetten. Mensen zijn druk bezig om naar de beste oplossing te zoeken. De overheid kijkt daarbij niet weg, want de inspectie zit erbovenop. Zij heeft het Ruwaard van Putten Ziekenhuis onder verscherpt toezicht gehad. Dat is opgeheven, maar de inspectie houdt op het vlak van de kwaliteit strak de vinger aan de pols. Er zitten allerlei toezichthouders bovenop om te kijken of het allemaal goed gaat. De overheid trekt zich dus niet terug, maar zij moet wel op haar beurt wachten en, eerlijk gezegd, hoop ik dat die niet komt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb de Minister helemaal niet gevraagd om een olifant in een porseleinkast te zijn. Ik heb haar gewoon gevraagd om aan tafel te gaan zitten en de regie te nemen omdat wij zien dat iedereen al meer dan een halfjaar naar elkaar kijkt. Het gaat hier niet om zomaar een ziekenhuis in een regio waar veel ziekenhuizen zijn. De Minister heeft weleens gezegd: als ik in de Randstad om mij heen spuug, raak ik een ziekenhuis. Dat geldt niet in deze regio. Het is een cruciaal ziekenhuis. Het Botlekgebied heeft het hoogste risicoprofiel van Nederland. De Minister zegt nu feitelijk dat zij niks doet. Dat zei ze ook al op Kamervragen die eerder zijn gesteld. Laat ik het dan als volgt vragen. Wat is erop tegen om aan tafel te gaan zitten en erbij te zijn om te kijken of het goed verloopt, in het belang van 200.000 mensen die in Voorne-Putten wonen? Wat is het bezwaar?

Minister **Schippers**: De Inspectie voor de Gezondheidszorg kijkt of het goed gaat met de kwaliteit en zij kijkt of de mensen in dat ziekenhuis de juiste zorg krijgen. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg is een belangrijke verantwoordelijkheid. Daarbij kijken wij dus helemaal niet weg. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis levert inderdaad cruciale zorg via de spoedeisende hulp en de acute verloskunde. Het RIVM berekent de bereikbaarheid. Als deze cruciale zorg daar wegvalt, gaan de zorgverzekeraars niet in hun eentje beslissen hoe het dan moet. Zij moeten hun plan aan de inspectie voorleggen, maar zij moeten er vanuit hun zorgplicht ook samen met de relevante ziekenhuizen en de regionale ambulancevoorzieningen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voor zorgen dat de bereikbaarheid in die regio voor de verzekerde gewaarborgd blijft. Het is dus niet zomaar een procedure. Stel dat het misgaat, dan geldt een zware procedure voor het invullen van de zorgplicht door de verzekeraar. Dat kan hij niet zomaar op een koopje laten uitdraaien, want er kijken allerlei mensen en toezichthouders mee. Bovendien zijn er nog het regionale verband voor de acute zorg en de Nederlandse Zorgautoriteit, die bekijkt of de zorgverzekeraars wel voldoen

aan hun zorgplicht. Behalve op de kwaliteit wordt dus ook op de zorgplicht gelet.

Hoe kijk ik aan tegen de plannen van drie ziekenhuizen in de regio om een corporatie te vormen? De voorzitter van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis heeft tegen mij gezegd dat hij in gesprek is met partijen die wellicht geïnteresseerd zijn in een investering in het ziekenhuis. Het is aan hen om samen met de verzekeraars en de financiers van het ziekenhuis beslissingen te nemen over de toekomst van het ziekenhuis.

Kloppen de berekeningen van de aanrijtijden van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis? Er zijn toch allerlei bruggen die openstaan en tunnels waar files in staan? Bij de analyse waarbij wordt vastgesteld of een ziekenhuis cruciaal is voor het behalen van de zogeheten 45 minuten norm houdt het RIVM rekening met veel factoren. Denk aan de spreiding van de inwoners en de ziekenhuizen en de snelheden waarmee ambulances kunnen rijden. Deze rijnsnelheden worden afgeleid van concrete rittendata van ambulancediensten. Hiermee bepaalt het RIVM hoelang een ambulance op bepaalde wegen en op verschillende tijdstippen onderweg is. Daarbij wordt rekening gehouden met knelpunten zoals verkeerscongestie, bruggen en spoorwegovergangen. Dat zijn gemiddelden. In individuele gevallen kan het inderdaad langer duren. Wel blijkt dat men in de praktijk al op de plek van vertrek contact opneemt met de brugbediening om de ambulance doorgang te verlenen als de bemanning van de ambulance vindt dat met spoed naar een ziekenhuis moet worden gereden. Hierbij is nog iets relevant. De werkelijke aanrijtijden naar ziekenhuizen bij spoedgevallen kunnen door bewuste keuzes ook langer duren dan 45 minuten. Als de ambulancebemanning op de plaats van het ongeval bijvoorbeeld constateert dat het beter is om de patiënt eerst ter plekke te behandelen, kan er bewust voor worden gekozen om meer tijd te nemen. Ook kiest men er nogal eens voor om de patiënt te vervoeren naar een verder gelegen ziekenhuis omdat dat ziekenhuis meer is gespecialiseerd, en de patiënt zo in één keer op de goede plek terecht komt en beter behandeld kan worden.

De spreiding en de capaciteit van ambulances, zoals bepaald in het RIVM-referentiekader, is niet bindend. Lokaal kunnen partijen, verzekeraars en ambulancediensten en andere acute ketenpartners, in overleg besluiten tot een andere spreiding en capaciteit van ambulances als men denkt dat het halen van de bereikbaarheidsnormen daardoor beter wordt gewaarborgd. Dat is expliciet geregeld in de Tijdelijke wet ambulancezorg. In de onderhavige regio bevindt zich inderdaad zware industrie. Het gaat mij daarbij vooral om de bereikbaarheid van de acute zorg. Of er nu industrie is of niet, waar het om gaat is dat de ambulance, juist bij zware ongelukken, doorrijdt naar gespecialiseerde ziekenhuizen. Bij ernstige trauma's gaan mensen naar traumacentra, zoals in Rotterdam, of naar een brandwondencentrum. Een en ander is dus een beetje afhankelijk van de soort acute situatie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik dank de Minister voor de uitgebreide toelichting. Zij zegt dat het RIVM bij de ambulancediensten gebruik maakt van gemiddelden. Zij zegt ook dat, als de ambulance over een brug moet gaan, contact wordt opgenomen met de brugbediening. In dit gebied moet de brug over de Maas echter altijd open blijven. Die gaat dus niet dicht op verzoek van ambulancebemanning. In dit gebied spelen nog een aantal concrete factoren een rol en daardoor kan het weleens zijn dat het model van het RIVM, dat in 999 van de 1.000 gevallen wel voldoet, in dat ene geval niet voldoet. Ik vroeg de Minister daarom een berekening te maken die is gebaseerd op de feiten in het gebied zelf.

Minister **Schippers**: Misschien heb ik mij niet helder genoeg uitgedrukt. De berekeningen zijn gebaseerd op het gebied. Het RIVM bepaalt hoelang een ambulance op bepaalde wegen, in dit geval de wegtypen zoals



rondom het ziekenhuis, op verschillende tijdstippen onderweg is. Het is dus in die zin geen gemiddelde van heel Nederland. Er wordt bekeken hoelang je erover doet in deze regio. Wij praten hier nu over, en misschien is een ambulance erbij een oplossing, maar dat weet ik helemaal niet. Misschien moeten wel andere maatregelen genomen worden. Niet ik, maar het Regionaal Overleg Acute Zorgketen gaat hierover. Het regionaal overleg weet heel goed hoe het in de regio in elkaar zit. Daar zitten de ambulancediensten ook bij. Zij zullen bepalen of het voldoende is of niet. Vervolgens bekijkt de inspectie ook nog eens of het voldoende is of dat heel andere maatregelen genomen moeten worden. Daar wil ik helemaal niet op vooruitlopen. Ik ga er niet over, maar mij werden specifiek over de ambulances vragen gesteld. Dat is logisch, want daar wordt vaak als een alternatief naar verwezen, maar of de inspectie dat genoeg vindt, weet ik helemaal niet. Daar heb ik ook geen bevoegdheden voor. De inspectie bekijkt of het voldoende is en de NZa bekijkt of hiermee aan de zorgplicht is voldaan of dat de verzekeraar er misschien nog iets bij moet zetten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat ik opvallend vind is dat, anders dan bij andere ziekenhuizen, zowel de directeur van de veiligheidsregio als de ambulancediensten in het gebied het niet eens zijn met de conclusies van het RIVM, omdat deze volgens hen niet voldoende op de praktijk zijn gericht. Dat vind ik een sterk signaal. Om die reden leg ik hierop de nadruk in dit debat. Daar wringt dus iets. Ik vraag de Minister dan ook om nog eens naar de cijfers en gegevens te kijken. Betrek daar de partijen bij die gezaghebbend of behoorlijk gezaghebbend zijn en menen dat de berekening van het RIVM niet klopt.

Minister **Schippers**: Ik wil voorkomen dat we een debat krijgen over de berekeningen van het RIVM. De oplossing die mogelijk aan de orde is – we weten het immers niet – ligt bij de ketenpartners die in hun eigen regio bij de acute zorg betrokken zijn. Dat is dus ook de ambulancedienst en dat zijn ook de mensen die kritisch zijn. Uiteindelijk is degene die daarover oordeelt, niet ik of het RIVM, maar de inspectie. Zij bekijkt of de kwaliteit voldoende is en de NZa beoordeelt of de zorgverzekeraar hiermee aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Ik heb daar dus zelf geen oordeel over. De inspectie en de NZa gaan daar specifiek naar kijken. Daarover zullen zij natuurlijk overleg voeren met de betrokken ketenpartners daar. Waarom zijn de sterftcijfers zo laat bekend bij het ziekenhuis en de inspectie? De sterftcijfers hoeven niet openbaar gemaakt te worden. Dat gaan wij veranderen. Daarover hebben wij afgelopen maandag met elkaar gesproken. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is een ziekenhuis dat deze cijfers niet openbaar maakt. Wij spraken over real time inzicht in de sterftcijfers. Er zijn inderdaad ziekenhuizen die dat inzicht kunnen geven, maar de meeste ziekenhuizen kunnen dat niet. Er zijn ook nog enkele ziekenhuizen die zo achterlopen met hun ICT dat het voor hen sowieso een hele hijs gaat worden om aan de verplichting van openbaarheid te voldoen. Afgelopen maandag hebben wij gezegd dat het verplicht is om de sterftcijfers, te beginnen bij de cijfers over het jaar 2013, openbaar te maken. Dat betekent dat de deadline eind 2014 is. Iedereen, dus ook de achterblijvers, zullen hun systeem daarvoor op orde moeten hebben. In de jaren daarna kan het dus steeds sneller. Dan kun je ook daadwerkelijk iets met die cijfers.

Wat vind ik van een hoog salaris van een oud-bestuurder, of van een gouden handdruk? Wij hebben met de Wet normering topinkomens (WNT) paal en perk gesteld aan onmatige beloningen en vertrekpremies. Ik vind dat een goede zaak. In het verleden gemaakte contracten en afspraken kunnen wij echter niet aanpassen. De wet kent wel een overgangstermijn.

In het regeerakkoord is een forse opgave afgesproken voor het pakket. De pakketmaatregelen staan vaak onder de lage ziektelast omdat het CVZ het

vorige kabinet heeft gevraagd om daar eens als extra criterium naar te kijken. Het is nooit de bedoeling geweest dat de lage ziektelast het criterium is. Een belangrijk criterium is natuurlijk of zorg medisch noodzakelijk is. Een ander criterium is of iets voor eigen risico en rekening kan komen. Ik kan wel alle criteria van Dunning opnoemen, maar die kunnen we allemaal wel dromen; ik in ieder geval wel. Er staat nog iets in het regeerakkoord, namelijk dat de kosteneffectiviteit wettelijk moet worden verankerd. Dan komt al heel snel de vraag op hoe je dat operationaliseert. Dan komt je uit bij QALY (quality-adjusted life year) en DALY (disability-adjusted life year). We kennen ze allemaal. Ik heb het CVZ verzocht mij een advies te geven waaruit blijkt hoe dat deel van het regeerakkoord te operationaliseren is. Ik weet niet precies wanneer wij dat advies ontvangen, maar ik weet wel dat het CVZ daar heel druk mee bezig is. Dat advies komt in het najaar. Dan zullen wij zien wat het advies van het CVZ in dezen is. Achter zo'n zin in het regeerakkoord gaat vaak een hele wereld schuil. Het lijkt simpel, maar het is vaak veel complexer. Hoe staat het met de onderzoeken van ZonMw naar niet-effectieve zorg? In 2012 is het instrument voorwaardelijke toelating ingevoerd. Bij voorwaardelijke toelating wordt de effectiviteit van interventies onderzocht. Deze onderzoeken worden begeleid door het CVZ en ZonMw. De uitkomst van de onderzoeken is aan het eind van de periode van die voorwaardelijke toelating bekend. Over het algemeen is dat vier jaar. Dat houdt in dat onderzoeksresultaten van de zaken die in 2012 voorwaardelijk zijn toegelaten, uiterlijk in 2016 bekend zullen zijn.

Er is nog een pakketmaatregel en dat is stringent pakketbeheer. Dat komt daar ook bij in de buurt. Het CVZ gaat het pakket doorlichten op de vraag wat wel en wat niet zinnige en zuinige zorg is. Het college zal mij voorstellen doen waarin het aangeeft welke zorg niet zinnig en zuinig is. Met die voorstellen kom ik vanzelfsprekend naar de Kamer. Ik wil dat even los zetten. Wij spreken vaak over 1,5 miljard inzake het pakket, maar 300 miljoen stringent pakket betekent dat men als een monnik het hele pakket doorvlooit, terwijl het andere een echte aparte opgave inhoudt. Ik was niet van plan om pas pakketmaatregelen te nemen als een evaluatie van de gevolgen heeft plaatsgevonden. In het regeerakkoord wordt mij de opdracht gegeven om per 2015 pakketmaatregelen te nemen. Bij het nemen van deze maatregelen worden verschillende zaken betrokken, ook neveneffecten zoals upcoden en het risico op het mijden van zorg. Ik heb wel toegezegd dat ik in 2014 een herhaalstudie zal laten uitvoeren naar medicijngerelateerde ziekenhuisopnames. Naar ik meen, heb ik deze toezegging afgelopen maandag herhaald. De pakketmaatregel inzake de maagzuurremmer zal ik daar ook bij betrekken.

Wat zijn de economische gevolgen van lageziektelastmaatregelen? Dat is lastig te bepalen. Over de lage ziektelast hebben wij net een advies ontvangen van het CVZ. Dat advies roept voldoende vragen op om nog eens goed te bestuderen hoe wij daarmee verdergaan. Ik vind zelf dat de opgave nogal groot is. Ik weet ook hoe de discussies over het pakket de afgelopen jaren zijn verlopen. Het waren altijd enorme «stoom en kokend water»-sessies. Daarbij werden altijd allerlei lijstjes – na al die jaren van financiën ken ik die inmiddels uit mijn hoofd – doorgevlood om te bepalen wat wel en wat niet uit het pakket kan. Het komt vaak voor dat wordt besloten dat iets uit het pakket gaat, dat bij de eerstvolgende verkiezingen hierover campagne wordt gevoerd en dat het na de verkiezingen weer in het pakket terechtkomt. Het is een exercitie die moeizaam verloopt. Je ziet het ook bij adviezen van het CVZ. Als het CVZ een conceptadvies geeft, zijn er vaak heftige reacties. Dan wordt gezegd: je kunt best bezuinigen en de aanspraken kunnen best verminderd worden, maar niet zo. Dat is mijn motivatie geweest om te zeggen dat de lijstjes van Financiën ook zo hun beperkingen hebben.

Laat ik nou eens creatief licht in deze discussie brengen door aan mensen in het land, aan beroepsgroepen en anderen te vragen om eens mee te

denken en suggesties te doen. Ik heb een vrij breed bureau. Daarop ligt een megagrote stapel met stukken en ik heb een week in het reces vrijgehouden om die allemaal te gaan lezen. Ik zie wel dat heel veel gaat over doelmatigheid en over pakketmaatregelen die je zou moeten nemen, niet door een aanspraak uit het pakket te halen, maar door beter te bepalen wie ergens aanspraak op heeft. Dat vind ik op zichzelf een heel interessante gedachte, maar de vervolgvraag is hoe je dat operationaliseert. Daar zitten dus allerlei vragen aan vast. Ik ga de stukken eerst allemaal zelf lezen. Vervolgens worden ze gebundeld. Op 1 september sluit de inzendtermijn, dus ik verwacht dat de Kamer eind september daarvan een groslijst krijgt. Het is een enorm pakket. De leden kunnen dat enorme pakket allemaal krijgen, maar het lijkt mij praktischer dat wij daar een groslijst van maken die ik naar de Kamer stuur. Natuurlijk laat ik het CVZ daarnaar kijken. Ik kan daar wel zelf een oordeel over hebben, maar het CVZ zal daar ook zo zijn oordelen over hebben. Het CVZ heeft daar natuurlijk tijd voor nodig. Wij hebben afgesproken dat deze pakketmaatregelen per 2015 ingaan. We hoeven dus pas in het voorjaar van 2014 besluiten te nemen. Zo zie ik het traject ongeveer voor me.

De **voorzitter**: Ik verzoek de heer Van der Staaij om het voorzitterschap even over te nemen. Daarna is het woord aan mevrouw Leijten voor haar tweede interruptie.

### **Voorzitter: Van der Staaij**

Mevrouw **Leijten** (SP): Kan ik er gelet op deze inspanning van uitgaan dat de lageziektelastbenadering zoals die nu in het rapport van het CVZ wordt genoemd, waarbij aandoeningen zoals urineweginfecties, onvruchtbaarheid, hartfalen, longontsteking, gehoorstoornissen, astma en incontinentie uit het pakket zouden verdwijnen, van de baan is?

Minister **Schippers**: Ik was niet zo enthousiast over het advies dat ik dacht «ik neem het meteen over». Ik wil wel alles bij elkaar nemen en dan eens bekijken hoe wij evenwichtige besluiten kunnen nemen. Het advies noemt ook lage ziektelasten waarvan ik mij afvraag of het wel lage ziektelasten zijn. Daarbij moet je goed doordenken wat er gebeurt als je die uit het pakket zou halen. Ik wil deze trajecten heel zorgvuldig aflopen. In het najaar wil ik dingen eerst naar het CVZ sturen. In het voorjaar zal ik maatregelen kenbaar maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vraag dat natuurlijk niet voor niets. Enerzijds wordt aan het veld, als ware het een kalkoen, gevraagd wat er met kerst wordt gegeten. Anderzijds vragen wij ons bij de lijst met de lage ziektelasten af of het wel lage ziektelasten zijn. Wij stellen ons misschien wel collectief de vraag of wel de juiste parameters worden gebruikt om dat te berekenen, terwijl de 1,5 miljard gewoon op tafel ligt. Ik vraag me gewoon af waar we nu staan. Als er geen alternatieven zijn, is dit het dan, wat het CVZ hier neerlegt? Zegt de Minister hiertegen dan «ja», of is dit van tafel en kan al het andere op tafel komen ter invulling van die 1,5 miljard? Gelet op de reacties op dit CVZ-advies lijkt het mij zowel voor ons als voor iedereen in het veld goed om te weten wat de status is van het advies van het CVZ.

Minister **Schippers**: Dat nu wordt gezegd dat je niet aan een kalkoen moet vragen wat we met de kerst eten, vind ik echt te cynisch. Ik vind het ook geen recht doen aan al die mensen. Ik vraag aan mensen wat volgens hen uit het pakket zou kunnen. Heel veel professionals hebben gereageerd. Zij nemen hun vak serieus. Zij willen meedenken, omdat zij de betaalbaarheid van de zorg blijkbaar belangrijk vinden of omdat zij menen dat hun idee beter is dan de ideeën die ze hebben gelezen. Ik vind het

belangrijk om straks een evenwichtig voorstel te doen, niet om dingen van tafel te halen. Ik maak de mensen en de organisaties die mij iets hebben gestuurd, daarvoor niet verantwoordelijk. Sommige organisaties sturen wel iets, maar willen anoniem blijven. Dat vind ik ook best. Uiteindelijk doe ik een voorstel waar ik verantwoordelijk voor ben. Geen enkele organisatie is verantwoordelijk voor mijn voorstel. Daarvoor ben ik verantwoordelijk. De Kamer kan dan tegen mij zeggen: ik vind dat onderdeel slecht en dat onderdeel goed. Wij voeren het debat. Nu is het de tijd van het verzamelen en bundelen van ideeën; straks is het de tijd van besluiten. Ik haal dus nergens iets van tafel. Ik ga eerst verzamelen. Dat is de fase waar ik nu in zit.

Een heleboel organisaties hebben hier veel werk in gestopt. Zij bieden hun ideeën aan mij aan en maken die vervolgens publiek. Veel journalisten en de Kamerleden vragen mij daarna wat ik van dat idee vind. Daar ga ik niet op in, want anders wordt het een ontzettend rommeltje. Ik wil een besluit nemen met een kop en een staart, een besluit waar een gedachte en een logica achter zitten. Als ik op alle losse ideeën ga reageren, dan raken we dat kwijt. Ik heb mij voorgenoemen om dat niet te doen. Dat heb ik dan ook niet gedaan en ik ben ook niet voornemens om dat te gaan doen.

Enkele leden vragen of wij niet eerst de doelmatigheid van het systeem moeten optimaliseren en de fraude en de verspilling eruit moeten halen voordat wij überhaupt aan deze vraag toekomen. Als wij alle fraude en verspilling uit het systeem zouden halen, draagt dat helaas nog onvolgende bij aan de betaalbaarheid van de zorg. Die illusie moeten wij niet hebben. Op de vraag of dit dan geen opgave is, antwoord ik dat het een snoeiharde opgave is. Ik kan de heer Van Dijk verzekeren dat ik in september een zeer zwaar actieprogramma fraude zal presenteren. Daarin zullen veel voorstellen worden gedaan en maatregelen worden aangekondigd. Het is immers onacceptabel om dat te laten lopen. Ik wil daar echt een forse inzet op plegen. Ik heb een meldpunt voor verspilling geopend. Dat is niet vrijblijvend, want de hele keten heeft daarmee te maken. Het meldpunt voor geneesmiddelen en langdurige zorg is al geopend en na de zomer wordt het meldpunt medische specialistische zorg geopend. Het vierde meldpunt is het meldpunt voor ggz. Daarachter zit een keten.

Wij krijgen klachten binnen over verspilling van genees- en hulpmiddelen. Bij mijn oude tante, die is overleden, vond ik een vuilniszak aan ongebruikte geneesmiddelen. De klachten die binnenkomen, worden door ons op een lijst gezet. Daarover gaan wij met apothekers, verzekeraars en de industrie rond de tafel. Daarop wordt actie ondernomen: dit en dat gaan we doen om dat tegen te gaan en het wordt dan en dan ingevoerd. Over het resultaat koppel ik terug naar de Kamer. Dat doe ik om zo extra druk te organiseren. De Kamer kan dan zien wat ermee is gebeurd. We kunnen wel van alles verzamelen, maar we moeten er uiteindelijk wel iets mee doen opdat we de verspilling ook daadwerkelijk terugdringen. Wij zetten dus maximaal in op het terugdringen van dit soort zaken. Wij zetten ook maximaal in op het terugdringen van de bureaucratie. Uiteindelijk zullen we er niet aan ontkomen om ook andere maatregelen te nemen, maar we moeten die wel op een zorgvuldige en slimme manier nemen.

Ik zie enorme mogelijkheden voor gepast gebruik. Eigenlijk zie ik daar de grootste mogelijkheden. Het lastige is om het uit het systeem te krijgen. Dat is de «million dollar question», en daarbij gaat het wel om meer dan een miljoen dollar. Als wij daarvoor met elkaar een oplossing kunnen vinden, zijn we echt een heel stuk verder.

Dan kom ik op de vraag over de tussentijdse rapportages en de definitieve adviezen van het CVZ. De adviezen van het CVZ zijn publiek en worden ook naar de Kamer gestuurd. De tussenrapportages stuur ik niet door en die lees ik zelf ook nooit. Deze zijn echt ter consultatie en de inhoud van

de verschillende rapportages verandert ook nogal eens. Je moet oppassen met het geven van een oordeel over een beeld dat niet stilstaat. Het CVZ heeft een vaste commissie die een doorlopende opdracht heeft. De opdracht voor het stringent pakketbeheer is een grote opdracht. Dat zal voor het CVZ een enorme exercitie worden. Verder ligt er nog een CVZ-advies over het wettelijk verankeren van de kosteneffectiviteit. Mevrouw Bruins Slot vroeg wanneer ik een plan indien met het doel noodzakelijkheid als voorliggend criterium in te zetten. Noodzakelijke zorg is sowieso een criterium van Dunning. Zorg moet noodzakelijk zijn om in het pakket te komen. Het CVZ werkt momenteel aan het derde deel van de beschrijving van werkzaamheden in Pakketbeheer in de praktijk. Daarin zal het CVZ ook beschrijven op welke manier het criterium noodzakelijkheid kan worden ingezet. Ik verwacht dit rapport aan het eind van de zomer. Technologie en behandelingen die geen meerwaarde hebben, kunnen op drie manieren uit het pakket worden verwijderd. 1. Als er twijfels zijn over de meerwaarde van behandelingen, kan het CVZ op eigen initiatief of op verzoek van verzekeraars een duiding uitbrengen. Als deze duiding negatief is, behoort de desbetreffende behandeling niet meer tot de verzekerde zorg op basis van de Zorgverzekeringswet. 2. Het CVZ gaat het pakket doorlichten. Als bij die doorlichting blijkt dat de behandelingen geen meerwaarde hebben, worden zij uit het pakket geschrapt. 3. Bij twijfel over de meerwaarde worden behandelingen voor een periode van vier jaar voorwaardelijk toegelaten. Na afloop moet die effectiviteit natuurlijk worden aangetoond. Zo niet, dan gaat de behandeling uit het pakket. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zegt dat 10 tot 20% van de behandelingen nu niet effectief is. Dat zou gaan om 2 tot 4 miljard. Ik weet niet of dat percentage klopt. Er wordt momenteel wel hard gewerkt om dit te achterhalen. Het CVZ start in 2014 met het doorlichten van het basispakket. Dat is de eerste fase stringent pakketbeheer. Het doel daarvan is dat CVZ verduidelijkt welke interventies in het pakket zitten en welke niet. Dit betreft een structurele besparing van 300 miljoen.

#### **Voorzitter: Neppéus**

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik dank de Minister voor de beantwoording. Ik weet dat ZonMw bekijkt welke zorg niet effectief is. Als je weet dat op dit vlak veel te besparen is, zou het dan niet helpen als de Minister probeert om daar wat extra tempo in te krijgen? Het is natuurlijk van ZonMw en de beroepsgroepen, maar als het klopt wat de NFU en het British Medical Journal zeggen, dan is daar veel te halen. Als je daar tempo achter zet, kun je misschien grote bedragen halen. Dat betaalt zichzelf natuurlijk terug. Je moet dan wel onderzoek gaan doen en je hebt aanloopkosten, maar als uiteindelijk blijkt dat je miljoenen kunt besparen, betaalt dit zich terug. Dit lijkt mij dan ook heel kansrijk.

Minister **Schippers**: Dat is ook de reden waarom wij het stringent pakketbeheer zo precies aanpakken. Er zijn mensen aangenomen die het pakket daarop doorlichten. ZonMw doet dat, en dat is een belangrijk traject, maar eigenlijk is het stringent pakketbeheer zeker zo'n belangrijk traject. Dat is een praktische toepassing die meteen consequenties heeft. Dat moet ook, want we hebben daar doelstellingen voor opgenomen. Die moeten we halen. Je moet dus ook de mensen hebben die dat doen. Die capaciteit is juist bij het CVZ opgebouwd met het doel om dat pakket daadwerkelijk door te lichten. De voorwaardelijke toelating vraagt om begeleiding door goed onderzoek. Ik vind dat wij daar nog extra aandacht aan moeten besteden. Je kunt niet na een periode zeggen dat je het onderzoek nog niet helemaal rond hebt. Daarover ben ik het helemaal met mevrouw Bruins Slot eens. Ik zal daar

ook op korte termijn beslissingen over nemen. Daar moeten wij veel meer en harder op inzetten. Dat is een absolute voorwaarde.

Ik ga in op de Da Vinci Robot. Mij is gevraagd of de voorwaardelijke toelating van nieuwe technologieën die nog niet bewezen effectief zijn, een goed idee is. De voorwaardelijke toelating richt zich op de effectiviteit van behandelingen. Wat niet kan worden onderzocht in het kader van de voorwaardelijke toelating, is of opereren met een instrument effectiever is dan opereren op de standaardmanier. Onder deze categorie valt de Da Vinci Robot. Dit kan niet worden onderzocht omdat voorwaardelijke toelating zich op dit moment alleen richt op zorg in het basispakket. In het basispakket is niet vastgelegd met welke instrumenten een ingreep moet worden uitgevoerd. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te bepalen hoe dit gebeurt. Ik ben wel van oordeel dat artsen in hun afweging de vraag moeten betrekken of er sprake is van gepast gebruik van zorg. Zorgverzekeraars kunnen hierover afspraken maken bij het contracteren van de zorgaanbieders. Dat gebeurt steeds meer. Niet alle zorgverzekeraars vergoeden de meerkosten van deze robotchirurgie. Ik denk dat het enorm helpt als de zorgverzekeraars er bij de maatregelen die wij op dit vlak in de afgelopen periode hebben genomen, nog veel sterker bovenop gaan zitten.

Het CVZ zegt dat partijen problemen zien bij de overheveling van voeding en insulinepomp. Gevraagd wordt of deze overhevelingen per 2015 gaan lukken. Het CVZ meldt in zijn rapport dat de belangrijkste conclusie van de schriftelijke consultatie was dat de aangevoerde problemen en knelpunten niet overkomelijk zijn. Als iets niet te repareren is, wordt het natuurlijk lastig. Daarom adviseert het CVZ de overheveling van deze hulpmiddelen naar de medisch specialistische zorg niet per 2014, maar per 2015 te doen. Dan is er meer tijd om de knelpunten en problemen op te lossen.

Tijdens het algemeen overleg over de ggz hebben wij gesproken over het hoofdbehandelaarschap. Op verzoek van de veldpartijen heb ik hun een maand extra gegeven om eruit te komen. Ik hoop echt van harte dat zij er met elkaar uitkomen. Lukt dat onverhoopt niet, dan zal ik mijn verantwoordelijkheid nemen. Ik ga niet pas nadenken over wat er moet gebeuren als het mislukt is. Ik ben daarover nu al aan het nadenken, zodat mijn standpunt klaarligt als ik hoor dat het niet is gelukt. Dat standpunt kan ik de Kamer dan direct, bij wijze van spreken per omgaande, toesturen. De extra maand loopt dus op 1 juli af.

Er resten nog verschillende onderwerpen inzake de Zorgverzekeringswet. Daarbij ga ik in op de feiten over de huisartsenposten (hap) en de spoedeisende hulp (SEH). Het is heel jammer dat mevrouw Klever weg is, want zij sprak over drie huisartsenposten en spoedeisende hulp.

De **voorzitter**: Zij komt nog terug. Zij is nu bij de behandeling van een VAO. Wanneer zij terugkomt, hangt af van de duur daarvan. Wellicht kan het antwoord op deze vraag iets later worden gegeven, dan kan zij het antwoord daarop toch nog horen.

Minister **Schippers**: Dan ga ik eerst in op de BES-eilanden. Eind vorig jaar is er iets misgegaan in de communicatie, waardoor het erop leek dat er tien dagen zaten tussen mijn besluit en het afschaffen van een aantal dingen die in een overgangstermijn zaten. Daarbij gaat het dus niet om vaste dingen in het pakket, maar om zaken waarvoor wij een tijdelijke regeling hebben getroffen. Ik heb dat meteen hersteld. Ik heb gezegd dat ik dat doe met een halfjaarstermijn. Dat doen wij hier bij het pakket ook. Als het hier verantwoord is om een halfjaar van tevoren een besluit te nemen, dan vind ik dat dit op de BES-eilanden ook verantwoord is. Dat heb ik dus meteen hersteld.

Het is wel relevant om te bekijken hoe het zit met de financiën op de BES-eilanden. We hebben afgesproken dat er via de belastingen 30 miljoen voor zorgkosten naar Nederland gaat. Op de BES-eilanden hoeft



iemand die tot € 10.000 verdient, geen enkele bijdrage te betalen voor de zorgkosten. Pas als iemand meer dan € 10.000 verdient, gaat hij meebetalen aan de zorgkosten. Er zijn geen eigen betalingen en er is geen eigen risico. Bij de overgang was zo onduidelijk hoe hoog die kosten waren, dat daarbij fouten zijn gemaakt. Daardoor blijken de kosten nu hoger te zijn dan toen werd geraamd. Dat komt dus niet doordat op dat gebied ineens een explosie heeft plaatsgevonden, maar wel doordat het voor die tijd heel moeilijk ramen was. Wij wisten gewoon niet hoe het precies zat op die eilanden. Het is wel een feit dat vanuit de BES-eilanden altijd 30 miljoen wordt betaald en dat de stijging van de kosten dus voor rekening komt van de Nederlandse belastingbetaler. Eerst was de verhouding 30:30, maar nu is die inmiddels 30:53. Dit wordt verklaard door de stijging van de kosten; het bedrag van 23 miljoen wordt hier betaald. We moeten dan ook twee dingen doen. We moeten ervoor zorgen dat de zorg daar op een adequaat niveau komt. Dat kan niet het Nederlandse niveau zijn, want Saba is een rots in de oceaan. Daar wonen 2.000 of 2.500 mensen. Je kunt voor hen goede huisartsenzorg regelen, maar je kunt voor hen nooit tweedelijnszorg regelen, laat staan academische zorg. Dat kan helemaal niet. Je moet er dus voor zorgen dat, als er iets is, er een helikopter is die mensen zo snel mogelijk naar een voor hun kwaal adequaat ziekenhuis kan brengen. Je kunt dit gewoon niet vergelijken met Nederland. De situatie bij de overdracht was echter ondermaats. Ik draag als Minister verantwoordelijkheid voor de zorg daar en ik moet er dan ook voor zorgen dat deze op een adequaat peil komt. Daar ligt mij prioriteit.

Mijn tweede prioriteit is dat wij de kosten goed in de hand houden. Wij kunnen de eilanden geen vrijbrief geven. Die hebben wij hier ook niet. Hier moeten wij heel precies zijn op het geld en dat moet daar ook. Wij zijn de zorg daar aan het opbouwen en daar zullen we nog een paar jaar mee doorgaan. De kosten zullen dus nog echt een paar jaar groeien. Dat is verwerkt in de ramingen. Ik vind wel dat je moet bekijken of het op andere manieren effectiever of efficiënter kan en of het nodig is. De eerste gedachte was om de overgangsregeling iets eerder te laten aflopen dan gepland. Nu stop ik de overgangsregeling per 1 januari 2015. Voor het geld dat wordt opgebracht doordat eerder met de overgangsregeling wordt gestopt, worden productieafspraken gemaakt. Er wordt dus goed gekeken of iets nodig is of niet, en dat moet het geld opleveren. Tussen nu en 2015 kunnen de saneringen doorgaan, maar op een gegeven moment is alles gesaneerd. Zo werkt dat. Dat kan dan stoppen. Iedereen weet ook wanneer het stopt.

De regeling voor de fysiotherapie wordt hetzelfde als in Nederland. Op de eilanden heeft men echter geen revalidatiezorg. Tussen nu en 2015 hebben de fysiotherapeuten die daar werkzaam zijn, de kans om de revalidatiezorg op zo'n manier vorm te geven dat deze van een adequaat niveau is. Ik vind het dan ook meer dan reëel om de overgangssituatie, waarvan wij hadden afgesproken dat deze tijdelijk zou zijn, per 1 januari 2015 te beëindigen. Doen wij in de tussentijd niks, dan stijgen de kosten daar veel te hard door. Met de gedeputeerden op de eilanden, met iemand van het bestuur van ieder eiland en de zorgaanbieders heb ik afgesproken dat een werkgroep wordt samengesteld waarvan VWS ook deel uitmaakt, opdat wij gezamenlijk kunnen bekijken hoe wij de zorg verder kunnen ontwikkelen. Dan wordt een gezamenlijk advies uitgebracht dat aan mij kan worden aangeboden. Daarna kan worden nagegaan hoe wij de kosten daar meer in de hand kunnen houden, terwijl wij wel de noodzakelijke zorg opbouwen om de achterstand weg te werken. Dat is het idee voor Caraïbisch Nederland.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Daarvoor staat dus nog anderhalf jaar. Denkt de Minister dat het gaat lukken binnen die tijd? Dat was in feite de strekking van mijn vraag: zou je de productieplafonds niet nog iets langer kunnen laten doorlopen?

Minister **Schippers**: Als je het aantal bewoners op deze eilanden afzet tegen de sanering, zou dat in vier jaar en twee maanden moeten kunnen. Dat is toch helemaal geen onmogelijke opgave? Dat is toch een heel ruime tijd om te saneren?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Die data heb ik dan niet goed in mijn hoofd. De Minister sprak zojuist over 1 januari 2015. Nu is het 2013.

Minister **Schippers**: Ja, maar we zijn al een paar jaar bezig. Wij zijn niet vandaag begonnen. Wij zijn bij de overdracht begonnen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister gaat ervan uit dat dit wordt gehaald?

Minister **Schippers**: Ruim. Mensen moeten wel zelf naar de tandarts gaan. Van 10-10-10 tot 1-2-2015 is een ruime periode om deze groep te saneren.

De heer Mulder vroeg mij of de werkgroep ook rekening houdt met bijvoorbeeld de eigen bijdrage, het eigen risico en het pakket. Voor mij is niks taboe. Ik vind dat een werkgroep dat zelf moet bepalen. Het is ook belangrijk dat er mensen van de eilanden zelf bij betrokken zijn, zowel bestuurders als zorgaanbieders, zodat zij zelf kunnen meedenken over wat nu echt nodig is. Ik wacht gewoon af waar men mee komt. Ik sluit niks uit.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik wil nog even ingaan op de werkgroep die adviezen zal geven. De Minister zei zojuist dat op elk eiland iemand van de besturen daarbij betrokken moet zijn, maar volgens mij moeten het ook mensen zijn met verstand van zaken. Het gaat hier wel om besturen met een klein ambtelijk apparaat. Het is dan logisch dat je onafhankelijke en deskundige mensen laat deelnemen. Begrijp ik goed dat de Minister zegt dat daaraan mensen uit de besturen zelf moeten deelnemen?

Minister **Schippers**: Ik vind het belangrijk dat er van elk eiland één bestuurder is en één deskundige op het gebied van de zorg. Ik zeg niet dat de bestuurder niet deskundig is op het gebied van de zorg. Ik neem aan dat degene die de zorg in zijn portefeuille heeft, in de werkgroep zit, maar dat moet men zelf beoordelen. Verder dient iemand deel te nemen namens de zorgaanbieders die op de eilanden zorg verlenen, en die dus weet wat er dagelijks op de eilanden gebeurt. Het is belangrijk om de besturen erin te hebben, want zij weten toch wel veel van logistiek. Het gaat vaak over het vervoer van patiënten van de eilanden af. Ik vind het belangrijk dat de besturen, met het mandaat van hun eigen kiezers, daarin zitten.

Ben ik nou blij met het verloop van zaken? Wat ik slordig vond, is dat er ten opzichte van de eerste datum waarover wij hebben gecommuniceerd tien dagen tussen zat. Daarbij was de communicatie van ons uit uitermate slecht. Dat was gewoon een fout. Toen die fout werd ontdekt, is hij zo snel mogelijk hersteld. Daar is een halfjaar voor genomen. Ook voor pakketmaatregelen in Caraïbisch Nederland zal altijd een halfjaar worden genomen, net als in Nederland. Dan kan iedereen zich daarop voorbereiden. Over de voornemens tot pakketmaatregelen heb ik helemaal geen spijt, want die hebben ervoor gezorgd dat men op de eilanden zelf alternatieven heeft voorgesteld. Daar heeft ook een proces plaatsgevonden waarbij men is nagegaan wat men dan eigenlijk wel wilde. Het gaat immers om veel geld en ik vind het belangrijk dat iedereen daarin meedenkt.

Mij is gevraagd of ik de klachtenregeling en het communicatieplan door het zorgverzekeringskantoor in het beleidsplan wil laten opnemen. Het zorgverzekeringskantoor heeft een goede klachtenregeling. Het is best

mogelijk dat meer communicatie nodig is en dat drempels moeten worden weggenomen. Ik zal het zorgverzekeringskantoor en de werkgroep vragen om dat aspect bij hun overwegingen te betrekken. Ik zal hun ook vragen om de communicatie over het plan dat zij mij gaan aanbieden, erbij te betrekken.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik heb nog een vraag over het Caraïbisch gebied. De Minister zegt dat een achterstand moet worden ingehaald. In het evaluatieonderzoek dat wij hebben gekregen, wordt oud-Minister Donner geciteerd. Hij zei dat de leidraad moet zijn dat het ambitieniveau op de BES-eilanden past bij de regio. Wat geven de eilanden en de landen in de buurt van de BES-eilanden dan uit aan zorg, en welke voorzieningen hebben die landen? Als wij dat weten, kunnen we zien of het kabinet tegemoetkomt aan deze leidraad.

Minister **Schippers**: Ik heb geen idee hoeveel er in de regio aan gezondheidszorg wordt uitgegeven. Wij werken natuurlijk wel samen. Wij maken gebruik van de voorzieningen in de regio en omgekeerd. Als je uit gaat zenden naar Guadeloupe en Colombia, wat wij doen, dan maak je gebruik van de zorg in de regio. Ik kan de Kamer vertellen dat Colombia zorg van een behoorlijk hoog niveau aanbiedt. Helaas heb ik het niet zelf kunnen zien, want ik moest iets eerder terug naar de Kamer, maar ik wil het toch nog graag een keer zien. Mij wordt namelijk bericht dat de zorg in Colombia van een hoog niveau is. Afhankelijk van wat de mensen hebben en waar iets gebeurt – de eilanden liggen immers verspreid – worden de mensen naar Colombia of Guadeloupe gebracht, maar ook naar Sint-Maarten, dat heel dichtbij is. Het ziekenhuis in Bonaire wordt nu behoorlijk versterkt. Nierdialyse is nu ook daar mogelijk. Helaas neemt de kwaliteit van de zorg op Curaçao af. De mensen van Bonaire kregen altijd een nierdialyse op Curaçao, maar nu krijgen mensen van Curaçao een nierdialyse op Bonaire. Wij hebben een jumelage met Bonaire, waarbij mensen uit Amsterdam, van het VUmc en het AMC, een halfjaar arts zijn en opereren op Bonaire. Dat is een heel mooi systeem. Een langer verblijf is niet mogelijk, omdat die mensen daarna weer terug moeten om hun vaardigheden te behouden. Daar doen ze immers veel minder operaties. In feite krijgen we op deze manier, door creatief samen te werken, toch zorg van een behoorlijk hoog niveau. Er zijn echter altijd beperkingen. Zorg op Europees niveau is alleen al door de ligging en de beperkingen van de eilanden een illusie.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Bij de nieuwe positie van de eilanden is iets afgesproken. Oud-Minister Donner zegt er iets over, namelijk dat het passend moet zijn in de regio. Daar hoort toch een norm bij? Dan kijk je toch even wat er op de eilanden en in de landen om de BES-eilanden heen gebeurt? Als je dat weet, kun je ook beoordelen of het passend is in de regio of niet. Dat lijkt mij toch niet zo'n ingewikkelde exercitie.

Minister **Schippers**: Ik ben het ermee eens dat je realistisch moet blijven en dat je de zorg moet opbouwen tot een redelijk niveau. Ik voel wel als Minister de verantwoordelijkheid voor adequate zorg daar. Het is best mogelijk dat de zorg in een buurland van een heel laag niveau is, maar dat valt dan wel onder mijn verantwoordelijkheid. De zorg was echt van een schrikbarend niveau. Van sommige dingen ben ik echt geschrokken. Ik vind het heel goed dat wij de zorg daar zo opbouwen. Als de heer Mulder dat wenst, wil ik wel een korte en globale scan maken waaruit blijkt hoe het zit in de landen daaromheen. Dat kan ik niet zo uit mijn hoofd vertellen. Ik zal de scan laten maken en hem aan de Kamer toesturen.

De **voorzitter**: Ik neem aan dat er nu wordt meegeluisterd door iemand van de partij van mevrouw Klever.

Minister **Schippers**: Ik vind de feiten van de huisartsenpost (hap) en de spoedeisende hulp belangrijk, vooral omdat mevrouw Klever zei dat ongeveer drie huisartsen en afdelingen voor spoedeisende hulp samen waren.

In 76 gevallen bevinden de huisartsenposten en afdelingen voor spoedeisende hulp zich op één locatie. 70% daarvan werkt samen. Op 31 locaties is men echt geïntegreerd en werkt men serieel samen; dan staat de hap voor de spoedeisende hulp. In nog eens 8 gevallen is samenwerking in 2013 een feit en in 9 gevallen is samenwerking na 2013 een feit. In totaal hebben wij ongeveer 100 afdelingen voor spoedeisende hulp. Wij hebben dus 29 afdelingen voor spoedeisende hulp die losstaan. Op 76 van de 105 locaties is er dus een afdeling spoedeisende hulp met een hap, en op 29 locaties staat de spoedeisende hulp los. Daarmee zijn we er nog niet, maar we zijn wel hard op weg. Tegen mevrouw Bruins Slot wil ik dan ook zeggen dat dit dus niet jarenlang is verwaarloosd. Er wordt al jaren, mede door stimulans van VWS en het beleid, door huisartsen, afdelingen voor spoedeisende hulp en door verzekeraars heel hard gewerkt om dit voor elkaar te krijgen. Soms kan het niet omdat de gebouwen daarvoor aangepast moeten worden. Soms moeten er andere logistieke dingen gebeuren, maar dit is echt een heel belangrijke ontwikkeling die niet zal stoppen. Uiteindelijk willen we dat er bij iedere afdeling voor spoedeisende hulp een huisartsenpost is. Dan lopen zaken automatisch eerst via de huisarts.

Mevrouw Klever, mevrouw Bruins Slot en mevrouw Dijkstra zeggen dat de verzekerde straks zelf de volledige zorg betaalt op de spoedeisende hulp; zij vragen mij wat ik daarvan vind. Voor mij staat enerzijds voorop dat patiënten die acute zorg nodig hebben, toegang houden tot de spoedeisende hulp en deze zorg, behoudens het eigen risico, ook vergoed krijgen. Anderzijds moeten wij ertegen waken dat patiënten met een niet-acute zorgvraag zonder verwijzing door de huisarts direct een beroep doen op de duurdere medisch specialistische zorg. Iedere keer is er één te veel, maar dit gebeurde echt massaal. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is daarom besloten dat medisch specialistische zorg alleen toegankelijk is als er sprake is van een acute zorgvraag of als er een verwijzing is van de huisarts. Daarom hebben wij de huisartsen een poortwachtersfunctie gegeven. Op de spoedeisende hulp is in de loop van de jaren een praktijk ontstaan waarbij patiënten zonder een verwijzing van de huisarts en zonder een acute zorgvraag toch medisch specialistische zorg ontvangen. Zij waren dus eigenlijk bestemd voor de goedkopere huisartsenzorg. Deze zorg werd onterecht gedeclareerd en vergoed. Om deze onterechte declaraties tegen te gaan, zal ik in overleg met betrokken partijen, zorgverzekeraars, huisartsen en ziekenhuizen, afspraken maken over een verdere integratie tussen huisartsenposten en afdelingen voor spoedeisende hulp. Het doel daarvan is dat de patiënt, in plaats van de duurdere medisch specialistische zorg te ontvangen, zo veel mogelijk huisartsgeneeskundig wordt behandeld. Integratie van de afdeling voor spoedeisende hulp en de huisartsenpost en een goede triage kunnen ervoor zorgen dat het verschijnsel onterechte zelfverwijzing op de spoedeisende hulp zich niet meer kan voordoen. Verder zal ik met aanbieders en zorgverzekeraars in gesprek gaan over een adequate voorlichting aan het publiek, met als doel het beroep op de acute zorg te beperken tot het noodzakelijke, en met het doel dat men zich altijd eerst wendt tot een huisarts of een huisartsenpost. Hierbij kan onder meer gewezen worden op het feit dat huisartsenzorg niet onder het eigen risico valt en medisch specialistische zorg wel.

Daarnaast zal ik met de Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars in gesprek gaan over het toezicht op de materiële controles. Het doel is om de controle op het onterecht vergoeden van niet-verzekerde zorg aan zelfverwijzers te versterken. Er is ook gestart met het beter voorlichten van patiënten. Ik heb van Achmea en de NPCF een patiëntenkaart gekregen in

de vorm van een strip, die ruim wordt verspreid. Daarop wordt de patiënt eenvoudig en scherp uitgelegd wat waar wel en niet kan. Als deze ruim wordt verspreid, kan een patiënt naar aanleiding daarvan ook vragen stellen. Het was een foutje in het regeerakkoord; dat kan gebeuren, maar het heeft wel tot gevolg gehad dat ook zorgverzekeraars er veel actiever bovenop zitten om mensen ook daadwerkelijk voor te lichten.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik dank de Minister omdat zij even heeft gewacht tot ik terug was. Helaas moest ik naar een VAO. Excuus daarvoor. De Minister zegt dat op 76 locaties huisartsenposten bij de spoedeisende hulp zitten. Mag ik haar erop wijzen dat er slechts negen geïntegreerd zijn, en dat mensen in alle andere gevallen bij de spoedeisende hulp komen zonder dat een triage door de huisarts plaatsvindt? Zij zijn dus nog lang niet geïntegreerd. Kan de Minister garanderen dat geen enkele rekening van de spoedeisende hulp bij de patiënt terecht komt voordat alle huisartsenposten en afdelingen voor spoedeisende hulp ook daadwerkelijk geïntegreerd zijn en de patiënt er dus vanuit kan gaan dat een goede triage plaatsvindt door de huisarts?

Minister **Schippers**: Volgens onze telling is men op 31 locaties geïntegreerd en werkt 70% van de huisartsenposten en de afdelingen voor spoedeisende hulp die op één locatie zitten, samen. Ik heb net de getallen genoemd van de samenwerking die in 2013 en 2014 is gerealiseerd. Het gaat er feitelijk om dat deze zorg niet kan vallen onder de Zorgverzekeringswet en de verzekeraar dus in beginsel niet het ziekenhuis hoeft te betalen. De kans dat de patiënt de rekening krijgt, is verwaarloosbaar. De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat het zo is georganiseerd dat dit wordt voorkomen. Daar is dit dus op gericht. Ik weet dat men in heel veel culturen in landen buiten Nederland onbekend is met de huisarts. Je ziet dan ook dat veel mensen die uit een andere cultuur komen, juist direct naar de spoedeisende hulp gaan omdat zij het begrip «huisarts» niet kennen. Wij moeten er dus voor zorgen dat men daar bekend mee wordt en dat men weet dat het hier anders in elkaar zit. Als je meeloopt op de spoedeisende hulp en ziet wat er binnenkomt, dan schrik je echt erg. Voor een splinter in de vinger hoeft je echt niet naar de spoedeisende hulp. Als we allemaal zinnige en zuinige zorg willen, dan moet dat besef echt groter worden. Dat kun je op verschillende manieren realiseren. Ik vind de manier die de NPCF en Achmea hanteren, een heel positieve manier. Daarbij worden mensen op een aardige manier actief geïnformeerd; er worden ook plaatjes getoond, zodat het duidelijker wordt. Ik vind het goed als de zorgverzekeraars de ziekenhuizen aanspreken en zeggen dat het zo niet kan omdat zij zorg verlenen die niet verleend moet worden. Wij zetten volop in op integratie. De kans dat de patiënt de rekening krijgt, is verwaarloosbaar, maar het kan wel. Het is geen verzekerde zorg.

Mevrouw **Klever** (PVV): De kans dat de patiënt de rekening krijgt, is verwaarloosbaar, maar de individuele patiënt weet dus niet of hij wel of niet een rekening krijgt. Er zijn echt twijfelgevallen waarbij mensen niet zeker weten of iets wel of niet spoed heeft. Je kunt toch niet van een patiënt verwachten dat hij dat kan inschatten? Ik ben het helemaal met de Minister eens dat onterecht gebruik wordt gemaakt van de spoedeisende hulp, maar zorg er dan voor dat de huisarts ervoor zit. Tot die tijd kun je het toch niet maken om tegen de patiënt te zeggen «achteraf bleek het niet zo erg te zijn, dus u krijgt de rekening»? Ik doe daarom nogmaals een dringend beroep op de Minister om ervoor te zorgen dat deze rekening niet bij de patiënt terecht komt voordat de integratie van de huisartsen goed is geregeld.

Minister **Schippers**: Het zou in mijn ogen heel goed zijn als iemand van de spoedeisende hulp tegen iemand die een splinter in zijn vinger heeft,

zegt: sorry, maar hier zijn wij niet voor; probeert u het met een bakje soda, houd uw vinger erin en de splinter komt er vanzelf uit. Het gaat hier helemaal niet om situaties waar wij allemaal de logica van inzien. Dat is ook niet het grote probleem. Als je een tijdje op de spoedeisende hulp meeloopt, zie je dat het grote probleem echt is dat mensen gewoon argeloos binnenlopen met dingen waarvoor ik niet eens naar de dokter zou gaan, en als ik er al voor naar de dokter zou gaan, dat ook op maandagochtend zou kunnen doen. Daar gaat het om.

De heer **Van der Staaij** (ChristenUnie): De lijn die de Minister schetst, is duidelijk en redelijk. Voor alle scherpste formuleer ik het als volgt. Als mensen dus redelijkerwijs konden aannemen dat bij de klacht acute zorg nodig is maar achteraf bleek dat het wel meeviel, hoeven zij er dus niet bang voor te zijn dat zij ineens een rekening moeten betalen. Kunnen wij dat vaststellen?

Minister **Schippers**: Precies. Dat is wat ik in mijn betoog beoogde te zeggen.

Dan ga ik in op artikel 13.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wachtte nog heel even zodat duidelijk zou zijn of de Minister nog meer informatie zou geven over de spoedeisende hulp. De Minister heeft het een en ander in ieder geval goed toegelicht. Zij zei nog iets heel anders wezenlijks, namelijk dat de zorgverzekeraars de plicht hebben om de zorg dan ook anders te organiseren. Zij hebben dat de afgelopen jaren op dit punt nog onvoldoende gedaan. Daardoor zijn veel onterechte declaraties toch vergoed. In mijn inbreng heb ik gevraagd hoe groot de besparing is die wij voor elkaar zullen krijgen doordat de zorgverzekeraar door de NZa wordt gedwongen om het anders te organiseren en niet langer onterechte declaraties blindelings te vergoeden.

Minister **Schippers**: Ik denk dat het heel moeilijk in te schatten is, zeker met terugwerkende kracht, hoeveel mensen de afgelopen jaren onterecht naar de spoedeisende hulp zijn gegaan. Ik heb daar overigens heel hoge cijfers van gezien. De analyse dat de verzekeraars het de afgelopen jaren erbij hebben laten zitten, deel ik overigens niet, want dat is gewoon niet waar. Huisartsen, spoedeisende hulp en verzekeraars hebben dit traject de afgelopen jaren juist in een vrij snel tempo ingezet. Het is echt wel een operatie. Er is ook echt wel sprake van een versnelling. Er zijn achterblijvers. Dat is helaas altijd het geval, maar een versnelling vindt plaats en waar dat nog niet gebeurt, zal dat absoluut moeten gebeuren. Ik kan echter moeilijk inschatten hoeveel geld hiermee is gemoeid. Dat het een probleem is, is evident. Het is een van de dingetjes die altijd op de lijstjes van Financiën terugkomen. Deze eigen betalingen liggen ook bij iedere coalitie weer op tafel. Het is dus echt iets dat al jaren speelt. Je ziet echter dat er juist de afgelopen jaren een behoorlijke progressie is gemaakt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is heel goed dat de Minister het open zegt, maar feit is dat zij er net achter is gekomen dat deze eigen bijdrage dus niet kan omdat je geen eigen bijdrage kunt vragen voor onverzekerbare zorg. De afgelopen vijf of zes jaar is er in de organisatie van de zorg inzake dit probleem dus wel een ontwikkeling geweest, maar het probleem dat er een grote hoeveelheid onterechte declaraties voor spoedeisende hulp was, is nooit boven water gekomen. Dat is nu wel boven water gekomen en dat maakt het verschil in de houding van de zorgverzekeraars. Ik zie ook wel dat zorgvernieuwing plaatsvindt. Daarover ben ik het met de Minister eens, maar het gaat om het eerste deel van de analyse, niet om wat er nu plaatsvindt.



Minister **Schippers**: Eerlijk gezegd, denk ik dat dit collectief is. Deze bezuiniging ligt al jaren bij alle politieke partijen op de tafel, ook bij het CDA. Ik kan mij nog heel goed herinneren dat ik daar met het CDA gesprekken over had. Dit ligt echt al jaren op tafel. Nu is wel scherp aan de orde gekomen dat dit geen verzekerde zorg is. Toen ik het hoorde, vond ik het opmerkelijk dat ik het niet zelf had bedacht. Ik nam het mezelf ook best wel kwalijk dat ik het zelf niet had bedacht. Het is inderdaad gebeurd en verzekeraars hebben dat vergoed. Wij hebben het ook aan de NZa gevraagd. De NZa heeft gezegd dat zij dat eigenlijk niet moeten doen, zodat ziekenhuizen zelf strikter worden en zelf oplossingen daarvoor zoeken en zelf harder gaan lopen om hier een einde aan te maken. Daar gaat het natuurlijk om.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik hecht eraan om te markeren wat de Minister zegt; wij hadden het ook in het verkiezingsprogramma staan. Ik sprak nu de Minister aan, maar de verrassing was er ook aan onze zijde.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Nu dit zo bloot is komen te liggen – dat vind ik erg goed en ik denk dat het de juiste prikkel is – heb ik de Minister gevraagd of zij harde doelen heeft voor het realiseren van 100% integratie van SEH's en hap's.

Minister **Schippers**: Overal waar het maar enigszins kan, moet het. Ik kan mij ook voorstellen dat je een huisartsentarief hanteert en een paar huisartsen aanstelt als het niet mogelijk is om een hele huisartsenpost te integreren. Je kunt daar creatief in zijn, maar ik vind wel dat het overal moet gebeuren. De afgelopen periode hebben wij gezegd dat er extra financiële ruimte is om hierin versnelling aan te brengen. Ik vind dat wij hier maximale druk op moeten zetten. Het is dus ofwel de integratie, of men zit vlak bij elkaar, zodat de patiënt naar de overkant verwezen kan worden. De integratie is het mooist, maar als dat niet kan, kun je een huisartsentarief afspreken en huisartsen aanstellen. Het kan mij niet schelen hoe men het doet, maar het moet wel gebeuren. Mijn doel is eigenlijk gewoon 100%.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat is ook mijn doel. Ik ben het met de Minister eens, en ik vraag haar dan ook wanneer zij dat bereikt wil hebben. Is dat in 2014 of 2015? Hoeveel tijd denkt zij daarvoor nodig te hebben?

Minister **Schippers**: Als je ervan uitgaat dat er in 2013 nog zeventien bijkomen, dan houden we er nog twaalf over. Ik vind dat wij moeten bekijken hoe wij die twaalf ook dit jaar kunnen realiseren. Ik zal daar op zeer korte termijn een extra inspanning voor plegen en de twaalf waarbij dat nu niet het geval is, dwingend aanspreken en vragen wanneer zij denken dat dit wel het geval zal zijn.

Dan ga ik in op artikel 13. De zaken bij dit artikel lopen enorm door elkaar. Er zijn twee grote verschillen. Er ligt een wetsvoorstel «verbod op verticale integratie». Al die wetsvoorstellen hebben onbegrijpelijke titels, dus ik noem het wetsvoorstel maar even zo. Daar zit een aanpassing van artikel 13 bij. Nu bestaan er allerlei mixen van natura- en restitutiepolis, maar in Nederland hebben wij niet echt een naturapolis. In de wet staat immers dat je bij een naturapolis de korting van de bulkinkoop krijgt. Dat is het idee van een naturapolis. Dan heb je dus een goedkopere verzekering, waarbij de verzekeraar, als het goed is, juiste zorg van goede kwaliteit heeft kunnen afspreken. Als je besluit dat je deze zorg niet wilt maar ergens anders naartoe wilt, dan krijg je een vergoeding van ongeveer 80%. De weglek is dan zo zwaar dat de premie stijgt. Wat met de aanpassing van artikel 13 van het wetsvoorstel dat bij de Kamer voorligt, wordt beoogd, is dat verschillende polissen mogelijk zijn waaronder een

echte naturapolis, waarbij de verzekerde voor 100% naar de gecontracteerde verzekeraars gaat.

Er is afgesproken dat er voldoende keuzes moeten zijn. In de wet staat dat voor 1 november alles helder gecontracteerd moet zijn, zodat je ook daadwerkelijk weet wie er gecontracteerd zijn en of je ziekenhuis er wel of niet bij zit. Je kunt dan bijvoorbeeld kiezen voor een mixpolis, waarin je, ik zeg maar wat, 70% vergoed krijgt als je buiten de polis shopt, of voor een volledige restitutiepolis. Dan is in ieder geval die wegkrek er niet meer. Dan kun je als verzekerde vooraf goed geïnformeerd kiezen. Het tweede is dat de restitutiepolis naar de aanvullende verzekering gaat. Dat is een veel drastischer stap. De basisverzekering is daarbij een verzekering die eigenlijk voor iedereen zou moeten gelden. Alle extra, of dat nu extra zorg of extra keuze is, gaat dan naar de aanvullende verzekering. Dat is de gedachte achter deel twee. Die ligt echter helemaal niet voor. Dat is allemaal nog in een pril stadium. Wat nu voorligt in de Kamer is een aanpassing van artikel 13 waardoor je heldere polissen krijgt waartussen je kunt kiezen. Daar kom ik in de nota naar aanleiding van het verslag op terug. Dat zal waarschijnlijk volgende week zijn. Dus dat er onduidelijkheid bestaat begrijp ik wel, want ik lees ook alles in de krant door elkaar heen. Dat is heel vervelend en dat betreurt ik ook echt, maar wat hier in de Kamer besproken gaat worden, is een aanpassing van artikel 13.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Kan de Minister aangeven dat artikel 13 alleen wordt aangepast onder de voorwaarde van behoud van de restitutiepolis in de basisverzekering?

Minister **Schippers**: Het zou wel heel leuk zijn als ik de hele zorgparagraaf van het regeerakkoord kon schrijven, maar zo werkt het toch niet. In het regeerakkoord is dit afgesproken. Als dat veranderd moet worden, zal de Kamer of het kabinet daarvoor met een voorstel moeten komen. Maar om nu even in een AO te zeggen dat we dat wel even gaan uitruilen, is heel erg lastig. We gaan nog over het wetsvoorstel spreken en dan kunnen allerlei varianten nog aan de orde komen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat neem ik mee en daar kom ik ongetwijfeld op terug. Wellicht dat ik er nu al een uitspraak van de Kamer over zal vragen.

Minister **Schippers**: Dan kom ik te spreken over de stand van zaken over het hoofdlijnenakkoord. Dat is per 1 januari 2012 ingegaan. In 2011 waren er 258 zbc's gecontracteerd en in 2012 waren dat er 281. Het zijn er in ieder geval dus niet minder geworden. Er zijn ook beleidsmatige afspraken in het hoofdlijnenakkoord gemaakt en op dat punt worden ook stappen gezet, zoals invoering van het VMS-programma en de selectieve zorginkoop. Op het transitieplan zijn correcties toegepast. In het fraudeplan dat in september naar de Kamer komt, zullen ook allerlei maatregelen worden opgenomen. Het is wel zo dat dit één jaar betreft, namelijk het jaar 2012, waarin 90% een vangnet was. Als ziekenhuizen omvallen moet dat zijn omdat ze het slecht doen of omdat ze slechte kwaliteit leveren, maar niet omdat het systeem verandert. Daarom is dat transitieplan met een vangnet van 90% ingesteld. Conform het hoofdlijnenakkoord betekent dit dat je er 12,5% onder moet zitten, wil je van dat geld daadwerkelijk gebruik kunnen maken. Het zicht daarop hebben we niet. Ziekenhuizen maken zelf hun mind op, maar daarna wordt het nog wel bekeken door de NZa en door verzekeraars. Dus daar kunnen we nog geen eindconclusies uit trekken.

Gevraagd is of ik de NZa kan verzoeken om een product te ontwikkelen zodat er ruimte komt voor een dbc Goed gesprek, en dan speciaal voor de laatste levensfase. Goede communicatie is een belangrijk onderdeel van contact tussen arts en patiënt. Volgens de Wet op de geneeskundige

behandelingsovereenkomst moet een arts zijn patiënt goed informeren over zijn ziekte en de behandelopties en -alternatieven. Een goed gesprek tussen de arts en de patiënt is wat mij betreft onderdeel van zo'n beetje iedere dbc. Waar een dbc sowieso gaat over het stellen van een diagnose, heb je er dus al een gesprek over. Toen we DOT invoerden, hebben we meteen daarnaast een traject gestart om die meteen al te verbeteren. De NZa werkt daar hard aan. Ik zal haar vragen of er wat betreft het zo-even genoemde verzoek iets mogelijk is. Ik weet zelf niet of we het zouden moeten doen, want ik vind zelf dat het eigenlijk onderdeel is van goede zorgverlening. Met de invoering van de integrale tarieven in 2015, conform het regeerakkoord, komt er meer ruimte voor aanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over intensieve contacten met de patiënt die eigenlijk de normale contacten overschrijden. In dat kader kijkt de NZa er wel naar. Ik zal haar dan ook vragen om mij hierover expliciet te adviseren en een en ander gemotiveerd en onderbouwd aan te geven. De heer Mulder heeft gezegd dat de afrekening van DOT te lang duurt. Ik ben dat met hem eens. Op de vraag of er niet tussentijds kan worden afgerekend, kan ik zeggen dat ik daarover binnenkort een NZa-advies krijg. Ik heb begrepen dat daarin ook een verkorting van DOT zit. Maar goed, dat heeft ook weer nadelen. Je moet dan dus kijken hoe je er bij langere trajecten ervoor kunt zorgen dat er niet van alles na elkaar geopend wordt. Dus overall zitten haken en ogen aan.

Verder is gevraagd welke acties worden ondernomen ten aanzien van de afhandeling van klachten van patiënten. Het gesprek daarover voeren we al met verzekeraars. Verzekeraars vertellen ons ook dat ze er druk mee bezig zijn. Zeker als voor patiënten de rekening meer inzichtelijk wordt, zal er ook meer gebeld worden. Je moet deze kritische mensen dan ook meer zien als bondgenoot dan als lastig. Zij zijn namelijk ook bondgenoten bij het nagaan waar het fout gaat. Als ze bijvoorbeeld ergens niet geweest zijn terwijl dat wel op de rekening staat, moet je als verzekeraar juist blij zijn dat dit gemeld wordt. Ik kan mij ook heel goed voorstellen dat mensen die het allemaal zelf moeten betalen, er extra alert op zijn. Overigens moet er nog wel een hele slag gemaakt worden op dit punt, want het moet ook gaan om een rekening die begrijpelijk en leesbaar is. Als er alleen maar onbegrijpelijke codes op staan, schiet men er namelijk ook niets mee op. Mij is bekend dat er zorgverzekeraars zijn die al pilots zijn gestart zijn om te kijken hoe ze dit op een goede manier kunnen doen.

Verzekeraars geven ook aan dat het verbeteren van het hele proces rond de melding wordt meegenomen in het actieplan voor het verbeteren van de zorgrekening. Daarbij wordt samengewerkt met andere partijen bij wie ook meldingen van onjuiste declaraties worden gedaan, zoals zorgaanbieders en branchepartijen. Belangrijk aandachtspunt is ook het uitleggen hoe de zorgrekening in elkaar zit. Gisteren heb ik een filmpje daarover van de NZa gezien, waarin op een heel inzichtelijke manier wordt uitgelegd hoe de zorg in Nederland betaald wordt. Dus er wordt aan gewerkt om de inzichtelijkheid te vergroten.

Mevrouw Klever zegt: eerst de rekening controleren en dan pas betalen. Vaak was het zo bij de particuliere verzekering dat je zelf eerst de rekening kreeg en dat die daarna naar de verzekeraar ging. Mij lijkt het een administratief zeer belastend proces als we dat gaan herinvoeren. Ik vind dat we ons er eerst maar eens op moeten richten om de inzichtelijkheid te vergroten. Dat geldt niet alleen na de behandeling, dus wanneer de rekening komt. We hebben ook de ambitie om de inzichtelijkheid te vergroten voordat men een behandeling krijgt. Dat is heel erg lastig bij heel veel zorg, zeker bij medisch specialistische zorg, waarbij pas tijdens het zorgtraject veel helderder wordt wat men heeft en wat er aan moet gebeuren. Dus ook daar zitten veel haken en ogen aan.

Het vooraf inzichtelijk maken van de kosten wordt meegenomen in de campagne Verstandig Kiezen van de Orde van Medisch Specialisten. Die

campagne is erop gericht om artsen en hun patiënten te ondersteunen bij het maken van verstandige keuzes. Daarbij spelen ook de kosten een rol. De heer Van der Staaij heeft de suggestie gedaan om mensen te belonen als ze onjuiste declaraties melden. Op dit moment worden patiënten gestimuleerd om de rekening te controleren vanwege het eigen risico. Je ziet echt al een effect dat mensen er meer alert op worden. Die prikkel valt overigens wel weg als men het eigen risico gepasseerd is. De meeste mensen die ik spreek en die mij brieven sturen, zijn heel erg alert op de rekening, opdat er niet te veel gedeclareerd wordt. Voordat we over een bonus kunnen spreken, moet eerst de malus worden weggenomen, waarbij ik doel op het wegnemen van de drempels en het gedoe eromheen. Misschien is het wel een stap voor in de toekomst. Ik heb de mail over de vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet op basis van identificatie vanwege tijdgebrek nog slechts deels kunnen lezen. Een aantal jaren geleden is in de zorg de identificatieplicht ingevoerd. Aanleiding daarvan was dat er veel fraude werd gepleegd met de basisverzekering doordat mensen op andermans naam zorg genoten en ook pasjes doorgaven. Dat leidde tot fouten in de patiëntendossiers en daardoor ook tot medische problemen. Doordat verschillende mensen onder één naam zorg kregen, ontstond een soort verzameldossier in plaats van een individueel dossier. Ik vind het van belang dat verzekeraars en zorgaanbieders de identificatieplicht goed uitvoeren. Ik kan mij wel voorstellen dat het niet mogelijk is om een identificatiebewijs voor een pasgeborene te regelen binnen enkele dagen na diens geboorte. Je moet dat overigens wel binnen drie dagen doen voor je burgerservicenummer. Ik zal bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen wel aandacht vragen voor dit punt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind aandacht vragen een beetje minimaal, omdat het regels zijn die vastgesteld zijn door onder andere de NZa. Je zou ook kunnen zeggen dat die plicht niet geldt voor kinderen onder de 12 jaar, aangezien die immers vallen onder de algehele verantwoordelijkheid van hun ouders. Bovendien kun je ook verwachten dat ouders bij het bezoek aan de arts aanwezig zijn. Maar goed, ik zal er op een andere manier wel op terugkomen.

Minister **Schippers**: Je moet toch binnen drie dagen aangifte doen en dan heb je een burgerservicenummer. Als je dan naar het ziekenhuis gaat, zal eventueel wel om een foto gevraagd worden, maar zo strak zitten de regels nu ook weer niet in elkaar.

Met betrekking tot het open ruggetje gaat het om complexe zorg. Die kan vanuit zijn aard het beste gegeven worden vanuit een beperkt aantal locaties. Je hebt namelijk een zekere hoeveelheid patiënten nodig om die zorg goed te kunnen verlenen en er ook kennis en expertise over op te kunnen bouwen. Als je keuzevrijheid als het allerbelangrijkste beschouwt, heb je overal middelmatige of ondermaatse zorg. Er is in dit opzicht voor gekozen om de expertise te bundelen zodat die beter wordt dan wanneer je die niet zou bundelen.

De heer Mulder heeft gevraagd naar de solvabiliteitseis. Solvency II schuift steeds op qua besluitvorming. Ik kan nu dus niet vertellen wanneer er precies in Europa besluiten over genomen zullen worden. In Solvency II zoals die er nu ligt – het is work in progress – is er inderdaad sprake van een beperking op de risicoverevening zoals wij die kennen. Dus er is sprake van een uitzondering ten opzichte van een levensverzekeraar of andere verzekeraars. Dat is mijns inziens terecht het geval. De mensen van Financiën en de Nederlandsche Bank hebben zich daar ook heel hard voor ingespannen. Er is bij zorgverzekeraars nu eenmaal sprake van een andere situatie dan bij andere verzekeraars. Dat betekent dat Nederlandse zorgverzekeraars een afslag op de solvabiliteitseis kunnen hanteren,

waardoor ze lagere reserves kunnen aanhouden. De EU-besluitvorming moet nog volgen. Het is dus, zoals gezegd, work in progress. Verder is gevraagd of ik scherp wil toezien op het opvolgen van de aanbeveling van de onderzoekscommissie inzake het transitieproces en welke sanctie ik bereid ben eraan te verbinden bij niet-opvolging. In het kader van het hoofdlijnenakkoord zal ik de voortgang nauw blijven volgen. Ik heb daarover reguliere gesprekken. In het bestuurlijk overleg is besproken dat er een centraal team door zorgverzekeraars wordt ingesteld om namens de gezamenlijke verzekeraars de aanvragen van ziekenhuizen voor een transitiebedrag te beoordelen. Dat is heel belangrijk want als de ene verzekeraar een voordeel heeft, heeft de andere verzekeraar een nadeel. Doordat je er zo'n team van verzekeraars op zet, zal iedereen zich er heel scherp op betonen. Er zijn verschillende sanctiemogelijkheden binnen de Zorgverzekeringswet. De procedure tot nu toe toont aan dat het een complex systeem is. We wisten toen we het systeem invoerden dat met name het overgangsjaar 2012 complex zou zijn. Er zijn een aantal zaken aan het licht gekomen die vervolgens zijn hersteld. Er zit nu een team op die de afhandeling van een en ander heel goed gaat beoordelen. In het bestuurlijk overleg zullen we er ook steeds bovenop zitten. Zorgverzekeraars Nederland vragen we om hierover steeds te rapporteren. Overigens vind ik dat Zorgverzekeraars Nederland wel goed werk heeft geleverd op dit punt. Men heeft een externe expertcommissie ingesteld die het onderzoek heeft gedaan. Het rapport van die commissie is technisch ingewikkeld. Dat kan echter ook moeilijk anders omdat het ook een technische ingewikkelde materie betreft. De verdere afwikkeling van het transitieproces zal plaatsvinden in de zomer van 2014. Er wordt dan ook nog eens goed gekeken of er echt sprake is van een eerlijke gang van zaken. Dat zullen we in de zomer van 2014 dus expliciet beoordelen. Gevraagd is waarom het percentage van zorgkosten dat meetelt voor het eigen risico niet gedifferentieerd wordt per zorgvorm, zodat voor bepaalde zorgvormen het percentage dat meetelt lager ligt. De Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid om het percentage van de zorgkosten dat meetelt voor het eigen risico te bepalen op minder dan 100%. Er is één percentage voor alle zorgvormen waarvoor het eigen risico geldt. Differentiatie per zorgvorm is dus niet mogelijk. Door het percentage lager te stellen, tellen de zorgkosten slechts beperkt mee voor het eigen risico. Dat vergroot het remeffect voor verzekerden die nu het eigen risico niet of net vol maken en over het jaar genomen veel kleinere zorguitgaven hebben. Dat is echt een voordeel. Het betekent ook dat de opbrengst van het eigen risico lager wordt, omdat minder mensen dat vol maken. Als het echt als een remweg moet functioneren, moet het een laag percentage zijn. Om de opbrengst dan te halen, moet het eigen risico dan aanzienlijk omhoog. Het kent dus ook ingewikkelde uitvoeringsvraagstukken. Daarom wil ik het maar even laten zoals het is. Overigens wordt er wel goed naar gekeken. Ook ten tijde van verkiezingsprogramma's circuleren er heel veel rekenmodellen. Het valt mij dan altijd ontzettend tegen wat het aan uitvoeringskosten met zich mee brengt. Daar zit echt wel de crux van dit soort systemen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het stelt mij gerust dat de Minister zegt dat er in elk geval goed naar gekeken wordt. Het viel mij namelijk op dat artikel 21 in ieder geval nu al meer mogelijkheden biedt dan de huidige praktijk om dat percentage van het eigen risico «uit te smeren». Het bedrag van het eigen risico is nog niet zo lang geleden omhooggegaan. Is gegeven het huidige bedrag van het eigen risico, goed onderzocht of artikel 21 van de Zorgverzekeringswet intelligentere mogelijkheden biedt om dat maximale remeffect te hebben?

Minister **Schippers**: Bij het verhogen van het eigen risico zijn de opbrengsten wel meteen ingeboekt. We hebben daarbij ook scherp gelet

op een even grote verhoging van de zorgtoeslag voor de laagste inkomen. Dus als je het nu doet, heb je verlies of moet je het verder verhogen. Er kan veel meer met het eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen ook zeggen: als u naar een ziekenhuis gaat waar ik selectief inkoop, scheld ik u een bepaald deel van het eigen risico kwijt. Als overheid kun je mogelijkheden bieden, maar uiteindelijk moet het veld zelf gebruikmaken van bijvoorbeeld de mogelijkheid om bepaalde delen van het eigen risico kwijt te schelden.

Mevrouw Voortman en de heer Van der Staij hebben met betrekking tot het persoonsgebonden budget een vraag gesteld over eigen regie bij medisch specialistische zorg thuis. Deze vraag speelt ook in het kader van de hervorming van de langdurige zorg, omdat er dan delen van de zorg worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Naar aanleiding van het debat op 10 en 13 juni zal de staatssecretaris op een aantal punten nog voor 1 september terugkomen.

Dan de bezuinigingen van 6 miljard. Ik heb nog geen zicht op de invulling daarvan, dus kan ik daarover nog geen mededelingen doen.

Het is inderdaad zo dat je een pakketmaatregel voor 1 juli moet noemen. Je kunt ook een pakketmaatregel voor de helft van het jaar afspreken, maar gangbaar is dat wanneer je die per 1 januari wilt invoeren, je het voor 1 juli doet, opdat de verzekeraar weet op basis van welke hoeveelheid zorg hij zijn polis moet maken en de kosten ervan kan berekenen.

Dan de no show. In mijn brief van 14 mei over kostenbewustzijn heb ik aangegeven dat er een kleine verbetering op dit punt kan worden ingeboekt. We moeten ons wel realiseren dat de tijd tussen de twee uitvragen beperkt was. Als je kort na elkaar vraagt naar de stand van zaken rond no show, heeft men ook minder tijd gekregen om er daadwerkelijk verbetering in aan te brengen. Ik heb wel geconcludeerd dat de ziekenhuizen bezig zijn om hier echt werk van te maken. De no show zal nooit nul worden, maar ik zal tijdens de begrotingsbehandeling de Kamer in het najaar opnieuw informeren over de stand van zaken op dat moment. Dan zal ik ook aangeven wat we op dat punt nog verder zouden kunnen doen.

Gevraagd is hoe ik omga met onverzekerde vreemdelingen. Er zijn verschillende categorieën onverzekerde vreemdelingen waarvoor ook weer verschillende regels gelden. Ten aanzien van vreemdelingen die onrechtmatig in Nederland verblijven is uitgangspunt dat deze groep de kosten van de zorg zelf betaalt, bijvoorbeeld door middel van een eigen bijdrage bij de apotheker. Als dat niet mogelijk blijkt, vallen ze onder de illegalenregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. Kosten die zorgaanbieders maken kunnen op grond van die regeling worden vergoed. Er is ook een beperkte categorie niet-illegale onverzekerbare vreemdelingen die onder deze regeling valt. Het aantal vreemdelingen voor wie zorgaanbieders een beroep doen op de regeling is niet exact bekend; het bedrag dat ermee gemoeid is, is overigens wel bekend. In totaal gaat het om 24 miljoen. Vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijven, behoeven alleen een zorgverzekering te sluiten als ze hier wonen en ingeschreven zijn in de Gemeentelijke Basisadministratie of hier werken. Inwoners van Europese landen verblijven hier altijd rechtmatig, bijvoorbeeld toeristen, en moeten zich pas inschrijven in de GBA na drie maanden als ze zich hier willen vestigen. Vaak zijn deze vreemdelingen in hun land van herkomst verzekerd; als dat niet het geval is, blijkt het in de praktijk meestal om onderdanen van Oost-Europese lidstaten te gaan. Hoeveel rechtmatig verblijvende vreemdelingen ten onrechte niet verzekerd zijn, is mij niet bekend.

Voorzitter. Ik meen hiermee alle vragen te hebben beantwoord.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er is nog een vraag blijven liggen van de heer Van Dijk en mij over de revalidatiezorg.



Minister **Schippers**: Die vraag ging over de uitvoering in de praktijk?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Er zijn voorbeelden bekend waarbij het nogal bureaucratisch verloopt. Ik noem het voorbeeld dat mensen eerst opgenomen moeten worden in een ziekenhuis alvorens ze toegang krijgen tot revalidatiezorg. Mensen worden dan administratief opgenomen in een ziekenhuis wat dan weer leidt tot kosten, terwijl dat niet nodig is. Zo zitten er hier en daar een aantal hick-ups in die voor de patiënt niet prettig zijn en die voor sommige huisartsen dramatische kafkaïaanse toestanden opleveren. Eigenlijk is de vraag van mevrouw Bruins Slot en mij aan de Minister om daar wat aan te doen.

Minister **Schippers**: Ik zal proberen om er in tweede termijn op te antwoorden. Mocht dat niet lukken, dan kom ik er bij brief op terug. Ten slotte heb ik nog een vraag liggen over het onderhanden werk. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn hard bezig om de onderhandenwerkposities preciezer in beeld te brengen. Te denken valt daarbij aan betere definities, betere ICT en kortere doorlooptijden. Hoe minder onzekerheid daar in zit, hoe minder voorzieningen een verzekeraar behoeft te treffen. Scherper inzicht in onderhanden werk is dus van belang voor het matigen van de solvabiliteitseisen.

De **voorzitter**: Dan gaan we nu naar de tweede termijn. Per fractie geldt een spreektijd van twee minuten plus één interruptie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Over de revalidatiezorg zijn al meerdere keren schriftelijke vragen gesteld. De antwoorden daarop moeten dus ergens in de pijplijn zitten en zouden onderhand dus wel beantwoord moeten kunnen worden.

Wat mij opviel, is dat de Minister zei dat zij de betrokkenheid van burgemeesters en mensen van de veiligheidsregio bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis wel begrijpt. Het gaat echter om meer dan betrokkenheid. Zij eisen gewoon het openhouden van het volwaardige ziekenhuis. Zij luiden de noodklok, in de zin dat daar cruciale zorg dreigt te verdwijnen en dat CZ en Achmea als grootste zorgverzekeraars op dit moment op hun handen zitten en banken constructies van overname door consortia blokkeren. Ik heb de Minister gevraagd om zich in dezen ook een echte Minister van Volksgezondheid te tonen voor de inwoners van Voorne-Putten. Het is echt heel kwalijk dat zij daarvan weg kijkt. Ik zal hierover dan ook een motie indienen. Ik vind dat de Minister aan tafel moet. Als partijen er uiteindelijk uitkomen omdat zij haar machtsmiddel gebruikt, dan zijn we volgens mij heel snel klaar.

De Minister heeft verder gezegd dat als iedereen het systeem van mevrouw Leijten en de SP zou volgen, dit een risico zal betekenen voor de premiebetalers. Dat is een lachertje. De zorgverzekeraars geven bijna 3 miljoen uit aan relatiebeheer en 60 miljoen aan reclame, terwijl ze 1,4 miljard winst maken. En dan zeggen dat een ziekenhuis overeind houden een risico zou zijn voor de premiebetaler. Hetzelfde geldt voor het prijzen van mensen die werken in de zorg en die kostenbewust zijn en meedenken over de pakketverkleining die de Minister heeft ingeboekt in het kader van het regeerakkoord ten bedrage van 1,5 miljard. Natuurlijk willen mensen die zorg verlenen, ook meedenken over kostenbewustzijn. Zij schamen zich voor en irriteren zich aan het geld dat de verkeerde kant oploopt. Als de Minister dan aangeeft dat ze het CVZ -advies wel op tafel houdt, dan is dat mijns inziens dubbelhartig. Over de eigen bijdrage voor de spoedeisende hulp zegt de Minister: we hebben een foutje gemaakt in het regeerakkoord, kan gebeuren. In het CVZ-advies staat echter dat het allemaal bureaucratischer wordt en dat dat heel erg schadelijk kan zijn voor de lichtste zorg. En daarvan zegt de Minister: nee, ik houd het op tafel. Zoals gezegd, dat is dubbelhartig gedrag van de Minister. Ik zal

hierover dan ook een motie indienen om het CVZ-advies van tafel te halen en de lagezieltelastbenadering los te laten. Ik zal ook een motie indienen over een evaluatie van eerdere verkleiningen. Hoe kan de Minister nu zeggen dat zij een besluit wil nemen met een kop en een staart als zij niet bereid is om eerder genomen besluiten voldoende te legitimeren? Ten slotte nog dit. Dat je een legitimatie nodig hebt om de rechtmatigheid van patiënten te contoleren, vind ik best wel goed, maar dat ouders met pasgeboren baby's er door ziekenhuizen op gewezen worden dat een legitimatie nodig is omdat ze anders mogelijk hun zorg niet vergoed krijgen, schiet door. Ik vraag de Minister hierop serieus in te gaan en ons te laten weten of het mogelijk is dat kinderen hiervan uitgesloten kunnen worden.

De **voorzitter**: Ik stel vast dat er in ieder geval een VAO zal plaatsvinden met als eerste speakster mevrouw Leijten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Er zijn heel veel onderwerpen de revue gepasseerd. Ik wil nog kort terugkomen op het antwoord van de Minister over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. In haar beantwoording hoor ik haar eigenlijk zeggen dat ze de bal teruglegt bij het ziekenhuis, de ambulancezorg en de directeur van de veiligheidsregio. Zij zegt: u moet in onderling overleg gaan kijken wat u van die berekening van het RIVM vindt en als daaraan nog wat veranderd moet worden, moet u dat ook in onderling overleg doen. Heeft de Minister dat nu wel of niet bedoeld te zeggen? Verder wijst ze heel nadrukkelijk op de verantwoordelijkheid van de inspectie. De inspectie weegt uiteindelijk de kwaliteit van zorg voldoende geborgd is, maar hoe ziet de Minister de precieze rolinvulling? Licht er nu bijvoorbeeld een brief van de inspectie waarin zij aangeeft dat de analyse van het RIVM dat maar 2.000 mensen in gevaar komen als met het ziekenhuis de acute zorg verdwijnt, een prima analyse is? Ik krijg hierop graag een nadere toelichting. Als de directeur van de veiligheidsregio en de ambulancedienst zulke sterke signalen afgeven, maak ik mij toch wel zorgen.

Verder wil ik de Minister bedanken voor het feit dat sinds de begrotingsbehandeling vorig jaar het denken over een dbc kijk- en luistergeld niet heeft stilgestaan en zij bereid is om de NZa te vragen hiernaar te kijken en een goed gemotiveerde afweging te maken. Ik dank mijn collega van de VVD ervoor dat hij dit punt nog een keer heeft opgebracht.

Ik heb nog een vraag over de aanvullende verzekering. Ik hoor zorgverzekeraars nu voor het eerst zeggen dat steeds minder mensen een aanvullende verzekering afsluiten, waarbij mensen strategisch handelen. Het gebit moet gesaneerd worden en dan sluit men een aanvullende verzekering af die men een jaar later dan weer opzegt. De grootste doelgroep van de aanvullende verzekering zijn straks de chronisch zieken. Steeds meer mensen maken zich dan ook zorgen of het systeem wel houdbaar is, omdat de betaalbaarheid onder druk komt te staan. Graag verneem ik hierop een reactie.

Verder zou ik graag vernemen of er inzicht is in de oorzaken van no show. In de ggz is no show heel vaak onderdeel van het ziektebeeld.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Dank aan de Minister voor de toezeggingen, zoals de toezegging om een scan te houden in de regio van de BES-eilanden teneinde na te gaan wat daar het kosten- en voorzieningen-niveau per hoofd van de bevolking is.

Dank ook voor de opmerking van de Minister over het goed gesprek. De VVD vertaalt dat zo dat de NZa zal opschrijven of het nu wel of niet een gewenste nieuwe DOT is. Het is overigens inderdaad zo dat mevrouw Bruins Slot negen maanden eerder was dan de VVD. Dus complimenten

aan haar hiervoor. We trekken nu samen op om verder te komen op dit punt. Ik heb overigens heel lang samengewerkt met het CDA totdat de PVV wegliep, maar dat terzijde.

De **voorzitter**: Ik verzoek de heer Mulder iets minder uit te lokken.

Mevrouw **Klever** (PVV): Als de VVD net zo met haar principes was omgegaan als zij nu doet in het kader van de samenwerking met de PvdA, dan hadden wij niet weg behoeven te lopen.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Mevrouw Klever liep niet weg want ze zat hier toen niet. En dankzij het weglopen zit zij hier nu wel. Dus dat is wel weer een voordeel.

Binnenkort komt de NZa met een advies over verkorting van DOT. Wij zijn benieuwd wanneer dat dan gereed is en of er dan ook een post onderhanden werk kan komen. Hetzelfde geldt voor de afslag op de buffers. Dat is work in progress. Heeft de Minister al wel een idee wanneer dat dan afgerond is in Europa?

Tot slot maken wij ons toch wat zorgen over de vreemdelingen die hier onrechtmatig zijn maar wel zelf zouden moeten betalen voor de zorg en zich hiervoor ook zouden moeten verzekeren. Kan de Minister in beeld brengen om hoeveel mensen het hierbij gaat en wil zij met een plan komen om dit probleem aan te pakken?

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik wil toch nog even terugkomen op de spoedeisende hulp. Van de 156 spoedlocaties in Nederland zijn er 31 waarbij de huisartsenpost en de spoedeisende hulp samen zitten. Daarvan zijn er slechts negen zodanig geïntegreerd dat er maar één loket is. In de 22 andere gevallen is sprake van seriële samenwerking. In hoeverre spreken we dan van daadwerkelijke integratie? Dat de huisartsenpost en de spoedeisende hulp op dezelfde locatie zitten, wil nog niet altijd zeggen dat de huisarts de triage doet. Ik noem het voorbeeld van het HagaZiekenhuis waar ik zelf ben geweest. Daar zitten de huisartsenpost en de spoedeisende hulp wel bij elkaar, waarbij de spoedeisende hulp de triage doet. In hoeverre zijn huisartsenposten gedurende 24 uur zeven dagen in de week open? De meeste huisartsenposten zijn namelijk alleen na kantoortijd open. Ik concludeer dan ook dat we nog lang niet zo ver zijn dat de spoedeisende hulp en de huisartsenpost zijn geïntegreerd. Het probleem speelt al jaren en die integratie komt moeilijk van de grond. Er komt ook nogal wat bij kijken. Misschien kan de Minister ook nog ingaan op mijn suggestie dat de spoedeisende hulp zelf huisartsen in dienst neemt. Dat is volgens mij veel simpeler. Als die integratie dan werkelijk nog zo ver weg is als de Minister beweert, hoe kan het dan dat nog steeds meer dan de helft van de bezoekers daar nog steeds onterecht komt en toch geholpen wordt? Die beoordeling als zodanig kun je in veel gevallen niet bij de patiënt neerleggen. Ik noem een waargebeurd voorbeeld. Iemand met een wond aan zijn hand gaat naar de spoedeisende hulp in het ziekenhuis en wordt vervolgens doorverwezen naar zijn huisarts die op zijn beurt boos wordt omdat de patiënt geen afspraak heeft. Vervolgens wordt hij toch tussendoor geholpen. Wat blijkt dan? Hij moet terug naar de spoedeisende hulp omdat zijn wond gehecht moet worden! Welnu, is dat de zorg die we met elkaar willen? Maakt dit de zorg beter en goedkoper? Volgens mij niet.

Ik ben wel blij met de toezegging dat er in elke situatie die acuut lijkt of die de patiënt als acuut ervaart, vergoed wordt. Zorgverzekeraars hebben ook de plicht om zorggeld zo in te richten dat spoedeisende hulp en huisartsenpost geïntegreerd worden. Daarom ga ik ervan uit dat zorgverzekeraars de kosten van bezoeken aan de spoedeisende hulp blijven vergoe-

den totdat die integratie voor 100% voltooid is. Graag hoor ik hierop een bevestiging van de Minister.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de woorden die mevrouw Bruins Slot heeft gesproken over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

Met betrekking tot de BES-eilanden vinden wij het heel goed dat er een werkgroep wordt ingesteld waarin deskundigen en eilandbestuurders betrokken zijn. Ik zou wel aan de Minister willen vragen of zij bereid is om de vertegenwoordiger van het ministerie op de eilanden te vragen te zorgen voor ambtelijke ondersteuning, omdat de ondersteuning van de eilandbestuurders maar heel beperkt is.

Op het punt van de eigen bijdrage voor medicijnen begrijp ik de Minister zo dat betrokkenen zich zouden moeten verzekeren. Echter, als het gaat om ongedocumenteerden is die mogelijkheid er natuurlijk niet als ze niet kunnen werken. Garandeert de Minister dan dat voor deze groep mensen die geen inkomen kunnen vergaren, de zorg wel toegankelijk blijft?

Ik ben blij dat ook de Minister haar twijfels heeft als het er om gaat de lage ziektelast uit het pakket te halen. Ik wil er aan toevoegen dat dit niet alleen kan leiden tot oplopende zorgkosten maar ook tot kosten die dan voor rekening komen van collega-Ministers.

Ten aanzien van het pakket ben ik erg blij met de toezegging van de Minister dat zij alle suggesties die hierover worden gedaan, zal bekijken. Elke keer als ik ergens op werkbezoek ga, krijg ik allerlei suggesties over besparingen in de zorg. Ik neem aan dat een groot deel van die suggesties ook is binnengekomen op het ministerie. Ik ben overigens nog wel benieuwd wat een en ander betekent voor 2014. Dit gaat namelijk allemaal over wat er in 2014 voor de jaren daarna besloten gaat worden. Tegelijkertijd hangt het zwaard van 6 miljard boven ons hoofd. Garandeert de Minister dan dat we niet in september of oktober alsnog een discussie gaan krijgen over het pakket?

Ten aanzien van het pgb in de Zorgverzekeringswet heeft de Minister gezegd dat de staatssecretaris voor 1 september met een brief hierover zal komen. Dat gaat mijns inziens dan wel erg krap worden omdat de functie verpleging per 1 januari 2015 uit het pakket gaat. Dan zou dus voor die tijd het pgb-recht in de wet geregeld moeten zijn.

Verder heeft de Minister met betrekking tot artikel 13 gezegd dat er sprake is van twee verschillende voorstellen. Het een heeft te maken met het verbod op verticale integratie. Wat bedoelt zij echter met voldoende keuze?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar uitgebreide beantwoording. Af en toe had die wat weg van een hoorcollege, maar dat is voor iemand die relatief nieuw is op dit onderwerp, best wel prettig.

De pakketdiscussie staat niet op zichzelf, maar maakt onderdeel uit van de discussie over de vraag hoe we de stijgende zorgkosten in de hand kunnen houden. Ik sluit mij aan bij de opmerking van GroenLinks dat we de ideeën die daarover in het veld volop aanwezig zijn, zo veel mogelijk moeten meenemen. Dat geldt voor het aanpakken van fraude en bureaucratie en voor het stimuleren van gepast gebruik. Ook de volume-prikkels die ons stelsel kent, moeten we zo veel mogelijk proberen te dempen en tegen te gaan. We zullen ook moeten nagaan of wat er in het pakket zit, ook daadwerkelijk goed is. We kunnen wel dingen uit het basispakket overhevelen naar het aanvullend pakket, maar als dat ertoe leidt dat het voor mensen met chronische aandoeningen of mensen met lage inkomens complex wordt om zich goed te kunnen verzekeren, hebben we natuurlijk wel een probleem.

Ten aanzien van de pakketdiscussie wil ik mij aansluiten bij de conclusie die ook mevrouw Voortman trok. Ik heb de Minister ook zo begrepen dat

zij helemaal niet enthousiast is over het de lageziektelastbenadering als de aanvliegroute om te komen tot een zorgvuldige pakketdiscussie. Dat doet mij deugd. Zij heeft er natuurlijk bij gezegd dat zij in het kader van de veelheid van discussiepunten alles op waarde wil wegen. Ik zie dat ook in dat perspectief.

Ten slotte het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Dat is natuurlijk een ontzettend gevoelig onderwerp, waarbij wij met elkaar verantwoordelijk zijn voor goede zorg voor mensen op dat eiland. Ik heb de Minister op dit punt zo begrepen dat zij vindt dat de partijen die daarvoor verantwoordelijk zijn, ook hun verantwoordelijkheid moeten nemen en dat, mocht dat in het uiterste geval niet gebeuren, zij een rol voor zichzelf weggelegd ziet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben benieuwd hoe de PvdA aankijkt tegen de ruimte die door de Minister geboden wordt voor artikel 13 en de restitutiepolis in de basisverzekering. Ik heb de Minister gevraagd om ervoor te zorgen dat de restitutiepolis gehandhaafd wordt en om de aanpassing van artikel 13 daaraan voorwaardelijk te maken.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): De discussie over de restitutiepolis en artikel 13 gaan we nog volop met elkaar voeren. Wel is het van belang om zogenaamde cowboys te weren. Mijn collega Bouwmeester heeft daar in het verleden ook nadrukkelijk aandacht voor gevraagd. Als je wilt dat er goede en selectieve zorg wordt ingekocht, moet je zorgverzekeraars daartoe wel instrumenten in handen geven. De discussie over de vraag hoe we dat het beste kunnen doen, moeten we niet nu voeren maar op het moment dat we het over artikel 13 en de restitutiepolis hebben. Dat lijkt mij het geëigende moment.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat mij betreft is er geen enkele discussie over de vraag of je artikel 13 moet aanpassen. Ik wijs ook op het amendement van de heer Mulder en mijzelf op dat punt. Waar ik wel een discussie over wil hebben, is over de vraag of je de restitutiepolis uit de basisverzekering moet halen. Ik pleit ervoor om die er in te houden. Hoe kijkt de heer Van Dijk daartegen aan?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Het is helder waar D66 voor pleit, maar het lijkt mij verstandig dat we de discussie over de restitutiepolis, ook in relatie tot artikel 13, voeren op het moment dat we er echt alle consequenties aan kunnen verbinden.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Ook voor de SGP-fractie behoeven alle foutjes uit het regeerakkoord niet in één AO van tafel te worden geveegd. Dus ik vind het goed dat we die restitutiepolis in een later overleg bespreken, maar dat moet dan wel gebeuren in samenhang met artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Het lijkt mij namelijk wel buitengewoon ongelukkig als we over artikel 13 gaan spreken los van de restitutiepolis, omdat beide maatregelen worden gezien als een inperking van de keuzevrijheid. In die zin zou het voor de SGP-fractie een stap vooruit zijn als die restitutiepolis in het basispakket blijft, maar anders dan de D66-collega zeg ik nog niet dat daarmee de zaak geregeld is. Dan blijft namelijk nog steeds de vraag in hoeverre artikel 13 dan nog wel voldoende reële keuzevrijheid biedt voor de mensen om zorg van goede kwaliteit en prijs te kunnen krijgen. Dat debat voeren we dus later. We hebben gehoord dat de nota naar aanleiding van het verslag er aan zit te komen. Het lijkt mij goed om in de procedurevergadering te bespreken of het niet zinvol zou zijn om er een hoorzitting aan te wijden.

Dan nog een punt ten aanzien waarvan ik de Minister wil aanmoedigen om verder te kijken wat ze ermee kan, en dat betreft het feit dat ook verzekerden zelf een financieel belang ervaren om aan de bel te trekken bij

een foute rekening. Is het nu al mogelijk dat wanneer mensen aan de bel trekken en er sprake blijkt te zijn van een foute rekening, er door de zorgverzekeraar niet wordt afgeboekt of mensen hun eigen risico terug krijgen? Op die manier geef je mensen namelijk een prikkel om heel alert te zijn op die rekening.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden en voor de verheldering die zij op een aantal punten heeft gegeven. Ik proef enige ruimte bij de Minister om toch nog met elkaar over de restitutiepolis van gedachten te wisselen. Ik wil met nadruk richting de heer Van der Staaij opmerken dat de restitutiepolis en artikel 13 twee verschillende dingen zijn. Maar goed, daar komen we nog uitvoerig op terug. Ik ben ook heel benieuwd naar de nota naar aanleiding van het verslag die wij de volgende week krijgen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Dat het twee verschillende dingen zijn, daarover zijn we het met z'n allen wel eens. Alleen, kiespijn en hoofdpijn zijn ook verschillende dingen maar je hebt wel van beide last. Dat is ook de discussie die we nog met elkaar moeten voeren.

De **voorzitter**: We blijven in de gezondheidssfeer.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb het met opzet nog een keer gezegd, omdat ik merk dat het ontzettend door elkaar loopt in de discussie, in alle uitingen in de pers en in de bezorgdheid van mensen over de keuzevrijheid. Er kan weliswaar sprake zijn van kiespijn en hoofdpijn maar punt is wel dat je ze op verschillende manieren behandelt. Misschien moet in het ene geval de kies worden getrokken en bij hoofdpijn doe je iets heel anders.

Het is verheugend te mogen vernemen dat de Minister meer druk gaat zetten op het integreren van de spoedeisende hulp en de huisartsenpost, zodat het heel snel rond komt.

Met betrekking tot de no show heb ik het gevoel dat de Minister te veel met pappen en nathouden bezig is. Waarom wil ze nou niet gewoon een plan van aanpak met de doelstelling om die no show zo veel mogelijk te reduceren? Daar hebben de ziekenhuizen zelf ook echt een verantwoordelijkheid in. Ik wil die zeker niet alleen bij de patiënten neerleggen.

Met betrekking tot de BES-eilanden dank ik de Minister voor toezegging om nog eens goed te kijken naar de klachtenregeling en na te gaan hoe de communicatie verbeterd kan worden.

De **voorzitter**: Dan zijn we hiermee gekomen aan het eind van de tweede termijn van de zijde van de commissie. Voor haar beantwoording in tweede termijn geef ik nu het woord aan de Minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Instellingen hebben een heel belangrijke taak. Ze hebben ook heel veel ruimte om die taak goed te vervullen. We hebben ervoor gekozen dat ze die ruimte krijgen in plaats van dat wij de beslissingen nemen. Het is van belang dat ziekenhuizen zelf beslissingen kunnen nemen omdat ze handelend vanuit hun eigen omgeving en specifieke situatie het beste kunnen weten hoe ze goede zorg kunnen leveren en hoe ze hun organisatie financieel gezond kunnen houden. Als dat niet goed gaat, is het belangrijk te voorkomen dat je in de zorg een soort systeembank-achtige situatie krijgt. Dat geeft namelijk een perverse prikkel die we in de zorg niet moeten introduceren. Als overheid moeten we ons wel verantwoordelijk betonen voor de patiënten. Het gaat dan om de continuïteit van cruciale zorg, zoals spoedeisende hulp en acute verloskunde. Ons systeem zit zo in elkaar dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Die zullen dus eerst moeten kijken hoe ze tot een oplossing kunnen komen als het helemaal misgaat. Als het wel misgaat,



komt het scenario aan de orde dat mevrouw Bruins Slot noemde. Dan moet de zorgverzekeraar nagaan hoe het probleem kan worden opgelost, waarbij het van belang is om iedereen in de keten daarbij te betrekken. De uiteindelijke uitkomst van een en ander wordt vervolgens door de inspectie beoordeeld op basis van de criteria van diezelfde inspectie. Die criteria zijn op maat gesneden. Mocht er sprake van een situatie van totale overmacht, dan komt de overheid in beeld teneinde de cruciale zorg te garanderen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed dat de Minister dit nog eens aankaart. Uit haar beantwoording begreep ik dat de berekeningen die nu door het RIVM zijn gemaakt en waarvan de Kamer op hoofdlijnen de conclusie heeft gekregen, voor de betrokken partijen nog onderwerp van gesprek zijn. Op zichzelf klinkt dat ook wel logisch, want waarom zou het RIVM anders die berekeningen hebben gemaakt?

Minister **Schippers**: Voorzitter. De berekeningen van het RIVM hebben zeker waarde. We hebben hier heel vaak discussies over wat het betekent voor de bereikbaarheid als iets op een bepaalde locatie verdwijnt et cetera. Die berekeningen hebben dus zeker waarde, maar de inspectie kijkt naar veel meer. Zij kijkt ook naar de kwaliteit van de plannen en gaat na of de gekozen lokale oplossing adequaat is ten opzichte van die kwaliteit. De NZa bekijkt of de gekozen oplossing wel financieel houdbaar is. Dus er worden twee toetsen gedaan. Laten we in eerste instantie nu maar eens gaan kijken hoe het ziekenhuis het zelf doet. Als het daar verkeerd blijkt te gaan, komt scenario nr. 2 aan de orde, waarbij de zorgverzekeraar aan zet is. Het lijkt mij zeer onverstandig om voordat de zorgverzekeraar überhaupt plannen of oplossingen heeft geopenbaard, er als rijksoverheid al voor te gaan zitten. Dat lijkt mij ook contrair aan het systeem zoals wij dat in elkaar hebben gezet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor deze nadere toelichting. Ik begrijp uit de woorden van de Minister dat zij vindt dat de berekeningen van het RIVM voldoende maatwerk inhouden ten opzichte van de bijzondere positie die Voorne-Putten heeft vanwege de zware industrie en een aantal beperkte verbindingen met het vaste land.

Minister **Schippers**: Niets is perfect. Aan RIVM-berekeningen kan ook wel van alles ontbreken, maar dit is waar we het mee moeten doen. We hebben niets anders. Het RIVM doet dit naar beste kunnen en het is een element, maar uiteindelijk zal de inspectie beoordelen of de kwaliteit die door de zorgverzekeraar wordt geleverd van voldoende niveau is. De NZa gaat na of de zorgverzekeraar in deze regio voor zijn verzekerden voldoende voldaan heeft aan zijn zorgplicht. Die verantwoordelijkheid moeten we ook echt bij die zorgverzekeraar laten.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister wil niet in een systeembank-achtige discussie belanden, maar die hebben we gewoon al. Er zijn namelijk cruciale ziekenhuizen als het gaat over de aanrijtijden en de veiligheid van inwoners in het land. Ik heb de Minister niet gevraagd om er beslissingen over te nemen, maar wel om de regie te nemen, teneinde ervoor te zorgen dat er een oplossing komt. Wat is nu het bezwaar van de Minister van Volksgezondheid om dat te doen?

Minister **Schippers**: Die rol is niet aan mij. Het ziekenhuis is verplicht om kwalitatief goede zorg te leveren. Dat moeten alle ziekenhuizen in Nederland doen. De zorgverzekeraar heeft de plicht om voor al zijn verzekerden adequate en goed bereikbare zorg te leveren. Als het misgaat met een ziekenhuis zal de zorgverzekeraar met een oplossing moeten komen om het alsnog goed te regelen. Zo is het systeem, waarbij

iedereen een eigen rol en verantwoordelijkheid heeft. Ik hecht er zeer aan dat wij die rollen en verantwoordelijkheden goed van elkaar scheiden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik stel nu gewoon vast dat we een Minister van Volksgezondheid hebben die zegt: het is niet mijn verantwoordelijkheid dat iedere Nederlander goede zorg krijgt binnen een bepaalde termijn, want dat is aan de zorgverzekeraar en ik neem geen regie als het in honderd dreigt te lopen. Ik vind het een heel kwalijke zaak dat de Minister tot vier keer toe geen antwoord geeft op de vraag wat het bezwaar is om zelf de regie te nemen. Er wordt om gevraagd door het ziekenhuis. Er wordt om gevraagd door de gemeenten. Er wordt om gevraagd door de veiligheidsregio. Dat zijn serieuze signalen en de Minister zegt: belt u maar met de zorgverzekeraar. Ik vind dat echt heel schokkend.

Minister **Schippers**: Ik heb de Kamer een uitgebreide nota gestuurd en we hebben een uitgebreide wetsbehandeling gehad over hoe we opereren in dit soort situaties. Als we in dit soort situaties ad hoc handelen, gaat het niet goed. Ik heb daarover een uitgebreide beleidslijn gestuurd. In the end ben ik juist wel verantwoordelijk voor de continuïteit van cruciale zorg. In genoemde brief staat uitgebreid hoe die rollen en verantwoordelijkheden in elkaar steken. Als de situatie zich voordoet, wil ik mij houden aan de afspraken die we hierover hebben gemaakt.

Ten aanzien van het CVZ-advies moet ik zeggen dat het wat mij betreft ontijdig is. Ik heb iedereen gevraagd om mee te denken. Ik krijg heel veel ideeën. Die wil ik verzamelen. Ik wil ook niet zeggen dat het werk dat het CVZ heeft gedaan niet goed is. Ik zeg alleen dat één one trick pony-achtige lageziektelastbenadering veel te mager is om een zorgvuldige pakketafweging te maken, maar dat wil niet zeggen dat er verder niets zinnigs in dat rapport staat. Dus om dat rapport van tafel te halen, vind ik niet nodig. Ik zal een zorgvuldige afweging maken op basis van alle ideeën. Het is al moeilijk genoeg. Het is een bijzonder zware opgave. Ik wil het dan ook zorgvuldig doen.

Met betrekking tot de legitimatieplicht heb ik gezegd dat we daarin niet moeten doorschieten. Die legitimatie is heel belangrijk om fraude tegen te gaan. Het is van groot belang te voorkomen dat verschillende mensen in één patiëntendossier terechtkomen, teneinde ongelukken in de zorg tegen te gaan. Het is dus belangrijk, maar het moet niet doorschieten. Ik vind dan ook niet dat je drie dagen na de geboorte van een baby kunt vragen om diens legitimatie.

De aanvullende verzekering is een verzekering die onder de Europese richtlijnen valt. Eigenlijk bepalen we hier met elkaar wat we collectief regelen en waarop we solidair zijn. Als iets niet in het basispakket zit, wordt geacht dat het voor eigen risico en rekening kan komen. Dat is de aanvullende verzekering. Het klopt dat steeds meer mensen geen aanvullende verzekering nemen. Dat komt ook omdat mensen steeds kritischer kijken naar wat er in die verzekering zit en of ze er ook gebruik van maken. Dat is helemaal geen verkeerde ontwikkeling. Het is ook niet zo gek dat dat percentage daalt. We hadden in Nederland namelijk wel een heel hoog percentage van boven de 95. Als je de pakketomvang in Nederland vergelijkt met die in andere West-Europese landen, moet je constateren dat wij hier een heel breed pakket van zorg in de basisverzekering hebben. Als mensen voor zo'n groot pakket verzekerd zijn, is het dus niet gek dat ze zich afvragen of ze wel een aanvullende verzekering nodig hebben en dat sommigen dan tot de conclusie komen dat ze die nodig hebben.

Gevraagd is of er inzicht is in de oorzaken van de no show. Van de zorgaanbieders heb ik dat in ieder geval nooit gekregen. Ik zal vragen of ze mij daar een beeld van zouden kunnen schetsen. Ik kan mij voorstellen dat dit heel erg afhankelijk is van de soorten zorg die aangeboden worden, in de

zin dat er bij sommige ziektebeelden zeker een samenhang is. Je ziet ook dat ziekenhuizen er steeds meer op acteren. Heel bekend is de sms die men stuurt ter herinnering. Dat schijnt ook heel goed te werken. Het NZa-advies waarnaar de heer Mulder heeft gevraagd, komt volgens mij in de zomer. Dat advies wordt meegenomen in de brief over de versnelling en verbetering van de informatievoorziening. Die brief ontvangt de Kamer voor het zomerreces. Dus het is niet in de zomer maar voor het zomerreces.

Gevraagd is of ik een plan van aanpak zou willen opstellen ten aanzien van zorg in relatie tot vreemdelingen. Ik heb zo-even de verschillende categorieën genoemd. De precieze aantallen zijn niet bekend maar de omvang van de declaraties van de zorgaanbieders op deze titel is 24 miljoen euro. Ik vind wel dat als je niet verzekerd bent, je in principe de rekening zelf moet betalen. Als dat echt niet kan en je medisch noodzakelijke hulp nodig hebt, wordt die in Nederland verleend. Zo hebben we dat met elkaar afgesproken en dan betalen we die rekening maar in principe vind ik het wel goed dat een ziekenhuis of een andere zorgaanbieder de rekening wel betaald probeert te krijgen. Het is namelijk niet zo dat alle vreemdelingen geen geld hebben. Dat een aanbieder dus moeite doet om de rekening betaald te krijgen, vind ik eigenlijk niet meer dan normaal.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Hoe kunnen wij ziekenhuizen daarbij helpen? Op een gegeven moment krijgen ze het dan voor een deel wellicht niet vergoed en moeten ze dat dan verschmerzen in de prijzen van andere producten. Uiteindelijk betaalt de premiebetaler ervoor. Dus hoe kunnen we ziekenhuizen helpen om mensen die niet willen betalen of die niet verzekerd zijn maar dat wel zouden moeten zijn, daar te krijgen waar we ze willen hebben?

Minister **Schippers**: De zorgaanbieder moet ook een deel zelf betalen. Dus dat is al een motivatie om de rekening geïnd te krijgen. Ik zou voor u moeten opzoeken welk percentage de zorgaanbieders dan zelf moeten betalen, maar het is niet zo dat ze de hele rekening kunnen deponeren.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Hoe kunnen we zorgaanbieders daarbij dan helpen? Als een zorgaanbieder een deel zelf moet betalen, zien we dat in de prijzen van andere producten terug. Je ziet dat dan terug in de kostprijzen en in de premies. Uiteindelijk betalen mensen die er niets mee te maken hebben dus voor mensen die niet willen betalen.

Minister **Schippers**: Juist niet. Een zorgaanbieder heeft een contract met een verzekeraar over zijn producten en de zorg die hij biedt en levert. Daar worden prijzen voor afgesproken. Als mensen ergens binnenkomen en zorg vragen, wordt die zorg als die medisch noodzakelijk is, verleend. Omdat de zorgaanbieder een deel van de kosten voor de eigen kiezen krijgt, is dat een prikkel om daadwerkelijk de rekening betaald te krijgen. Mevrouw Klever heeft gezegd dat de spoedeisende hulp en de huisartsenpost wel bij elkaar zitten, maar dat ze nog niet zijn geïntegreerd. Als er twee deuren zijn, een voor de spoedeisende hulp en een voor de huisartsenpost, vind ik wel dat van de patiënt gevraagd mag worden dat die dan de deur van de huisartsenpost binnengaat. Als een zorgverzekeraar almaar rekeningen krijgt van spoedeisende hulp voor onnodige en niet spoedeisende zorg, is het mijns inziens niet gek als die zorgverzekeraar zegt: dit betaal ik niet. De spoedeisende hulp die er nu geen baat bij heeft om iemand weg te sturen, krijgt er dan wel baat bij om iemand door te verwijzen naar de huisartsenpost. Ik ben het helemaal met mevrouw Klever eens dat we de spoedeisende hulp en de huisartsenpost maximaal en in een zo hoog mogelijk tempo moeten opbouwen. Huisartsen kunnen al in dienst komen bij de spoedeisende hulp. Er is dan uiteraard wel sprake van een huisartsentarief en dus niet van een dbc. Een extra

stimulans om dat te gaan doen, is als ziekenhuizen hun rekening niet meer vergoed krijgen. Waarom zouden ziekenhuizen nu een huisarts in dienst nemen als ze gewoon hun rekening vergoed krijgen die veel hoger is? Als ze die rekening niet meer vergoed krijgen, is de spoedeisende hulp veel eerder genegen om een paar huisartsen in dienst te nemen die voor het huisartsentarief naar dingen kijken die bij huisartsen horen. Dus ik vind dat we allemaal een verantwoordelijkheid hebben voor het betaalbaar houden van de zorg. Niemand die acuut medische hulp nodig heeft, mag ergens geweigerd worden en dat zal ook niet gebeuren, maar we mogen wel stimulansen inbrengen waardoor iedereen zijn eigen rol oppakt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Kan ik uit de woorden van de Minister opmaken dat de patiënt de rekening niet krijgt? Als hij met een splinter in zijn vinger bij de spoedeisende hulp komt wordt hij weggestuurd. Als hij echter met iets komt waarvan hij vindt dat het acuut is maar achteraf blijkt dat het niet acuut was, zal hij de rekening daarvoor dus niet krijgen?

Minister **Schippers**: Weet u wat ik denk dat er gaat gebeuren? Dat degenen die het nog niet geregeld hebben, als de donder een huisarts in dienst gaan nemen. Als je als ziekenhuis je rekening niet betaald krijgt, krijg je daar al heel snel tabak van. Dat is op zichzelf helemaal niet zo verkeerd en dat is ook precies wat we met elkaar beogen. Dus ik vind het goed dat zorgverzekeraars daar bovenop gaan zitten. Mevrouw Voortman heeft gevraagd of VWS ondersteuning kan bieden aan de werkgroep die gaat adviseren over de toekomst. Welnu, ik kan haar zeggen dat wij die ondersteuning bieden. Het 2014-pakket gaat met name over interne verschuivingen en een paar toevoegingen. Dergelijke pakketten bespreken we doorgaans voor 1 juli. Het is niet zo dat het helemaal nooit mogelijk zou zijn om het op een ander tijdstip te doen, maar het is niet gebruikelijk. Ten aanzien van de 6 miljard kan ik overigens helemaal niets garanderen. Dat is een proces dat loopt en waarover ik u nu verder nog niets kan mededelen. Dan het pgb. Als het ene overgeheveld wordt en we een pgb willen, moeten we dat geregeld hebben. Dus die zaken horen wel degelijk bij elkaar. Artikel 13 is als het ware in het wetsvoorstel over verticale integratie geschoven. Het zijn eigenlijk wel twee losse zaken maar omdat het initiatief uit de Kamer kwam, hebben we dat bij dat wetsvoorstel ingebracht.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Waar het mij om ging, is dat de Minister aangaf dat de keuzevrijheid niet in het geding is omdat er in de wet staat dat er altijd voldoende keuze moet zijn. Wat is dan voldoende keuze? Is het wat de Minister betreft genoeg als een verzekeraar met twee keuzemogelijkheden komt?

Minister **Schippers**: Dit soort dingen is dan altijd ter beoordeling van de NZa. Kijkend naar de naturapolissen die momenteel worden afgesloten, hebben we het echt niet over twee ziekenhuizen. Dan wordt er echt royaal gecontracteerd. Zoals in hetzelfde wetsvoorstel staat, wordt uit de polis die vooraf bekend moet zijn, duidelijk wie er dan is gecontracteerd. De NZa kijkt in haar marktscan altijd naar dit soort ontwikkelingen en zal daar ook op toezien. Het pakket staat inderdaad niet op zichzelf. Ik denk ook dat we een heel pakket aan maatregelen nodig hebben ten aanzien van bestrijding van fraude, bureaucratie en verspilling. In het regeerakkoord hebben we met elkaar een heel grote en moeilijke opgave met elkaar afgesproken. Het is daarbij belangrijk om dat op de meest slimme manier in het vat te gieten.

De lagezieltelastbenadering kun je wel meewegen maar enkel en alleen als benadering vind ik die echt wel te kaal. Dat zie je ook in zo'n advies terugkomen.

Ik hoop dat ik de stappen met betrekking tot het Ruwaard van Putten Ziekenhuis heel helder heb aangegeven. Ik hecht daar wel veel waarde aan, omdat ik mij zeker verantwoordelijk voel voor de mensen die deze zorg nodig hebben. Daar gaat het mij om. Ik ben hier niet om instellingen overeind te houden, maar wel om de zorg voor de mensen overeind te houden. Daar voel ik mij verantwoordelijk voor en die verantwoordelijkheid zal ik ook waarmaken.

Verder is er gesproken over het financieel belang dat verzekerden ervaren om aan de bel te trekken. De allerbeste prikkel hiervoor is naar mijn mening de eigen bijdrage, in de zin dat iedere keer dat men naar een arts gaat, men een eigen bijdrage betaalt. Het nadeel daarvan is overigens wel dat het administratief heel belastend is om uit te voeren. Het bonusidee van de heer Van der Staaij vind ik heel creatief, maar ik wijs er op dat de verzekeraar nu ook al zo'n bonus kan invoeren. Met het traject dat we hebben ingezet met verzekeraars en met alle prikkels die we verzekeraars geven, zullen zij er steeds meer op inzetten om de patiënt meer als bondgenoot te zien en zullen ze daar ook zelf beleid op gaan voeren. Dan de no show. Er is gezegd «pappen en nathouden». Je kunt ook zeggen dat het belangrijk is om het veld de ruimte te geven om tot afspraken te komen hierover. In het najaar zal ik dan beoordelen of de progressie groot genoeg is.

De klachtenregeling met betrekking tot de BES-eilanden vind ik goed. In het werkplan zal ik aandacht besteden aan het punt van de communicatie. Op de vraag over de revalidatiezorg kan ik een inhoudelijk antwoord geven. Mevrouw Leijten gaf zelf aan dat zij eerder schriftelijke vragen daarover heeft gesteld. Ik kan haar melden dat de antwoorden daarop inmiddels voorliggen. De revalidatiezorg is het meest effectief als ze direct aansluit op de ziekenhuisopname. Daar komt die regel met betrekking tot de overheveling ook vandaan. In overleg met het veld kijken we momenteel naar deze eis, waarbij de KNMG een belangrijke rol heeft. Als daaruit op basis van standaarden en richtlijnen naar voren komt dat de eis voorafgaande aan de opname kan vervallen, ben ik bereid die te laten vervallen op basis van een CVZ-advies. Ik vind wel dat we dan een goede standaard moeten hebben voor de toegeleiding naar revalidatiezorg. Dus het is een klacht die bij ons bekend is en waaraan gewerkt wordt. We zijn nu in overleg met het veld over de vraag hoe we dit het beste kunnen oplossen en hoe we ervoor kunnen zorgen dat het dan wel goed gaat.

De **voorzitter**: Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de Minister, de belangstellenden en de collega's.

Er zal een VAO plaatsvinden met als eerste spreker mevrouw Leijten.

Sluiting 17.32 uur.

## **Volledige agenda**

1. *Aanbieding onderzoeksrapport Doelmatigheid in de zorginkoop*  
Kamerstuk 30 597, nr. 278 – Brief regering d.d. 10-12-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. *Reactie op de compensatieregeling in de zorg en over het onderzoek mogelijk misbruik transitie-model*  
Kamerstuk 29 248, nr. 249 – Brief regering d.d. 09-04-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Inzichtelijkheid van de zorgkosten richting de patiënt*  
Kamerstuk 29 689, nr. 441 – Brief regering d.d. 14-05-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *CVZ-rapportage lage ziektelast*  
Kamerstuk 32 620, nr. 84 – Brief regering d.d. 25-04-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Uitstel beantwoording vragen commissie over een uitnodiging aan veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen*  
Kamerstuk 29 68, nr. 440 – Brief regering d.d. 13-05-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. *Antwoorden op vragen van de commissie betreffende Pakketmaatregelen Caribisch Nederland*  
Kamerstuk 31 568, nr. 129 – Brief regering d.d. 24-04-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Voorhangprocedure o.g.v. artikel 124 Zorgverzekeringswet; ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van het zorgpakket Zvw 2014*  
Kamerstuk 25 424, nr. 212 – Brief regering d.d. 10-06-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Reactie op verzoek commissie om toezending van het CVZ-pakketadvies*  
Kamerstuk 29 689, nr. 448 – Brief regering d.d. 04-06-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Aanbieding van een overzicht van de wijzigingen in het Zvw-pakket per 1 januari 2014*  
Kamerstuk 29 689, nr. 449 – Brief regering d.d. 17-06-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Niet invoeren eigen bijdrage voor zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp (SEH)*  
Kamerstuk 29 689, nr. 452 – Brief regering d.d. 17-06-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Beantwoording vragen commissie inzake een uitnodiging aan veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen (29 689, nr. 424)*  
Kamerstuk 29 689, nr. 451 – Brief regering d.d. 14-06-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Stand-van-zakenbrief met betrekking tot de situatie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis te Spijkenisse*  
Kamerstuk 31 016, nr. 35 – Brief regering d.d. 04-12-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers



*13. Situatie in het Ruwaard van Putten ziekenhuis in Spijkenisse  
Kamerstuk 31 016, nr. 42 – Brief regering d.d. 21-05-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*