

Vergaderjaar 2013–2014

**31 016**

**Ziekenhuiszorg**

**Nr. 74**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 26 mei 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 maart 2014 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over ziekenhuiszorg en de behandelingsstop voor patiënten met genderdysforie.

(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: Rutte**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Dijkstra, Van Gerven, Klever, Rutte, Van Veen en Voortman,

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

Aanvang 13.30 uur.

De **voorzitter**: Dames en heren, welkom bij het algemeen overleg over ziekenhuiszorg. Op verzoek van mevrouw Dijkstra is aan de agenda van dit algemeen overleg toegevoegd het onderwerp behandelingsstop voor patiënten met genderdysforie. De spreektijd per fractie is zes minuten. Aangezien de voorzitter van de commissie en zijn vaste vervanger hier niet aanwezig kunnen zijn, fungeer ik vandaag als voorzitter. Ik hoop dat u het met mij aandurft vandaag als voorzitter. Mocht het helemaal uit de hand lopen, dan zal de griffier ongetwijfeld ingrijpen. Dan geef ik nu allereerst het woord aan mevrouw Dijkstra van D66.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De Nederlandse ziekenhuiszorg scoort internationaal hoog. De minister vliegt dan ook terecht naar India en China om onze zorg te promoten. De zorg is een mooi exportproduct waar we trots op mogen zijn. Om die export te stimuleren nam de Kamer mijn motie aan voor een exporttop zorg. Ik hoor straks graag van de minister hoe het met de uitvoering van die motie staat. We moeten ook constateren dat er nog een aantal zaken misgaan in ziekenhuisland. Ik begin met de transgenderpatiëntenstop bij het VUmc. Deze kwestie sleept zich nu al drie maanden voort. Voor transgenders die na een jarenlange worsteling eindelijk uit de kast komen, wordt de deur keihard dichtgeslagen. Zo'n 200 mensen hebben al nul op het rekest gekregen. Zelfs de wachtlijst blijft voor hen gesloten. Daarmee is het recht op zorg in het geding, want alternatieve zorg is niet voorhanden. D66 wil daarom dat de minister de NZa opdraagt binnen twee weken het onderzoek naar de zorgplicht af te ronden. Ik vraag de minister of zij de NZa hiervoor een aanwijzing wil geven. De minister noemt Gent als alternatieve mogelijkheid voor transgenderzorg, maar dat ziekenhuis zegt geen overeenkomst te hebben met Nederlandse verzekeraars en geeft tevens aan zelf wachtlijsten te hebben. Ik hoor heel graag van de minister hoe dit zit. Naast deze stop zien we dat de wachtlijsten al jaren een probleem zijn. Door de toenemende sociale acceptatie blijft het aantal aanmeldingen stijgen. Wil de minister daarom met patiënten, verzekeraars en ziekenhuizen, in navolging van het deltaplan, een convenant afsluiten voor een toekomstbestendige transgenderzorg?

De heer **Van Gerven** (SP): D66 breekt een lans voor de transgenderzorg in het VUmc. Ik denk dat dit hier breed gedeeld wordt, want dit probleem moet worden opgelost. Er is echter nog een ander probleem, namelijk dat de behandelingen inzake secundaire geslachtskenmerken niet vergoed worden, wat eigenlijk een ongerijmdheid is. Vindt D66 dat we ook daar een oplossing voor moeten vinden?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Van Gerven heeft mij op dit onderwerp de afgelopen jaren niet gevolgd, want anders zou hij weten dat ik er al drie keer een motie over heb ingediend die ook telkens is afgewezen door de minister. Ik wil het dan ook heel graag nog een keer proberen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan gaan we kijken of wij daar een Kamermeerderheid voor kunnen vinden, zodat het probleem voor transgenders wordt opgelost en in andere situaties op medische indicatie bepaalde correcties weer mogelijk worden. Het is goed om te horen dat ten minste twee fracties maar waarschijnlijk nog wel meer, hiervoor zijn. Misschien dat we bij de komende begroting of bij het vervolgdebat dit probleem kunnen oplossen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): We gaan inderdaad zien of we daar op dezelfde manier naar kijken.

Een ander onderwerp dat de nodige onrust veroorzaakt, zijn de regioplannen van de zorgverzekeraars voor het concentreren van de spoedeisende zorg. Voor D66 is het concentreren van complexe spoedzorg een kans om kwaliteit te verbeteren. Concentratie van traumazorg voor bijvoorbeeld verkeersslachtoffers leverde in de regio Utrecht 16% minder overleden patiënten op. We moeten hier natuurlijk wel zorgvuldig mee omgaan. De regioplannen moeten landelijk goed op elkaar aansluiten en basiszorg moet dichtbij beschikbaar blijven. In het regeerakkoord van VVD en PvdA stond dat de minister met de zorgverzekeraars een convenant acute zorg zou afsluiten. Ik zou graag willen weten hoe het daarmee staat. D66 wil dat de huidige onrust verdwijnt en dat we stappen vooruit gaan zetten. Ik vraag de minister ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars met ziekenhuizen, huisartsenposten, patiënten en artsen landelijk om de tafel gaan om snel tot een optimale verdeling te komen. Ook vraag ik haar om een duidelijke deadline te stellen. We moeten vooral geen vertraging hebben.

Dat concentratie van zorg loont, zien we in het IGZ-rapport Het resultaat telt particuliere klinieken. Daaruit blijkt dat de operatiesterfte na kankerchirurgie met 25% is afgenomen door de concentratie van zorg. Bij een aantal weinig voorkomende kankersoorten, zoals schildklierkanker, is nog veel winst mogelijk. Die kan bereikt worden door het aantal opererende ziekenhuizen te concentreren en door strengere kwaliteitsnormen in te voeren voor het minimumaantal operaties dat een chirurg uitvoert. Ik vraag de minister om de concentratie van deze kankerzorg te bevorderen door het Kwaliteitsinstituut te vragen om de verdere ontwikkeling van kwaliteitsnormen en registraties in de kankerzorg een impuls te geven. Verder heb ik vandaag een déjà vu, want opnieuw dreigen accountants de jaarrekeningen van de ziekenhuizen af te keuren. Dat kan leiden tot grote financieringsproblemen. Ik zal er nu verder niet heel erg over uitweiden, maar ik wil wel graag van de minister weten hoe zij ervoor gaat zorgen dat we volgend jaar hier niet weer met hetzelfde probleem geconfronteerd worden en hoe ze daarbij de verantwoordingsnormen denkt te gaan vereenvoudigen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit is een terechte vraag van mevrouw Dijkstra. Ik heb hetzelfde déjà vu. We zaten vorig jaar hier ook. Er is echter wel een verschil met toen. De vorige keer zou er een goedkeurende verklaring met beperkingen worden gegeven. Deze keer wordt echter gezegd dat er geen goedkeurende verklaring meer komt. De situatie is dus eigenlijk ernstiger geworden. Deelt mevrouw Dijkstra die conclusie en, zo ja, wat vindt zij daarvan?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Die deel ik. Ik vind dat heel zorgelijk. Ziekenhuizen kunnen in de problemen komen omdat er geen financiering zal zijn. Ik vind dan ook dat er actie op moet worden ondernomen. Ik wil heel graag van de minister horen hoe zij hiermee wil omgaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Inderdaad, ziekenhuizen kunnen te maken krijgen met veel extra uitgaven omdat de rentepercentages op hun leningen omhooggaan. We hebben daarover de minister al eerder een

brief gevraagd. In haar brief van 4 maart geeft de minister eigenlijk aan: ga maar rustig slapen, het komt wel goed. Hoe komt het dat die situatie tussen nu en drie weken terug zo anders is geworden? Heeft mevrouw Dijkstra daar een opvatting over?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik hoor graag de antwoorden van de minister over deze situatie. Ik kan mij niet anders voorstellen dan dat ook zij de zorgelijke kant hiervan inziet. Ik ben dus heel benieuwd naar haar antwoord.

Ik ga door met e-health. Er zijn barrières voor het inzetten van e-health bij hulpmiddelen. Ik noem een voorbeeld. Via telemonitoring kunnen cardiologen sneller problemen bij pacemakers vaststellen. Bovendien is het voor de patiënt gemakkelijker als hij niet voortdurend naar het ziekenhuis hoeft. Toch passen ziekenhuizen bij nog geen 10% van de patiënten in dit geval telemonitoring toe. Het probleem bij deze vormen van e-health blijkt de DOT-financiering te zijn. Wil de minister in het innovatieplan dat ze heeft toegezegd, dit knelpunt in beeld brengen en is zij bereid om met een oplossing voor dit probleem te komen?

Dan de patiënten. Er liggen nog veel kansen voor ziekenhuizen en onderzoekers om patiënten veel beter te betrekken bij hun behandelingen en bij het bepalen welke onderzoeken en welke vormen van onderzoeken worden gedaan. Het Rathenau Instituut heeft daar mooie dingen over geschreven. Ik vraag de minister om met de ziekenhuizen te kijken hoe patiëntenervaringen beter kunnen worden meegenomen. Vindt zij het ook niet nuttig dat iemand van bijvoorbeeld de raad van bestuur hiervoor standaard verantwoordelijk wordt gemaakt?

We spreken hier regelmatig over het vergroten van het kostenbewustzijn bij artsen en patiënten. Toch hebben patiënten nog nauwelijks zicht op de prijs van de ziekenhuisbehandelingen, terwijl ziekenhuizen hier wel toe verplicht zijn. Wat gaat de minister hieraan doen en hoe staat het met de toezegging dat iedereen in 2014 een zorgrekening ontvangt?

In oktober stelde ik mondelinge vragen over de lange wachtlijsten voor onder anderen reuma- en revalidatiepatiënten. Uit de NZa-marktscan blijkt dat er nog steeds een probleem is met wachtlijsten en reistijden. De minister heeft die scan naar de Kamer gestuurd, maar ik heb daarbij niet de oplossing gevonden. Dus ik hoor graag wat zij op dit punt nu gaat doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik hoorde mevrouw Dijkstra terecht over de ziekenhuisrekeningen spreken. De ziekenhuisrekening is nog niet openbaar voor de patiënt terwijl wij dat als Kamer wel graag zouden willen. De Consumentenbond heeft er onderzoek naar gedaan en geeft aan dat zolang de prijzen vooraf niet bekend zijn en, zo ze wel op de nota staan, ze voor de consument niet begrijpelijk zijn, niemand er wat aan heeft. Deelt mevrouw Dijkstra deze zorg?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Volledig. We hebben als Kamer aan de minister gevraagd om ervoor te zorgen dat er voor de patiënt begrijpelijke rekeningen komen. Dat is namelijk de enige manier waarop je het kotenbewustzijn kunt vergroten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Dijkstra vroeg aan de minister welke oplossing zij ziet ten aanzien van de resultaten van de NZa-scan. Ik vind dit zelf ook wel een moeilijk punt, dus ik ben benieuwd welke oplossing D66 hiervoor heeft.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Met betrekking tot de wachtlijsten en wachttijden waar ik eerder vragen over heb gesteld, is gebleken dat ziekenhuizen zelf zich niet aan de Treeknormen houden. Voor een deel werd dat opgelost doordat ziekenhuizen de achterstand wel wisten in te lopen. Uit

de marktscan van de NZa blijkt echter dat dit nog niet voldoende is. Dat geeft dus een groot probleem. Het betekent dat ziekenhuizen grote inspanningen moeten verrichten om zich aan die normen te houden. Als dat echter niet gebeurt, om welke reden dan ook, vind ik het wel van belang dat de minister erop toe gaat zien dat het alsnog gebeurt en zij zo nodig ingrijpt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat betekent dit dan? Zegt mevrouw Dijkstra dan dat de capaciteit moet worden uitgebreid? Dat roept dan echter weer de vraag op hoe het met de kwaliteit zit. Het lastige met dit soort onderwerpen is dat we allemaal willen dat de zorg overal goed aanwezig is, maar dat dit niet altijd overal mogelijk is. Ik zit er zelf erg mee te worstelen en ik ben ook heel erg benieuwd of mevrouw Dijkstra weet wat dan wel een goede oplossing is.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Er lopen twee dingen door elkaar. Enerzijds is er de concentratie van zorg. Ik noemde zo-even zelf al het voorbeeld van bepaalde weinig voorkomende vormen van kanker waar in sommige ziekenhuizen heel weinig behandelingen van plaatsvinden en er daardoor niet veel expertise is. Wij vinden het belangrijk om dat te bundelen. Het blijkt ook dat patiënten er graag de reistijd voor over hebben. Bij revalidatie en reumabehandeling, die veel oudere patiënten betreffen, hebben we wel een probleem met de bereikbaarheid. Op veel plaatsen is die zorg toegankelijk en beschikbaar maar als er dan heel lange wachttijden voor zijn, schiet je je doel weer voorbij. Dan zullen ziekenhuizen er zelf goed op moeten toezien of ze voldoende capaciteit hebben. Als dat laatste niet zo is, moeten er andere oplossingen voor komen. Dat geldt met name op het gebied van revalidatie. Die vindt over het algemeen heel weinig in ziekenhuizen plaats, omdat er aparte centra voor zijn. Dan zouden we daarnaar moeten kijken om na te gaan of de capaciteit kan worden aangevuld.

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bruins Slot van het CDA voor haar bijdrage in eerste termijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het CDA vindt goede toegankelijke en bereikbare ziekenhuizen letterlijk en figuurlijk van levensbelang. In elke streek en regio moet er ten minste een basisziekenhuis zijn. Een patiënt moet kunnen rekenen op acute en planbare zorg. Bereikbaarheid van die zorg is wat het CDA betreft ook onderdeel van kwaliteit. Vooral in krimpgebieden is dit een belangrijk punt, zoals in de regio's Groningen, Drenthe, Overijssel en Zeeland. Uit de NZa-marktscan medisch specialisatiekunde, pijnbestrijding en op nog vier andere gebieden. Dit betekent dat de ouderen in krimpgebieden vaak meer dan een uur extra moeten reizen om revalidatiezorg te krijgen, terwijl ze vaak meerdere keren per maand die zorg nodig hebben. Als je dan bedenkt dat dit gebeurt in gebieden waar bussen vaak minimaal rijden door dorpen en plattelandstreken, dan vinden we dat als CDA niet maatschappelijk verantwoord. Het CDA vindt dat juist deze regio's hier op achterstand staan qua bereikbaarheid en wachttijd. Is de minister dit eens met het CDA en wil zij in overleg met de zorgverzekeraars gaan voor een stappenplan om de te lange wachttijden in juist deze gebieden en daarmee ook de reistijden met prioriteit terug te dringen? Daarmee geef ik eigenlijk een concrete invulling aan het voorstel dat mevrouw Voortman van GroenLinks zo-even deed.

Dan kom ik te spreken over de jaarrekening van de ziekenhuizen. Het CDA maakt zich grote zorgen over de financiële positie van ziekenhuizen. Zij lijken schipbreuk te lijden door een financiële ijsberg. De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants stelt dat accountants de jaarrekeningen van ziekenhuizen niet van een goedgekeurende verklaring kunnen

voorzien. Dit kan tot enorme extra uitgaven voor ziekenhuizen leiden. De minister heeft eerder in een brief gezegd dat het niet zo'n vaart zal lopen, maar het CDA denkt daar anders over. Ik heb drie concrete vragen voor de minister. Ten eerste: klopt het dat de lopende kredietovereenkomsten als gevolg van het uitblijven van een goedkeurende accountantsverklaring opzegbaar en opeisbaar worden en dat banken dus ook een rentetoeslag van meerdere procentpunten in rekening kunnen brengen? Daardoor moeten ziekenhuizen namelijk behoorlijk meer geld betalen. Ten tweede: welke gevolgen heeft dit voor de kredietverstrekkingen, de leningen van het Waarborgfonds voor de Zorgsector, waarbij de rijksoverheid garant staat? Hoe groot kan de financiële rekening dan voor de rijksoverheid worden? Ten derde: is de minister het met het CDA eens dat het misschien zinvol zou zijn dat de Nederlandse Zorgautoriteit uitsluitend nog vroegtijdig in het jaar de nieuwe declaratieregels zal gaan publiceren? Wij hebben het verhaal gehoord dat in februari de NZa nog een nieuwe invulling van de regels heeft gegeven met terugwerkende kracht over 2013. Hoe kun je dan van ziekenhuizen verwachten dat ze een zorgvuldige administratie hebben?

Acute zorg is een onderwerp dat ons hier allen bezighoudt. Het leveren van goede acute zorg aan patiënten is een van de meest wezenlijke taken van ziekenhuizen. Iedere Nederlander moet ingeval van nood snel en goed geholpen worden. Het CDA hoort van allerlei kanten dat zorgverzekeraars tegen heug en meug van ziekenhuizen een blauwdruk voor acute zorg doordrukken. In veel gemeenten is hierdoor ook onrust ontstaan, bijvoorbeeld in Zoetermeer. De Autoriteit Consument & Markt heeft randvoorwaarden opgesteld waaronder zorgverzekeraars gezamenlijk spoedeisende zorg mogen inkopen. De huidige inkoopplannen acute zorg gaan verder dan alleen spoedeisende hulpzorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld ook over heupfracturen en acute geboortezorg en dat gaat het zorgprofiel van ziekenhuizen beïnvloeden. Past dit nog wel binnen de randvoorwaarden van de ACM? Is dit wellicht niet in strijd met de mededinging? De grootste zorgverzekeraar pakt nu deze plannen namelijk in elke regio op. Graag verneem ik hierop de reactie van de minister. Ook maakt het CDA zich zorgen dat er kwaliteitsvermindering optreedt en dat de acute zorgvraag van de patiënt niet langer centraal staat. Wil de minister de uitkomsten van de desbetreffende overleggen monitoren en aan de Tweede Kamer sturen? Ik vind de suggestie van mevrouw Dijkstra op dit punt overigens ook een zinvolle.

Dan kom ik te spreken over de concentratie van zorg en in het bijzonder de transgenderzorg. Collega Dijkstra heeft al gewezen op de patiëntenstop die er sinds vier maanden is. Dit is toch een van de nadelen op het moment dat je, soms met goede redenen, zorg concentreert. Het verbaast mij ook dat de zorgverzekeraars samen met de ziekenhuizen de afgelopen vier maanden eigenlijk niet tot een goede oplossing gekomen zijn. Er is maar geen doorbraak in de onderhandelingen en dat verdient niet de schoonheidsprijs. We kunnen natuurlijk eisen dat over twee weken dat onderzoek van de NZa bekend is – dat vind ik ook heel nuttig – maar is het misschien ook niet tijd dat de NZa haar tanden laat zien en dat ze op basis van artikel 77 van de Wet marktordening gezondheidszorg een aanwijzing oplegt? Zijn er overigens nog andere gebieden waarbij we de zorg inmiddels zodanig geconcentreerd hebben dat er wachtlijsten ontstaan omdat er te weinig zorg is ingekocht, bijvoorbeeld bij de kinderoncologie?

De **voorzitter**: U hebt nog 20 seconden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan het punt van de schadeclaims. Ziekenhuizen kunnen failliet gaan. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is daarvan helaas een voorbeeld. Patiënten komen in de kou te staan en dit blijkt ook als ze een schadeclaim willen indienen als gevolg van een medische misser. Het ziekenhuis bestaat niet meer en dus kan er ook geen

schade meer worden vergoed. Het CDA vindt dat patiënten ook na een faillissement van een ziekenhuis recht hebben op een schadevergoeding als gevolg van een medische misser. Wat vindt de minister hiervan? We hebben eerder al meerdere vragen gesteld over de geriatrische revalidatiezorg. De minister heeft gelukkig een advies hierover aan het College voor zorgverzekeringen gevraagd. Wanneer kunnen we dat advies verwachten zodat de huidige knelpunten kunnen worden opgelost?

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Veen van de VVD.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Laat ik beginnen met de behandelingsstop voor patiënten met genderdysforie. We moeten blij zijn dat steeds meer mensen en vooral ook jongeren de stap durven te zetten en zich aanmelden voor deze ingrijpende behandeling. Klaarblijkelijk is het recht op zorg toch nog onvoldoende basis om zorg te leveren aan deze specifieke groep patiënten. Nederland moet voorop blijven lopen bij de acceptatie van de genderproblematiek en de mogelijkheden voor een sekse-operatie. Ik ben daarom zeer benieuwd hoe de NZa deze problematiek beoordeelt en wat het onderzoek dat vandaag is aangekondigd, gaat opleveren. Ik vraag langs deze weg de minister om, hoewel de NZa hierover gaat, toch druk uit te oefenen om het geschil over de bekostiging zo spoedig mogelijk te beëindigen. Als het aantal mensen dat zich meldt voor behandeling zo sterk groeit, vraag ik de minister of zij wil uitzoeken of de capaciteit wel voldoende is meegegroeid. De komende tijd gaat er veel gebeuren rond de tarieven van ziekenhuizen. Wat is de stand van zaken rond de integrale tarieven en wat zijn de mogelijkheden om bij de inwerkingtreding van die integrale tarieven voor ziekenhuizen een directe, rechtstreekse, een-op-een contractuele relatie tussen de in een ziekenhuis werkzame specialist en de raad van bestuur te laten bestaan zonder tussenkomst van derden? In het kader van de patiëntveiligheid heb ik al vaker gepleit voor een betere positie van raden van bestuur. Door een directe contractuele relatie is de raad van bestuur in de gelegenheid om zijn eindverantwoordelijkheid te dragen waaronder die voor veiligheid, kwaliteit, bedrijfsvoering, inkoop en integriteit. Ook zou een directe relatie waarborgen dat de raad van bestuur doorzettingsmacht heeft om in te grijpen indien omstandigheden hierom vragen. Is de minister met mij van mening dat de invoering van de integrale tarieven een goed moment is om ook de relatie tussen raad van bestuur en specialist te regelen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ben benieuwd of ik uit de woorden van de heer Van Veen mag opmaken dat hij een pleidooi houdt voor medisch specialisten in loondienst.

De heer **Van Veen** (VVD): Nee, dat mag zeker niet geconcludeerd worden en ik snap dat een aantal partijen daarin teleurgesteld is. Integendeel dus. Het betekent echter niet dat we niet na moeten denken over de relatie die er is tussen de raden van bestuur en de medisch specialisten. Op dit moment hebben we het scheidsgerecht om over allerlei arbeidszaken te beslissen. We zien daarbij heel vaak dat raden van bestuur te weinig doorzettingsmacht hebben. Als we na gaan denken over de integrale tarieven zou dat tevens een moment zijn om er in ieder geval voor te zorgen dat een raad van bestuur richting maatschap wel in positie gebracht wordt. Dat zegt echter niets over het in loondienst hebben van medisch specialisten.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De raad van bestuur in positie gebracht ten opzichte van de maatschap. Wat moet ik mij daarbij concreet voorstellen?

De heer **Van Veen** (VVD): Dat op het moment dat er een geschil optreedt tussen een medisch specialist, een maatschap en een raad van bestuur, die raad van bestuur ook doorzettingsmacht heeft zonder tussenkomst van derden richting die maatschap en die medisch specialist. Wij denken dat het goed is om er eens heel goed over na te denken hoe we daarvoor kunnen zorgen. Ik denk dat de invoering van de integrale tarieven daar een goede aanleiding voor is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat zijn denk ik heel terechte woorden die de VVD hier spreekt over veiligheid en het belang dat het bestuur dit echt als prioriteit tussen de oren heeft. Nu heeft het Rathenau Instituut gepleit voor een ombudsman voor de patiënt. Ook de Consumentenbond heeft er voorstellen voor gedaan. De NPCF heeft het voorstel gedaan tot aanstelling van een patiëntencommissaris. Dit alles met het doel om het belang van de patiënten en het luisteren naar hen centraal te stellen. Vindt u het met ons heel belangrijk dat de minister met ziekenhuizen gaat kijken hoe die goede initiatieven een stap verder kunnen worden gebracht?

De heer **Van Veen** (VVD): Ik word nog niet heel erg enthousiast van allerlei groepjes die we gaan installeren tussen patiënten en raden van bestuur in. Volgens mij moeten we de problemen oppakken waar ze zich voordoen en moeten we de raden van bestuur aanspreken op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg die geleverd wordt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik deed een aantal voorstellen in de hoop de VVD te verleiden om de mooie woorden om te zetten in een daad. Er moet namelijk toch meer gebeuren dan er nu gebeurt. Het Rathenau Instituut, de Consumentenbond, de NPCF, iedereen zegt eigenlijk dat er te weinig wordt geluisterd naar de patiënt en dat dit beter moet zodat ook de veiligheid daarmee kan worden vergroot. Er moet dus meer gebeuren. Welke concrete maatregelen stelt u dan voor?

De heer **Van Veen** (VVD): We hebben het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in de Kamer behandeld en dat biedt wat mij betreft voldoende waarborgen om die stap te zetten. Het wetsvoorstel ligt nu nog bij de Eerste Kamer. Ik vind niet dat voordat dat wetsvoorstel in werking is getreden, we al met volgende ideeën moeten komen om het beter te maken. Ik wacht graag de invoering van die Wkkgz af. Ik heb er vertrouwen in dat die tot een betere positie van de patiënt leidt.

De VVD heeft al vaker gevraagd naar de situatie van het onderhanden werk in ziekenhuizen. De huidige declaratiesystematiek maakt het zo goed als onmogelijk dat deelfacturen worden ingediend. Dit leidt tot veel onduidelijkheid bij accountants en banken. Een DOT of dbc kan langjarig zijn en kan starten vlak voor het einde van het jaar. Ik zou de minister willen vragen of er al vorderingen gemaakt zijn met het onderzoek om binnen de huidige declaratiesystematiek deelfacturen mogelijk te maken. Bij verschillende werkbezoeken die ik gebracht heb aan ziekenhuizen heb ik steeds gevraagd naar het aantal patiënten dat een ziekenhuis bezoekt. Het antwoord is bijna overal hetzelfde. Er is sprake van verminderd ziekenhuisbezoek en dat is goed nieuws. Het is een teken dat mensen beter nadenken of een gang naar het ziekenhuis noodzakelijk is en een signaal dat de eerste lijn al bezig is om een betere selectie aan de poort toe te passen. Maar gaan we dit goede nieuws, een lagere omzet voor ziekenhuizen, nu terugzien in een hogere prijs voor het komend jaar of een relatief lager operationeel budget voor ziekenhuizen in de komende jaren? Hoe houdt de minister de vinger aan de pols en hoe zorgen we dat het gedrag van de patiënt verder wordt beloond?

Patiëntveiligheid blijft ondanks de bemoedigende resultaten die op sommige terreinen worden geboekt een prominent onderwerp voor de



VVD. Het feit dat vier ziekenhuizen op dit moment ondanks alle inspanningen nog steeds niet over een VMS beschikken, is op z'n zachtst gezegd zorgwekkend. Twee van deze ziekenhuizen staan onder verscherpt toezicht van de inspectie, toezicht dat nodig is om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Toen ik in de gelegenheid gesteld werd om de minister mondelinge vragen te stellen over het bericht dat ziekenhuizen weigerden hun sterftcijfers openbaar te maken, gaf de minister aan dat er een mogelijkheid is dat de NZa als toezichthouder een boete uitdeelt aan ziekenhuizen die dit weigeren of niet op tijd klaar hebben. Die vraag naar het kunnen opleggen van een boete blijft mij in relatie tot het VMS en het verscherpt toezicht bezighouden. Mijn vraag aan de minister is of er mogelijkheden zijn om de ziekenhuizen die onder het verscherpt toezicht staan voor het niet hebben van een VMS, ook voor de kosten van dit verscherpt toezicht te laten opdraaien. Ik verneem graag hoe zij hiertegen aankijkt.

De **voorzitter**: Dan geef ik thans het woord aan mevrouw Bouwmeester van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De kwaliteit van de Nederlandse zorg is hoog – Nederland staat ook hoog op allerlei Europese lijsten – maar voor de patiënt is er nog te weinig openbaar bekend over de zorg, terwijl wat wel bekend is, vaak niet begrijpelijk of niet vindbaar is voor een patiënt. Dat is niet goed voor de patiënt zelf maar ook niet voor de inkoop. Zoals het iBMG-onderzoek vandaag naar buiten bracht: zo kun je niet sturen op kwaliteit en kun je niet inkopen op kwaliteit, alleen de prijs staat centraal. En dit terwijl openheid over de resultaten van zorg juist de kwaliteit vergroot, want dan kun je van elkaar leren. Het vergroot de veiligheid omdat openheid fouten eerder aan het licht brengt waardoor kan worden ingegrepen. Bovendien vergroot het de betrokkenheid. Begrijpelijke en betekenisvolle informatie helpt een patiënt om een goed gesprek te hebben met zijn zorgverlener op basis van gelijkwaardige informatie. Dat is zowel voor de arts als voor de patiënt een goede zaak. Dat brengt mij op de voordelen van een luistercultuur. Als er meer geluisterd wordt naar een patiënt wordt die beter geholpen. Het draagt bij aan de tevredenheid van de patiënt en de zorgverlener. Het levert betere zorg op en bovendien bespaart het nog eens heel veel. Het Rathenau Instituut heeft vandaag een aantal aanbevelingen naar buiten gebracht, waardoor het belang van de patiënt en onder andere het luisteren naar de patiënt centraal kan komen staan. Wat vindt de minister van die suggesties en wil ze die samen met de ziekenhuizen gaan invullen? Wat vindt zij bijvoorbeeld van de suggestie dat er een ombudsman voor de patiënt moet komen? Of het nu gaat om openheid over bijvoorbeeld het sterftcijfer, de discussie over de Zorgatlas van de NPCF of zelfs inzage in het medisch dossier waar de Consumentenbond onderzoek naar deed, steeds slaat de angst toe of worden barricades opgeworpen om openheid tegen te gaan. Of er ontstaan discussies over de meetmethoden en de betrouwbaarheid van gegevens. Helaas leidt dit niet tot een betere manier van meten maar leidt dit wel tot het niet openbaar maken van gegevens over kwaliteit van zorg. Er is een cultuurverandering nodig, een verandering van een gesloten cultuur naar een open en luistercultuur. De regels en wetten die hiertoe zouden moeten aanzetten, zijn er al, maar nu de uitvoering en het toezicht nog. Hoe gaat de minister sturen op de noodzakelijke openheid en cultuurverandering? Op welke manier gaat de NZa zich inzetten om deze impasse te doorbreken?

Niet alle ziekenhuizen hebben de sterftcijfers openbaar gemaakt, hetgeen ze wel moeten doen. Ik wil graag weten welke consequenties dat heeft gehad en wat de NZa tot nu toe op dit punt heeft gedaan. Stuur de NZa

op kale cijferlijstjes of is er betekenisvolle informatie naar buiten gebracht? Aan dat laatste heeft iedereen namelijk echt iets. Dan kom ik te spreken over de toegankelijkheid van de zorg. Of het nu gaat over de discussie over het sluiten van de spoedeisende hulp, over de aanrijtijden of over zorg in krimpgebieden, er is discussie en geen dialoog, terwijl het in het belang van de patiënt is dat een gesprek over deze onderwerpen via de kwaliteitslijnen wordt gevoerd met alle betrokkenen. Er zijn hierover afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord Zorg. Ook de handtekening van de minister staat daaronder. Ik vraag haar hoe zij gaat sturen op samenwerking en op overleg om te voorkomen dat er sprake is van een dictaat vanuit de zorgverzekeraars en om er voor te zorgen dat er een dialoog is die wordt gevoerd vanuit kwaliteitsoogpunt, want daar heeft de patiënt uiteindelijk pas was aan.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb de PvdA in het betoog vooral horen spreken over de kwaliteit en hoe moeilijk die is vast te stellen. Nu zijn het de verzekeraars die met alle geweld selectief willen inkopen. Daarnaast hebben we artikel 13 waar men van alles mee wil. Hoe kijkt de PvdA aan tegen dat instrument?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De SP snijdt hier zeer terecht een kritisch punt aan. Ik heb gezegd dat kwaliteit wel te meten is maar dat je dat wel op een slimme manier moet doen. Zo moeten bijvoorbeeld ook de ervaringen van patiënten erbij betrokken worden. Het kan dus wel, maar er is heel veel angst voor openbaarheid. Wat ons betreft is die angst onterecht. Als je openheid geeft over informatie in context, neem je angst weg. Dan neem je mensen mee in wat er gebeurt en in het waarom ervan. Waarom is het sterftecijfer hoog of juist laag?

Dan het punt van de selectieve inkoop en artikel 13. Wij vinden artikel 13 goed, in die zin dat slechte of te dure zorg kan worden uitgesloten. We kennen allemaal de cowboys op de zorgmarkt die ervoor zorgen dat bijvoorbeeld kwetsbare mensen in de ggz een slechte behandeling krijgen terwijl we dat allemaal moeten betalen. Dus in die zin zijn we zeer voor artikel 13. Echter, zolang onderzoek op onderzoek aangeeft en zelfs ZN zegt dat er te weinig inzicht is in de kwaliteit van zorg, vraag ik mij af op basis waarvan de zorgverzekeraars gaan inkopen als ze nog meer macht krijgen via artikel 13. Die inkoop kan alleen als van tevoren duidelijk is wat de kwaliteit is, wat de prijs is en op welke criteria wordt gestuurd. U hebt dus gelijk dat artikel 13 pas goed in werking kan treden als er meer duidelijkheid is over de kwaliteit.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb grote twijfels over de transparantie-manie die rondwaart in bestuurlijk Nederland, in de zin dat als wij al die cijfers maar publiceren, mensen wel kunnen kiezen. Ik denk namelijk dat dit wetenschappelijk gezien niet valide is en tevens zeer marktgestuurd is. Ik wil nog even terug naar artikel 13 en de selectieve inkoop. Is, los van de kwaliteitsvraag, niet het risico dat voor mensen met een dikke portemonnee die dus wel overal naartoe kunnen, de keuzevrijheid blijft bestaan maar dat degenen die het niet kunnen betalen, gedwongen worden om voor een bepaalde operatie bijvoorbeeld 50 km verder te reizen omdat hun verzekeraar daar de zorg heeft ingekocht? Staat daarmee dan de deur niet open voor tweedeling?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat laatste is zeker niet de bedoeling en dat zullen we dan ook altijd tegenhouden. Bij het publiceren van gegevens over kwaliteit gaat het niet om kale cijferlijstjes of nietszeggende oliebollenlijstjes. Het gaan dan over cijfers in een context, dus cijfers die betekenisvol zijn en die wat zeggen. Dus je doet het goed of je doet het niet goed. In het Ruwaard van Putten Ziekenhuis werden heel lange tijd de sterftecijfers niet openbaar gemaakt en toen ze eenmaal wel openbaar en

inzichtelijk waren, bleken er een aantal dingen goed mis te zijn gegaan. Je kunt je de vraag stellen of er eerder was ingegrepen als die gegevens eerder openbaar waren gemaakt en of het daardoor anders had kunnen lopen. Dat geeft aan hoe belangrijk het is dat je gegevens naar buiten brengt in context. Ik kan het niet vaak genoeg zeggen: in context, want het moet veelzeggend zijn. Voor ons is de kern dat we opkomen voor mensen die nu te slechte of te dure zorg krijgen. Dat moet je gewoon uit kunnen sluiten. Dat kan nu niet maar dat moet straks wel, maar niet ongeclausuleerd. Het wordt niet een geste aan de zorgverzekeraars in de zin van: hier hebt u heel veel macht en doe ermee wat u wilt. Daar zijn sterke voorwaarden aan verbonden. Het moet open en transparant. Die discussie gaan we later nog voeren om te zorgen dat iedereen de juiste zorg krijgt en ook kan zien wat de kwaliteit van zorg is.

Verder kennen we het voorbeeld van de Zorgatlas. De NPCF heeft op een aantal gebieden gewezen waar goede zorg en waar minder goede zorg wordt geleverd. Dan weet je precies waar de minder goede hernia-operatie plaatsvindt, maar die informatie wordt voor ons geheim gehouden. Waarom? Omdat zorginstellingen en zorgverzekeraars met elkaar discussie hebben en de patiënt daarvan de dupe is. Dat kan dus niet zo zijn! Als ik een hernia-operatie nodig heb, vind ik het belangrijk te weten waar de kwaliteit zit.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Bouwmeester geeft aan dat er discussie is en dat daardoor allerlei gegevens niet openbaar worden gemaakt. Krijg je dat juist niet nog veel meer op het moment dat je zo benadrukt dat het in context moet? Krijg je dan niet de discussie over de vraag in welke context bepaalde gegevens dan wel openbaar gemaakt moeten worden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De kracht van de context is dat je uitlegt wat er aan de hand is. Het gaat dan om cijfers, uitleg, de beleving van de arts en de patiënt, kwaliteit van leven et cetera. Die context zegt mij wat. Vandaar dat je die nuance nodig hebt. Dat maakt uiteindelijk dat de kwaliteit verbetert.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan krijgen we discussies over de vraag wie dan de context bepaalt. Moet de minister dat dan doen of een andere instantie? Die context kan toch ook juist geleverd worden door bijvoorbeeld een ziekenhuis, patiëntenorganisaties of mensen die zich hierin verdiepen? Ik zou zeggen: maak de cijfers openbaar en dan komt de context, waar de PvdA zo aan hecht, vanzelf wel. Dan kan iedereen zelf kennisnemen van de informatie die erbij geleverd wordt. Ik vind wat mevrouw Bouwmeester nu zegt een beetje overkomen als: wij bepalen wel voor u hoe u bepaalde cijfers moet lezen. Ik mag toch aannemen dat dit niet de bedoeling is van de PvdA.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb even gekeken welke ziekenhuizen sterftcijfers publiceren. Het Flevoziekenhuis in Almere doet het wat dat betreft heel goed. Ik heb ook ziekenhuizen gezien die gewoon sec een lijstje naar buiten brengen. Dat zegt mij echter helemaal niets. Daar heb ik als patiënt dus echt geen bal aan. Dan kan mevrouw Voortman wel zeggen dat de samenleving de context mag bedenken. Welnu, dan komen er allemaal gekke krantenkoppen. Daar hebben we ook niets aan. Waar we wel wat aan hebben, is nagaan wat zo'n cijfer zegt over bijvoorbeeld het aantal mensen dat in een bepaald ziekenhuis overlijdt. Was er bijvoorbeeld iets heel ergs in de omgeving van dat ziekenhuis aan de hand waardoor er daar meer mensen zijn overleden? Of zijn er andere oorzaken aan te wijzen? Het gaat erom dat je een patiënt goed informeert zodat hij iets met die informatie kan. Naderhand mag iedereen er van alles over vinden, maar ik heb wel graag dat we betekenisvolle informatie delen en

dus geen kale cijferlijsten waar niemand wat aan heeft en waar bovendien verkeerde conclusies uit kunnen worden getrokken.

Dan kom ik op het punt van de transgenders. De toegang tot zorg is niet gegarandeerd voor transgenders. Er is een discussie tussen het VUmc en de zorgverzekeraars. De onafhankelijke scheidsrechter, de NZa, is al vier maanden aan het nadenken en het praten en intussen zijn de patiënten de dupe. Ik heb die patiënten en die behandelaren gesproken; ze zitten nu ook op de tribune. Wachtlijsten voor deze mensen leiden tot enorme persoonlijke drama's en daarom wil ik de volgende drie punten naar voren brengen. Ten eerste willen we per direct een eind maken aan de patiëntenstop. We willen een oplossing op de lange termijn en betere specialistische ggz-hulp voor mensen die heel lang moeten wachten. Die specialisatie is namelijk echt nog onvoldoende. Het komt er nu op aan. Is de NZa er om het belang van de patiënt te beschermen en gaat ze over tot handhaven of blijft ze nog langer praten en studeren? Wat is een toezichthouder dan nog waard? Hoe moeten we dan verder met de concentratie van zorg als er nu al niet wordt ingegrepen door een toezichthouder die in plaats daarvan nog veel meer tijd neemt om te onderzoeken en die allerlei persberichten naar buiten stuurt? De patiënten staan in de kou en de zorgplicht wordt niet nageleefd. Het stelsel is failliet als hier niet snel iets aan wordt gedaan.

Mijn laatste punt gaat over de jaarverslagen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In haar introductie over de toegankelijkheid van zorg had mevrouw Bouwmeester het terecht over de zorg in de krimpgebieden. Uit de marktscan medische specialistische zorg blijkt dat er bij de revalidatiegeneeskunde, de reumatologie en de allergologie fikse wachttijden zijn boven de Treeknormen. Dit raakt voornamelijk de mensen in de krimpgebieden die meer dan een uur bovenop hun normale reistijd moeten reizen om op tijd zorg te krijgen. Is de PvdA het met mij eens dat zorgverzekeraars samen met de minister om de tafel moeten om juist in die krimpgebieden ervoor te zorgen dat de wachtlijsten daar als eerste weg zijn?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben blij met deze vraag, want wij zijn per definitie niet voor een wachtlijst. Ik denk ook dat het heel erg belangrijk is dat mensen elkaar vinden en dat via de kwaliteit gekeken wordt hoe we dit probleem kunnen oplossen. Ik ben het dus zeer met u eens.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het probleem oplossen, inderdaad, maar daarvoor moeten de zorgverzekeraars wel in beweging komen, juist waar het erom gaat dat ze dichtbij in een ziekenhuis meer zorg gaan inkopen. Vindt mevrouw Bouwmeester dan ook dat de zorgverzekeraars om de tafel moeten gaan om in deze gebieden deze knelpunten als eerste weg te nemen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is niet zo dat wij zeggen dat de krimpregio's voorrang hebben boven de rest van Nederland. Wel vinden we dat er in samenwerking en in overleg met de zorgpartners in de regio's gekeken moet worden hoe die wachtlijsten zo snel mogelijk weggenomen kunnen worden. Zorg dichtbij moet geleverd worden. Alleen, het ligt er wel een beetje aan welke zorg dat is. Hoog complexe zorg moet opgeschaald worden zodat mensen de beste zorg krijgen. Onderzoeken wijzen ook uit dat mensen dan wel willen reizen. Voor mensen die bijvoorbeeld heel oud of kwetsbaar zijn, moet je zorg dichtbij garanderen. Daarom is het ook zo belangrijk dat zorgverzekeraars geen eenzijdige dictaten opleggen maar in overleg blijven met alle zorgpartners en de gemeenten in de regio. Daar smeken de krimpregio's bijna om, zoals de burgemeester van Winterswijk. Daar moet ook gehoor aan worden

gegeven. Mijn vraag aan de minister is dan ook hoe ze daarop stuurt en of ze daar bovenop wil gaan zitten.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil nog even terugkomen op de bijdrage van mevrouw Bouwmeester over de transgenderzorg. We hebben het gehad over de vergoeding van operaties inzake secundaire geslachtskenmerken, waarvan het tot nu toe niet gelukt is om die te realiseren. We hebben het nu over het feit dat die operaties nu überhaupt niet kunnen plaatsvinden, maar waarvan we hopen dat die toch weer snel op gang kunnen komen. We hebben altijd een warm pleidooi gehouden om de behandeling in totaliteit te vergoeden, dus ook het laatste deel daarvan. Wat is de visie van de PvdA hierop?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Volgens mij hebben we hierin dezelfde inbreng als D66. Het gaat erom dat je deze verschrikkelijke impasse via de kwaliteitslijn oplost. We zien dit als basiszorg die van A tot Z goed geregeld moet worden. Dat geldt dus niet alleen als je al in het VUmc hiervoor geholpen wordt maar ook als je daarvoor specialistische psychische ondersteuning nodig hebt. Het betekent ook dat nagegaan wordt wat iemand aan het eind, als zo'n operatie achter de rug is, nog nodig heeft aan zorg en wat er extra nodig is. Wij pleiten heel erg voor maatwerk daarin. Dé patiënt bestaat niet, dus dé behandeling bestaat ook niet. Wel moet ervoor gezorgd worden dat maatwerk geleverd wordt en dat er sprake is van flexibiliteit. Dat ben ik dus met u eens.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik doelde expliciet op het vergoeden van bijvoorbeeld een borstconstructie voor transgenderpatiënten. Ik zou daar graag een concrete reactie op willen krijgen van mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij vinden dat het traject van A tot Z goed moet lopen, op maat, patiëntgericht en vraaggericht. Bij vergoedingen is de discussie vaak zwart-wit; het is ja of nee. Volgens mij is het veel beter om te kijken wat iemand in welke situatie nodig heeft. Dan moet je dus ook maatwerk kunnen leveren. Wij willen dat zorg op maat wordt geboden.

De **voorzitter**: Mevrouw Voortman, u bent door uw interrupties heen. Als het heel dringend is, kan ik een uitzondering maken, maar we moeten niet weer heel lange betogen krijgen. Dus misschien een heel korte vraag, ook omdat ik in een heel goede bui ben.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dank u wel, voorzitter. Ik vind dat u voortreffelijk voorzit.

De **voorzitter**: Dank u, maar misschien dat de rest daar nu ineens heel anders over denkt. Maar goed, dat zien we dan wel weer.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mijn vraag aan mevrouw Bouwmeester is wie dat maatwerk levert. Wie bepaalt dan wanneer wel en wanneer niet?

De **voorzitter**: Een kort antwoord graag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ga het proberen. Het pakket is nu ja of nee. Dit terwijl artsen heel goed weten welke zorg iemand nodig heeft. De zorg is een relatie en is geen product. Volgens mij kan een arts met een patiënt heel goed bekijken welke zorg er nodig is. Dat moet leidend zijn. We moeten dus af van die zwart-witdiscussie. De relatie tussen arts en patiënt moet dus veel meer fluïde zijn in plaats van die zwart-witdiscussie

die we in dit huis voeren. Het gaat dus om de samenwerking tussen arts en patiënt.

Dan de jaarverslagen. De PvdA heeft grote zorgen over de financiering en verantwoording over het uitgegeven zorggeld. De kwaliteit van zorg is te weinig meetbaar maar nu blijkt ook dat de uitgaven niet goed verantwoord worden. Zo is de rekening niet begrijpelijk en vooraf zijn de kosten voor de patiënt helemaal niet inzichtelijk. Wat gaat de minister daar op korte termijn aan doen? De accountants geven geen volledige goedkeuring aan de jaarverslagen. Wat is het antwoord van de minister richting die accountants? Het gaat hier om een noodkreet die grote financiële gevolgen kan hebben voor een ziekenhuis en daarmee voor de patiënt.

De **voorzitter**: U hebt nog een halve minuut.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ga snel afronden.

Vandaag kwam het bericht naar buiten dat zorgverzekeraar Achmea haar financiën niet goed heeft verantwoord. Wat vindt de minister daar nu van? De NZa handhaaft goed maar er zit wel een groot probleem achter. Het gaat om ons premiegeld. Wij willen dat goed verantwoord wordt wat er wordt gedaan op het gebied van kwaliteit en wat er wordt gedaan met het geld. In deze financieel ingewikkelde tijd is het zeer belangrijk dat te weten.

Het Rathenau Instituut is met een prachtig rapport naar buiten gekomen met als titel «Sterke verhalen uit het ziekenhuis». Dat laat zien wat voor moois en goeds er eigenlijk al in de zorg gebeurt als de zorgverlener en de patiënt elkaar vinden. Laten we die goede voorbeelden centraal stellen. Ik hoop dan ook dat de minister ermee aan de slag wil.

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven van de SP.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil maar meteen aan de minister vragen of zij in het kader van de discussie over de transgenderzorg bereid is om de behandeling voor secundaire geslachtskenmerken in het pakket op te nemen. Anders moeten we de Kamer bij motie hierover maar om een uitspraak vragen.

Het is juni 2012 en de minister zegt zich zorgen te maken over de schaalvergroting in de zorg. Mooie woorden die zo uit mijn mond hadden kunnen komen, maar woorden zijn niets waard als de daden het tegenovergestelde bewerkstelligen. Fusies tussen ziekenhuizen hebben we gezien en de minister liet het Ruwaard van Putten Ziekenhuis gewoon kapotgaan ten faveure van het marktaandeel van het Maasstad Ziekenhuis. En het gaat maar door. We zien het nu gebeuren in de spoedeisende zorg. Spoedeisendehulpverleners worden gesloten of uitgekleeft. Er is overal onrust. En wat doet de minister? Die blijft op haar handen zitten. Dat werpt bij mij de vraag op waarom zij niets doet. Als je je zorgen maakt over de schaalvergroting, dan grijp je toch in? Niets van dat alles! Sterker, de elf regioplannen die zijn opgesteld door zorgverzekeraars worden achter gesloten deuren gehouden. Op verzoek van de SP om ze openbaar te maken, hoorden we een keihard njet. Openbaarheid, laat staan publiek debat, dat is niet gewenst. Tenminste, dat geldt voor degene die zijn oren laat hangen naar de zorgverzekeraars die pertinent weigeren om die plannen openbaar te maken. En de minister steunt dat. Zij vindt het prima dat zorgverzekeraars het maatschappelijk debat traineren. Wat is dat voor minister? Vindt de minister spoedzorg niet van publiek belang en waarom weigert ook zij die plannen openbaar te maken of om tegen de zorgverzekeraars te zeggen: maak ze openbaar? Daar waar de plannen toch zijn uitgekleeft, is er onmiddellijk beroering. Bijvoorbeeld in Noord-Holland waar verzekeraars het in hun hoofd halen om te zeggen dat in

Den Helder de spoedeisende hulp of de ic wel weg kan. Hoe kan dat? Wat is dat? Ik noem verder Weert waar het door een actie van de mensen aldaar kennelijk weer van de baan is. Actie geslaagd dus. Maar we zijn er nog niet. In Groningen protesteren negen ziekenhuizen tegen het uitkleden van de spoedzorg. Ze lieten zelfs een tegenrapport opstellen waarin ze aantonen dat door de plannen de zorg in het noorden eerder verslechtert dan verbetert. Wat vindt de minister van dat rapport? En de zorgverzekeraars gaan hun gang maar. Ze laten zich niets gelegen liggen aan de publieke belangen, want ze willen besparen. Dat wordt ook geconcludeerd in het rapport «De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg» uit 2012, in die zin dat daarin het tegenovergestelde wordt aangetoond, namelijk dat schaalvergroting in het verleden juist vaak tot hogere kosten heeft geleid. Onze conclusie is dat daar waar in de discussie over concentratie van zorg vaak het belang van kwaliteitswinst wordt onderstreept, in de praktijk het vooral gaat om organisatorische belangen en de belangen van medisch specialisten die centraal staan. Dat is allemaal precies wat er nu gebeurt met de spoedeisende zorg. Iedereen roept «stop deze onzalige plannen, het is een slecht en niet valide idee van de zorgverzekeraars», maar die plannen gaan gewoon door. Herkent de minister dat? Is het niet veel verstandiger om de ziekenhuiszorg weer te plannen via een publiek gecontroleerde overheid? Moeten we niet gewoon komen tot een nationaal netwerk ziekenhuizen net zoals het nationaal netwerk dat we voor de natuur kennen?

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester wil u een vraag stellen. Zij is overigens ook door haar interrupties heen, maar ja, nu ik eenmaal coulant ben, maak ik opnieuw een uitzondering voor een heel korte interruptie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter, wat zit uw haar goed vandaag!

Ik hoor de heer Van Gerven met betrekking tot de spoedzorg zeggen dat we eigenlijk weer terug moeten naar de situatie van vroeger. Ik ben het zeer met hem eens dat de plannen over spoedzorg tot stand moeten komen langs de kwaliteitslijn en de dialoog, maar kent hij ook de onderzoeken die aangeven dat soms opschaling voor de patiënt qua kwaliteit veel belangrijker is dan dat elke stad zijn eigen spoedzorg heeft? Is kwaliteit dan niet belangrijker?

De heer **Van Gerven** (SP): Iedereen wil de beste zorg. Iedereen wil goede kwaliteit. Daarover geen discussie. Het kwaliteitsargument wordt echter bewust misbruikt om ziekenhuizen kapot te maken. Neem het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Wie haalt het potverdorie in zijn hoofd om te zeggen dat daar de spoedeisende hulp moet verdwijnen? Dat is nergens op gebaseerd. Dat is niet gebaseerd op een valide kwaliteitsrapport. Daar zitten strategische belangen of welke belangen dan ook achter. Bijvoorbeeld slokdarmkankeroperaties die heel erg ingewikkeld zijn, moeten wel geconcentreerd worden maar niet de basisziekenhuiszorg. Dat wordt steeds met elkaar vermengd. Weet men wat het gevolg is als een spoedeisende eerste hulp wordt gesloten, als een ic verdwijnt of als de klinische verloskunde verdwijnt? Dan krijg je een domino-effect. Dan verwordt het tot een sterfhuisconstructie in een ziekenhuis. En dat moeten we niet willen. De centrale vraag is wie daar de regie op moet voeren. Dat zijn wat de SP betreft niet de private zorgverzekeraars met winst oogmerk, maar dat is iets wat we gewoon publiek moeten organiseren en borgen. Ik was gebleven bij het nationaal netwerk ziekenhuizen dat er volgens ons moet komen. Dan kunnen we de spoedzorg plannen op basis van kwaliteit en gewenste bereikbaarheid en niet op basis van vier monopolisten. Laatstgenoemden maken nu namelijk de dienst uit. We hebben geen zicht op hun overwegingen aangezien die niet openbaar worden gemaakt.

Dan de chaos bij ziekenhuizen wat betreft de jaarrekeningen. 80% denkt dat bij het uitblijven van een goedkeurende verklaring van de accountant, de financiering minder goed rondkomt. Men komt dan in grote problemen. Vorig jaar beloofde de minister beterschap. Toen schreef ze over de chaos van 2012 en gaf ze aan dat ze om het proces voor de jaarrekening 2013 soepel te laten verlopen, gedurende de rest van het jaar in gesprek zou blijven met de betrokken partijen. Welnu, het resultaat is schijnbaar niet erg groot. Dat constateert ook de Nederlandse Beroepsvereniging van Accountants in Alert 31. Eindconclusie: de onzekerheden zijn eerder toegenomen dan afgenomen ten opzichte van 2012. Zij zeggen dan ook: zo kunnen we geen goedkeurende accountantsverklaring afgeven. Moet de minister zich dan niet achter de oren krabben? Moeten we niet constateren dat zijzelf de chaos heeft veroorzaakt? Kan zij uitsluiten dat door deze chaos niet ziekenhuizen in de problemen zullen komen of zullen omvallen ten gevolge van de chaos? Het is namelijk zonneklaar: als je geen goedkeurende accountantsverklaring krijgt, gaat de teller lopen. Dan gaan de banken de rente verhogen.

De **voorzitter**: U hebt nog 15 seconden

De heer **Van Gerven** (SP): Wat is de oplossing? Volgens mij moeten we af van de dbc's en DOT's. Het is een bedottingssysteem dat volstrekt onwerkbaar en niet te begrijpen is. Kunnen we niet beter overgaan tot een populatiebesteding van ziekenhuizen? Ik zou de minister willen verzoeken om hiernaar onderzoek te laten doen met de intentie om te stoppen met het idiote systeem dat we nu hebben.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Mensen die zorg nodig hebben, hebben per definitie een afhankelijkheidsrelatie met de organisatie die de zorg levert. Gezien de zorg die de laatste jaren steeds meer op marktwerking is gebaseerd, moet de overheid mensen wel in staat stellen om zorginstanties, waaronder ziekenhuizen, te controleren. Mensen hebben wat GroenLinks betreft recht op meer informatie over prijzen en kwaliteit. Ik diende daarom twee weken geleden een initiatiefnota in met voorstellen om dit recht beter te verankeren.

De verschillen tussen de prijzen die ziekenhuizen vragen voor eenzelfde behandeling zijn schrikbarend. Zorgvisie bracht maandag naar buiten dat je voor een nierdialyse in het AMC € 3.512 kwijt bent terwijl je in het Ikazia Ziekenhuis maar € 201 betaalt. Het gaat hier natuurlijk om een extreem voorbeeld, maar uit het onderzoek van [watkostdezorg.nl](http://watkostdezorg.nl) blijkt dat bij de 100 meest voorkomende dbc's prijsverschillen tussen ziekenhuizen bestaan van vaak honderden euro's. Voor patiënten zijn zulke prijsverschillen vaak niet van tevoren inzichtelijk. Ziekenhuizen vermelden niet altijd de prijzen van dbc's op hun website en als ze het al doen, is het vaak slecht vindbaar. Het actief vooraf informeren van patiënten over de prijs van de behandeling die ze bij het ziekenhuis zullen ondergaan, gebeurt al helemaal zelden. Patiënten komen er meestal pas achter wat hun behandeling heeft gekost wanneer ze de rekening van hun zorgverzekeraar gepresenteerd krijgen die het eigen risico overstijgt.

In de Wet marktordening gezondheidszorg is geregeld dat zorgaanbieders verplicht zijn om hun prijzen tijdig bekend te maken aan patiënten. Hoe kijkt de minister aan tegen de naleving van deze informatieplicht voor ziekenhuizen? Is zij van mening dat het toezicht van de NZa voldoende is? Wat gaat de minister in brede zin ondernemen om voor patiënten inzichtelijker te maken wat de prijsverschillen tussen ziekenhuizen zijn? Graag een reactie.

GroenLinks is van mening dat de patiënten een gewogen keuze moeten kunnen maken tussen ziekenhuizen op basis van kwaliteitsverschillen. Ook op dit gebied is er echter vaak nog weinig van transparantie te merken. Door middel van eigen onderzoek ontdekte de NPCF recentelijk dat er



bijvoorbeeld grote verschillen bestaan in de kwaliteit van rugherniabehandelingen.

In haar brief van 29 januari 2014 schrijft de minister te gaan afdwingen dat ziekenhuizen hun sterftecijfers publiceren. Dat is natuurlijk goed nieuws, maar de kwaliteit van een ziekenhuis bepaal je niet alleen op basis van sterftecijfers. De minister geeft in genoemde brief aan dat haar beleid erop is gericht transparantie over prestaties in de zorg te vergroten. Betekent dit dat zij ziekenhuizen ook zal verplichten om statistieken met betrekking tot wachttijden, patiënttevredenheid, genezing en complicaties na behandelingen openbaar te maken? Graag krijg ik een toelichting van de minister op dit punt.

Dan kom ik op het punt van de behandelingsstop voor genderdysforie bij het VUmc. Transgenders vormen maar een klein onderdeel van onze samenleving. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau gaat het om ongeveer 48.000 mensen, maar hun strijd voor een goed leven is vaak zeer zwaar. Ik ben recentelijk een kijkje gaan nemen op de transgenderafdeling van het VUmc. Ik heb daar onder anderen gesproken met een transgenderman en zijn partner. Ik was geraakt door wat zijn partner mij vertelde. Voor het behandelingstraject was het een schuw en teruggetrokken persoon die weinig naar buiten durfde en altijd een capuchon over zijn hoofd had. Nu, een flink eind onderweg in de behandeling bij het VUmc, is het een vrolijke en spontane man geworden die nota bene met andere mensen, mensen die hij pas had leren kennen in gesprek durfde te gaan over zijn behandeling en over hoe hij die ervaart. Ik heb ook gekeken naar de kosten van de behandeling. Het gaat dan om enkele miljoenen per jaar. Het VUmc zegt te weinig geld te krijgen van zorgverzekeraars om de stijgende vraag naar transgenderbehandelingen aan te kunnen, maar waarom de zorgverzekeraars niet over de brug komen blijft vooralsnog gissen. Ik zou graag de bevestiging van de minister krijgen dat behandeling van genderdysforie medisch noodzakelijke zorg is waar mensen recht op hebben, zodat daar geen twijfel over kan bestaan. Ik zeg er maar meteen bij dat dit wat ons betreft ook geldt voor de vergoeding van de behandelingen inzake de secundaire geslachtskenmerken.

Ik ben teleurgesteld in de afwachtende houding van de minister als het gaat om het opheffen van de behandelstop. In de door mij verzochte brief antwoordt zij in verschillende toonaarden dat zij er niets mee te maken heeft en dat zij niet kan ingrijpen. Maar het gaat hier wel om zeer kwetsbare mensen die echt deze zorg nodig hebben. Behandeling van genderdysforie is tijdens de puberteit optimaal, zowel voor het lichaam als voor de geestelijke gezondheid. Uitstel kan dus zeer vervelende gevolgen hebben die een leven lang doorwerken. Ik wil daarom graag meer van de minister dan vrijblijvende antwoorden en het afschuiven van verantwoordelijkheid. Gaat zij haar NZa aansporen om op zeer korte termijn te rapporteren over de mate waarin zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen? Wil zij om de tafel gaan zitten met patiënten, zorgverzekeraars en ziekenhuizen om in navolging van het Deltaplan Genderzorg tot een nieuw convenant te komen om transgenderzorg voor de korte en de lange termijn in Nederland te borgen? Het kan toch niet zo zijn dat transgenders in Nederland dat progressief koploper in de wereld is op dit soort thema's, zouden moeten uitwijken naar andere landen? Er zitten veel transgenders te wachten op zorg. Volgens een inmiddels verouderde telling zou het gaan om 174 mensen. GroenLinks wil de zorgverzekeraars nog een korte tijd de tijd geven om er uit te komen met het VUmc, maar sluiten ze binnen deze periode geen akkoord, dan eisen we dat de minister opdracht geeft aan de NZa om haar handhavinginstrumenten snel in te zetten.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Bruins Slot wil interrumpen. Ik constateer dat zij ook geen interrupties meer over heeft, maar wederom uit courtoisie geef ik haar bij dezen de gelegenheid nog een korte vraag te stellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Prima. Ik onthoud mij nu overigens maar van het maken van een compliment. Het is een terecht punt dat de zorgaanbieders vooraf inzichtelijk moeten maken hoeveel een behandeling kost. Dat is al prachtig in de wet neergelegd. Mevrouw Voortman vroeg de minister hoe dit gehandhaafd gaat worden. Er zijn hiervoor drie mogelijkheden. Er is een aanwijzingsbevoegdheid, er is een bestuursdwang of een last onder dwangsom en er is een bestuurlijke boete die kan oplopen tot € 500.000. Waarnaar gaat de voorkeur van mevrouw Voortman uit? Dat is namelijk het instrumentarium dat in de wet staat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is inderdaad het instrumentarium dat in de wet staat, maar dat tot nu toe in ieder geval niet voldoende wordt gebruikt. Ik kan mij voorstellen dat je niet meteen een boete oplegt en dat je begint met die aanwijzing, maar als die vervolgens niet tot concrete resultaten leidt, moet je overwegen om naar het instrument van de boetes te kijken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat vind ik een helder antwoord. Het is terecht dat je niet begint met de hoogste sanctie maar dat je eerst kijkt naar wat er verbeterd kan worden. Ik ben benieuwd of de minister op dit punt de NZa zal uitdagen om gebruik te maken van de aanwijzingsbevoegdheid. Dus dank voor het antwoord.

De **voorzitter**: Dan is ten slotte in deze eerste termijn het woord aan mevrouw Klever van de PVV.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ons zorgstelsel dreigt te ontsporen. Door de ingewikkelde dbc- en DOT-financiering lopen er straks meer accountants dan witte jassen in een ziekenhuis rond. Er gaat veel tijd verloren met het invullen van indicatorenlijsten waarvan het onduidelijk is wat daar vervolgens mee gebeurt. Intussen wordt er tot aan de keukentafel gesproken over de zorgkosten, maar als je na een bezoek aan het ziekenhuis om de rekening vraagt, kan niemand die overleggen omdat men niet weet wat een behandeling kost. Dit laatste overkwam een Belg die in Rotterdam een bezoek bracht aan de polikliniek. Hij vroeg een factuur om die bij zijn zorgverzekeraar in België te kunnen declareren, zoals in dat land gebruikelijk is. Het zal duidelijk zijn: hij kreeg de factuur niet. Dit brengt mij op de eerste vraag aan de minister. Onverzekerden worden geacht de rekening zelf te voldoen, maar wat als het ziekenhuis geen rekening kan overhandigen, zoals in het zojuist genoemde voorbeeld?

Met de selectieve inkoop van de zorgverzekeraar zal het steeds meer voorkomen dat je als patiënt onverzekerde zorg afneemt omdat de zorgverzekeraar geen contract heeft met juist die ene zorgaanbieder. Het lijkt mij niet meer dan logisch dat een zorgverlener een factuur kan produceren voor geleverde zorg. Net zo logisch is het dat zorgverleners van tevoren inzicht in de prijzen geven, zodat je als patiënt nog wat te kiezen hebt. Is de minister het met mij eens dat dit kostenoverzicht er zo snel mogelijk moet komen en, zo ja, kan zij hiervoor een datum noemen? Transparantie in de kosten omvat nog veel meer aspecten. Als patiënt wil je natuurlijk ook van tevoren weten of je een gedeelte van de rekening zelf moet betalen of dat dit ten koste gaat van het eigen risico of dat er een maximum aan de vergoeding zit. Achteraf wil de patiënt een begrijpelijke rekening. Daar vraagt de hele Kamer al heel lang om. Hoe staat het daar

nu mee? Hoe begrijpelijk is de rekening inmiddels? Wanneer wordt deze wettelijk verplicht? Kan de minister toezeggen dat dit voor 1 juni 2014 ook daadwerkelijk gerealiseerd gaat worden?

Het zijn nog maar plannen, maar ook bij de spoedeisende zorgvisie van de zorgverzekeraars zie ik ontsporing opdoemen. Wat is er mis met de spoedeisende hulp in Nederland? Is de kwaliteit soms te laag? Als dat zo is, zou ik zeggen: neem daar dan maatregelen voor, zoals onlangs het Deventer Ziekenhuis heeft gedaan door ook 's nachts gespecialiseerde artsen in te zetten. Of zijn de kosten te hoog? Zet dan een huisarts aan de poort zodat zo'n 60% van de patiëntenstroom tegen huisartsentarieef behandeld kan worden. Dat concentratie van complexe spoedeisende zorg in sommige gevallen noodzakelijk is voor de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt begrijpen we. Dat moeten we dan ook vooral doen, maar dat betekent niet dat we de gewone spoedeisende zorg moeten inkrimpen. Laten we die vooral behouden en laten we stoppen met het oprekken, herberekenen en misbruiken van de wettelijke eis van 45 minuten voor het sluiten van spoedeisendehulpdiensten. Sluiting kan wat mijn fractie betreft alleen als de kwaliteit in het geding is. Ik vraag de minister om zo snel mogelijk een rapport te laten opstellen over de kwaliteit van de spoedeisendehulpdiensten in ons land. Spoedeisende hulp valt onder de verantwoordelijkheid van de overheid. We kunnen dat niet overlaten aan private partijen.

Van concentratie kom ik op fusie. Vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen zijn groter dan wat uit het oogpunt van kosten optimaal zou zijn en toch blijven ze maar fuseren. Geen enkel wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat een fusie de kwaliteit verbetert, terwijl wel is aangetoond dat fusies leiden tot prijsstijging, beperkte keuzevrijheid en machtsvorming. We hebben ons diverse keren uitgesproken tegen fusies. Dankzij de Kamer is er ook een fusietoets ingevoerd en is er een meldingsplicht, maar dat is blijkbaar niet genoeg. Deze ontsporing dendert voort. Moet het toezicht op fusies niet verder aangescherpt worden met uitdrukkelijk oog voor de kwaliteit van zorg? Klopt het dat de meldingsplicht omzeild kan worden omdat deze alleen geldt voor zorgaanbieders? Holdings en stichtingen vallen hierbuiten. Is dit een maas in de wet? Kan de minister hierop reageren? Wat vindt zij van de aankondiging van de Rabobank om zorgfusies te gaan blokkeren?

Zorgbestuurders gaan nog steeds met een jaarsalaris naar huis waar een verpleegkundige gemiddeld vijftien jaar voor moet werken, terwijl die verpleegkundige aanspreekbaar is op het leveren van goede zorg maar die bestuurders niet. Wanneer wordt aan deze ontsporing een einde gemaakt?

De **voorzitter**: Ik vraag aan de minister hoeveel tijd zij nodig heeft voor het voorbereiden van haar antwoord.

Minister **Schippers**: Tien minuten.

De vergadering wordt van 14.40 uur tot 14.52 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de minister voor haar beantwoording in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De ziekenhuiszorg is de afgelopen jaren aanzienlijk verbeterd en de sector heeft keihard gewerkt op diverse terreinen. We vragen tegelijkertijd ook heel veel van ziekenhuizen. De kwaliteit van de zorg is aanzienlijk verbeterd. Het landelijke patiëntveiligheidsprogramma heeft een daling van de vermijdbare sterfte van 50% veroorzaakt. Twee jaar geleden hadden we nog niet gedacht dat dit gehaald zou worden. Tegelijkertijd vragen wij aan de ziekenhuizen meer transparantie. De betaalbaarheid van de zorg is verbeterd. Via de

afgesloten akkoorden zijn heel concrete afspraken gemaakt die de uitgaven drastisch terugdringen en tegelijkertijd vragen we ze dus meer zorg te leveren. We vragen dus meer voor minder. De toegankelijkheid van de zorg is verbeterd. De wachtlijsten die we onder de oude budgetsystematiek kenden, zijn zo goed als verdwenen. Er zijn vandaag een aantal specialismen genoemd waar het probleem nog hardnekkig is, maar we moeten het overallbeeld hierdoor niet verkeerd beoordelen.

Dit alles is gerealiseerd in een periode waarin een complexe transitie naar meer prestatiebekostiging is doorlopen. Ik wil de sector dan ook een groot compliment maken voor diens enorme inzet. En zoals het dan altijd gaat, geldt: bedankt voor alle diensten, maar wij willen graag nog meer van u. De komende jaren hebben we deze ziekenhuizen weer hard nodig om de ingezette verbeteringen verder te brengen. Over de herinrichting van de acute zorg is ook in het regeerakkoord een en ander opgeschreven. Betere en snellere informatievoorziening en veel meer transparantie. Ik noem het kostenbewustzijn bij verzekerden vergroten maar ook het door ziekenhuizen inzicht bieden in wat zij aanbieden op het gebied van kwaliteit en prijzen. Verder noem ik de continue aandacht en inspanning om kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid verder te verbeteren. Dus er is al heel veel verzet door ziekenhuizen, samen met verzekeraars en anderen, maar wij vragen ook nog een heel programma.

Vervolgens ga in op de verschillende vragen die zijn gesteld, te beginnen over de transgenderzorg. Mensen die een transgenderoperatie overwegen en nu bij het VUmc aankloppen worden niet meer toegelaten tot de wachtlijst. Dat is december vorig jaar bekendgemaakt door het VUmc. Dat dit bericht tot grote onrust leidt, begrijp ik heel goed. Als je na heel lang wikken en wegen en zoeken een besluit neemt over zo'n traject en het dan vervolgens niet mogelijk is, dan is dat echt ingrijpend en heel erg. Net als velen van u heb ik veel mensen gesproken die ofwel het traject hebben doorlopen ofwel nog in het traject zitten ofwel nog aan het traject moeten beginnen. Ik begrijp dus ook de zorgen van de transgenders en de zorgen van de Kamer. Mevrouw Voortman heeft aangegeven: de minister zegt «het is mijn probleem niet, laat maar waaien, het kan mij niets schelen». Welnu, ik vind dat wel een heel boude samenvatting, daar waar ik gezegd heb dat partijen er eerst samen uit moeten komen. Je kunt niet bij het minste of geringste de overheid vragen om het maar over te nemen. Ik heb de partijen opgeroepen om hier samen uit te komen. Het gaat om een kwetsbare groep, waarbij ik vind dat iedereen zijn verantwoordelijkheid moet nemen. Ik heb de Kamer eerder ook laten weten dat VUmc en verzekeraars nog in gesprek waren met elkaar. Dat was een maand geleden. Ik had ook echt gehoopt dat men er op zo'n precair onderwerp onderling uit zou komen. Dat is echter niet gebeurd. De deur voor nieuwe patiënten is letterlijk gesloten. Sterker nog, ze komen niet eens meer op een wachtlijst. Er is een aantal gegevens die we moeten onderkennen. Het eerste is dat het aanbod van patiënten flink is gestegen, ook internationaal. De oorzaken zijn onbekend maar ik denk dat wel een rol speelt dat het onderwerp transgender meer geaccepteerd is en in de samenleving beter bespreekbaar is geworden. Gelukkig, zeg ik erbij. De gesprekken hebben tot niets geleid. Nadat ik het bericht in december hoorde, heb ik de NZa gevraagd om de ontwikkelingen scherp te volgen en zo nodig ook maatregelen te treffen. Doordat de onderhandelingen vast zijn gelopen, heeft de NZa nu maatregelen genomen die een eerste stap zijn in het kader van de handhaving.

De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Aan hen is een informatieverzoek gestuurd om aan te geven hoe zij op dit moment aan hun zorgplicht voor genderzorg voldoen, hoe ze hierover communiceren met hun verzekerden en hoe ze deze zorg in de toekomst kunnen borgen. Ze hebben tot 11 april de tijd om te reageren. De NZa heeft tegelijkertijd een informatieverzoek naar het VUmc gestuurd met de vraag inzicht te geven in de kosten, de opbrengsten en de verwachte patiëntenstromen. Het is

namelijk opvallend dat het zo lijkt te zijn dat hoewel de hoeveelheid ter beschikking gestelde middelen aan het VUmc gelijk is aan die van vorig jaar, er helemaal geen zorg voor nieuwe patiënten geleverd kan worden. Daarnaast heeft de NZa een informatieverzoek aan het UMCG en het LUMC gestuurd om na te gaan in hoeverre zij een volwaardig alternatief zouden kunnen zijn voor het VUmc als aanbieder van genderzorg. Ook hierbij geldt dezelfde deadline. Partijen zijn op grond van de Wmg verplicht aan het verzoek te voldoen. De NZa zal op grond van de verkregen informatie beoordelen in hoeverre zorgverzekeraars daadwerkelijk reële alternatieven aanbieden waarmee ze aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Mochten die onvoldoende zijn, bijvoorbeeld omdat de zorg niet helemaal beschikbaar is, dan kan de NZa de zorgverzekeraars individuele maatregelen opleggen, zoals een aanwijzing, last onder dwangsom of boete en publicatie daarvan. Eind april zal de NZa hierover beslissen. Op grond van de verstrekte informatie door het VUmc zal de NZa beoordelen in hoeverre de eisen aan de zorgverzekeraars gerechtvaardigd zijn. Mocht dat onvoldoende blijken, dan kan de NZa onderzoeken in hoeverre het VUmc misbruik maakt van zijn machtspositie. De doorlooptijd voor het opleggen van een spoedmaatregel verplichte contractering is acht tot twaalf weken. De NZa zal bij betrokken partijen aandringen op concrete, breed aanvaarde behandelnormen voor genderzorg op grond waarvan de zorgverzekeraars vervolgens hun zorgplicht verder kunnen invullen. De NZa heeft verder de vertegenwoordigers van transgenders gevraagd om haar desgewenst anoniem en vertrouwelijk te informeren over specifieke situaties waarbij transgenderzorg in de knel lijkt te komen. Op 15 april hebben we op het departement een gesprek met de betrokken partijen om van ieder hun versie van het verhaal te horen. Ik vind het een treurige situatie waarin we zijn beland. Het is opmerkelijk en droevig dat we het zo ver moeten laten komen dat de NZa die eerst iedereen achter de broek heeft gezeten, nu echt zulke officiële stappen qua handhaving moet gaan zetten en dat partijen er niet zelf zijn uitgekomen. Maar ja, als de partijen er niet zelf uitkomen, hebben we een toezichthouder die handhavend optreedt. Dat vind ik terecht.

De heer **Van Veen** (VVD): De ernst van de situatie onderstreep ik ook. Het is heel slecht voor het systeem dat we met elkaar proberen overeind te houden. Ik ben toch verbaasd dat de NZa aangeeft dat ze geen enkele klacht heeft ontvangen over deze problematiek. Dat rechtvaardigt volgens mij de vraag aan de minister of het systeem dan wel werkt en of mensen überhaupt wel begrijpen dat op het moment dat er geen zorg geboden kan worden door een zorgverzekeraar of een ziekenhuis, ze bij de NZa moeten zijn om daar een klacht over in te dienen. Hoe kijkt de minister daartegenaan?

Minister **Schippers**: Blijkbaar is de drempel om met deze klacht naar de NZa te gaan, te hoog. Daarom heb ik het maar gedaan. Het is inderdaad opmerkelijk.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister zegt dat zij op 15 april met de betrokken partijen gaat praten. Ik vind het zorgelijk dat wij hier vanaf januari mee bezig zijn en de minister toen al aan de NZa gevraagd heeft om hiernaar te kijken, maar dat er nu pas een stap verder wordt gezet. Voor mensen die eindelijk zo ver zijn dat ze die behandeling willen ondergaan, is bij wijze van spreken elke dag dat ze moeten wachten, een dag te lang. Ik wil graag heel realistisch zijn en we willen allemaal een oplossing voor het probleem zien, maar ik vind wel dat nu heel snel duidelijk moet worden hoe het nu verdergaat. De minister zegt dat de NZa eind april komt met maatregelen. Maar hebben we dan de transgenderzorg weer op orde? Dat zie ik namelijk ook niet meteen gebeuren.

Minister **Schippers**: Ik heb dit najaar met de partijen gesproken. Op een gegeven moment zie je dat er zoiets gebeurt. Dan vind ik ook dat ik de partijen een bepaalde periode de kans moet geven om er zelf uit te komen. Ik vind het normaal dat je als overheid dan niet meteen alles naar je toetrekt. Het complicerende hierbij is, dat er helemaal geen klachten zijn binnengekomen. Normaal reageer je op klachten. In feite is het dan ook ongewoon dat ik als minister de NZa gevraagd heb om hieraan wat te doen. We zijn nu een officieel traject ingegaan waarbij betrokkenen twee weken de tijd hebben om met een reactie te komen. Dat vind ik niet overdadig lang. Over twee weken krijgt de NZa de reacties binnen en dan kan zij op basis van de verkregen gegevens bezien wat er daadwerkelijk aan de hand is en wie daarop aangesproken kan worden. Of het dan op orde is, weet ik niet, want we zien dat de vraag enorm is toegenomen. Niemand had verwacht dat die cijfers zo hoog zouden zijn. Dat zien we niet alleen in Nederland, de vraag neemt internationaal gewoon enorme toe. Als het een capaciteitsvraag is, hebben we een groter probleem dan wanneer het een geldvraag is. Dus ik hoop stiekem dat het een geldprobleem is. Dat is namelijk gemakkelijker op te lossen. Bij een capaciteitsvraag moet je hoog opgeleide mensen hebben die het werk doen en moet je voldoende mensen hebben die deze patiënten kunnen behandelen en begeleiden. Het gaat er nu dan ook om dat we een precieze analyse krijgen van de problemen. Het zal misschien een beetje van dit en een beetje van dat zijn. Vervolgens moet je op basis van die analyse daadwerkelijk oplossingen zoeken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik snap dat de minister zegt dat zij onze zorg deelt dat deze zorg op dit moment niet geleverd kan worden. De minister is echter wel degene die er het snelst voor kan zorgen dat er een oplossing komt. In dat licht vind ik eind april nogal laat. Dat voegt weer een maand toe aan toe de wachtlijsten. Gelet op de toename van het aantal mensen dat zich meldt en voor wie de situatie nijpend is, vind ik dat echt een probleem.

Minister **Schippers**: Dat is ook een probleem, maar ik kan geen ijzer met handen breken. De snelheid waarmee dit probleem wordt opgelost, hangt af van genoemde analyse. Als de vraag naar zorg verveelvoudigt, dan is dat ingrijpend. Als de analyse is dat het een financieel probleem is, in de zin dat verzekeraars onvoldoende willen betalen of dat de zorgaanbieder zijn marktmacht misbruikt doordat er eigenlijk maar een partij is die het hele traject kan aanbieden en daardoor te veel geld vraagt, dan is dat gemakkelijker op te lossen dan wanneer het gaat om een capaciteitsprobleem. Het is dus echt wel van belang om de feiten te kennen op basis waarvan je je maatregelen neemt. Ik deel overigens uw zorgen over mensen die kwetsbaar zijn en op een wachtlijsten staan. Vandaar dat we deze maatregelen hebben genomen. Het is overigens niet zo dat de NZa nu pas is begonnen daarmee. Sinds de jaarwisseling heeft ze gesproken met onder andere Transvisie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is goed om de betrokkenheid van de minister te ervaren. Ik heb wel steeds meer vragen bij de rol van onze toezichthouder, de NZa, die toch op zou moeten komen voor de belangen van patiënten, omdat de patiënt nu buitenspel staat in deze systeemdiscussie. Het VUmc en de zorgverzekeraars komen er niet uit en de patiënt is daarvan de dupe. Begrijp ik het goed dat de NZa nu pas, onlangs, is begonnen met het officiële traject? Waar in december bekend was dat er een patiëntenstop was ingevoerd, gaat de NZa vier maanden achteroverleunen en denkt ze vervolgens: goh, laten we toch eens wat informatie verzamelen. Ik begrijp dat er informatie nodig is om een besluit te nemen maar ik vraag mij dan toch af voor wie de NZa op aarde is. Die is er toch om de zorgplicht te handhaven als er fouten worden gemaakt? Die is er

toch om achter de patiënten te gaan staan? Dus wanneer is de NZa formeel begonnen met haar acties? Een gesprek met Transvisie in december is namelijk wat anders dan meteen actie ondernemen ten aanzien van het VUmc et cetera. Waarom moet dit zo lang duren? Wat voor toezichthouder is de NZa als de patiënt niet op haar kan rekenen?

Minister **Schippers**: Ik vind wel dat wij het in proportie moeten zien. We spreken over een kleine drie maanden. In die periode is in de reguliere onderhandelingen dit knelpunt gebleken. Een toezichthouder heeft aan de lopende band te maken met conflicten. Het is in een dergelijke situatie dan logisch dat je eerst de partijen zelf de ruimte geeft om er uit te komen. Dat is ook de oplossing zoals we die in ons systeem beogen. Je hebt een aanbieder en een inkoper en die maken zelf een deal. Dat kan soms iets korter duren en soms wat langer. Dat zien we in allerlei soorten zorg die we in Nederland hebben. In die periode van drie maanden is het niet gelukt, maar de NZa heeft het wel zodanig voorbereid, dat als het niet mocht lukken, ze meteen wist wat de vervolgacties zouten moeten zijn, inclusief de daarvoor geldende termijn. Dat traject heeft de NZa nu dus ingezet. Er wordt hier nu naar de NZa gewezen, maar ik vind dat de verzekeraar en de aanbieder primair hun verantwoordelijkheid hadden moeten nemen. Ik vind het echt heel jammer dat dit laatste niet is gelukt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister heeft gelijk dat het in eerste instantie aan de betrokken partijen zelf is. Als ik nu echter hoor dat de NZa gisteren pas formeel contact heeft opgenomen met het VUmc, terwijl sinds half december dit probleem al speelt, dan is het niet zomaar een conflict. We hebben te maken met heel kwetsbare mensen die sinds half december niet op een wachtlijst komen. De NZa doet vier maanden lang niets. Nogmaals, het is niet zomaar een conflict. Het gaat om het niet nakomen van de zorgplicht, een van de kernpunten waar de toezichthouder bovenop moet zitten, juist voor deze kwetsbare mensen. Klopt het dus dat de NZa gisteren pas formeel contact heeft opgenomen en, zo ja, wat vindt de minister daar dan van?

Minister **Schippers**: Ik weet niet welke stappen de NZa precies heeft gezet. Als toezichthouder heeft zij daarin haar eigen verantwoordelijkheid. Ik heb via mijn mensen verschillende malen contact gehad met de NZa de afgelopen drie maanden. In eerste instantie heb ik tegen de NZa gezegd: volg deze zaak nauwlettend en ga er bovenop zitten. Vervolgens heeft de NZa gedaan wat zij dacht dat zij moest doen. De NZa gaat nu het formele traject in. Overigens, er zijn wel meer conflicten. U hebt net een aantal wachtlijsten opgenoemd. Dat betreft dan ook mensen die recht hebben op zorg en die deze niet binnen de Treeknormen krijgen. In het verleden waren er gigantische wachtlijsten waar mensen op stonden die niet hun recht op zorg konden verzilveren. Daar moet de NZa op letten en die moet ook zorgen dat als het verkeerd gaat, er ingegrepen wordt. Het stelsel moet echter ook zo werken dat in principe verzekeraars en zorgaanbieders zelf hun verantwoordelijkheid hierbij nemen. Je geeft dus eerst hun die ruimte en als er dan niets gebeurt, moet je er als NZa bovenop zitten. De NZa treedt hierbij veel sneller op dan in andere situaties waarin verzekeren hun recht ook niet kunnen laten gelden. Dat doet zij in dit geval veel sneller. Dat doet zij terecht, omdat het hierbij gaat om een heel bijzondere groep en er sprake is van een heel wenselijke ontwikkeling gelet op het emancipatieproces.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister geeft aan dat eerst vastgesteld moet worden wat precies het probleem is, namelijk of het een capaciteitsprobleem of een geldprobleem is. Ik begrijp dat daarvoor onderzoek nodig is, maar deelt de minister het punt dat mensen die nu niet eens op de wachtlijsten terechtkomen, op dit moment al de verze-

kering moeten krijgen dat ze geholpen zullen worden? Ik denk dat dit al tot veel opluchting zou leiden.

Minister **Schippers**: Ja, als wij een analyse hebben van de NZa en we weten waar de problemen en verantwoordelijkheden liggen, zal ik de Kamer informeren over hoe wij dit gaan oplossen en op welke termijn. Bijvoorbeeld VGZ heeft afspraken met Gent gemaakt. De NZa heeft dat gecheckt en het klopt: er zijn afspraken gemaakt met Gent. Dat is voor sommigen een oplossing maar niet voor iedereen. Ik kan mij voorstellen dat als je in oost-Groningen woont de oplossing ten aanzien van Gent wellicht niet direct een goede oplossing is, juist waar het gaat om een jarenlang behandeltraject dat je moet doorlopen. Ik weet dus niet hoe moeilijk de oplossing zal zijn, want dat hangt af van de analyse, maar ik ga zeker op zoek naar hoe we het op een goede manier met elkaar kunnen oplossen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister zegt dat eind april de NZa zal aangeven wat het probleem precies is. Kan zij dan inzicht geven in hoe snel vervolgens het besluit genomen kan worden over een goede oplossing? Aan welk tijdsbestek moeten we dan denken?

Minister **Schippers**: Dat hangt heel erg af van de aard van het probleem. Als de aard van het probleem geld is, is de oplossing veel makkelijker dan wanneer het een capaciteitsprobleem is. Ik vrees dat het een mix is. Ik zal in ieder geval proberen u er niet al te lang op te laten wachten. Zodra de NZa met een analyse komt, zal ik zo snel mogelijk richting de buitenwereld en met name de patiënten aangeven wat wij er aan gaan doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het opvallend dat de minister zegt dat er eigenlijk pas de afgelopen drie maanden grote onrust is. Echter, voordat die patiëntenstop werd ingevoerd, hebben de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen natuurlijk ook met elkaar overleg gehad. Dus dit loopt al langer dan drie maanden. Ik ben het verder met mevrouw Bouwmeester eens dat de NZa voor patiënten wel ijzer met handen kan breken. De minister zei zo-even dat de NZa in dit geval veel sneller optreedt dan in andere situaties waarin mensen hun zorg niet krijgen. Dan wil ik wel graag van haar weten wat die andere situaties op dit moment zijn waarin mensen niet hun zorg krijgen en de NZa nog niet heeft opgetreden.

Minister **Schippers**: In het recente verleden hebben wij verschillende aandoeningen gezien waarbij de wachtlijsten boven de Treeknormen uitkwamen en waarbij het langer heeft geduurd voordat er een plan was om dat op te lossen. Het hangt er een beetje van af waar het probleem ligt en hoe snel je dat oplost. Als het probleem geld is, is het gemakkelijker op te lossen dan wanneer het probleem is gelegen in de capaciteit. Als je een toeloop hebt van patiënten die iets heel complex moeten ondergaan, waardoor je onvoldoende artsen hebt, kost het veel meer moeite om de wachtlijsten weg te werken dan wanneer het probleem puur financieel is. Aan concentratie zitten ook risico's. De bypass van een tweede, derde of vierde aanbieder wordt minder als je je zorg concentreert. Dit is er een goed voorbeeld van. Het VUmc heeft echt aanmerkelijke marktmacht. Dat betekent ook dat voor een patiënt een alternatief veel lastiger te vinden is. Je ziet dus dat ieder probleem zijn eigen kenmerken heeft. In sommige gevallen duurt het ook echt lang om het op te lossen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dat de NZa op dat soort punten sneller actie moet ondernemen. De minister maakt hier een vergelijking die niet helemaal opgaat. Voor transgenders die nu in het VUmc zorg nodig hebben, geldt dat ze niet eens meer op een wachtlijst terechtkomen. Er is gewoon geen zorg. Dat maakt deze situatie ook zo uitzonderlijk. Er is



geen zorg beschikbaar terwijl er wel een zorgplicht is. Dat raakt aan de basis van ons stelsel. Hoe kijkt de minister daartegen aan?

Minister **Schippers**: Ook de NZa kan geen ijzer met handen breken. Als iets uitgegroeid is tot een conflict vind ik een termijn van drie maanden om er onderling uit te komen geen rare termijn. Wel vind ik het betreurenswaardig dat de partijen er uiteindelijk niet uit zijn gekomen. Meestal lukt dat namelijk wel en is die stap van handhaving niet nodig. Het is ook echt uitzonderlijk dat de NZa nu moet handhaven. In het verleden is namelijk steeds gebleken dat partijen met elkaar in gesprek gaan en de problemen in alle redelijkheid worden opgelost. Dat dit nu zo moet, is echt bijzonder.

De heer **Van Gerven** (SP): Heb ik de minister goed begrepen dat ze zegt dat haar Dino, de NZa, uit zijn winterslaap is ontwaakt terwijl het niet echt winter is en dat die zich met prioriteit is gaan storten op de transgenderzorg omdat die niet op orde is? We hebben al jarenlang wachtlijsten bij de maag-, darm- en leverartsen. Er is daar een capaciteitstekort, ook door het bevolkingsonderzoek dat is gestart. Ook voor de reumatologie zijn er wachtlijsten. Het betreft hier cijfers die al heel lang bekend zijn. Wat heeft de NZa nu echt gedaan op die terreinen? Is zij daar ook in een permanente winterslaap terechtgekomen? Wat betreft de transgenderzorg is er nog een tweede locatie, namelijk Groningen. Die levert ook deze zorg, zij het niet het volledige pakket. Wellicht is het verstandig om daar de capaciteit uit te breiden of verder te ontwikkelen. Niets ten nadele van het VUmc waar ze deze zorg hebben opgepakt, maar is het misschien toch niet goed dat een tweede centrum de kans krijgt om zich volwaardig te ontwikkelen op dit gebied, zodat de afhankelijkheid van het VUmc wat kleiner wordt?

Minister **Schippers**: Groningen doet inderdaad niet het hele traject, maar het kan wel een deel van de oplossing zijn om elders capaciteit uit te breiden. Het hangt er een beetje van af waar en bij wie het probleem ligt. Daar kan ik dus nog niet op vooruitlopen. U hebt verder gezegd dat de darmkankerscreening de wachtlijsten ook niet kleiner maakt. Dat is zo. We hebben ambities en vragen richting een sector waarbij het kan zijn dat daardoor een capaciteitstekort ontstaat. Ik leid ook altijd ruimer op dan mij in eerste instantie wordt geadviseerd door het capaciteitsorgaan, omdat ik het belangrijk vind dat we voldoende capaciteit hebben. Tegelijkertijd horen we van jonge specialisten dat ze niet aan de bak komen. Dan zou ik zeggen: misschien liggen er nieuwe kansen op andere gebieden. Afhankelijk van waar het probleem ligt, is de oplossing heel snel of niet snel te vinden. Het is steeds weer een andere afweging.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn vraag was: meet de NZa nu met twee maten? Stort zij zich nu ineens op de transgenderzorg omdat er veel publiciteit en politieke druk is, terwijl zij de problemen op andere terreinen, waar de minister ook op wijst, relatief met minder prioriteit behandelt? Als dat zo is, is er iets mis met de werkwijze van de NZa, want die andere problemen moeten ook aangepakt worden. Er is nu een mogelijke oplossing gevonden in Gent. Ik vind dat zelf geen goede oplossing. We moeten het in Nederland zelf kunnen oplossen. Bovendien heeft Gent ook wachtlijsten, zo heb ik de minister horen zeggen. Dus ik weet niet hoe dat dan precies geregeld is. Moet er dus toch niet een oplossing voor het transgendervraagstuk gezocht worden binnen Nederland?

Minister **Schippers**: Dat zijn heel veel vragen in één. Gent zie ik ook niet als oplossing. Daar is een contract mee gesloten door VGZ, maar dat zie ik ook niet als een oplossing. Dus daar zijn we het dan over eens. De NZa is overigens niet wakker geworden door commotie. Ik heb de NZa na de

jaarwisseling, ik meen in de loop van januari, gevraagd om hier speciaal op te letten en specifiek toezicht te houden op dat conflict dat was ontstaan. De NZa heeft daarover geen klachten van patiënten gekregen. De verzekeraars hebben er ook geen substantiële klachten over gekregen van patiënten. Dus dat is opmerkelijk.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Bouwmeester nog een vraag wil stellen. Ik wijs haar er wel op dat dit dan haar tweede interruptie is. In deze beantwoording door de minister is dit dan tevens haar laatste kans om te interrumperen. Als zij zich daarvan bewust is, in de wetenschap dat ik in de tweede termijn wat minder coulant bent, geef ik haar bij dezen het woord.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Zeker. Ik heb twee vragen. De minister zegt dat ze de NZa gevraagd heeft om te handhaven. We hebben vandaag een debat en gisteren belt de NZa met het VUmc. Je kunt het toeval noemen. Je kunt ook zeggen: als het debat vier weken later was geweest, had de NZa dan vier weken later gebeld? Als een probleem half december ontstaat, vind ik het onbestaanbaar dat de NZa pas gisteren naar het VUmc belt. Ik vind dat een toezichthouder onwaardig. Dan sta je wat mij betreft niet achter de patiënt. De minister zegt dat nagegaan zou kunnen worden of een ander ziekenhuis dezelfde zorg kan bieden. Op zich vind ik dat allemaal prima, maar het probleem is dat de zorgverzekeraars niet willen betalen. Dus we kunnen hier nu wel zeggen dat bijvoorbeeld nog drie ziekenhuizen het gaan doen, leuk en fantastisch allemaal, maar er is geen geld. Dus dat biedt op de korte termijn ook geen oplossing voor deze patiënten.

Minister **Schippers**: Ik deel die conclusie die u blijkbaar al kunt trekken, op voorhand niet. Er wordt wel geld betaald maar er komen geen nieuwe patiënten in behandeling. Dat is op zich opmerkelijk. Dus ik heb graag dat het eerst goed wordt uitgezocht, en wel aan twee kanten. Het kan heel goed zijn dat het VUmc een heel goed verhaal heeft. Welnu, dan vind ik het ook prettig als we dat op papier hebben. Ik wil in ieder geval wel, zoals gezegd, dat we van twee kanten het verhaal horen en dat we dan onze conclusies trekken. Mijn mensen hebben gisteren met het VUmc gebeld. Zoiets doe ik heel vaak. Voor een debat vraag ik dan: zijn er nog updates of zijn er nog specifieke dingen die jullie mij willen meegeven? Er worden allerlei partijen, ook voor schriftelijke en mondelinge vragen, gebeld. Hoe de NZa dat doet, daar bemoei ik mij niet mee. Het enige wat ik tegen de NZa heb gezegd is: vestig hier specifiek de aandacht op. De NZa heeft mij laten weten dat zij een handhavingstraject is ingegaan, wat op zich uniek is. Naar mijn weten heb ik dat niet eerder meegemaakt. Ik vind dat, na drie maanden de partijen de ruimte te hebben gegeven, de NZa nu kordaat optreedt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb geen twijfel over de intentie van de minister. Ze zit er bovenop en wil een oplossing, en dat waardeer ik, hetgeen des te meer geldt voor haar betrokkenheid. Het is inderdaad uniek dat de NZa ingrijpt, maar het is ook uniek dat er geen zorg geleverd kan worden en dat mensen zich niet kunnen aanmelden. 174 mensen die zorg nodig hebben, staan niet op een wachtlijst, waarbij de Treeknormen worden overschreden. Mensen kunnen zich niet aanmelden en derhalve geen zorg krijgen. Waar de situatie uniek is, is mijn vraag wat de minister er dan van vindt dat de toezichthouder waar zij verantwoordelijk voor is, nu pas een formeel traject start en gisteren pas naar het VUmc belt. Zegt zij: dat moeten ze vaker doen in zo'n unieke situatie? Of vindt zij dat er meer tempo gemaakt moet worden in het belang van de patiënten?

Minister **Schippers**: Ik heb niet tegen de toezichthouder gezegd: geef mij eens een rapportage van je acties. Ik heb de toezichthouder gevraagd om er bovenop te zitten. De toezichthouder heeft mij aangegeven dat ze deze partijen de kans heeft willen geven er zelf uit te komen en dat ze zich ook goed heeft laten informeren. Ik weet niet hoe ze dat heeft gedaan en door wie dat is gebeurd. Dat vind ik een taak van haarzelf. Vervolgens heeft ze mij na die drie maanden aangegeven zelf handhavend te zullen optreden. Ik vind dat voor een toezichthouder niet zo'n raar patroon.

Over de secundaire geslachtskenmerken hebben wij al verschillende malen met elkaar gesproken. In 1998 zijn de cosmetische ingrepen op grond van ernstig geestelijk lijden, uit het pakket gehaald. Bijvoorbeeld borstvergroting was daar een onderdeel van. Zestien jaar geleden zijn die ingrepen uit het pakket gehaald omdat het onderscheid niet te maken was, omdat zo'n beetje alle patiënten door hun arts «onder ernstig geestelijk lijden» werden gesteld en daardoor een beroep deden op het basispakket en ze de kosten van de ingreep derhalve ook vergoed kregen. Als je het alsnog in het pakket zou willen onderbrengen, zou dat zodanig moeten gebeuren dat het voor iedereen in een gelijke situatie ook gelijk geldt. Zo zijn er vrouwen die totaal geen borstontwikkeling hebben en die daar geestelijk last van hebben. Ook voor deze vrouwen zit een borstimplantaat niet in het pakket. Hetzelfde geldt voor transgenders. Dat is dus één lijn. Als je dat wilt veranderen, dan moet dat ook één lijn zijn, hetgeen dan betekent dat je het voor iedereen doet. Dan krijg je dus weer met dezelfde zaken te maken op basis waarvan een van mijn voorgangers heeft gezegd: dat is uit de hand gelopen, dat werkt niet. We hebben het er overigens al verschillende malen over gehad. Het zou dus een aanspraak betekenen binnen het pakket. Het is dus niet zo dat de arts bepaalt wat de vergoeding is. Het zit in het pakket of niet en als je een indicatie hebt zou je er een beroep kunnen doen.

Van psychologische zorg voor transgenders is ggz-hulp een onderdeel. Voor onzekerheid over de behandelperspectieven in het VUmc of elders is de ggz-hulp overigens geen oplossing. Dat is een heel ander traject.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Dijkstra een vraag wil stellen. Ook voor haar is dat de laatste interruptie.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dan neem ik het in mijn tweede termijn mee.

De **voorzitter**: Dat is zeker een optie.

Minister **Schippers**: Verder heeft mevrouw Dijkstra gevraagd of ik het Kwaliteitsinstituut wil vragen om concentratie van oncologische zorg te bevorderen. Het Kwaliteitsinstituut werkt aan een jaaragenda met onderwerpen ten aanzien waarvan het kwaliteit en transparantie gaat bevorderen. Oncologie is een van de onderwerpen waar het Kwaliteitsinstituut als eerste mee aan de slag gaat.

Er zijn ziekenhuizen die onder verscherpt toezicht staan omdat ze geen VMS hebben. In dat kader is gevraagd of er een mogelijkheid is om in dit geval de kosten voor het onder verscherpt toezicht staan, te verhalen op de ziekenhuizen. Het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis is op 12 juli 2013 onder verscherpt toezicht gesteld voor zes maanden. Intussen hebben we daar een groot aantal onaangekondigde bezoeken afgelegd. Ondanks dat er goede voortgang is geboekt met de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem, is er meer tijd nodig om tot borging van de resultaten te komen. Dat is de reden dat het verscherpt toezicht op 12 januari ondanks alle ingezette verbeteringen is verlengd met zes maanden. De inspectie toetst tussentijds of het ziekenhuis de gewenste resultaten heeft gerealiseerd. Als het in voldoende mate voldoet aan de accreditatie-eisen wordt de maatregel opgeheven. Het Medisch Spectrum Twente is op 19 november 2013 voor zes maanden onder verscherpt toezicht geplaatst.

Reden was dat het niet voldeed aan de accreditatienorm voor het veiligheidsmanagementsysteem. De afgelopen periode heeft de inspectie meerdere onaangekondigde en aangekondigde bezoeken gebracht om te kunnen toetsen of het ziekenhuis de gewenste resultaten heeft gerealiseerd en of de maatregel kan worden opgeheven. Alle andere ziekenhuizen hebben tijdig de beschikking over een geaccrediteerd of gecertificeerd VMS. Het is tot nu toe niet gebruikelijk om de kosten van onder verscherpt toezicht plaats te verhalen op ziekenhuizen. Er is natuurlijk altijd een dilemma. Ziekenhuizen die onder verscherpt toezicht staan, zijn niet ziekenhuizen die alles goed op orde hebben. Als je die dus ook een boete gaat geven, moeten ze én de zaak op orde brengen wat geld kost, én een boete betalen. Aan de andere kant zien we dat bij de NVWA andere gedachten over toezicht bestaan. Ik noem als voorbeeld dat als men een toezichthouder op bezoek krijgt omdat men de vorige keer niet voldeed, men daarvoor moet betalen. Dus ik zal eens bekijken in hoeverre de ontwikkelingen bij de verschillende toezichthouders een beetje met elkaar in de pas lopen. Dan moet ik daar vervolgens ook nog een standpunt over innemen.

Hoe ga ik sturen op een cultuurverandering voor openheid in de zorg?

De **voorzitter**: Voordat u daarop ingaat, stelt de heer Van Veen u een vraag. Overigens geldt ook voor hem dat dit zijn laatste interruptie is. Mij blijkt dat hij zich daarvan bewust is.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik kan heel goed tellen, maar ik maak toch maar gebruik van deze gelegenheid.

Ik kijk vrij regelmatig op de site [vmszorg.nl](http://vmszorg.nl). Deze site is bijgewerkt tot 21 januari 2014. Uit die site blijkt dat vier ziekenhuizen geen VMS hebben. De minister hoeft het antwoord daarop niet nu te geven, maar ik wil wel graag dat zij toezegt te verklaren hoe het komt dat op die site melding wordt gemaakt van vier ziekenhuizen die geen VMS hebben, terwijl twee ziekenhuizen nu onder verscherpt toezicht staan.

Minister **Schippers**: Naar mijn interpretatie zijn het er twee, maar ik kan het zo niet zeggen. Ik heb die site zelf niet recentelijk bekeken. Mij blijkt echter dat het er volgens de inspectie ook twee zijn. Dan moet dus even naar die site worden gekeken.

De heer **Van Veen** (VVD): Als het niet klopt, dan moet die site aangepast worden. Het is voor mij een beetje lastig om in te schatten wie het beheer over deze site heeft. Het is echter een site die ik zeer regelmatig bekijk omdat daarop nuttige informatie staat over het VMS en de vervolgstappen die gezet moeten worden. Als erbij staat dat de site op 21 januari 2014 is bijgewerkt, is het wel heel slordig als daar 89 staat in plaats van 93.

Minister **Schippers**: Het zijn de ziekenhuizen zelf die deze zaak beheren, maar ik zal er eventjes achter aangaan.

Niets is zo moeilijk als het veranderen van een cultuur. Je kunt beter een wet veranderen. Al doen wij daar jaren over, dat gaat toch een stuk sneller dan het veranderen van een cultuur. Eigenlijk zitten we al jaren in een cultuurverandering. Als je met dokters, met verpleegkundigen in ziekenhuizen of met patiënten praat, dan blijkt dat openheid en inzichtelijk maken wat je doet en wat het kost, echt veel meer dan een paar jaar geleden worden geaccepteerd, gangbaar zijn en door iedereen worden nagestreefd. Zo'n tien jaar geleden wisten wij helemaal niets over kwaliteit. Wij wisten niet eens hoe duur iets was. Dat verklaart ook de enorm grote verschillen in dbc-prijzen. Wij komen echt uit een tijdperk waarin dat er niet toe deed. Je kreeg een budget en daar moest je het

voor doen. Hoe duur een apart onderdeel was, was niet bekend, laat staan dat je daarop werd afgerekend.

Hetzelfde geldt in feite voor kwaliteit. Wij zijn met elkaar een traject ingegaan. Dat wordt niet alleen door mij gevolgd; mijn voorganger is daar al mee begonnen. Ik verwijs hierbij naar het Kwaliteitsinstituut, naar transparantie over kwaliteit en het beschikbaar hebben van informatie op een site. Gelukkig is het Kwaliteitsinstituut nu ook door de Eerste Kamer en kunnen we ook daadwerkelijk op de site van het Kwaliteitsinstituut veel meer transparantie bieden aan patiënten. Nu kan het daadwerkelijk full swing van start gaan. Ik denk dat dit traject tijd nodig heeft, maar dat wij wel echt op de goede weg zijn. De dokters die zeggen «je hoeft niet te weten wat iets kost en ook niet hoe goed ik ben», vormen echt een uitstervend ras. Ik ben daar wel positief over. Daar dragen wij allemaal ons steentje aan bij, de sector in de eerste plaats.

Welke maatregelen heeft de NZa aan ziekenhuizen opgelegd die nog geen sterftecijfer presenteren, en wat is daarvan het resultaat? De NZa heeft de afgelopen weken naar vijf ziekenhuizen een aanwijzing gestuurd. Vier van de vijf ziekenhuizen die een aanwijzing hebben gehad, hebben alles gepubliceerd. Met elf ziekenhuizen bespreekt de NZa een alternatief, aangezien deze instellingen de gegevens in 2012 niet hebben vastgelegd en daarom over dat jaar geen gestandaardiseerde sterftecijfers kunnen publiceren. Naar verwachting gaan deze ziekenhuizen als alternatief alvast de voorlopige sterftecijfers over 2013 publiceren.

Hoe kan worden bereikt dat betekenisvolle informatie wordt gedeeld in plaats van kale cijferlijsten en wat is hierbij de rol van de NZa? Ervaringen in het Verenigd Koninkrijk hebben laten zien dat de HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio) en de SMR (Standardized Mortality Ratio) bruikbare indicatoren zijn om vermijdbare ziekenhuissterfte terug te dringen. Vooral in combinatie met andere indicatoren kunnen deze cijfers iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Een hoge HSMR en SMR betekent niet direct dat er in een ziekenhuis iets mis is. Dat weten we allemaal. Het is echter een startpunt voor verder onderzoek naar mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering.

Mij is ook gevraagd naar de publicatie van kwaliteitsverschillen in ziekenhuizen, bijvoorbeeld op het gebied van complicaties. De inspectie vraagt kwaliteitsindicatoren uit in het kader van risicogestuurd toezicht. Op individueel niveau worden deze gepubliceerd in Het resultaat telt. Daarnaast ligt hier een rol voor het Kwaliteitsinstituut. De vaststelling van richtlijnen is echt de sleutel. Dat moeten dan vooral richtlijnen zijn waar artsen ook echt mee kunnen werken. Aan richtlijnen van 360 pagina's, die ik ook heb gezien, heb je niks, want er is geen arts die zo'n richtlijn leest of kent.

Ik ben het met iedereen eens dat op dit vlak nog een heel traject is te gaan en dat wij er nog lang niet zijn. Wij staan aan het begin. Het is wel iets wat enorm veel van de sector vergt. Het vergt goede systemen en eenduidig taalgebruik. Als iedereen verschillende termen gebruikt, kan niks worden vergeleken. Ieder ziekenhuis moet dus dezelfde taal spreken, opdat je ook weet wat goed en wat minder goed is. De omslag die je van de sector vraagt om die transparantie voor elkaar te krijgen, is dus enorm.

D66 vroeg naar de concentratie van zorg en de reductie van 25% die wij hebben gezien. Daaruit blijkt dat het ook echt iets oplevert als je echt complexe zorg concentreert. De umc's hebben het voortouw genomen om de ketens van oncologie te organiseren. Daar ligt het initiatief. Daarnaast is er een impliciete concentratie van zorg door de richtlijnen van beroepsgroepen. Het Kwaliteitsinstituut heeft daar een belangrijke taak in: het moet een en ander zichtbaar maken, maar ook partijen bij elkaar trekken als er hiaten zijn.

In grote lijnen zijn er twee oorzaken voor de problematiek met de jaarrekeningen. De eerste oorzaak, namelijk het transitiebedrag dat wij nodig hadden om de omslag te maken van dbc's naar DOT's, is tijdelijk.

De transitiebedragen waren nodig omdat het bij een systeemwijziging inzake bekostiging niet mag voorkomen dat ziekenhuizen failliet gaan of door de hoeven zakken omdat wij definitives en betalingen wijzigen. Wij vinden dat ziekenhuizen op kwaliteit moeten worden afgerekend, niet op systeemwijzigingen. Daarvoor hebben wij met elkaar een transitieperiode van twee jaar afgesproken. Het transitiebedrag geldt voor 2012 en 2013. Dat bedrag is voorlopig vastgesteld en kan nog wijzigen. Dat is de onzekerheid die hieraan is verbonden. Die onzekerheid over de definitieve omvang is ook een onzekere factor voor de accountant. Het is in ieder geval een tijdelijke factor, die zich volgend jaar niet meer zal voordoen. De tweede oorzaak, namelijk dat ziekenhuizen gewoon meer risico's lopen, is wel structureel. Dat je een ziekenhuis dat failliet gaat, niet gaat redden, is een risico dat er eerst niet was. Dat je wordt afgerekend op prestaties, is ook een risico dat er niet was. Er is verder een derde punt dat ons aller aandacht vergt en dat is dat wij de declaratieregels en de NZa-vereisten echt moeten stroomlijnen. Iemand zei: in februari met terugwerkende kracht. Aan dat soort dingen moeten wij echt een einde maken. Het is echter veel complexer dan je zou denken. We zullen daar met elkaar alle energie op zetten om daarin stroomlijning aan te brengen. Daarvoor zal ik mijn uiterste best doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het is fijn dat de minister dat zelf ook ziet. Ik heb haar ook gevraagd of zij de verantwoordingsnormen wil gaan vereenvoudigen. In feite geeft zij het antwoord dat wij ook vorig jaar hebben gehoord: dat moet gebeuren en daar moet alle kracht op worden gezet. Ik wil heel graag weten wanneer dat naar de mening van de minister geëffectueerd moet zijn. Hoe denkt zij dat te gaan aanpakken?

Minister **Schippers**: Daarbij heeft de NZa een belangrijke taak, want zij maakt de declaratieregels. Dit zit natuurlijk ook weer in een hele keten van dingen die met elkaar te maken hebben. Ik kan de Kamer wel toezeggen dat wij na de zomer eens goed op een rijtje hebben hoe het nu gaat, waarom het zo gaat en wat daarin gaat veranderen. Dat is ongelooflijk belangrijk. Dat betreft immers ook een grote klacht van ziekenhuizen: zij kunnen niet werken als zij gedurende het jaar van de NZa een regen van aanpassingen in declaratieregels krijgen. Mevrouw Dijkstra zegt tegen mij: u zegt het wel, maar wat doet u nu? Als ik het na de zomer zo concretiseer, kan zij in ieder geval zien hoe het was, wat wij doen en wat het tijdpad is.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik vind na de zomer eigenlijk een beetje laat, vooral omdat de accountants nu hebben gezegd dat zij niet tot goedkeuring zullen overgaan. Dit gaat weliswaar in juni spelen, maar als wij pas na de zomer een tijdpad hebben, voeren wij volgend jaar met de minister dezelfde discussie.

Minister **Schippers**: Partijen zijn daar nu al mee bezig. Het is niet zo dat er niks gebeurt. Partijen werken op een heleboel terreinen aan de regelgeving en de administratieve lasten. Die zijn bij ziekenhuizen echt zwaar geworden. Dat wordt overigens voor een groot deel niet door de overheid veroorzaakt. Ik vind dat wij daar allemaal wat aan moeten doen. De overheid moet haar deel doen en de sector moet zijn deel doen. Er gebeurt dus wel degelijk wat. Ik wil dat niet te veel verstoren door te zeggen: jongens, nu allemaal even stoppen, want we moeten eerst allemaal aan verslaglegging gaan doen. Na de zomer is nog ruim voor de start van de contractering in 2015. Dan kunnen wij daar met elkaar daadwerkelijk over spreken en dan kan ik ook laten zien wat het resultaat is van het werk en de gesprekken met de partijen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister merkt op dat de declaratieregels van de Nederlandse Zorgautoriteit vereenvoudigd en gekortwiekt moeten worden omdat het nu een kerstboom is. Daar steun ik de minister in, maar die kerstboom heeft de Nederlandse Zorgautoriteit in februari van dit jaar zelf veroorzaakt. Vorig jaar, rond deze periode, zaten wij hier bij elkaar en bespraken wij dezelfde problematiek. In februari van dit jaar doet de Nederlandse Zorgautoriteit nog iets ergers dan vorig jaar. De minister vraagt ons om de NZa even tijd te geven om er goed over na te denken, maar hoe kan het dan dat de NZa in dit voorjaar nog die fout heeft gemaakt? Dat vind ik slecht voorstelbaar. Hoe kunnen wij er dan nu wel op vertrouwen dat de Nederlandse Zorgautoriteit met een goede oplossing komt?

Minister **Schippers**: De circulaire van februari is opgesteld omdat partijen hebben verzocht helderheid te bieden. Soms is er geen helderheid en wordt er gevraagd om helderheid, die de NZa dan biedt. Ik wil niet alleen vereenvoudigen en kortwieken, maar ook stroomlijnen. De ziekenhuissector vraagt zelf om stroomlijnen: kom niet het hele jaar door met allerlei dingen, maar doe dat op vastgestelde momenten, zodat iedereen weet waar hij aan toe is. Soms wordt bijvoorbeeld gevraagd om invulling of verheldering van open normen. De NZa voldoet daar dan aan en dan ontstaat een proces waarin dit soort zaken zich voordoet. Dat kunnen we alleen oplossen met elkaar. Dat kunnen we echt alleen maar oplossen als we rond de tafel gaan zitten en op dit vlak daadwerkelijk stappen zetten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat leidt tot de conclusie dat de normen in eerste instantie niet duidelijk en feitelijk genoeg zijn. De minister zegt dat zij ervoor zorgt dat er na de zomer een tijdsplan is; dan kunnen wij het voor de contractering van 2015 voor elkaar krijgen. Accepteert de minister dan dat wij over 2014 eigenlijk weer met hetzelfde probleem te maken krijgen, met alle financieringsrisico's voor de ziekenhuizen en de ggz-instellingen van dien? Accepteert de minister dat nu al?

Minister **Schippers**: Nee, want wij zijn natuurlijk al lang bezig. Het enige wat ik voorstel is om daar na de zomer verslag van te doen. Het is niet zo dat er nu niks gebeurt. Partijen zijn juist wel hard aan het werk. Het enige wat ik heb gezegd is dat ik na de zomer kan zeggen wat er is gebeurd, waar we zijn en wat er nog moet gebeuren. Ik bied aan om de Kamer daar verslag van te doen. Het is niet zo dat wij dan pas gaan beginnen. Ik ga niet eerst nadenken over een plan, dat naar de Kamer sturen en dan beginnen. Nee, men is nu al bezig. Het ligt inderdaad aan open normen, maar die hebben ook weer voordelen en nadelen. Zo is het altijd. Als ze heel besloten zijn, heeft dat ook weer nadelen. Zo zit je altijd in een dilemma.

Komen de ziekenhuizen in financiële problemen doordat de jaarrekeningen niet van een goedkeuring worden voorzien? Overigens kun je de leden in een alert wijzen op de zaken waarop ze alert moeten zijn. Ik hecht er wel aan om te zeggen dat ik ervan uitga dat een accountant ieder ziekenhuis bekijkt op zijn eigen merites. Anders kun je ook één rekening sturen. De accountantsrekening wordt dan wel een stuk lager, maar de accountants moeten per ziekenhuis hun werk doen. Een en ander zal dus afhankelijk zijn van de situatie in het desbetreffende ziekenhuis. Het kan zijn dat dit in het ene ziekenhuis net een stukje van het totaal aan risico's is waardoor de rente van de leningen omhooggaat. Je ziet sowieso dat ziekenhuizen meer risico gaan lopen. Als je failliet kunt gaan, loop je meer risico. Als je slecht presteert of minder dan een ander, loop je ook het risico dat je minder contracten krijgt. Die risico's zullen sowieso meer doorwerken bij de banken. Ik heb met de banken gesprekken gevoerd om te bekijken hoe wij hiermee omgaan. Aan de andere kant bieden de bestuurlijke afspraken, de hoofdlijnenakkoorden en de financiële kaders

die wij met elkaar afspreken in de sector ook weer een meerjarige zekerheid. De sector staat er als geheel goed voor, nog steeds. Wij spreken ook met de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) over de consequenties van het later vaststellen van de jaarrekening. Ik zei al dat het tot extra risico's voor de kapitaalverschaffers kan leiden als de jaarcijfers niet zijn goedgekeurd. Dat kan een rentestijging betekenen, maar de banken zullen ook kijken naar de achterliggende redenen: waarom zijn de cijfers niet goedgekeurd?

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) is een waarborgfonds van zorgaanbieders onderling. Dat zal daar ook goed naar kijken. Als de cijfers van een specifieke deelnemer aan het WFZ niet op orde zijn, zal dat betekenen dat die deelnemer niet meer aan de voorwaarden van de borging voldoet en zal de rente dus stijgen.

Voor de rijksgarantieregeling overheidsgarantie zie ik geen directe gevolgen.

De integrale tarieven zijn een ongelooflijk belangrijke stap bij het realiseren van de situatie waarin het ziekenhuis als één organisatie werkt, evenals gelijklopende belangen en schouder aan schouder werken. De verhouding tussen raad van bestuur en medisch specialist is heel helder. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgelegd dat het bestuur van een zorginstelling verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg. Als je te maken hebt met vrijgevestigde medisch specialisten, wat kan, dan sluit de raad van bestuur een toelatingsovereenkomst. Dat moet je beschouwen als een wederzijdse overeenkomst, waarin de verantwoordelijkheden zijn vastgelegd en waardoor de medisch specialist gebonden is aan de huisregels van de instelling. De verhouding van de vrijgevestigde medisch specialist tegenover het bestuur is in die zin dezelfde als die van de medisch specialist in loondienst en iedere andere professional die gelet op zijn bijzondere expertise een grote eigen verantwoordelijkheid heeft.

Om te voorzien in de bevoorschotting van onderhanden werk bij ziekenhuizen is eind 2012 een zogenaamde onderhandenwerkgroeper (OHW-grouper) in het leven geroepen. Ziekenhuizen kunnen nu via die weg op een uniform werk hun onderhandenwerkinformatie aanleveren, waarna verzekeraars hun bevoorschotting kunnen baseren op die informatie. Uiteindelijk moeten afspraken over bevoorschotting en aanlevering van onderhanden werk door ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderling contractueel worden geregeld. Eind september 2013 waren er 54 ziekenhuizen, waarvan zes umc's, die onderhanden werk aanleverden aan de onderhandenwerkgroeper. Overigens gaat dit enorm schelen als wij de dbc's verkorten, want dan is er ook hier een verkorting.

De **voorzitter**: Ik onderbreek u even. Ik krijg onderhands een briefje waarop staat dat het misschien toch verstandig is om een derde interruptie toe te staan. Dat wil ik wel doen. Dat is geen probleem. Dat betekent dat we moeten bekijken hoeveel tijd we voor de tweede termijn overhouden. Misschien komt die in de squeeze, maar als er echt een dringende reden is om een derde keer te interrumperen, dan moeten de leden dat vooral doen.

Minister **Schippers**: Wil iemand nu een interruptie plaatsen?

De **voorzitter**: Die zit nu wel ergens in de pijplijn, maar je weet nooit wanneer die naar boven komt. Vooralsnog gaat de minister verder met de beantwoording.

Minister **Schippers**: Ja.

Het beleid dat wij inzetten is heel erg gericht op de emancipatie van de patiënt. Ik vond dat de tekst die mevrouw Bouwmeester had over een luistercultuur, echt het hart van die cultuurverandering trof. De patiënt



geeft ongelooflijk veel informatie. Als daar beter naar wordt geluisterd, kan de arts ook echt veel beter behandelen. Die actieve betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling is dan ook cruciaal. De NPCF is bezig met een aantal trajecten om patiënten te helpen om de juiste vragen te stellen en de keuzes te ondersteunen. Ook dat is belangrijk. Dat weet iedereen die weleens naar een arts gaat. Je moet op het juiste moment de goede vragen stellen. Het scheelt als de patiënten daar een beetje sterker in worden.

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) zet ook in op gezamenlijke besluitvorming. Wat is zinnig, wat is zuinig, wat is noodzakelijk? Ik vind dit beide onderdelen van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die binnenkort zal worden vastgesteld. Ik zal die naar de Kamer sturen zodra deze gereed is.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik besef dat de minister in haar antwoord de sprekersvolgorde aanhoudt.

Minister **Schippers**: Op onderwerp.

De heer **Van Gerven** (SP): Oké. Dan stel ik mijn vraag over de bekostiging van de ziekenhuizen toch. Ik heb voorgesteld om over te gaan tot of in ieder geval een onderzoek te doen naar populatiebekostiging van ziekenhuizen, omdat dbc's Op weg naar Transparantie (DOT) een verspilling is van honderden miljoenen, zo het niet meer is. Het is een verrichtingenstelsel, dus: weg ermee. Dat is een principieel inhoudelijk punt.

Bij de kostenpost voor de verzekeraars hanteren wij bepaalde parameters per patiënt. Bij dure patiënten krijgt de verzekeraar er wat bij en bij goedkope patiënten krijgt de verzekeraar wat minder. Op die manier verevenen wij dat. Waarom voeren wij vanuit die gedachte niet eenzelfde systeem in? Dat zou een enorme vereenvoudiging betekenen en daarmee zou ook het verrichtingenstelsel – je produceert iets en daarvoor krijg je geld – van de baan zijn.

Minister **Schippers**: Wij zitten nog in de transitie van dbc naar DOT. We hebben gezien hoe ongelooflijk ingrijpend die is. Een heleboel van de problemen die wij met de jaarrekeningen hebben, zijn te wijten aan zo'n transitie, met alle onzekerheden van dien. Als je aan de bekostiging gaat zitten, heb je een enorme impact op degene die je bekostigt. Dat is evident. Ik ben eigenlijk van mening dat wij een overgang in één big bang nooit meer moeten doen. Daar ben ik echt ongelooflijk tegen. Je bent namelijk altijd een soort matigingsinstrumenten aan het ontwikkelen die ook weer allerlei problemen geven. Nu hebben wij een systeem dat wij langzaam maar zeker, stapje voor stapje, op uitkomstbekostiging instellen. Wij moeten nooit zeggen dat het een eindsysteem is, want dat is het niet. Het is een tussensysteem. Wij moeten steeds meer gaan betalen voor kwaliteit. Dat is een transitie waarbij ik het systeem jaar op jaar op jaar steeds gevoeliger voor afrekening op kwaliteit wil maken. We kunnen nu helemaal niet op uitkomst bekostigen. Daar hebben wij verschillende onderzoeken naar laten doen. Die heb ook aan de Kamer toegestuurd. Daar zitten weer allerlei complexe vragen achter. We moeten dat dus stap voor stap voor stap doen. Een big bang zou ik niet meer willen. Populatiebekostiging heeft ook zo zijn nadelen. Binnen de wijkverpleegkundigenzorg en de huisartsenzorg zal wel met elementen daarvan worden gewerkt, maar ook daarbij treden weer voor- en nadelen op die je moet mitigeren. Bekostiging is echt heel erg lastig.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is al negen jaar een puinbak met die dbc's en DOT's, vanaf 2005. Het is alleen maar van kwaad tot erger geworden. Nu keuren accountants al hele zaken niet meer goed. Het is wishful

thinking, een ideologische verblinding of wat dan ook om te denken dat dat systeem gaat werken. Ik wil daarom toch vragen of de minister niet gewoon een onderzoek wil laten doen naar populatiebesteding. De TU Delft is daar bijvoorbeeld een voorstander van. Zij heeft daar ook suggesties voor gedaan. Het kan veel eenvoudiger en gemakkelijker. Wij houden dan een eenvoudig financieringsstelsel overeind. Dan kunnen ziekenhuizen hun aandacht wijden aan de taken die voor ziekenhuizen zijn bedoeld en zich concentreren op het leveren van goede zorg in plaats van op allerlei administratieve rompslomp. De administratieafdelingen zijn de enige afdelingen die de afgelopen jaren explosief zijn gegroeid. Ik verzoek de minister daarom nogmaals of zij dat onderzoek wil laten doen.

Minister **Schippers**: TU Delft mag onderzoeken wat zij wil. Dat is heel erg goed. Als de onderzoeken klaar zijn, kan iedereen daarmee zijn voordeel doen. De kwalificatie «puinbak» van de heer Van Gerven deel ik overigens totaal niet. De prestaties van de medisch specialistische zorg in de periode die heer Van Gerven beschrijft, zijn heel goed en dat heeft ook met de besteding te maken. Dit debat hebben wij echt al vele malen gevoerd. Ik ben een voorstander van een systeem waarbij wij langzaam maar zeker steeds meer elementen van besteding van kwaliteit inbouwen, zodat we echt belonen op kwaliteit. Dat is waar je uiteindelijk op uitkomt. De systemen zijn uiteindelijk een mix van van alles en nog wat. Ik vind het ook veel te simpel om te zeggen dat het ene niks is en het andere alles. Ieder systeem heeft zijn nadelen. Het is niet voor niks dat wij ook in de huisartsenzorg en de wijkverpleegkundigenzorg niet alleen werken met populatiebesteding, maar met een mix van systemen gaan werken. De PvdA vroeg inzake de voortgang van substitutie naar de financiering in de eerste lijn op basis van inhoud en kwaliteit. Dat is een beetje waar wij het nu ook over hebben. In het hoofdlijnenakkoord zijn passages opgenomen over substitutie. Wij werken hard aan de uitwerking daarvan. Cruciaal daarbij is dat de zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener wordt geleverd. Dat is de uitdaging waarvoor wij staan. Dat willen wij realiseren. Wij maken het onderdeel van de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda die door het veld wordt opgesteld. Er worden concrete activiteiten opgezet. Ik zal de Kamer daar binnenkort over informeren.

Zorgverzekeraars Nederland werkt in samenspraak met de andere partijen uit de eerste en tweede lijn aan een substitutiemonitor, waardoor in beeld kan worden gebracht wat er nou eigenlijk daadwerkelijk is gebeurd en wat van de tweede naar de eerste lijn is gegaan. Wij hebben bij de ketenzorg gezien dat het daaraan ontbrak. In de eerste lijn werd gezegd «wij doen veel meer» en in de tweede lijn «wij doen niet minder». Aan die informatie heb je niks voor je beleid. Als aantoonbare substitutie leidt tot een daadwerkelijke verschuiving van verlening van zorg naar de eerste lijn, dan kun je de kaders daar ook daadwerkelijk op aanpassen.

Kunnen wij de problemen rond DOT betrekken bij de ontwikkelagenda voor e-health? Voor de zomer zal ik een brief sturen over innovatie. E-health is daar een belangrijk onderdeel van. Daarin zal ik zeker specifiek terugkomen op de vraag van mevrouw Dijkstra. Ik kan nu al zeggen dat er veel mogelijkheden zijn. Ik noem bijvoorbeeld een beoordeling op afstand door de huisarts of foto's van dermatologie. Verzekeraars en ziekenhuizen kunnen bij zorginkoop afspraken maken over e-health; denk aan telemonitoring en screen-to-screen herhaalconsulten. Pilots zijn mogelijk onder de beleidsregel innovatie. Wij zullen voor de zomer een agenda naar de Kamer sturen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb niet zozeer gevraagd om het opstellen van een agenda. Ik heb de minister expliciet gevraagd in kaart te brengen hoe het met de financiering zit. Zit de DOT-financiering hierbij in de weg?

Minister **Schippers**: Een onderdeel van de innovatieagenda is dat in kaart wordt gebracht waar belemmeringen zitten, ook als een DOT-financiering een belemmering is. Ik zal dit aspect specifiek hierbij betrekken en erop letten of zich dat hierbij voordoet. In de brief wordt ook ingegaan op de belemmeringen voor e-health: waarom komen bepaalde dingen of innovatie in het algemeen niet van de grond?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Wordt daar meteen een oplossingsrichting bij genoemd?

Minister **Schippers**: Voor zover wij die kunnen verzinnen, wel. Dan ga ik in op het boetebesluit van de NZa inzake Achmea. De NZa is daarbij veel actiever geworden en laat ook daadwerkelijk haar tanden zien als dat moet. Het is van belang om te constateren dat fouten van verzekeraars niet gericht waren op het vergroten van winst. Er waren fouten die de winst verhoogden en fouten die de winst weer verlaagden. Er zaten heel veel menselijke fouten in. Ik noem bijvoorbeeld budget opnemen in de administratie in plaats van ingediende declaraties. Dat is relevant voor de risicoverevening. Het gaat om fouten in de verantwoording over 2011. De NZa heeft nadat zij verschillende malen heeft gewaarschuwd, boetes opgelegd. De verzekeraars hebben maatregelen genomen zodat zij deze fouten niet meer maken en, naar ik hoop, ook geen andere.

Mij is verder gevraagd naar de inzichtelijke zorgnota. Wij zijn in feite bezig met een begrijpelijkheidstraject. Dat heb je niet in één keer gedaan. Vanaf juni 2014 wordt in ieder geval een grote slag gemaakt naar een uitbreiding en het begrijpelijker maken van de nota. Verschillende partijen voeren daar nu technische aanpassingen voor door.

Ook is mij gevraagd naar inzicht in de prijzen vooraf. In overleg met alle betrokken partijen zijn wij bezig met een communicatietraject over de financiële aspecten van de zorg. Wij zijn in gesprek met de NZa en DBC-Onderhoud over de openbaarmaking van gemiddelde prijzen van veel voorkomende behandelingen op basis van cijfers die DBC-Onderhoud beschikbaar heeft.

Mij is gevraagd of ik de NZa een aanwijzing ga geven om ziekenhuizen te bewegen prijzen openbaar te maken. Zoals mevrouw Voortman constateerde, zijn ziekenhuizen al verplicht om passantentarieven openbaar te maken. Daar ziet de NZa op toe. Daarnaast zijn wij met de NZa in gesprek over de openbaarmaking van de gemiddelde kostprijzen op basis van de beschikbare data, wat ik net al zei.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister heeft belangrijke dingen gezegd over de emancipatie van de patiënt. Zij noemde bijvoorbeeld luisteren. Dat je bij een keuze inzicht hebt in kwaliteit en prijs, hoort daar ook bij. Ik vind het goed dat een traject wordt gestart waardoor duidelijk wordt hoe dat openbaar gemaakt kan worden en hoe daarover op een goede manier kan worden gecommuniceerd, maar waarom gaat het dan om gemiddelde prijzen? Het gaat er juist om dat een patiënt weet wat er speelt in welk ziekenhuis. Ik denk dat het merendeel van de patiënten kiest voor kwaliteit, maar misschien zijn er ook patiënten die per se naar het goedkoopste ziekenhuis willen. Ik denk hierbij ook aan de relatie met het eigen risico. Een patiënt heeft dan toch niks aan een gemiddelde prijs? Dan is de prijs van het ziekenhuis zelf toch nog steeds geheim?

Minister **Schippers**: Ik noemde twee trajecten. Het eerste is het communicatietraject. Daarbij zijn wij met ziekenhuizen en andere betrokken partijen in overleg om te bewerkstelligen dat dit per ziekenhuis openbaar en dus toegankelijk wordt. Het tweede is de gemiddelde prijs. Daardoor kun je vergelijken: dit ziekenhuis vraagt X. Je kunt dan een vergelijking maken met het gemiddelde. Anders zegt een prijs niks. Als je weet dat een

operatie X kost, kun je niet beoordelen hoe duur die operatie is. Als je de gemiddelde prijzen openbaar maakt, heb je wat meer richting.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dan is het heel goed. Dan maakt elk ziekenhuis al zijn prijzen openbaar en wordt daarnaast de context geschetst door een gemiddelde prijs openbaar te maken. Dan kun je als patiënt ook echt vergelijken, want anders mis je de context. Begrijp ik de minister zo goed? Dat zou een grote belangrijke stap zijn voor de patiënt.

Minister **Schippers**: We zitten in het traject waarin wij daarover spreken. Daarbij is de eerste vraag welke prijs openbaar wordt gemaakt. Passantenprijzen moeten al openbaar worden gemaakt. Die prijs geldt als je als passant bij een ziekenhuis binnenkomt. Er zijn dan twee trajecten. In een traject zijn wij in het kader van de financiële aspecten van de zorg in gesprek met alle betrokken partijen opdat zij hun eigen prijzen openbaar maken. Ik stel mij zo voor, dat dit op een website gebeurt. In het tweede traject gaat het om de gemiddelden, waarmee je kunt vergelijken. Bij de gemiddelden hebben wij dat iets meer zelf in de hand. Over het eerste traject voeren wij overleg. Wij proberen natuurlijk om het tempo erin te houden. Je kunt dan vergelijken. Als je weet hoe duur iets in een ziekenhuis is, ben je niet verrast, zo van «o jee, nu ben ik mijn hele eigen risico kwijt, want hier moet ik € 1.500 voor betalen terwijl ik dacht dat het € 20 was». Het is van belang om dat te weten. Dat is het idee. Sommige mensen schrikken enorm van prijzen van ziekenhuizen omdat daarin allerlei beschikbaarheidszaken verdisconteerd zijn. Een ziekenhuisrekening is vaak veel en veel hoger dan mensen denken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Met dat laatste ben ik het eens. Daarom is het ook zo belangrijk dat mensen daarin inzage krijgen. Als de minister een gemiddelde wil berekenen, is dat prima. Op zich kunnen mensen dat ook zelf berekenen. Even voor de helderheid: vindt de minister dat aan de informatieplicht is voldaan als inzichtelijkheid in de prijzen is gegeven? Of zegt zij dat er ook op het gebied van kwaliteit, wachttijden, complicaties, patiënttevredenheid en genezing meer openbaarheid moet komen?

Minister **Schippers**: Ik ben heel erg voor openbaarheid, maar we moeten er wel voor zorgen dat ziekenhuizen dat stap voor stap aankunnen. Ik ben mijn verhaal ook begonnen met de vraag wat wij allemaal van ziekenhuizen vragen. Wij vragen van hen dat zij veel meer doen voor minder, wij vragen een enorme openheid en transparantie. ICT-systemen moeten daarop berekend zijn et cetera. Een ziekenhuis heeft bijvoorbeeld verschillende prijzen voor verschillende verzekeraars. Je moet dan bekijken waarvoor je welke prijs publiceert. Wat is dan je publieke prijs? Dat soort vragen zit er allemaal onder. Dat gebeurt in het kader van het eerste traject.  
Wat moesten ze nog meer publiceren?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vroeg naar wachttijden, patiënttevredenheid, aspecten met betrekking tot de kwaliteit, genezing en complicaties.

Minister **Schippers**: Dat traject moet in het kader van het Kwaliteitsinstituut een enorme boost krijgen. Het Kwaliteitsinstituut is begonnen met een paar aandoeningen. Als je op de site van het Kwaliteitsinstituut bijvoorbeeld «diabetes» intypt, word je bij de hand genomen en wordt getoond wat je gaat zien en hoe je dat kunt interpreteren. Dat vind ik de goede manier. Dat kan het instituut echter niet voor alle ziektes tegelijk realiseren. Het is met diabetes begonnen en zal zo langzaam maar zeker alles ontsluiten.

We hebben besproken dat ziekenhuizen volgens de wet al verplicht zijn om informatie te leveren over kwaliteit. Dan kun je dat ook vullen en daarmee aan de slag gaan. Ook hier geldt echter wat net is gezegd over het publiceren van de sterftecijfers: er zijn ziekenhuizen die deze gegevens niet kunnen publiceren over 2012. Daar kan de Kamer verbaasd over zijn – ik was wel verbaasd toen ik dat hoorde – maar dat is blijkbaar gewoon een gegeven. In de omslag naar transparantie moet je ziekenhuizen dan ook de ruimte en de kans geven om stap voor stap aan die transparantie te werken en aan deze vraag te voldoen. Als de Kamer aan mij vraagt of zij volgend jaar met een klik op de knop alles ziet wat zij nu aan mij vraagt, zeg ik daarop: nee, zo snel zal het niet gaan. De transparantie zal langzaam worden opgebouwd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wij vragen hier niet om nieuwe gegevens of om gegevens die geproduceerd moeten worden zodat zij openbaar gemaakt kunnen worden. Het gaat hier om gegevens die ziekenhuizen al moeten hebben, bijvoorbeeld omdat zij die aan verzekeraars moeten geven. Wat dat betreft, snap ik niet wat hier nou de moeite is. De moeite zit dan misschien nog wel meer in het geregisseerd eromheen, waarbij ik mij afvraag of je dat wel zou moeten doen en of je het eigenlijk niet veel te moeilijk maakt. Het gaat erom dat je gegevens die je al hebt, openbaar maakt.

Minister **Schippers**: Voor sommige gegevens geldt dat wel. Wachtwoordgegevens worden bijvoorbeeld al verzameld en gepubliceerd. Sommige gegevens zijn echter meer concurrentieel. Dan is het alweer lastiger: wat maak je daarvan openbaar en wat niet? Wij hebben het nu over heel veel verschillende dingen tegelijk: over prijs, kwaliteit et cetera. Ik denk dat wij dit traject stapsgewijs in moeten gaan. Uiteindelijk moet de patiënt die ergens naartoe gaat, weten wat het kost, wat hij er zelf aan eigen risico aan kwijt is en hoe het zich verhoudt tot een gemiddelde. Het zullen altijd weer gemiddelden van een ziekenhuis zijn, want zij hebben verschillende contracten met soms wel zo ongeveer alle verzekeraars die er in Nederland zijn.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik ben blij dat de minister bezig is met het realiseren van het openbaar maken van de prijzen, maar kan zij daar ook een tijdpad aan verbinden? Wanneer denkt zij dat die prijzen openbaar zijn? Kan zij een datum hangen aan die prijzen?

Minister **Schippers**: Dat kan ik vooraf niet zeggen omdat wij met elkaar in overleg zijn over de manier waarop wij dat gaan doen en de complicaties er allemaal zijn. In het voorjaar, dus voor de zomer – «voorjaar» is in politiek Den Haag altijd een rekkelijk begrip – geven wij de Kamer een update over het kostenbewustzijn waarbij het hele traject wordt beschreven. Wij hebben met elkaar afgesproken dat de rekening achteraf komt. We hebben ook met elkaar gesproken over de kosten vooraf. Ik zal de Kamer dan een update geven waaruit blijkt waar wij met alles staan en wat volgens ons de termijnen zijn waarop wij zaken gerealiseerd hebben.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik begrijp dat wij bij die update een datum krijgen waarop de prijzen transparant zijn.

Ik heb nog een andere vraag. Die vraag heb ik in mijn termijn gesteld, maar omdat de minister daar nu over begint, stel ik haar maar gelijk. In een eerder debat heeft de minister gezegd dat de voor de patiënt begrijpelijke rekening per 1 juni 2014, althans medio 2014, wordt gerealiseerd. Kan zij hier toezeggen dat wij 1 juni 2014 ook gaan halen?

Minister **Schippers**: Dan zal er weer meer transparantie zijn. Dan wordt de rekening weer uitgebreider en meer verduidelijkt. Dit is immers een

traject dat dit hele jaar en het jaar daarop ook nog zal duren. Je hebt namelijk niks aan codes. Per 1 juni krijgen we een stap waarin substantieel meer begrijpelijke informatie voor de verzekerde op de rekening zal staan. Dat is voor mij geen eindplaatje, maar een tussenstap.

Ik heb inmiddels heel veel schriftelijke vragen beantwoord over de acute zorg, naar ik meen inmiddels over alle regio's. De antwoorden daarop zijn overigens ongeveer hetzelfde. In het regeerakkoord en in het hoofdlijnenakkoord hebben wij zaken over acute zorg opgenomen. Eigenlijk gaan die allemaal uit van het feit dat wij een spoedeisende hulp, een acute zorg, van een hoog kwalitatief niveau willen. Bij acute zorg heeft dat altijd betrekking op enerzijds de bereikbaarheid en anderzijds de kwaliteit van de gegeven zorg.

Ik vind het heel belangrijk om de basis spoedeisende hulp te onderscheiden van de spoedeisende hulp voor complexe zorg. De basis spoedeisende hulp, waar gewoon de eerste spoedeisende hulp moet worden gegeven, zal overal goed gespreid worden aangeboden. Daar hebben wij allerlei normen voor, zoals de 45 minuten norm voor de bereikbaarheid ervan. Ik zal daar ook absoluut niet aan tornen. Ondanks dat je zou kunnen zeggen dat de ambulances dusdanig zijn dat wij dat zouden kunnen doen, vind ik het belangrijk dat wij een goede spreiding hebben van acute basiszorg. Het gaat daarbij om cruciale zorg, spoedeisende hulp en verloskunde. We hebben ook complexe spoedeisende hulp. De Gezondheidsraad ging in zijn advies wel heel veel voor concentratie, maar wij hebben gezien dat er bij complexe spoedeisende hulp wel degelijk een behoorlijke kwaliteitswinst te maken is als die meer zou worden geconcentreerd. Als je iets hebt wat complex is en in plaats van naar de basis spoedeisende hulp direct naar het goede ziekenhuis rijdt, kan dat misschien iets verder zijn, maar dan ben je wel bij de juiste arts. Naar aanleiding van het regeerakkoord en de hoofdlijnenakkoorden hebben de verzekeraars de handschoen opgepakt. Zij zijn aan de slag gegaan en hebben vanuit kwaliteit en doelmatigheid gekeken naar specialisatie en concentratie van de complexe acute zorg en de basis spoedeisende hulp die in Nederland moeten blijven. Daar hebben zij een kwaliteitsvisie voor opgesteld en op basis van die visie zijn zij nu regionaal, met de partijen die de zorg moeten leveren, aan de slag gegaan. Zij hebben regionale scenario's ontwikkeld en die worden momenteel met de ziekenhuizen besproken. In deze fase is dit nog een concept. Dit is niet zoals het gaat worden; dit is een concept. Dat moet goed besproken worden. Daarbij moet je goed bekijken hoe de ene regio zich tot de andere regio verhoudt. Je kunt het in één regio goed regelen, maar dan zijn er witte vlekken aan de zijkant. Daar moet je dus heel goed naar kijken. Wij hebben daarvoor een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), dat in de regio zelf kijkt: wat is in deze regio nodig, waar zitten witte vlekken et cetera? Dit is een traject dat nog maar net is gestart en waarin nog helemaal geen conclusies getrokken zijn. Ik wil dat men dat traject doorloopt en uiteindelijk zal ik de conclusies vanzelf horen. Dat wordt gewoon beoordeeld aan de hand van de wettelijke normen en de kaders die wij met elkaar hebben vastgesteld. Ik heb geen convenant gesloten met de verzekeraars en anderen omdat er zo veel convenanten zijn. De spoedeisende hulp is ook een onderdeel van het convenant medisch specialistische zorg. Daarbij zijn afspraken gemaakt, onder andere over selectief inkopen. Ik denk dat het goed is om eerst maar eens af te wachten waar het veld zelf mee komt.

Deze zomer zullen de gesprekken met de ziekenhuizen en de andere betrokken partijen klaar zijn. In de ene regio zullen ze wat sneller klaar zijn dan in de andere. Dat heeft ook weer met lokaal maatwerk te maken. Ik ben voornemens om de Kamer na de zomer over de voortgang te berichten. Het kan zijn dat ik dan niet alles precies kan invullen, maar ik kan dan wel melding maken van de stand van zaken zoals die na de zomer geldt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik blijf toch met een vraag zitten. Waarom zijn de plannen voor de concentratie of herschikking van de gewone spoedeisende hulp, dus niet van de complexe spoedeisende hulp, nodig? Is dat omdat de kwaliteit tekortschiet of omdat de kosten te hoog zijn? Voor beide gevallen heb ik in mijn termijn een suggestie gedaan. Als de kwaliteit tekortschiet, dan moet je net als het Deventer Ziekenhuis misschien ook gespecialiseerde artsen in dienst nemen die 's nachts werken. Als de kosten te hoog zijn, waarom dan niet een huisarts op die spoedeisendehulp post inzetten, die tegen huisartsentarief werkt? Ik maak mij toch zorgen over al die plannen, die ongetwijfeld gaan leiden tot concentratie. Ik zie daar de noodzaak niet van in.

Minister **Schippers**: Dat je een huisarts voor spoedeisende hulp zet, is echt vol aan de gang. Dat is beleid waar wij vol op inzetten. Vaak zie je een gecombineerde huisartsenpost en spoedeisende hulp of huisartsen die bij de spoedeisende hulp werken. Dat is een beleidslijn die wij volgen. Bij de kwaliteit gaat het erom te bekijken hoe je een verbeteringslag kunt maken door de complexe spoedeisende hulp te concentreren. Voor de rest van de spoedeisende hulp: niemand kan mij uitleggen waarom er zo veel spoedeisendehulp posten in de grote steden zoals Amsterdam open zijn. Wat ik daar altijd erg aan vind, is dat de ambulancemedewerkers mij kunnen vertellen waar je het beste heen kunt gaan. Dat vind ik niet doelmatig. Het is totaal anders in het regionale en landelijke gebied. Daar moeten we er juist met elkaar de schouders onder zetten opdat de spoedeisendehulp post openblijft en werken wij zelfs met een beschikbaarheidsbijdrage. Daar is dus sprake van een heel andere situatie. Ik zeg niet dat concentratie per definitie beter is. Ik zeg wel dat hier en daar op bepaalde specifieke gebieden veel spoedeisendehulp posten zijn. Wij praten al heel lang over het verbeteren van de spoedeisende hulp. De Gezondheidsraad heeft mij een advies gegeven; wij hebben daar allerlei zaken over liggen. Aan de zorgverzekeraars wordt al jaren gevraagd waarom zij in een ziekenhuis op het randje van de stad een spoedeisendehulp post openen, terwijl er vlakbij, binnen de stad, al veel spoedeisendehulp posten zijn. De zorgverzekeraars worden daar al jaren op aangesproken. Dat komt omdat zij niet samenwerken. Nu hebben wij gezegd: gaan jullie nou eens aan de slag. Dat doen ze nu. Laten we eerst kijken wat dat oplevert. Na de zomer zal ik de Kamer daarover berichten. Dan kunnen wij wat dan op tafel ligt, daadwerkelijk inhoudelijk met elkaar bespreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is toch een merkwaardige zaak dat wij bij iets wat iedereen zo ongeveer het belangrijkste vindt, een ziekenhuis in een stad, niet weten wat er gebeurt. Wij weten niet op grond van welke criteria verzekeraars zeggen dat een spoedeisende hulp in Den Helder wel weg kan, terwijl je geen wiskundige hoeft te zijn om te beseffen dat het niet handig is om de spoedeisende hulp in het meest noordelijke ziekenhuis van Noord-Holland, weg te doen. Op vragen waarvan de SP een substantieel aandeel heeft geleverd, heeft de minister gezegd dat dit ook inderdaad niet klopt. Is het uit democratisch oogpunt niet gewoon wenselijk dat de verzekeraars die discussie dan maar in de openbaarheid aangaan? Zij hebben conceptregio plannen. Dat is toch zo vaak aan de orde. Het gaat om een belangrijk maatschappelijk iets. Waarom maken wij dat niet openbaar en gaan wij niet gewoon de discussie aan met de mensen? De minister verschuilt zich steeds achter die 45 minuten. Dat is geen wetenschappelijke norm, maar een politieke norm. Als wij die norm hanteren, kunnen wel 40 ziekenhuizen weg. Het gaat erom waar de maatschappij behoefte aan heeft. En kom niet steeds aan met het kwaliteitsargument, want dat geldt alleen voor super gespecialiseerde zorg, niet voor de basale ziekenhuiszorg. In wezen hebben wij het daarover, want dat betreft 80 tot 90% van het volume. Is de minister

bereid om tegen de verzekeraars te zeggen: al die rapporten worden openbaar en we gaan met de samenleving het maatschappelijke debat aan?

Minister **Schippers**: Deze vragen van de heer Van Gerven heb ik al vele keren beantwoord. De huidige situatie is van toepassing voor de patiënt. Iedereen weet dus waar hij nu aan toe is. Partijen zijn in overleg. Het is toch wel gek dat de heer Van Gerven zegt «ik ken de plannen niet, maar Den Helder gaat dicht», terwijl hij ook weet dat dit een cruciaal ziekenhuis is voor de 45 minuten norm. Als we zo met elkaar gaan praten, zijn angst en onzekerheid al gecreëerd, terwijl de heer Van Gerven op basis van het schema zou kunnen of moeten weten dat dit helemaal niet kan. Ik vind dat wij niet met elkaar op basis van angstbeelden moeten praten. Laten wij praten op basis van feiten. Wij hebben adviezen gekregen. Wij hebben jaren met elkaar in de Kamer gewisseld dat de verzekeraars de handschoen eens moeten oppakken. Dat doen ze. Zij zijn daarover nu in gesprek. Zij maken dat niet openbaar omdat zij geen blauwdruk willen opleggen. Zij willen dat juist bespreken met de partijen in het veld. Nou, laat hen dat doen. Laat hen dat ook bespreken in ROAZ-verband. Het is nu zoals het is en wij wachten af waar de partijen zelf mee komen. En dat beoordelen we ook. Dan kunnen wij daarover na de zomer met elkaar spreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is gewoon ondemocratisch. Het heeft niks te maken met de door de minister verlangde marktwerking. Er zijn gewoon vier monopolisten die de zaak over de ziekenhuizen verdelen en bepalen wat er nou wel of niet moet komen. De minister zegt dat ze met het veld gaat overleggen. Nee, je moet met de mensen overleggen: met de gemeentebesturen, de patiëntenverenigingen en weet ik wie allemaal. Wat is daarop tegen? Doe dat gewoon in de openbaarheid. Dan kan zich uitkristalliseren wat vanuit een bepaalde optiek nodig en wenselijk wordt geacht, maar ook wat vanuit de samenleving in maatschappelijk opzicht nodig wordt geacht. Want dat is waar het om draait. De minister kan wel zeggen dat zij het van Den Helder niet weet, maar dat heb ik natuurlijk uit bronnen die gelekt hebben.

Minister **Schippers**: Die bronnen hebben wij ook. Dan is het toch wel gek.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, maar de minister ontkent, of heeft in ieder geval gezegd dat het Den Helder niet mag zijn. Vindt de minister toch niet dat het beter in de openbaarheid kan gebeuren? Kan zij ingaan op het LangeLand Ziekenhuis? De desbetreffende burgemeester, een partijgenoot van de minister, heeft gezegd dat het toch wel heel raar is dat de verzekeraars de spoedeisende hulp in dat ziekenhuis weg willen hebben.

Minister **Schippers**: Om heel eerlijk te zijn: ik ken de plannen van Noord-Holland niet, van Groningen niet en van anderen niet. Het enige wat ik weet, is welke ziekenhuizen voor de 45 minuten norm cruciaal zijn. Ik ben verantwoordelijk voor de wettelijke kaders en de normen die wij met elkaar hebben afgesproken. Die zal ik handhaven. Wij hebben een zorgsysteem waarbij de verzekeraars er door middel van selectieve inkoop voor moeten zorgen dat zij aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Die handschoen pakt de zorgverzekeraar op. Hij zegt: ik doe dat, maar ik ga niet zomaar inkopen; ik overleg met de regio waardoor wij misschien betere afspraken kunnen maken dan wij hadden bedacht. Ik vind dat hun verantwoordelijkheid. Mijn verantwoordelijkheid is dat wij wettelijke kaders en normen hebben waaraan een en ander moet voldoen. Die gaan over kwaliteit en over bereikbaarheid. Daar reken ik iedereen op af. De slag die wordt gemaakt, is nu aan partijen zelf. Zo hebben wij ons systeem ingericht. Wij hebben geen nationale planning. Ik bepaal niet welk



ziekenhuis openblijft of dichtgaat. Ik bepaal niet waar de spoedeisende-hulpdiensten zitten. Wij hebben een privaat systeem met publieke randvoorwaarden. Dat systeem is helder en binnen dat systeem worden nu handschoenen opgepakt die jaren zijn blijven liggen. Daardoor hebben wij jaren ondoelmatige zorg. Politiek hebben wij met elkaar verschillende malen dingen afgesproken. Nu gebeurt er wat. Laat dat zijn beloop hebben via de wegen die wij daadwerkelijk in het systeem hebben afgesproken. Zij doen niets oneigenlijks. De heer Van Gerven suggereert dat dit allemaal ondemocratisch is. Nee, zorgverzekeraars kopen zorg in en dat doen zij in onderhandeling. Zij hebben nu gezegd: dit is zo belangrijk voor een regio, wij gaan dit op regionaal niveau met de partijen bespreken. Ik vind dat een heel fatsoenlijke gang van zaken.

Het CDA heeft gevraagd of deze verzekeraars, gelet op het concurrentie-speelveld van de electieve zorg, gezamenlijk acute zorg mogen inkopen. Als inkoper mag je veel meer dan als verkoper. Zo is dat in onze Mededingingswet geregeld. Zorgverzekeraars mogen dus wel degelijk samenwerken op onderdelen van inkoop. Ik weet niet wat eruit komt. Ik kan niet op voorhand zeggen dat zij daarmee in de touwen hangen. Dat zal de ACM zelf moeten beoordelen. Uit de vele sessies die ik inmiddels met de ACM, de NZa en het veld heb gehad, weet ik dat daar op inkoop veel meer ruimte voor is.

Er is opgemerkt dat de dialoog tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars via de lijn van kwaliteit ook moet plaatsvinden voor acute zorg. Laten wij eerlijk zeggen dat wij in het hoofdlijnenakkoord allerlei afspraken hebben gemaakt. Ook is gezegd dat de sector om redenen van kwaliteit en doelmatigheid verandert en dat een en ander wordt heringericht. In het hoofdlijnenakkoord dat in 2011 is gesloten, is afgesproken dat dit moest gebeuren. Naar aanleiding daarvan hebben de zorgverzekeraars de kwaliteitsvisie spoedeisende hulp gepubliceerd. Op basis van die visie zijn scenario's ontwikkeld en die worden nu besproken. Ik meen dan ook dat dit wel degelijk op basis van kwaliteit plaatsvindt en dat het wel degelijk is onderbouwd met argumenten van kwaliteit en van doelmatigheid. Dat is geen schande, want wij moeten het ook met elkaar betalen.

Hoe ga ik sturen op samenwerking en overleg? Ik denk dat nu juist heel actief in de regio's wordt overlegd. Dat is ook goed, want het ROAZ hebben wij niet voor niks opgericht. Het is heel goed dat de spoedeisende hulp nu in regioverband echt een issue is waarover druk wordt overlegd. Ergens kan ik ook begrijpen dat je conceptplannen niet openbaar maakt, want je wilt eerst weten wat andere partijen daarvan vinden, en dat je met elkaar gaat bekijken of je wat meer grond onder de voeten kunt krijgen. Waarom ik dit zelf niet doe, heb ik denk ik al aangegeven. Het stelsel is niet zo ingericht dat de minister een blauwdruk oplegt en bepaalt waar in heel Nederland de ziekenhuizen en de spoedeisendehulpdiensten gevestigd zijn. Wij hebben dat in een particulier systeem anders gedaan, met de zorgverzekeraar als inkoper.

Er zijn mij verschillende vragen gesteld over het Rathenau Instituut. Ik heb het desbetreffende rapport nog niet gelezen. Gisteren is het verschenen en gisteren en vandaag ben ik de hele dag bezig geweest. Het is mij niet gelukt om het al te lezen, maar ik zeg de Kamer toe dat ik haar een reactie op het rapport zal sturen.

Het advies van het CVZ over de geriatrische revalidatie zou zo snel mogelijk moeten komen. Voor 2015 is het mogelijk te laat. Wij moeten het advies van het College voor zorgverzekeringen altijd voor de zomer hebben, want anders kunnen wij geen pakketbeslissingen nemen. Ik ben in gesprek over de vraag of de aanpassing toch al per 2015 kan. De uitslag daarvan laat ik binnenkort aan de Kamer weten.

Ik hoor al jaren verhalen over vraaguitval bij ziekenhuizen. Ik heb de Kamer een update gestuurd over de informatievoorziening – de Kamer heeft die al of krijgt die zeer binnenkort – waaruit blijkt hoever wij met die commissie zijn. Als je als bewindspersoon goed wilt sturen, dan moet je

informatie hebben op basis waarvan je kunt sturen. Dat is daarbij cruciaal. Ik krijg informatie twee jaar na dato. Dat is veel te laat. Daarop kan ik nooit bijsturen. Ik hoor wel allerlei geluiden over vraaguitval, maar de cijfers over 2012 die ik tot nu heb, onderbouwen die uitval niet. Ik weet dat dus niet. Ik hoor die verhalen wel, maar laten we nog niet besluiten wat we met het geld gaan doen als het nog niet definitief is.

De Kamer krijgt de innovatieagenda voor de zomer.

Ik ben geen voor- of tegenstander van fusies. Ik denk dat organisaties een zodanige omvang moeten hebben dat zij op hun taak berekend zijn. Voor complexe zorg heb je multidisciplinaire teams en heel veel specialisme nodig. Daarvoor heb je dus vaak een grotere instelling nodig dan voor heel gerichte zorgstraten of voor orthopedische zorg of radiologische zorg. Dat kan heel erg verschillen. Over het feit dat de maat van de instelling heel erg moet passen bij de zorg die je levert, zijn ook mooie rapporten geschreven. Sommige vormen van zorg kunnen veel beter door een kleine instelling worden gegeven, andere vormen van zorg beter door een grotere. Ik ben er in ieder geval altijd alert op dat wij voldoende aanbieders houden om daadwerkelijk concurrentie te houden, want anders zijn wij afhankelijk van één aanbieder. Dat vind ik nooit zo mooi. Holdings en stichtingen vallen niet buiten het fusietoezicht.

Mij is verder een vraag gesteld over de schadevergoeding voor patiënten na faillissement van een ziekenhuis. Het huidige faillissementsrecht is erg dwingend en heel ingewikkeld. Het faillissementsrecht valt niet onder mijn bevoegdheid en ik heb begrepen dat er geen plannen zijn om dat te wijzigen. Er zijn ook andere manieren te bedenken, waaronder het aanpassen van de polisvoorwaarden door verzekeraars en zorgaanbieders.

Dan ga ik in op de krimp in regio's en de gevolgen daarvan voor de curatieve zorg. In een aantal regio's in Nederland is echt een krimp, een daling van de bevolking, te zien. Dat leidt echt tot zorgen over het zorgvoorzieningsniveau in kwantiteit en kwaliteit. Dat maakt krimpregio's ook kwetsbaar op het vlak van het behoud van zorg in de regio. Zeker door verscherpte kwaliteitseisen kunnen vaak kleine ziekenhuizen in krimpregio's moeilijk voldoen aan kwaliteitsnormen. Dat kan leiden tot een vershraling van de zorg in die regio's, die toch al te maken hebben met een heleboel problemen. Dat is onwenselijk voor de bereikbaarheid van acute zorg. Verzekeraars zullen in het landelijk gebied andere gesprekken over bijvoorbeeld acute zorg moeten voeren dan in het stedelijk gebied. In deze gesprekken worden de demografie en de geografie van de regio meegenomen. De zorgverzekeraars hebben mij gezegd dat zij rekening houden met de 45 minuten norm – dat zullen ze wel moeten – en dat op de gevoelige ziekenhuislocaties die in de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM uit 2013 worden genoemd, in ieder geval een spoedeisende hulp en verloskundige zorg beschikbaar blijven. Ik vind de situatie zo specifiek dat ik de Kamer nog voor de zomer een brief wil sturen met daarin met een visie op de curatieve zorg in de krimpregio's. Dan kunnen wij daarover in een aparte vergadering nog eens specifiek met elkaar spreken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik kijk uit naar de brief over de curatieve zorg in de krimpregio. Dat lijkt mij heel belangrijk.

Ik heb de minister gewezen op de overzichten in de marktscan medisch specialistische zorg, de pagina's 48 tot en met 50. Daarin staat dat er bij een aantal vormen van zorg, waaronder de revalidatiezorg en allergologie, al extra wachttijden zijn bovenop de Treeknormen. Vooral voor mensen in de krimpregio's betekent dit dat zij vaak meer dan een uur extra reistijd hebben. Kan de minister in overleg met de zorgverzekeraars gaan om te bekijken of zij eerst in die gebieden de knelpunten kan oplossen, opdat de reistijd daar omlaaggaat? Ik denk daarbij zeker aan de oudere mensen.

Minister **Schippers**: Ik wil hierop terugkomen in de brief die ik voor de zomer naar de Kamer stuur. Er is geen eenduidige oplossing, want het gaat om verschillende vormen van zorg. Mevrouw Bruins Slot noemde ze zelf al. Ik wil daar toch even beter naar kijken in plaats van zo uit de heup te schieten. Op dat specifieke onderdeel wil ik dus in de brief ingaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik begrijp dat de minister in ieder geval deelt dat dit een probleem is. Los van de acute zorg zal zij voor de zes onderscheiden vormen van zorg die in de marktscan medisch specialistische zorg worden genoemd, bekijken wat de oorzaken zijn en wat moet worden gedaan om te voorkomen dat de mensen in de krimpgebieden in vergelijking met de mensen in de andere gebieden van Nederland extra worden belast door veel meer reistijd.

Minister **Schippers**: Ik weet niet of ik het kan oplossen. Ik wil eerst bekijken wat de oorzaken zijn, wat we kunnen doen en wat realistisch is. Ik ga hier niet beloven dat ik alle problemen kan oplossen. We kunnen wel bekijken wat er aan de hand is en wat wij dan van patiënten vragen. Mevrouw Dijkstra vroeg naar de planning van de conferentie over de export van zorg. Deze conferentie staat voor na de zomer gepland. Daar wordt een evaluatie aan gekoppeld van hetgeen de handelsmissies hebben opgeleverd. Als wij daar energie in steken, is het wel belangrijk dat wij weten dat het niet alleen heel goed is als je er bent, maar ook wat er nog loopt, wat er is misgegaan en hoe dat komt. De missies die ik doe, zijn altijd missies naar landen waar de situatie heel complex is. Dat is de planning.

De vraag over reuma en revalidatie raakt een klein beetje aan eerdere gedachteswisselingen. Volgens de marktscan zijn de wachttijden over de gehele linie gedaald. Dat is een positieve ontwikkeling. In 2013 komen nog zes specialismen boven de Treeknorm, waaronder reumatologie en revalidatiegeneeskunde. Mevrouw Bruins Slot zei het al. Ik vind dit een belangrijk aandachtspunt, ook omdat ik in het bestuurlijk akkoord met verzekeraars en aanbieders heb afgesproken dat de zorg binnen de Treeknormen moet worden geleverd. Het is een zaak van contractering door verzekeraars, maar ik zal mijn vinger zeker aan de pols houden in het overleg dat ik met de partijen in het kader van het bestuurlijk akkoord heb en bekijken wat eraan wordt gedaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter, ik heb een punt van orde. Kan de minister in haar brief over de curatieve zorg in krimpregio's ook ingaan op de uitkomst van dit overleg?

Minister **Schippers**: Ik wil het daarin in het algemeen aan de orde stellen. Dan beperken wij het tot krimpregio's. Dan halen wij het een beetje door elkaar. Ik kan de Kamer in een andere brief over curatieve zorg verslag doen van de stand van zaken. Ik zou niet weten welke brieven wij allemaal op stapel hebben staan, maar aan een van die brieven koppel ik het. Dan hebben wij het meer in den brede. Anders zou het alleen om de krimpregio's gaan, en dat is hierbij natuurlijk niet het geval. Dat was het, voorzitter.

De **voorzitter**: Wij maken ons geen zorgen over het tekort aan brieven. Dit komt zeker goed.

Minister **Schippers**: Meestal op uw verzoek.

De **voorzitter**: Op ons aller verzoek. Zo is het. Ik wil overgaan tot een tweede termijn, met spreektijden van twee minuten per fractie. Voordat het zover is, schors ik de vergadering twee minuten. Mevrouw Klever heeft nog een punt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ja, ik heb nog een onbeantwoorde vraag die ik nog graag voor de tweede termijn beantwoord wil zien. Die ging over de onmogelijkheid van ziekenhuizen om voor mensen die niet of in het buitenland verzekerd zijn, na een bezoek aan de polikliniek een rekening te produceren. Hoe moeten onverzekerden hun rekening voldoen als het ziekenhuis geen rekening kan produceren na een bezoek aan een polikliniek?

Minister **Schippers**: Ik vind dat een heel gek verhaal, want ziekenhuizen moeten dat natuurlijk wel kunnen. Als mevrouw Klever mij de gegevens verstrekt, ga ik dat toch eens even natrekken. Als iemand onverzekerd is of als mensen niet in Nederland maar elders verzekerd zijn, moet een ziekenhuis gewoon kunnen declareren.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik zal de gegevens naar de minister sturen.

Minister **Schippers**: Dan zal ik daar een reactie op geven.

Mevrouw **Klever** (PVV): Prima.

De vergadering wordt van 16.37 uur tot 16.39 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik geef in tweede termijn als eerste het woord aan mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden in eerste termijn.

Om te beginnen moet ik zeggen dat ik blij ben met de toezeggingen van de minister dat zij bij de ziekenhuizen gaat kijken hoe de regel- en declaratiedruk kan worden weggenomen, dat zij de e-healthbarrières bij hulpmiddelen in kaart gaat brengen, dat zij terugkomt op de wachtlijsten en de reistijden en dat de exporttop eraan komt. Mooi.

Ook ik heb in het VUmc gesproken met artsen en met transgenderpatiënten. Dat heb ik niet alleen daar gedaan; ik heb met hen regelmatig contact. Dan weet je gewoon dat zo'n patiëntenstop onacceptabel is. Transgenders komen nu niet eens op een wachtlijst. De minister spreekt op 15 april met betrokkenen. Zit zij dan met patiënten, zorgverzekeraars en ziekenhuizen om de tafel? Heb ik nou goed begrepen dat zij met deze actoren ook wil gaan werken aan een convenant voor een toekomstbestendige transgenderzorg? Ik wil echt benadrukken dat er zo snel mogelijk een oplossing moet komen. Ik overweeg dan ook een motie hierover in te dienen. Ik wil bij dezen graag een VAO aanvragen, voorzitter. Bij de vergoeding voor de behandeling inzake secundaire geslachtskenmerken voor transgenders wil ik de minister er nogmaals op wijzen dat dit een heel duidelijk te onderscheiden groep betreft. Dat heeft haar voorganger in 2010 ook vastgesteld. Het is toch heel makkelijk om te zeggen dat dit het sluitstuk is van een geslachtsveranderende operatie? Het kan niet zonder. Het argument van de minister gaat dus gewoon niet op.

Tot slot heb ik nog een vraag over de acute zorg. De minister zegt dat druk wordt overlegd, maar zijn de huisartsenposten en de patiënten er ook overal bij betrokken?

Ik constateer hier toch maar dat de minister het convenant acute zorg uit het regeerakkoord blijkbaar laat vallen. Ik vind dat met het oog op de snelheid en de zorgvuldigheid niet helemaal verstandig.

De **voorzitter**: Het verzoek om een VAO staat genoteerd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik wil de minister bedanken voor het feit dat zij heeft toegezegd een brief over en een plan voor het behoud

van goede zorg in krimpregio's naar de Kamer te sturen. Het voorzieningenniveau in deze regio's is namelijk kwetsbaar en dan bestaat het risico dat verschraling van zorg optreedt. De plaatjes van de Nederlandse Zorgautoriteit onderstrepen in feite de urgentie daarvan.

Ik heb nog een aantal vragen. Ik blijf mij zorgen maken over het feit dat straks goedkeurende verklaringen van accountants ontbreken, want dat kan ziekenhuizen veel geld kosten. De minister geeft dit open toe en dat waardeer ik. Zeker als ziekenhuizen in de problemen komen, heeft de patiënt daar uiteindelijk van te lijden. Ik vraag de minister daarom of zij de uitkomst van de gesprekken met de Nederlandsche Bank over de flexibiliteit die er straks is als er geen goedkeurende verklaringen zijn, naar de Tweede Kamer kan sturen. De minister zei ook dat bepaalde ziekenhuizen inderdaad geraakt zullen worden. Kan zij een inventarisatie maken van ziekenhuizen die zullen lijden door een niet-goedkeurende verklaring?

Er is veel gesproken over de acute zorg. Ik constateer net als D66 dat de minister niet vasthoudt aan het regeerakkoord, waarin staat dat er een convenant acute zorg zal zijn. Zou zij daar toch niet voor moeten zorgen? Zij heeft immers uiteindelijk de wettelijke verantwoordelijkheid om de acute zorg in te richten als de zorgverzekeraars daar niet in slagen. Wat is dan beter dan aan het begin van het proces gewoon actief betrokken te zijn bij de acute zorg? Ik sluit mij aan bij de vraag van D66: betrek daar dan ook de eerste en de tweede lijn bij, evenals de huisartsen, om ervoor te zorgen dat de samenhang van zorg goed is geborgd.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden op mijn vragen en voor de toezeggingen. Ik constateer toch wel met enige genoegdoening dat alle partijen het erover eens zijn dat transparantie in de zorg, over kwaliteit, over volumennormen, belangrijk is. Ik denk dat die twee zaken in de toekomst nog weleens tot veel discussie kunnen leiden. Ik meen namelijk dat die twee zaken elkaar in de toekomst gaan bijten. Slechte kwaliteit zal niet langer worden beloofd door patiënten, net als dure zorg. Dan wordt het wel heel erg interessant om te zien of alle zorginstellingen, in dit geval ziekenhuizen, hun volumennorm kunnen halen.

Ik kom nog heel even terug op de NZa en het debat dat hierover is gevoerd. Ik denk dat het heel verstandig is dat, als het hele proces rond de transgenders is afgerond, de NZa nog eens terugkijkt om te achterhalen hoe het zover heeft kunnen komen. Als het hier straks blijkt te gaan over prijs en aanbod, had de NZa al veel eerder kunnen aanvoelen dat actie noodzakelijk was. Ik ben ervan overtuigd dat het goed is als de NZa die gesprekken eerder gaat voeren. Als het aanbod van deze aanbieder te groot is geworden en daardoor de marktpositie te sterk, is er voor de NZa wel degelijk een reden om tijdig in te grijpen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik wil de minister danken voor haar vele patiëntgerichte toezeggingen. Openheid wordt door iedereen, en zeker door de minister, gedeeld. Wij krijgen een tijdpad inzake de openheid over de kosten van zorg. Ik zou graag ook een tijdpad willen hebben voor openheid over kwaliteit. Dat heeft de minister bij de begrotingsbehandeling al toegezegd, maar ik heb het nog niet gezien. Wat is daarbij de voortgang?

Ik ben er heel blij mee dat de minister zegt dat emancipatie ook gaat over luisteren. Dat is het hart van kwaliteitsverbetering. Ik ben er ook blij mee dat de minister met de orde een traject ingaat over shared decision making. Hoe kan de Kamer deze voortgang volgen? Kan geregeld worden dat vooral de jonge orde, die hier zo goed mee bezig is, hier een belangrijke stempel op drukt?

Het is heel belangrijk om de eerste lijn te betrekken bij de spoedeisende hulp. Ik sluit mij in dezen aan bij de vraag van D66 en het CDA.

Over een punt ben ik toch niet helemaal tevreden en dat betreft de transgenderzorg. Er is al jarenlang een tekort aan budget voor de transgenderzorg en de vraag neemt alsmaar toe. De NZa zegt nog nooit een klacht te hebben gehad. Zij heeft gisteren pas contact opgenomen met het VUmc. De minister heeft de NZa al veel eerder gevraagd om actie te ondernemen. Wat ze heeft gedaan, is wachten tot gisteren. Mijn stellige overtuiging is dat, als wij over drie weken een debat hadden gehad, zij ook pas over drie weken naar het VUmc had gebeld. Dat is geen goede zaak. Dat levert twee vragen op. Wat is volgens de minister het gewenste optreden van haar toezichthouder indien de zorgplicht niet wordt nageleefd en mensen geen kant op kunnen? Welk perspectief heeft de minister deze patiënten te bieden op korte termijn? Wanneer kunnen zij geholpen worden? Wanneer gaat de wachtlijst open? Wat kunnen wij mensen na vandaag vertellen? Welk perspectief heeft de minister hun te bieden?

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Wij voeren vandaag een heel onbevredigend debat over de planning en de organisatie van de ziekenhuiszorg in Nederland. De minister zet zichzelf in feite buitenspel. Zij laat het over aan verzekeraars omdat wij een privaat systeem hebben waarin de markt zijn werk moet doen. Moeten wij niet gewoon constateren dat de democratie buitenspel wordt gezet en dat private ondernemingen nu de ziekenhuismarkt aan het verdelen zijn? Er is namelijk helemaal geen sprake van marktwerking. Er is sprake van een democratisch tekort. Nu bepalen particulieren wat waar komt in plaats van de samenleving, terwijl dat in een democratisch land gepast zou zijn. Wij gaan daarover een uitspraak vragen van de Kamer.

Ik ga nog even in op de Nederlandse Zorgautoriteit en het gedoe met de accountancy en dergelijke. Kan de minister toezeggen dat de NZa bijvoorbeeld na 1 juli 2014 – laten wij het wat ruim nemen – over 2013 niets meer van ziekenhuizen terugvordert? Dan kunnen de boeken ook werkelijk tijdig worden gesloten en duidelijkheid worden geboden. Dat is natuurlijk een van de grote problemen. Door nacalculaties en terugvordering na jaren kun je de zaak niet goed ordenen.

Tot slot pleit ik ervoor dat het systeem verregaand wordt vereenvoudigd, want dit kan waarschijnlijk niet met het systeem dat de minister voor ogen heeft.

De **voorzitter**: Tussen de regels door hoorde ik dat, als mevrouw Dijkstra geen VAO had aangevraagd, de heer Van Gerven dat had gedaan. Dat vermoeden had ik.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De minister heeft veel aandacht besteed aan het belang van transparantie over kwaliteit en over prijsverschillen in de zorg. Ik begrijp natuurlijk wel dat dit een omslag vergt, maar tegelijkertijd denk ik ook dat wij het niet moeilijker moeten maken dan het is. Dat doen wij wel als wij weer allerlei eisen gaan stellen die betrekking hebben op de context en dergelijke. Het gaat volgens mij om gegevens die er al zijn. Ik denk hierbij aan gegevens op het gebied van wachttijden, tevredenheid, genezing en complicaties. Gaat de minister ziekenhuizen verplichten om deze gegevens openbaar te maken?

Dan ga ik in op de transgenderzorg. Het is jammer dat het zo lang heeft geduurd. Ik deel ook wel de frustratie die ik hierover bijvoorbeeld bij mevrouw Dijkstra proef. Ik neem aan dat zij hierover moties gaat indienen. Die zal ik dan ook steunen, om echt snel tot een oplossing te komen. Mijn volgend punt gaat over de secundaire geslachtskenmerken. Het objectieve gegeven is dat er sprake is van genderdysforie. Dat moet naar mijn mening als criterium kunnen gelden voor een vergoeding.

De **voorzitter**: Mevrouw Klever laat zich verontschuldigen. Zij heeft andere afspraken.  
Mij blijkt dat de minister direct kan antwoorden.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mij is gevraagd wie bij mij aan tafel zitten bij het overleg dat half april wordt gehouden. Dat zijn patiënten, verzekeraars en de betrokken ziekenhuizen.

Ik was niet van plan om een convenant te sluiten, maar het is wel de bedoeling dat wij goed kunnen zien waar het probleem zit als ik een analyse heb van de NZa. Daarvoor moet zij de gegevens van het VUmc op een rijtje hebben – die moet het VUmc voor de elfde leveren – en daarvoor moet zij de gegevens van de zorgverzekeraars op een rijtje hebben. Die gegevens moeten ook voor de elfde worden geleverd. Ik weet echter niet op voorhand waar het probleem zit. Is het een capaciteitsprobleem, dan zal het veel lastiger zijn om het verhaal op te lossen dan wanneer het een geldprobleem is. Wij vragen die gegevens niet voor niks op. Dat doen wij om er zo snel mogelijk voor te zorgen dat de zaak weer wordt losgetrokken, zodat mensen weer worden geholpen en de wachtlijst wordt weggewerkt. Ik wil graag dat wij met elkaar afspreken dat iedereen daarin zijn verantwoordelijkheid neemt; de verzekeraar moet zijn verantwoordelijkheid nemen en de ziekenhuizen moeten hun verantwoordelijkheid nemen. Misschien moet er ook nog ergens anders zorg worden verleend, zeker gezien de groei van het aantal patiënten. Ik weet dat nu echter niet. Ik wacht daarom dus eerst de gegevens af die op de elfde worden verstrekt.

Het debat over de secundaire kenmerken hebben wij inderdaad vele malen gevoerd. Mevrouw Dijkstra verwees al naar eerdere moties. Wij zien dat juridisch anders en daar hangt het gewoon op. Het is ook een kwestie van een juridische inschatting: als je dat openstelt, hoe verloopt dat dan verder?

Ik zeg niet dat het convenant dat in het regeerakkoord staat, er niet gaat komen. Ik zeg dat wij het nu eerst laten gaan zoals het is. Dat is geheel conform het systeem dat wij hebben. Daarbij kopen zorgverzekeraars zorg in. Zij doen dat nu in overleg. Het is best mogelijk dat wij in een later stadium, waarin alles op tafel ligt, wel een convenant nodig hebben. Ik wil dat echter doen in een tijd waarin dat ook werkelijk aan de orde is, maar niet in de verkennende periode waarin wij nu zitten. Een convenant is een sluitstuk. Daarin maak je afspraken: hoe gaan wij dit verder doen en wie committeert zich aan welke afspraak? Ik vind dat wij nu niet in die fase zitten. Ik zeg dus niet dat er helemaal geen convenant komt. Ik sluit dus niet uit dat dit nog gaat gebeuren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Hoelang duurt die verkennende fase?

Minister **Schippers**: Na de zomer hebben wij een beeld. Het is mogelijk dat op basis daarvan wordt bepaald of er behoefte is aan een convenant of niet. Ik wil dus niet zeggen dat dit er helemaal niet komt, maar het is er nu niet en wij zijn er nu niet mee bezig.

Mevrouw Bruins Slot sprak over de goedkeurende verklaring van de accountants en vroeg of de Tweede Kamer op de hoogte gesteld kan worden van de uitkomst en van de inventarisatie van de ziekenhuizen: wie heeft de verklaring nou wel gekregen, en wie niet? Ik zal de Kamer daarover een brief sturen als dat allemaal is afgerond. Dan weten we ook welke ziekenhuizen wel en welke ziekenhuizen geen goedkeurende verklaring hebben gekregen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb gevraagd wat de uitkomst is van de gesprekken met de Nederlandsche Bank en of de Kamer daar al vroeg-tijdig van op de hoogte gesteld kan worden. Bij de inventarisatie gaat het eerder om de vraag welke ziekenhuizen een reëel risico lopen indien zij

geen goedkeurende verklaring krijgen. Het is te laat als de minister dat pas doet op het moment dat het zover is.

Minister **Schippers**: Ik heb mevrouw Bruins Slot verkeerd begrepen. De uitkomst over de effecten van de goedkeurende verklaring heeft betrekking op de Nederlandse Vereniging van Banken. Dat is dus niet de Nederlandsche Bank. Dat heeft mij verward. Hierop zal ik ingaan in een brief waarnaar de Tweede Kamer al heeft gevraagd. Die brief zal zo snel mogelijk worden verstuurd na de bestuurlijke afspraken met partijen, maar in ieder geval binnen enkele weken.

Hier is gezegd dat de NZa de kwestie inzake de transgendezorg had kunnen voorkomen, maar dat vind ik toch wel de wereld op zijn kop; dat moet ik heel eerlijk zeggen. Ik vind dat partijen, de verzekeraars en de aanbieders, in dezen primair verantwoordelijk zijn. Zo hebben wij het geregeld. Het VUmc heeft hier inderdaad een aanmerkelijke marktmacht. Dat kan niemand verbazen. Je ziet ook dat die aanmerkelijke marktmacht ongewenste effecten heeft. Daarom heb ik er zo'n enorme hekel aan. Soms moet je zeer complexe zorg concentreren om de kwaliteitsslag te kunnen maken, maar misschien hoeft dat niet voor alle zorg. Daar zouden we eens naar moeten kijken. Ik vind het dus primair een verantwoordelijkheid van het veld. Partijen in het veld zijn helaas niet tot een oplossing gekomen, wat ik wel had verwacht. Nu moet het dus op een andere manier, via de toezichthouder.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik snap het antwoord van de minister en ik ben het ook wel met haar eens. Alleen, op dit moment heeft het er alle schijn van dat het wel degelijk een financieel punt is. Als in persberichten al wordt geroepen dat het ziekenhuis 3 miljoen euro heeft ontvangen, maar eigenlijk 10 miljoen wil voor deze zorg, dan zijn dat gegevens die in ieder geval al bij de NZa bekend hadden kunnen zijn als zij daar wellicht iets eerder naar had gevraagd. Dat is het enige wat ik daarop wil zeggen. Ik denk dat het heel goed zou zijn als de NZa naar aanleiding van deze casus eens even heel goed gaat evalueren waarom zij niet vindbaar zijn voor patiënten. Dat lijkt mij al heel erg vervelend. Dit soort zaken hoort daar wel bij.

Minister **Schippers**: Dat het in de krant staat, wil nog niet zeggen dat het waar is. Dat weet ik uit ervaring. Het is dus wel handig als wij dit doen via deze weg, de eerste stap in een handhavingstraject. Dat is echt een zware weg. Ik had eigenlijk gewoon verwacht dat partijen er zelf uit zouden komen. Daar ben ik heel eerlijk in. Ik had nooit gedacht dat men het zo zou laten lopen. Nu is dit traject ingezet en nu krijgen we in ieder geval gegevens die kloppen. Die kan ik zelf nalezen en daar kan ik zelf conclusies uit trekken. Ik hoop dat wij de zaak dan snel los kunnen trekken, want het heeft lang genoeg geduurd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Zorgverzekeraars zijn gewend dat naar hen wordt geluisterd als zij zeggen «zo moet het». Dat maakt deze casus zo interessant. Kleine zorgaanbieders kunnen geen kant op: take it or leave it. Dan heb je geen contract. Een grote aanbieder die toevallig de enige is, zegt «en nu is de maat vol; jarenlang leggen we zelf bij, het kan niet, het lukt niet, we doen het niet». Misschien is het ook weleens goed dat zorgverzekeraars worden tegengesproken. Juist daarom hebben wij de toezichthouder NZa, die op moet komen voor de patiënten. Althans, ik hoopte altijd dat zij er primair voor de patiënten was, maar uit deze casus blijkt dat dit niet zo is. Als de NZa de informatie eerder dan gisteren had opgevraagd, had de minister of de NZa eerder in kunnen grijpen, wat de heer Van Veen al terecht heeft gezegd. Dan hadden wij allemaal sneller een oplossing gehad. Bovendien is het natuurlijk heel erg dat patiënten



niet eens weten dat de NZa er voor hen is. Als zij zich zo gedraagt, snap ik ook dat patiënten niet zo veel van haar verwachten.

De **voorzitter**: Dit begint een beetje op een derde termijn te lijken, maar er komt nu een vraag mag ik hopen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag aan de minister, die ik net ook heb gesteld, is wat zij nu van dit optreden vindt. Hoe moet een toezichthouder in de toekomst optreden bij een conflict? De minister zegt steeds dat partijen er zelf uit moeten komen. Daarover ben ik het helemaal met haar eens, maar als dat niet zo is, moet de NZa optreden en dat doet zij nu gewoon te laat. Wat vindt de minister daarvan? Of zegt zij dat de NZa de volgende keer ook vier maanden heeft?

Minister **Schippers**: In uw analyse ligt het probleem bij zorgverzekeraars, maar zover ben ik helemaal niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nee.

Minister **Schippers**: Jawel, want u zegt dat zorgverzekeraars nu eindelijk eens worden tegengesproken door een grote organisatie die als enige de zorg aanbiedt. Dat betekent dus dat deze organisatie een aanmerkelijke marktmacht heeft. Het is voor mij zaak om dit goed uit te zoeken en te bekijken wat de feiten zijn. Mevrouw Bouwmeester kan gelijk hebben; misschien is dat zo, maar ik weet dat niet. Op de elfde weet ik dat wel. Misschien heb ik een keertje niet opgelet, maar dit is naar mijn weten de eerste keer dat de NZa op deze manier moet ingrijpen. In alle andere zaken waren partijen er al zelf uitgekomen. Ik vind dat wij ook echt naar de partijen mogen kijken. Ik ben dus ook heel erg nieuwsgierig naar de analyse hiervan van de NZa: waar ligt het aan dat dit zo heeft kunnen gebeuren? Het is een uitzonderlijke situatie. Ik heb dat nog nooit gezien. Mij is gevraagd hoe een toezichthouder moet optreden. Een toezichthouder moet eerst de partijen de kans geven om er zelf uit te komen. Zo is ons stelsel ook ingericht. Als partijen er zelf niet uitkomen, moet de toezichthouder optreden en maatregelen nemen. Dat heeft de NZa nu voor het eerst gedaan. Dat is echt wel een stap die wij moeten markeren. Het is treurig genoeg dat dit moet. Ik ben heel erg benieuwd wat ik de elfde onder ogen krijg en waar het conflict nou aan ligt. Overigens heb ik daarover geen conclusie getrokken. Anders zou ik die gegevens niet nodig hebben.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De vraag is voor wie de NZa er nu primair is. Het probleem ligt primair bij de partijen. Zij komen er niet uit en dan is er de toezichthouder, de NZa. Als je in het belang van patiënten handelt, grijp je eerder in. Dan ga je niet pas een dag voor het debat ingrijpen. Ik wil weten wat de minister daarvan vindt. Het gaat om het tijdpad.

Minister **Schippers**: Ik heb de NZa gevraagd om daar specifiek aandacht aan te besteden. Omdat er geen klachten waren binnengekomen, heb ik dat zelf gedaan. Zij heeft de partijen drie maanden de tijd gegeven om eruit te komen. Ik vind dat op zich een redelijke termijn. Ik had ook verwacht dat er nu conclusies waren getrokken en er gewoon zorg geleverd zou worden.

Het tijdpad naar openheid over kwaliteit heb ik tijdens de begrotingsbehandeling toegezegd. Wij hebben toen de vraag gesteld of wij de vele trajecten die over transparantie gaan, niet moeten verbinden. Het tijdpad komt voor de zomer.

Hoe kan de Kamer de voortgang van de luistercultuur volgen? Dat is een onderdeel van de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda. Die bied ik na

vaststelling aan de Kamer aan, naar verwachting ook voor de zomer. Ik ben voornemens om de Kamer over die agenda periodiek verder te informeren.

De vragen over transgender zijn net besproken.

Wat vind ik van het optreden van de toezichthouder? Ik vind het vooral te betreuren dat de partijen er zelf niet uit zijn gekomen. Het is ernstig genoeg dat de toezichthouder nu zijn tanden moet laten zien en dit traject moet ingaan. Op de vraag wat het perspectief is voor de korte en lange termijn, is mijn antwoord dat ik eerst de analyse wil zien. Ik heb net ook gezegd dat als hierbij sprake is van een capaciteitsprobleem, wij een veel groter probleem hebben dan als het gaat om geld. Wij kunnen niet zomaar een blik met medisch specialisten of vergaand gespecialiseerde medici opentrekken. Ik hoop dat het een kwestie is van geld, maar dat weet ik niet. Daarvoor zal ik de elfde moeten afwachten. Op basis van de informatie die ik dan heb, zal ik daadwerkelijk opschrijven wat ik van partijen verwacht en op welke termijn.

De heer Van Gerven zegt dat de minister zichzelf buitenspel zet. De manier waarop je volgens de SP de zorg zou moeten inrichten verschilt van de manier waarop de zorg is ingericht. De SP wil dat de overheid veel meer plant waar zorg is en ziekenhuizen veel meer budgetten geeft met financiering op basis van bevolkingskenmerken. Dat is een ander systeem dan het systeem dat wij nu hebben. Wij hebben een systeem waarin ziekenhuizen proberen de beste zorg te leveren voor de scherpste prijs en die zorg wordt ingekocht door zorgverzekeraars. Daarmee wordt de democratie niet buitenspel gezet, dat is het systeem dat wij met elkaar hebben opgesteld. Partijen doen dat niet zomaar in een soort leegheid, maar binnen publieke kaders. Die publieke kaders zijn behoorlijk dik en behoorlijk talrijk, zo talrijk dat de ziekenhuissector zegt er zo ongeveer onder te bezwijken en vraagt of het niet een tandje minder kan. Ik vind dat wij een goed systeem hebben, dat niet af is en waarbij echt nog belangrijke maatregelen genomen zouden moeten worden. Een aantal van die maatregelen liggen in de Kamer ter behandeling voor. Ik denk dat wij wel nog wat verbeteringen moeten aanbrengen. Een van die verbeteringen betreft de doelmatigheid en de kwaliteit van de spoedeisende hulp, waar al jaren over gesproken wordt. Dat traject hebben wij net besproken. Kan het zo zijn dat de NZa na 1 juli niets meer met terugwerkende kracht van ziekenhuizen terugvordert? Het is belangrijk dat wij heldere regels vooraf stellen zodat iedereen vooraf weet waar hij aan toe is, en die regels dus niet met terugwerkende kracht aanpassen. Dat gebeurt niet opzettelijk, maar omdat regels heel open zijn en partijen vragen om meer zekerheid en dan ga je de wat meer open regels met terugwerkende kracht invullen. Wij moeten er met elkaar aan werken dat wij daarvan afstappen. Ik kan nu niet toezeggen dat er geen problemen ontstaan of dat mensen niet zullen vragen «wat moeten wij hiermee, kun je dat niet iets nader duiden zodat wij iets beter weten waar wij aan toe zijn?» Ik wil echt dat wij slagen maken op het gebied van duidelijkheid vooraf. Dat heb ik ook al toegezegd. Mensen moeten vooraf weten waar zij aan toe zijn. Hetzelfde geldt bij fraude. Bij fraude spreek je ook niet uit dat met terugwerkende kracht niks wordt teruggehaald. Dat doe je ook, en dat is ook een risico dat aanbieders lopen. Ik heb helder aangegeven in hoeverre ik dat wil aanpassen.

De heer **Van Gerven** (SP): De kwestie van het Antonius Ziekenhuis was natuurlijk niet erg «verheffend», laat ik het zo zeggen. Het ging om 25 miljoen over een paar jaar. Dat zijn toch substantiële bedragen. Die werden dan weer teruggehaald en er werd nog een boete afgesproken. Dat had naar mijn idee vooral te maken met een onduidelijk systeem. Dat moet ik de minister nageven; het systeem was niet helder genoeg. Ik denk niet dat het allemaal fraude was. Over fraude wil ik geen misverstand laten bestaan: dat geld moeten wij terughalen. Het gaat mij echter om het

volgende. Als je een ordentelijk jaarverslag en een jaarboekhouding hebt, dan moet het een aantal maanden nadat het desbetreffende jaar voorbij is, toch zo ongeveer gedaan zijn. Dan kan er nog wel een heel kleine marge zijn, van tiende procenten of maximaal een procent of weet ik veel. Dat doet zich altijd wel voor. Daar kun je een voorziening voor treffen. Is de minister het niet met mij eens dat wij een systeem zouden moeten hebben waarbij wij voor de toekomst streven naar bijvoorbeeld een termijn van een halfjaar? Ik heb mij laten vertellen dat dit toch een redelijke termijn is.

Minister **Schippers**: Dit zijn heel veel dingen in één. Natuurlijk zijn sommige dingen niet helder, maar er worden ook gewoon vergissingen en fouten gemaakt. Ik kan nooit garanderen dat er geen toezichthouder is die zegt een vermoeden te hebben van fraude en geld terughaalt van een aantal jaar geleden. Dat kan al helemaal niet. We hebben wel een groot probleem met de snelheid van de informatievoorziening. Dat ligt niet alleen aan de dbc, die wij gaan verkorten, maar ook aan de snelheid van declareren. Als je niet snel bij een zorgverzekeraar declareert, zit er ook vertraging in de uitbetaling. Er zit dus een aantal vertragingen in het hele systeem die wij allemaal moeten nalopen om een versnelling te realiseren. Wij moeten ervoor zorgen dat er vooraf meer helderheid is. Wij moeten ervoor zorgen dat veel sneller wordt gedeclareerd door de dbc-termijn te verkorten. Wij moeten ervoor zorgen dat, als de dbc wordt afgesloten, ook door het ziekenhuis wordt gedeclareerd, zodat de afhandeling sneller plaatsvindt. Dan hebben wij ook veel sneller zicht op wat er gebeurt. Ik denk dat wij het elkaar niet aan moeten doen om tot in lengte van jaren terug te grijpen op fouten, maar ik denk wel dat de toezichthouder zijn verantwoordelijkheid op dat terrein waar moet kunnen maken. Wij zijn echt goed aan het bekijken hoe wij dit complexe geheel wat meer zekerheid kunnen geven en hoe wij met ziekenhuizen afspraken kunnen maken over een ordentelijke manier om dat te realiseren. Daarbij is de NZa natuurlijk ook belangrijk.

De heer **Van Gerven** (SP): Als de accountantsverklaring niet wordt afgegeven, krijgen ziekenhuizen extra rentelasten. Dat is ook een groot probleem. Dat is heel erg ongewenst, want dan vloeit premiegeld weg naar banken. Dat zouden wij niet moeten willen. Is er nog een onderscheid te maken voor zaken die het systeem betreffen, die in de systematiek zitten en de spelers niet direct te verwijten zijn? Kunnen wij daarvoor niet toch iets afspreken, zodat accountants en degenen die toezicht moeten houden op basis daarvan ervan uit kunnen gaan dat dat geld wel komt, ook al is het later? Dan kunnen wij er een hele hoop ruis af halen. Zo wordt voorkomen dat onnodig geen verklaringen worden afgegeven, wat weer leidt tot onnodige renteverliezen.

Minister **Schippers**: Ik heb net in een soortgelijk gesprek met mevrouw Bruins Slot gezegd dat ik zo snel mogelijk, na het gesprek met de Nederlandse Vereniging van Banken, maar in ieder geval binnen enkele weken, een brief naar de Kamer stuur over de goedkeurende verklaringen en de bestuurlijke afspraken met partijen. Daar kom ik dus op terug. Mevrouw Voortman stelde een vraag over het openbaar maken. Veel is al openbaar te vinden. Dat is het punt. Heel veel is ook heel erg versnipperd openbaar te vinden. Het is zonde dat patiënten de informatie die er al is, niet kunnen vinden. Wij hebben daar al eerder overleg over gevoerd. Wij maken die in ieder geval via de site van het Kwaliteitsinstituut, via links, voor patiënten veel beter vindbaar: informatie over wachtlijsten, gegevens die al openbaar zijn, dingen die uit inspectierapporten blijken et cetera. Via de website van het Kwaliteitsinstituut kan makkelijk worden doorgelinkt, zodat de patiënt veel meer informatie kan vinden.

De **voorzitter**: Hiermee is dit algemeen overleg afgerond. Ik wens allen nog een prettige dag.

Sluiting 17.13 uur.

### **Volledige Agenda**

1. *Beantwoording vragen commissie VWS inzake de stand van zaken met betrekking tot de ziekenhuiszorg in Zeeland*  
Kamerstuk 29 247, nr. 147 – Brief regering d.d. 25 mei 2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. *Bijeenkomst ziekenhuizen in krimpregio's*  
Kamerstuk 32 279, nr. 41 – Brief regering d.d. 26 juni 2012  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Het begrip «kostenbewustzijn» binnen de gezondheidszorg*  
Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 173 – Brief regering d.d. 11 april 2012  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *Reactie op IGZ-rapport «Het resultaat telt particuliere klinieken 2011»*  
Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 13 – Brief regering d.d. 30 oktober 2012  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Ontwikkeling bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis*  
Kamerstuk 31 016, nr. 36 – Brief regering d.d. 21 december 2012  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. *Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg*  
Kamerstuk 29 248, nr. 253 – Brief regering d.d. 27 juni 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Reactie op het rapport «Naar een alliantie AMC-VUmc»*  
Kamerstuk 31 016, nr. 43 – Brief regering d.d. 17 juni 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Onderzoek wachttijden in ziekenhuizen*  
Kamerstuk 32 299, nr. 20 – Brief regering d.d. 29 augustus 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Reactie op het artikel «Ziekenhuizen bestrijden criminaliteit»*  
Kamerstuk 28 684, nr. 390 – Brief regering d.d. 19 augustus 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013*  
Kamerstuk 32 854, nr. 20 – Brief regering d.d. 20 september 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Reactie op het NZa-advies over Organisatie dbc-systematiek*  
Kamerstuk 29 248, nr. 259 – Brief regering d.d. 22 oktober 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Aanbieding rapport «Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis» van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid (OVV)*  
Kamerstuk 31 016, nr. 60 – Brief regering d.d. 4 december 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
13. *Mededinging in de curatieve zorg*  
Kamerstuk 29 248, nr. 234 – Brief regering d.d. 27 juni 2012  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. *Antwoorden op vragen inzake proeftuinen en pilots «betere zorg met minder kosten»*  
Kamerstuk 32 620, nr. 92 – Brief regering d.d. 17 oktober 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
15. *Beantwoording vragen commissie over het macrobeheersinstrument (mbi) 2014 in relatie tot het advies van de commissie-Baarsma*  
Kamerstuk 29 248, nr. 262 – Brief regering d.d. 18 november 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
16. *Afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit over macrobeheersmodel 2014 medisch specialistische zorg*  
Kamerstuk 29 248, nr. 263 – Brief regering d.d. 15 november 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

17. *Antwoorden op vragen van de commissie inzake analyse gevoelige ziekenhuizen 2013*  
Kamerstuk 32 854, nr. 21 – Brief regering d.d. 6 januari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
18. *Stand van zaken over de onder verscherpt toezichtstelling van het Medisch Spectrum Twente (MST) door de inspectie*  
Kamerstuk 31 016, nr. 63 – Brief regering d.d. 20 december 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
19. *Antwoorden op vragen van de commissie over stand van zaken met betrekking tot de zorg in de regio Spijkenisse*  
Kamerstuk 31 016, nr. 64 – Brief van de regering d.d. 20 december 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
20. *Marktscan medisch specialistische zorg 2013*  
29 248-264 – Brief regering d.d. 17 december 2013  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
21. *Voortgang fusie Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ)*  
Kamerstuk 32 620, nr. 107 – Brief regering d.d. 15 januari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
22. *Aanbieding rapport «Het resultaat telt ziekenhuizen 2012»*  
Kamerstuk 29 247, nr. 187 – Brief regering d.d. 27 januari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
23. *Verplichte publicatie sterftecijfers*  
Kamerstuk 33 497, nr. 13 – Brief regering d.d. 29 januari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
24. *Beantwoording vragen commissie over de reactie op de gewijzigde motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen met de verwijzing in de geriatrische revalidatiezorg*  
Kamerstuk 29 689, nr. 496 – Brief regering d.d. 11 februari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
25. *Reactie op twee onderzoeksrapporten over de gebeurtenissen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis*  
Kamerstuk 31 016, nr. 65 – Brief regering d.d. 7 februari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
26. *Beantwoording vragen commissie over beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg*  
Kamerstuk 29 248, nr. 266 – Brief regering d.d. 11 februari 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
27. *Reactie op verzoek van het lid Voortman over de behandelingsstop bij het VUmc voor patiënten met genderdysforie*  
Kamerstuk 32 299, nr. 25 – Brief van de regering d.d. 11 maart 2014  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers