

Tweede Kamer, Initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 januari 2020 overleg gevoerd met de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen (35227);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 september 2019 inzake reactie op de initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen (35227, nr. 3);**
- **de brief van het lid Van Gerven d.d. 15 januari 2020 inzake een doorrekening van het voorstel om een bereikbaarheidsnorm voor ziekenhuizen van 20 minuten in te voeren (35227, nr. 4).**

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

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

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

Voorzitter: Ellemeet

Griffier: Bakker

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Ellemeet, Van Gerven, Hermans en Hijink,

en de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 13.05 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag allemaal. Het is 13.05 uur. Ik stel voor dat we beginnen. Van harte welkom bij dit debat over de initiatiefnota van de heer Van Gerven. Een bijzonder welkom aan hem en zijn medewerker, mevrouw Post. En natuurlijk ook een bijzonder welkom aan de minister, in zijn rol als adviseur, en aan de collega-Kamerleden. We hebben allemaal verschillende spreektijden, al naargelang de grootte van de fractie. Die spreektijden zijn bij u bekend, als het goed is. Ik wil meteen van start gaan en voorstellen om twee interrupties in tweeën aan te houden voor de Kamerleden. Dan geef

ik als eerste het woord aan mevrouw Hermans van de VVD.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik wil graag beginnen met een compliment aan de indiener en natuurlijk aan zijn ondersteuning. Zo'n nota schrijven is namelijk veel werk, dus dat verdient gewoon waardering. Het is dan ook nog eens een nota over een onderwerp dat ons allemaal na aan het hart gaat, al mag je over de oplossingen van mening verschillen, wat we ook zeker doen. Over dit onderwerp, toegankelijkheid van zorg, hebben wij ons hier in de Kamer en in de politiek mee bezig te houden. Het is dus mooi dat u daarover een nota geschreven heeft.

Als je plotseling heel ziek wordt, wil je de zekerheid hebben dat zorg dichtbij is. Als je chronisch ziek bent en regelmatig controles nodig hebt, wil je geen uren onderweg zijn. En als je gaat bevallen, wil je zo snel mogelijk in professionele handen zijn. Vaak, maar lang niet meer altijd — dat moet ik er wel bij zeggen — ga je in deze gevallen voor zorg naar een ziekenhuis. Als je in dat ziekenhuis moet zijn, moet dat toegankelijk zijn. Ik zei het al: die toegankelijkheid is een van de onderwerpen waar wij in de politiek veel over discussiëren en waar op dit moment veel discussies over gaan. Je hoeft de krant maar open te slaan en het gaat over berichten als langere wachtlijsten door personeelstekorten. Dat raakt direct aan de gevoelde ervaring van de toegankelijkheid van zorg. Maar ook de stijgende zorgkosten zijn vaak in het nieuws, zowel de kosten die we met z'n allen maken als de kosten die je als individu voor je kiezen krijgt. Dat heeft allemaal te maken met toegankelijkheid. Het debat van vandaag gaat ook daarover. Na vandaag zullen de discussies niet afgelopen zijn, maar het is goed om ook in deze vorm, in deze setting, daarover te spreken.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dat zijn de drie kernwaarden in onze zorg. Is de zorg goed? Kan ik er terecht? Kan ik het, kunnen wij het met elkaar, betalen? In alles wat we doen om de kwaliteit van onze zorg ten minste te houden zoals die is, intussen nog beter te maken én klaar te maken voor de toekomst, gaat het steeds om de balans van deze drie zaken: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Die balans mist de VVD in de nota van de SP. Daarover gaat dan ook mijn eerste vraag aan de heer Van Gerven. De focus ligt heel erg op toegankelijkheid, waarbij toegankelijkheid eigenlijk helemaal kwantitatief benaderd wordt. Zo wordt er gesproken over het aantal ziekenhuizen, het aantal bedden en het aantal poliklinieken, en over hoe die aantallen zich ontwikkeld hebben. Die historische schets is interessant om te lezen, maar de VVD-fractie mist een schets van hoe de kwaliteit van zorg en de manier waarop we zorg bieden zich hebben ontwikkeld en van de gigantische stappen die onze zorg daarin gezet heeft, waardoor we mensen op andere manieren, maar ook op andere plekken nog betere zorg kunnen geven. Mijn vraag is eigenlijk: waarom heeft de heer Van Gerven ervoor gekozen daar niet wat uitgebreider op in te gaan?

Kijk naar voorbeelden als HartWacht, waarmee we chronische hartpatiënten op afstand in de gaten kunnen houden en zij niet voor elke controle naar het ziekenhuis hoeven, maar alleen op het moment dat er echt wat aan de hand is. Of kijk naar huisartsen en specialisten die samenwerken in de huisartsenpraktijk, waardoor je bijvoorbeeld voor de controle van een moedervlek niet direct naar het ziekenhuis hoeft, maar daarvoor in eerste instantie ook naar de huisarts zou kunnen. Is de heer Van Gerven het dan niet met de VVD eens dat de zorg dichtbij — dus niet het ziekenhuis dichtbij, maar de zorg dichtbij — het uitgangspunt zou moeten zijn?

De heer **Hijink** (SP):

Volgens mij wordt hier een onterechte tegenstelling gecreëerd. Ook de SP is natuurlijk van mening dat je hele specialistische zorg moet kunnen concentreren omdat het logisch is dat je niet op iedere locatie de meest ingewikkelde operaties kunt uitvoeren. Ook vind ik het heel logisch dat waar zorg elders kan worden gegeven, je die niet per se in het ziekenhuis moet doen. Alleen, de nota gaat in mijn ogen vooral over de vraag of de zorg dichtbij is als het bijvoorbeeld gaat om spoedgevallen, spoedeisende hulp of acute verloskunde. Hoef je dan niet meer dan een halfuur of soms wel drie kwartier te reizen om op de plaats van bestemming te komen? Dat is toch eigenlijk ook een onderdeel van de kwaliteit? Het gaat niet zozeer alleen om wat we eruit weg kunnen halen, maar ook om wat er op heel specialistisch niveau moet gebeuren. Maar zorg, zeker als die acuut is, moet toch gewoon dicht bij huis georganiseerd worden?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Om gelijk even te reageren op de beide voorbeelden over acute zorg die de heer Hijink noemde: de spoedeisende hulp en de verloskunde. Die moeten voor iedereen binnen een bepaalde tijd te bereiken zijn. Daarover loopt de discussie. Ik ken de voorstellen uit de notitie van de heer Van Gerven om naar een norm van twintig minuten te gaan, maar dan kan ik me toch meer vinden in de reactie van de minister daarop, die zegt: wacht even, die 45 minuten norm is niet medisch-wetenschappelijk onderbouwd. Datzelfde geldt overigens voor de norm van twintig minuten die in de notitie wordt voorgesteld. Ik heb begrepen dat de minister heeft toegezegd dat er wordt gekeken naar de vraag hoe we met de norm om kunnen gaan op een manier waarbij we de acute zorg, spoedeisende hulp en verloskunde, kunnen blijven garanderen.

De heer **Hijink** (SP):

Dit klopt niet helemaal. Die norm van twintig minuten komt wel ergens vandaan. Zeker bij de acute verloskunde is een reistijd van meer dan twintig minuten gewoon risicovol. Daar is ook onderzoek naar gedaan. Als het langer duurt dan twintig minuten, stijgen de risico's en heb je meer risico op babysterfte en complicaties bij zwangeren. Dat lijkt mij toch wel iets om in het achterhoofd te houden, nog los van de discussie die we ook vaak met het CDA hebben over bijvoorbeeld de leefbaarheid van het platteland. Een ziekenhuis moet gewoon in de buurt zijn. Als je dat nodig hebt, wil je niet die hele lange reistijd hebben. Maar laat ik het zo vragen: is de VVD ook voor de norm van twintig minuten als blijkt uit bepaalde onderzoeken dat er wel medische criteria zijn te benoemen om tot die twintig minuten te komen en als die norm goed onderbouwd kan worden met medische data?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik ga mij op dit moment helemaal niet uitspreken over een andere norm dan de afspraken die we nu hebben. Nogmaals, ik vind het goed dat we naar die norm kijken, want die 45 minuten norm is er ooit om andere redenen gekomen. Die is dus niet medisch-wetenschappelijk onderbouwd, zoals ik net al zei. Dat is volgens mij ook een goede aanleiding voor het feit dat de minister heeft gezegd: ik laat de ... Nu moet ik even gokken. Volgens mij was het de Gezondheidsraad. Zeg ik dat goed? Ja. Hij zei: ik laat de Gezondheidsraad hiernaar kijken. Totdat die met conclusies komt, zie ik geen aanleiding om nu aan die norm te sleutelen. Dat zei u overigens ook niet; u vroeg of ik dat in de toekomst van plan was. Maar ik wil echt eerst die analyse of die verkenning afwachten.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter. Zorg dichtbij is voor de VVD dus het uitgangspunt. Samenwerking is daarvoor heel belangrijk. Op dat punt vindt de heer Van Gerven mij dan ook direct aan zijn zijde. Dat die samenwerking nog lang niet altijd vanzelf gaat, zie ik ook. Waar we die kunnen stimuleren, moeten we dat dus doen. Maar ik zeg wel met nadruk "stimuleren" en niet "verplichten". Ik geloof er namelijk niet in dat als je partijen verplicht om samen te werken, ze dan lekker gemotiveerd met elkaar aan de slag gaan voor betere zorg en ondersteuning van mensen. Ook voor de VVD is het belangrijk dat je medewerkers in de zorgorganisatie, maar zeker ook inwoners en andere betrokken partijen in de omgeving van een ziekenhuis en van zorgorganisaties betreft bij en informeert over dingen die veranderen in de zorg. Wij kijken daarom uit naar de AMvB waarin de minister voorwaarden gaat stellen aan dat betrekken en informeren. Mijn vraag aan de heer Van Gerven is wat hij van die stappen van de minister vindt. De heer Van Gerven focust in zijn nota heel erg op het instemmingsrecht van één mogelijk betrokken partij, de gemeente. Even los van wat ik van dat instemmingsrecht vind, is dat maar één partner in het geheel. Ik ben benieuwd wat de heer Van Gerven vindt van de insteek van de minister, waarbij eigenlijk veel breder wordt gekeken naar alle partijen die betrokken zijn bij veranderingen in het zorglandschap.

Is de zorg goed, kan ik er terecht en kan ik het betalen? In het kader van de balans tussen die drie elementen heb ik nog een aantal vragen aan de heer Van Gerven. Ik begin met de kwaliteit in relatie tot de efficiëncynorm. Dat is volgens mij beslispunt 3 uit de nota. Dat is een voorbeeld van de kwantitatieve benadering die ik net noemde. Ik vraag me gewoon af hoe dat in de ogen van de SP in de praktijk zou moeten gaan werken. Stel dat er bijvoorbeeld een ziekenhuis is met 400 bedden waar de beste zorg verleend wordt. Is het in de ogen van de heer Van Gerven dan de bedoeling dat dat ziekenhuis bedden gaat inleveren? Als dat zo is, dan gooien we toch toegankelijke en kwalitatief goede zorg weg?

Dan het prijskaartje dat hangt aan de beslispunten 1, 2 en 3. Wat zijn de kosten van een norm van twintig minuten en van die efficiëncynorm? Ik heb de financiële paragraaf gelezen, maar met die toelichting neemt de VVD-fractie geen genoegen. Reken dit bijvoorbeeld eens door in de premies. Wat gaat de premiebetaler nou extra betalen?

Voorzitter. Tot slot de mensen die werken in de zorg. Dat zijn er gelukkig nog steeds een heleboel, maar er zijn helaas ook tekorten. Ik refereerde daar al even aan. Die tekorten stellen ons ook in de komende jaren voor een grote uitdaging. Gelukkig zet het kabinet hier stevig op in. Ik heb wel een vraag aan de minister hierover. Hoe loopt het met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord over het extra opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen? Daar heeft het kabinet extra ruimte voor gegeven, maar daar gaf de sector tot een paar jaar geleden nog niet helemaal invulling aan. Ik ben benieuwd wat daar nu de stand van zaken is. De heer Van Gerven focust op het opleiden van nog meer mensen. Dat snap ik op zich, ook in het licht van de vraag die ik net aan de minister stelde. Maar is de heer Van Gerven het niet met mij eens dat we vooral ook moeten focussen op alles op alles zetten om ervoor te zorgen dat mensen in de zorg blijven werken? En hebben wij als politici daarin niet ook een belangrijke taak, door te blijven vertellen dat er ook mooie dingen gebeuren in onze zorg? Natuurlijk moet en kan het altijd beter. Daarom zitten we hier. Dat zijn we verplicht aan iedereen die werkt in de zorg en aan iedereen die nu of in de toekomst zorg nodig heeft. Dat geeft vertrouwen in

zorg dichtbij.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Hermans. Naast de VVD en de SP zijn inmiddels ook mevrouw Van den Berg van het CDA en mevrouw Agema van de PVV aangeschoven. Hartelijk welkom. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik zou ook graag willen beginnen met het uitdelen van mijn complimenten aan de makers van de nota, zowel aan mijn collega Van Gerven als aan onze fantastische medewerker Femke Post. Heel veel dank. De minister mompelt nu dat de SP alleen maar goede medewerkers heeft. Dat klopt.

Voorzitter. Als een ziekenhuis haar deuren sluit of een spoedeisende hulp kwijt dreigt te raken, dan is een gemeenschap vaak in rep en roer. Het is een cruciale voorziening, die door de samenleving wordt gekoesterd. Zelf ben ik de afgelopen maanden veel bezig geweest met de mogelijke sluiting van afdelingen in het ziekenhuis in Winterswijk. Ook daar was heel veel ophef. Er waren grote zorgen over het sluiten van de acute verloskunde. Het is niet zo gek dat die ophef er is als je bedenkt dat zonder een dergelijke afdeling de reistijden in Winterswijk en omgeving zouden oplopen tot wel 40 minuten om in het ziekenhuis in Doetinchem te komen.

Ondanks al deze terechte zorgen die er bij mensen zijn, zien we de afgelopen jaren een toename van het aantal afdelingen dat verdwijnt en zelfs van het aantal faillissementen van ziekenhuizen. Dat komt in de ogen van de SP door het stelsel waarin de overheid de regie heeft overgedragen aan zorgverzekeraars. Die zorgverzekeraars sturen doelbewust aan op schaalvergroting en willen kleinere ziekenhuizen geen garanties meer geven voor hun voortbestaan. Door de concurrentie tussen ziekenhuizen is het nu letterlijk zo dat de een zijn dood de ander zijn brood is. Kijk bijvoorbeeld naar het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen: dat ziekenhuis groeit doordat het Bethesdaziekenhuis in Hoogeveen de acute verloskunde is kwijtgeraakt. We zien veel ziekenhuizen kiezen voor kortetermijnoplossingen gedicteerd door banken en verzekeraars. Financiële belangen gaan dan boven het belang van kwaliteit, bereikbaarheid en leefbaarheid.

We hebben een langetermijnvisie voor de ziekenhuizen nodig, vindt de SP, met name ook voor de kleinere, de regionale ziekenhuizen, die meer vastigheid en meer toekomst nodig hebben. Jonge specialisten hebben dat letterlijk tegen mij gezegd in een gesprek. Zij zeggen: wij werken graag in een regionaal ziekenhuis, maar we moeten wel zekerheid hebben over de toekomst van zo'n ziekenhuis. Ze zeiden zelfs letterlijk: je gaat niet werken op een zinkend schip. Daarin hebben ze natuurlijk gelijk. Want wie gaat met gezin en al naar een regio verhuizen om er in een ziekenhuis te gaan werken als je er niet zeker van bent dat dat ziekenhuis er over vijf jaar nog staat? Het gebrek aan specialisten, waarmee sluiting vaak wordt gemotiveerd, is de afgelopen tijd een zichzelf vervullende voorspelling geworden: als je maar vaak genoeg zegt dat het personeel niet te vinden is, dan komen ze ook niet meer. Ook de minister heeft hiermee zelf gecreëerd dat ziekenhuizen in de overlevingsstand gaan. Dat is in onze ogen niet de beste manier om de beste zorg voor elkaar te krijgen.

Het is een hele goede zaak dat wij nu discussiëren over de initiatiefnota van mijn collega

Van Gerven. In de nota worden maatregelen voorgesteld die ziekenhuizen meer vastigheid kunnen geven en faillissementen kunnen voorkomen. Maar er staan ook maatregelen in die een halt toeroepen aan de onwenselijke schaalvergroting en garanties bieden voor behoud van de kleine, regionale ziekenhuiszorg dichtbij. Deze voorstellen betekenen een radicale breuk met het beleid van de afgelopen jaren: de overheid neemt de regie weer terug waar de zorgverzekeraars en de markt falen. Wij merken dat deze voorstellen op heel veel sympathie in de samenleving kunnen rekenen. Een paar van deze voorstellen wil ik graag nog extra benadrukken.

Ten eerste noem ik de bereikbaarheidsnorm van twintig minuten. Elke burger van Nederland zou in onze ogen met een eigen auto in twintig minuten een volwaardig ziekenhuis, inclusief spoedeisende hulp en acute verloskunde, moeten kunnen bereiken. Ik hoef alleen maar te wijzen op de dramatische situatie op dit moment in Flevoland, op Urk en in Lelystad, om aan te tonen hoe nodig dit is. Mijn collega heeft in een aanvullend stuk ook uitgerekend wat het betekent als we deze 20 minuten norm zouden invoeren. Dat betekent dat, met uitzondering van in enkele grote steden, nergens ziekenhuizen meer hun afdelingen acute verloskunde en spoedeisende hulp kunnen sluiten. Het betekent ook dat in een aantal ziekenhuizen de spoedeisende hulp en de acute verloskunde terug zouden moeten komen, bijvoorbeeld in Lelystad, Hoogeveen, Stadskanaal en Vlissingen, daar waar de nood het hoogst is.

Een belangrijk ander punt is het voorstel tot een verplicht samenwerkingsmodel. Daarbij krijgen de academische ziekenhuizen en de topklinische ziekenhuizen de taak om kleine, regionale ziekenhuizen in stand te houden. Samen met die kleine, regionale ziekenhuizen krijgen ze de verantwoordelijkheid om de continuïteit en de kwaliteit van de kleinere, volwaardige regionale ziekenhuizen te garanderen. Zo wordt, in onze ogen, het personeelsprobleem dat bij een aantal ziekenhuizen een rol speelt bij het realiseren van de 24 uursspoedzorg goed ondervangen.

Een ander voorstel dat de SP nu doet, maar natuurlijk al veel vaker heeft gedaan, is om alle vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst te nemen en onder te brengen onder de Wet normering topinkomens. Het CPB heeft eerder al eens voor ons uitgerekend dat daarmee op termijn een besparing op jaarbasis van wel 0,5 miljard gerealiseerd kan worden. Met die opbrengst kunnen met gemak de mogelijke extra kosten voor het overeind houden van de kleine regionale ziekenhuizen worden bekostigd. En dan hebben we het nog niet over de positieve bijeffecten van een dergelijke maatregel gehad. We weten namelijk allemaal dat als artsen niet in loondienst werken, het risico bestaat dat zij veel meer productie draaien en dat er dus zorg wordt geboden, die eigenlijk helemaal niet geboden hoeft te worden.

We kunnen van dat geld duizenden extra verpleegkundigen en specialisten aan het werk zetten als we de echt foute productieprikkel uit ons stelsel gaan halen. We kunnen vele afdelingen voor spoedeisende hulp in stand houden als we de winsten uit de zorg halen. We kunnen heel veel extra zorg verlenen als zorgverleners niet een derde van hun tijd bezig zijn met bureaucratie. Het zou heel mooi zijn als straks niet alleen de heer Van Gerven, maar ook de minister nog eens op dit soort voorstellen zou willen ingaan. Hopelijk kan hij duidelijk maken dat de manier waarop je omgaat met de ziekenhuiszorg in ons land uiteindelijk een kwestie van politieke keuzes is, hoe je ook over deze discussie denkt. Je kunt ervoor kiezen om het aantal ziekenhuizen fors terug te brengen en een aantal afdelingen te sluiten, zoals de minister doet en andere partijen hebben gedaan. Maar je kunt ook voor de andere kant kiezen en toegankelijke zorg voor alle

Nederlanders beschikbaar maken. Dat is de kant die de SP kiest.

Daar wou ik het bij laten, voorzitter. Dank u wel.

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Hermans. Gaat uw gang.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ergens halverwege zijn betoog ging de heer Hijink in op kwaliteit, bereikbaarheid en leefbaarheid. Dat zijn drie belangrijke elementen, maar het onderwerp betaalbaarheid noemde hij niet; misschien bewust, misschien onbewust. Mijn vraag is: hoe kijkt de heer Hijink daarnaar, ook in relatie tot de voorstellen die de SP doet in deze notitie? De onderbouwing daarvoor is in ieder geval niet in de financiële paragraaf opgenomen.

De heer Hijink (SP):

Ik sloot juist af met een maatregel die heel veel oplevert, namelijk 0,5 miljard euro. Dat kan door specialisten in loondienst onder te brengen en onder de Wet normering topinkomens te laten vallen. Dat levert dusdanig veel geld op dat je daar heel veel afdelingen mee open kunt houden. Daar komt de manier waarop wij de zorg inrichten nog bij. Als je kiest voor schaalvergroting, wil dat niet automatisch zeggen dat het goedkoper en efficiënter wordt. Sterker nog, het tegendeel is het geval. In de nota staat nadrukkelijk dat een ziekenhuis van tussen de 200 en 300 bedden een optimale schaal heeft. Dat is meerdere keren doorgerekend door experts. Zodra je daarboven komt, groeit het management en groeit ook de bureaucratie. Je kunt dus ook prima beredeneren dat juist schaalverkleining kan bijdragen aan goedkopere en betere zorg, nog los van het punt dat je met medisch specialisten in loondienst heel erg veel geld kunt ophalen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dat laatste stuk van het betoog had ik ook gehoord, maar het is niet opgenomen in de notitie, nog los van de vraagtekens die je bij die berekening kunt zetten. Dat maakt het wegen van wat dit geheel nu betekent lastig. En ... nu ben ik mijn vraag vergeten. Dat is echt even heel onhandig!

De heer Hijink (SP):

Moet ik er even eentje verzinnen?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik begin te praten en nu weet ik het niet meer. Het is maandag. Maar nu gaat mijn kans wel voorbij.

De voorzitter:

Het is maandag inderdaad. Kan gebeuren. Weet u, u neemt even de tijd en mevrouw Van den Berg schiet u te hulp, geloof ik.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Misschien schiet het me zo nog te binnen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik had net als mevrouw Hermans ook een vraag over de financiële onderbouwing aan de heer Hijink, maar daar is hij zojuist op ingegaan. Ik onderschrijf het niet, maar de heer

Hijink heeft daar in ieder geval zijn visie op gegeven. Ik zou graag iets van hem willen weten over hoe hij met de arbeidsmarktproblemen op dit moment omgaat. Er zijn met name specialistische tekorten op bepaalde terreinen. Soms hoor ik zelfs dat er voldoende geld is, maar dat de mensen er gewoon niet zijn. Daar krijg ik graag nog even een reflectie op.

De heer **Hijink** (SP):

Daarvoor zijn denk ik twee redenen aan te wijzen. Ten eerste zijn er gewoon veel te weinig mensen opgeleid. Als je een internationale vergelijking maakt, hebben wij betrekkelijk weinig specialisten in vergelijking met andere landen. Als je meer specialisten opleidt, dan heb je ook meer specialisten te verdelen over de verschillende ziekenhuizen. Het andere punt heb ik daarnet eigenlijk ook al gemaakt. Ook voor zorgverleners wil je een prettige omgeving aanbieden, zeker als het gaat om de streekziekenhuizen en regionale ziekenhuizen. Ze moeten daar een bestaan kunnen opbouwen. Wat is nou de belangrijkste reden waarom zij zich niet willen vestigen in de buurt van die regionale ziekenhuizen? Dat hoor je als je net als ik met specialisten zelf praat. Ze hebben niet het gevoel dat ze daar een zekere toekomst hebben. Je gaat niet voor eventjes naar het platteland om in een streekziekenhuis te werken. Nee, je wilt daar een toekomst opbouwen. Je kinderen gaan daar naar school. Je moet er dus wel van overtuigd zijn dat het ziekenhuis waarin jij interesse hebt, er over vijf of tien jaar nog steeds staat. Ik denk dat wij een heel eind zijn als we de omstandigheden beter maken en meer mensen opleiden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Daar wil ik toch even op terugkomen. Ik doe even mijn bril af, want dan kan ik het lezen. Er stond inderdaad op pagina 9 van de nota een staatje over het aantal specialisten, huisartsen en overige artsen dat Nederland heeft. Wij zitten daar in de top vier van Europa, zelfs ten opzichte van de Verenigde Staten. Wij maken misschien een andere verdeling tussen wat huisartsen doen en wat medisch specialisten doen; dat kan per land verschillen. Maar wij zitten zeer hoog in het aantal artsen per inwoner. Daar wil ik van de heer Hijink een nadere reactie op hebben.

De heer **Hijink** (SP):

Er zijn de afgelopen jaren minder artsen opgeleid dan geadviseerd werd. Het ligt toch heel erg voor de hand dat als er een tekort is aan iets, je ervoor moet zorgen dat er meer komen. Ik vind dat een hele eenvoudige rekensom. Er is een gebrek aan artsen op bepaalde terreinen. Ga zorgen dat er meer mensen worden opgeleid. Volgens mij is dat een hele logische weg om te gaan. Het is ook een vakgebied waar heel veel mensen interesse in hebben. Je kunt mensen helpen, je kunt er een goede boterham mee verdienen en je bent voor de rest van je leven zeker van werk. Volgens mij is het voor mensen heel aantrekkelijk om op die post te gaan werken. Je zult er gewoon voor moeten zorgen dat meer mensen worden opgeleid.

De **voorzitter**:

Ik kijk nog even naar mevrouw Hermans.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Mevrouw Hermans' geheugen laat haar nog wel een beetje in de steek. Maar ik zat ook even te luisteren naar dit debatje, dus ik stel naar aanleiding daarvan nog een vraag. Het klinkt zo simpel: ga meer mensen opleiden. Maar dan is een heel simpele vraag terug: waar halen we die mensen vandaan?

De heer **Hijink** (SP):

Er gaan overal in het land genoeg mensen naar de universiteit, lijkt me. Die kun je verleiden om rechten te gaan studeren, of economie, of je kunt ze verleiden om in de zorg te gaan werken. Volgens mij kun je dan nog hele grote stappen zetten. Ik zie het probleem niet. Volgens mij is het echt het aantrekkelijk maken van het vak. Daar kun je nog heel veel aan veranderen.

De **voorzitter**:

Goed, dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats wil ik natuurlijk complimenten maken aan mijn collega Van Gerven voor zijn initiatiefnota, want zo'n nota maken is altijd veel werk. Daarbij wil ik wel gezegd hebben dat wij als CDA eigenlijk eerder een nota hadden verwacht over de inrichting van een nationaal zorgfonds, aangezien de SP dat in bijna ieder debat benoemt.

Het CDA is het met de SP eens dat zorg bereikbaar moet zijn, ook in de regio. Bereikbaarheid van zorg is ook onderdeel van de kwaliteit van zorg en is zeer bepalend voor de leefbaarheid van de regio. Ik heb daarover zelf de initiatiefnota Zorg in de regio gepubliceerd en diverse moties ingediend, zoals over een leefbaarheidsimpactanalyse voordat besloten wordt een kwaliteitskader in te voeren.

Ook het belang van streekziekenhuizen in het algemeen wordt door het CDA onderschreven; deze zijn laagdrempelig toegankelijk en hebben het voordeel van korte lijnen met andere zorgverleners. We zijn het eens dat groter zeker niet automatisch beter is, dat fusies niet zaligmakend zijn en dat de kosten voor zorg in streekziekenhuizen vaak lager zijn dan in topklinische en academische ziekenhuizen. Ook het belang van goede samenwerking wordt door ons onderschreven. Ook dat heb ik in mijn initiatiefnota benadrukt. Niet willen samenwerken tussen professionals is niet professioneel en niet 2020.

Maar daarmee houdt wel op waar het CDA het eens is met de SP. Instemmingsrecht van gemeentes, personeel en cliënten bij wijzigingen is ons inziens namelijk niet reëel. Als besluiten alleen maar genomen kunnen worden bij unanimititeit, blijven we steken in het heden, want er zal altijd een partij zijn die het niet geheel eens is. Voorts missen wij een financiële onderbouwing, een visie op de arbeidsmarktproblemen en een visie op innovatie.

Voorzitter. Op ons verzoek komt de minister met een algemene maatregel van bestuur waarbij overleg in en met de regio verplicht is bij wijzigingen in de acute zorg. Het CDA vindt dat er op regionaal niveau en zelfs op provinciaal niveau gekeken moet worden naar het zorglandschap, om te zorgen dat zorg beschikbaar, bereikbaar, maar ook betaalbaar blijft. De heer Van Gerven schrijft echter dat een ziekenhuis een basisvoorziening is, dat het geen vereiste moet zijn dat het rendabel is en dat iedereen met eigen vervoer binnen twintig minuten in een ziekenhuis moet kunnen zijn, maar dat dit geen financiële gevolgen zou hebben. Het voorstel van de SP zou betekenen dat er in Zeeuws-Vlaanderen, met 100.000 inwoners, in ieder geval al een ziekenhuis bij moet. Dat is geen reële optie, lijkt mij. Het is zeker niet de enige regio. Ik mis dan ook een

financiële onderbouwing van de voorstellen.

En ik mis het onderwerp innovatie, e-health en andere werkwijzen, terwijl anders werken zelfs tot betere resultaten kan leiden of de patiënt meer comfort geeft. Zo bestaan traumahelikopters 25 jaar, bestaat de high intensive care 15 jaar en hebben we pas sinds kort de MICU's, de mobiele intensive care units, ambulances die specifiek zijn ontworpen voor intensiverepatiënten, waarbij de patiënt dezelfde behandeling en monitoring krijgt als op een intensive care. Het thuis of via een app monitoren van je hart, videobellen et cetera zijn ook ontwikkelingen die de zorg nog beter maken. Daardoor hoeven mensen minder vaak naar een ziekenhuis. De SP gaat ervan uit dat de status quo behouden moet blijven, maar het stenen tijdperk is niet voorbijgegaan wegens gebrek aan stenen, maar omdat er betere alternatieven waren. In de nota gaat de SP daaraan geheel voorbij. Vandaar nog de volgende vragen aan de initiatiefnemer ...

De voorzitter:

Ik moet wel blijven opletten: er is een interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ben heel erg benieuwd wat volgens het CDA dan die betere mogelijkheden zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik denk dat ik daar net een paar voorbeelden van heb genoemd, zoals dat je met zo'n MICU, de meest recente innovatie, op een mobiele manier iemand met high intensive care kan vervoeren van A naar B. Dat is een enorme vooruitgang voor de zorg. Het kan ook een geruststelling zijn voor mensen. Op die manier kunnen ze voor andere en betere zorg in aanmerking komen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is natuurlijk een heel povere redenering. Op zo'n mobiele unit is natuurlijk helemaal niemand tegen, ik neem aan de SP ook niet, maar ik snap werkelijk niet dat de CDA-fractie hier beredeneert dat die in de plaats moeten komen van het ziekenhuislandschap, dat steeds verder afbrokkelt als gevolg van het huidige beleid dat gevoerd wordt. Waarom de oude stenen gewoon maar weglaten omdat je anders geen innovatie of vooruitgang zou hebben? Wat we hadden was toch eigenlijk hartstikke goed? Waarom moet dat kapot van het CDA?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wij hebben al eerder als CDA betoogd dat zorg voor ons beschikbaar, betaalbaar én bereikbaar moet zijn, ook in de regio. Wij hechten dus juist zeer veel waarde aan streekziekenhuizen. Maar wij zien ook dat het, om in deze tijd een goed ziekenhuis te kunnen zijn, steeds meer nodig is om intensiever samen te werken met andere zorgverleners in de keten, evenals met topklinische en academische ziekenhuizen. Ik heb net bijvoorbeeld apps genoemd waarmee je thuis metingen kunt doen in plaats van dat je, zoals vroeger, iedere keer naar het ziekenhuis moet. Door dergelijke innovaties kun je dingen anders organiseren. In mijn betoog wil ik aangeven dat ik dat aspect als totaal mis in de nota van de heer Van Gerven.

De voorzitter:

We zouden het in tweeën doen, maar nog één korte toevoeging van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Die apps zijn natuurlijk ook geen panacee. Ik vind het steeds wonderlijker, en het begint me steeds meer te irriteren, dat het CDA heel actief het regeringsbeleid steunt, terwijl de gevolgen van dat regeringsbeleid, zoals de beperking van de volumegroei tot 0% in 2020, zijn dat streekziekenhuizen omvallen of het moeilijk krijgen. We zien nu al dat er een hele hoop zijn omgevallen of er gewoon uitgedrukt worden, zoals het Bronovo. Bijvoorbeeld ook het aantal afdelingen spoedeisende verloskunde is gedaald, van 85 naar 75. Van de spoedeisendehulpverleners zijn er ook al een stuk of 15 weg. Het CDA zegt dan: je hebt mobiele ic's en apps. Dat ziet iedereen. Iedereen ziet die kleine dingetjes, die in de toekomst misschien iets moois kunnen worden. Maar die kunnen toch niet het hele systeem van ziekenhuiszorg gaan vervangen, waar nu zulke grote gaten vallen door het beleid dat het CDA steunt?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Vorige week heb ik hier nog naar voren gebracht dat wat mij betreft de acute keten niet op orde is zolang er bijvoorbeeld nog stops zijn en een ziekenhuis op slot is. Vorige week hebben we nog het debat gehad over Hoogeveen en Stadskanaal. Dat is daar een goed voorbeeld van. Wij zijn er dus uitermate kritisch op dat ook de acute zorg bereikbaar blijft. Het punt dat ik hier op dit moment heb willen maken, is dat het onderwerp innovatie in de nota van de heer Van Gerven in het geheel niet wordt benoemd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink heeft ook nog een vraag.

De heer **Hijink** (SP):

Het klopt natuurlijk dat het CDA altijd de mond vol heeft van het belang van streekziekenhuizen en van zorg in de regio en in de buurt. Maar als puntje bij paaltje komt, stemt ook het CDA ermee in dat de ziekenhuizen, op voorspraak van de zorgverzekeraars, gewoon volledig of gedeeltelijk ontmanteld worden. Ik wil ingaan op de samenwerking, want een van de voorstellen die in de nota staan, is om nou eens te kijken hoe een groot ziekenhuis — een academisch of een topklinisch ziekenhuis — met een streekziekenhuis kan optrekken. Door een soort samenwerkingsverband met een groter ziekenhuis kan men er zo voor zorgen dat vormen van zorg, daar waar die in de ogen van de verzekeraar niet rendabel zijn, zoals de acute zorg, toch in stand blijven. Ik ben benieuwd hoe het CDA daarnaar kijkt: niet vriendelijk verzoeken of een verzekeraar dat wil regelen, maar gewoon per regio bekijken hoe je dat kunt afspreken, zodat het ook gebeurt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wij zijn een enorm groot voorstander van intensieve samenwerking tussen academische, topklinische en regionale ziekenhuizen. Maar als meneer Hijink bedoelt dat een topklinisch ziekenhuis dan in feite de regio gaat inrichten, dan zeg ik dat wij er ook aan hechten dat streekziekenhuizen een eigen zelfstandigheid kunnen behouden en dus niet allemaal automatisch onderdeel worden van een topklinisch ziekenhuis.

De heer **Hijink** (SP):

Nee, maar dat bedoel ik ook helemaal niet. Het blijven twee afzonderlijke ziekenhuizen. Het blijven twee zelfstandige ziekenhuizen. Stel dat er een ziekenhuis is dat groot genoeg is, veel personeel kan aantrekken en alles goed op orde heeft en dat de kleinere ziekenhuizen de spoedeisende hulp en de acute verloskunde misschien niet op eigen

kracht overeind kunnen houden. Je zorgt er dan alleen voor dat zij samenwerken met dat andere ziekenhuis, zodat ze dat gezamenlijk wel kunnen. Dan kun je het op twee plekken aanbieden, in plaats van dat een of twee ziekenhuizen andere ziekenhuizen leegtrekken. Dat zien we nu op heel veel plekken gebeuren en dat is in onze ogen heel ongewenst.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Nogmaals, ik denk dat die samenwerking essentieel was. Afgelopen vrijdag was ik op bezoek bij St Jansdal in Lelystad. Daar heb ik ook met de cardioloog gesproken. Hij zegt: we hebben nu een groter team, maar er wordt ook gecirculeerd; alle cardiologen werken dus in én in Lelystad én in Harderwijk. Die samenwerking is dus prima. Alleen, Lelystad is uiteindelijk wel een onderdeel geworden van St Jansdal in Harderwijk. Wij zouden het heel mooi vinden als je die samenwerking kunt realiseren zonder dat daar altijd een fusie voor noodzakelijk is.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Vandaar nog de volgende vragen aan de initiatiefnemer. De SP verwijst naar aanrijtijden van ambulances in andere landen, maar benoemt niet het verschil in het hulpniveau. Zo komt in Frankrijk vaak de brandweer om iemand snel van A naar B te brengen. De minister laat nu de 45 minuten norm onderzoeken door de Gezondheidsraad. Is de SP het met het CDA eens dat het niveau van de zorg en de innovaties als alternatieven meegenomen moeten worden bij het stellen van deze norm?

Dan de tweede vraag. De SP stelt voor om de 20 minuten norm te hanteren bij de bereikbaarheid van ziekenhuizen. De conclusie van het CDA is dat er dan ziekenhuizen bij moeten. Heeft de SP berekend wat daarvan de kosten zijn? Nu gaat al ruim 50% van de kosten die voortvloeien uit de Zorgverzekeringswet — in totaal dus al meer dan 25 miljard — naar ziekenhuizen. Is de SP niet bang voor verdringing van zorg of bang dat de zorg voor mensen écht onbetaalbaar wordt? Want nu betaalt iedere volwassene al gemiddeld €6.000 per jaar.

Het CDA mist in het document het bespreken van de arbeidsmarktproblematiek; ik gaf dat net ook in de vragen aan. Hetzelfde geldt voor innovaties. De SP gaat er blijkbaar van uit dat de wereld blijft zoals die nu is. Hoe wil de SP deze extra ziekenhuizen — want we praten hier over extra ziekenhuizen volgens de SP — 24 uur per dag, 7 dagen per week bemensen, terwijl de arbeidsmarkt een van de grootste problemen in de zorg is? Hoe ziet de SP de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt? Wat gaat de SP bijvoorbeeld doen aan de toenemende agressie op de spoedeisendehulpafdelingen? Graag een reactie.

De SP benadrukt dat het zeker bij onverwachte bloedingen bij bevallingen van belang is snel in een ziekenhuis te zijn. Het CDA onderschrijft dat het bij een bloeding bij bevallingen inderdaad zeer essentieel is om snel medische zorg te kunnen verlenen. In Zeeuws-Vlaanderen vinden daarom alle bevallingen in het ziekenhuis plaats. Is de SP bereid dit soort alternatieven mee te nemen? Is de SP het met het CDA eens dat er nu te weinig informatie is over kwaliteit van de zorg voor de patiënt en dat die moet worden verhoogd? Daarom is er wellicht meer concentratie nodig van hoogcomplexere planbare zorg. In het algemeen overleg Medisch zorglandschap heb ik het voorbeeld van

prostaatoperaties genoemd. In Nederland is er, met een volumenorm van 150 ingrepen, 25% blijvende incontinentie. In Hamburg is dat slechts 3%. Graag een reactie.

Daarnaast heb ik nog enkele vragen aan de minister. De minister geeft aan dat hij samenwerking niet wil verplichten. Kan hij aangeven waarom? Is het voorbeeld dat de SP noemt van St Jansdal, waar medisch specialisten voor zichzelf beginnen en de zorg versnipperd raakt, toch een situatie hoe het niet moet? Graag een reactie van de minister. De SP bevestigt wat het CDA eerder heeft aangegeven. 80% van zowel acute als planbare zorg is laagcomplex. De minister komt met een houtskoolschets acute zorg en verloskunde. Is hij bereid als uitgangspunt te nemen dat laagcomplex zorg, zowel acute zorg als planbare zorg, in de regio bereikbaar moet zijn en blijven?

Voorzitter. Tijdens mijn studie Internationale Economie was er onder andere een collegereeks Tien manieren om je winst te berekenen. Er zijn daarnaast wat het CDA betreft wel twintig manieren om je vastgoed te berekenen. De minister geeft aan dat hij niet terug wil naar een systeem van collectieve borging van vastgoed. Is hij het wel met het CDA eens dat er eenduidige waardering van vastgoed zou moeten komen? Graag een reactie van de minister.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Complimenten voor de indiener voor het opstellen van deze initiatiefnota. De urgentie ervan is duidelijk: de ziekenhuiszorg brokkelt voor onze ogen af. Aangezien de regeringspartijen elk volwaardig debat hierover blokkeren in de plenaire zaal, is het goed dat we er nu dankzij deze nota wel een keertje over kunnen praten. Niet alleen deelt de PVV de zorgen van de indiener inzake het chaotische zorglandschap, we delen ook de conclusie dat het zorgsysteem faalt. De aanleiding van dit falen ligt bij de politiek, want het zijn de gevestigde partijen die de fusies in de zorg toelaten, 0% groei afdwingen, budgetplafonds toestaan, specialisten ondernemertje laten spelen en falende bestuurders niet aansprakelijk stellen. Stuk voor stuk zijn dit thema's waarover wij al jarenlang moties indienen, maar die worden altijd weggestemd.

Een fusieverbod had het debacle van het Zuyderlandziekenhuis kunnen voorkomen. Want wie is er nu beter geworden van deze fusie? Niet de zorg, want die is duurder geworden. De dbc-tarieven zijn verhoogd om de kapitaalschulden te betalen die deze megalomane fusie heeft veroorzaakt. Dat is volkomen belachelijk. Het Zuyderland krijgt geen hoger tarief omdat het betere zorg levert, maar vanwege de schuldenlast. Een ziekenhuis dat mogelijk wel betere zorg levert, wordt gekort, want dat is het gevolg van de 0% groei uit het hoofdlijnenakkoord. Een fusieverbod had het Treantdebacle kunnen voorkomen. Het complexe fusieproces, dat zich hier jaren heeft voortgesleept, heeft veel weerstand en onvrede bij het personeel opgeleverd. Wegens een onzeker toekomstperspectief was de leegloop van het personeel al in gang gezet voordat de fusie rond was. De sfeer was verpest. Personeel ging zijn heil elders zoeken; ging zekerheid elders zoeken. Nu wordt gezegd — het kip-eiverhaal — dat het personeelsgebrek de reden is voor het sluiten van afdelingen, maar ik leg de reden dus bij die van bovenaf opgelegde fusie door zakkenvullende bestuurders.

De fusie was bij voorbaat bedoeld om het personeelsbestand in te krimpen. Een fusieverbod had ook het debacle van het Bronovoziekenhuis kunnen voorkomen. Twee jaar na de opening van een gloednieuwe spoedeisendehulp post wordt deze door de fusiepartner Haaglanden Medisch Centrum gesloten. Dit heeft niks met kwaliteit te maken of met goede zorg of bereikbaarheid. Juist niet. Het is allemaal geld. Geld dat er niet is, omdat het volume niet mag groeien, ook alweer door die 0%-afspraken uit het hoofdlijnenakkoord.

Voorzitter. Dan kom ik bij mijn vraag voor de minister. Reeds in 2010, bij het regeer- en gedoogakkoord, zijn we gekomen met een fusietoets. Dat was natuurlijk naar aanleiding van al die zorggiganten in de langdurige zorg die stuk voor stuk omvielen. Wat we eigenlijk zien, is dat die fusietoets naar mijn indruk niet doet wat deze had moeten doen. De fusietoets, die na 2010 is ingevoerd of op poten is gezet door voormalig minister Schippers, had volgens mij het ontstaan van de zorggiganten bij ziekenhuizen, zoals nu gebeurt, moeten voorkomen. Ik wil dus graag een bespiegeling van de minister horen over de fusietoets.

Voorzitter. Met de indiener ben ik het eens dat we fusies moeten tegenhouden. We steunen van harte de voorgestelde efficiëncynorm van 200 tot 300 bedden, waarbij een fusie wordt verboden als het ziekenhuis daardoor boven deze norm uitkomt. Dat betekent dus beslispunt drie uit de nota.

Met de beslispunten een en twee zijn we het uiteraard ook eens. Dat behoeft geen verder betoog.

Dan beslispunt vier: leid meer personeel op. Dat vinden wij natuurlijk ook. De numerus fixus zouden we dus ook al met het regeer- en gedoogakkoord van 2010 opheffen. Maar we zien dat de normen alleen maar opgehoogd zijn, dus niet opgeheven maar opgehoogd. Dat is een heel groot verschil met de landen om ons heen. In België kun je bijvoorbeeld gewoon arts worden als je dat wil. Dan word je arts. Vervolgens is er een heleboel concurrentie tussen die artsen. Dat worden allemaal hartstikke goeie artsen, want ze willen hen allemaal graag houden. Hier in Nederland is er altijd die benepen inperking van die numerus fixus. Daar zou ik ook graag de minister nog een keertje over horen.

Terecht wijst de indiener erop dat de landen om ons heen heel veel meer specialisten hebben dan wij. We moeten meer specialisten opleiden en ze moeten in loondienst. Met beslispunt acht zijn wij het dus ook deels eens. Ze moeten wel in loondienst, maar ze hoeven wat ons betreft niet per se onder de WNT.

Dan beslispunt vijf: een toeslag voor regionale ziekenhuizen om de 24 uursopvang van kritiek zieke patiënten op te vangen en klinische verloskunde te behouden. Daar zijn we het ook mee eens.

Met beslispunt zes zijn wij het ook al eens. De huidige marktwerking blokkeert samenwerking en stimuleert fusies. Om dit te doorbreken, moeten we ziekenhuizen kunnen verplichten tot samenwerking als zij dit nalaten, en hier afspraken over maken.

Dan punt zeven. Wij zijn het eens met de vragen. Bij punt drie wordt gesteld dat een fusie niet aan de orde is als dit leidt tot een ziekenhuis met meer dan 300 bedden. Nu

staat er bij punt zeven dat personeel, patiënten en de gemeente instemmingsrecht krijgen bij onder andere fusies. Ik heb daarover een vraag. Betekent dit dus dat ziekenhuizen toch kunnen fuseren tot 400 of 500 bedden indien deze partijen ermee instemmen?

Over punt acht heb ik het al gehad. Eens.

Tot slot punt negen. Ook wij denken dat we het vastgoed moeten deprivatiseren. Het waarborgfonds zou hiervoor een plan moeten kunnen opstellen. Het antwoord van de minister dat hij tegen een terugkeer naar het verleden is, schiet echt tekort. Het kon in het verleden namelijk ook gewoon beter georganiseerd zijn dan nu. Je hoeft niet altijd vooruit. Soms moet je ook weleens een keertje terug. Ik verwacht een inhoudelijke en onderbouwde reactie waarom dit niet wenselijk is.

Afrondend nog een woord over de bekostiging. VWS stelde vorig jaar miljoenen beschikbaar om het Maasziekenhuis te redden. Zorgverzekeraars stellen nu miljoenen beschikbaar om Treant te redden, zogenaamde transitiegelden voor het sociaal plan van ontslagen medewerkers. Het lijkt me daarom dat er genoeg geld te vinden is om de beslispunten uit deze nota door te voeren. Dan heb ik het nog niet eens over de miljardenmeevallers die sinds 2012 al genoemd worden op de zorgbegroting van VWS.

Helemaal ten slotte: ik heb de minister bij de begroting en bij het debat over het medisch zorglandschap gevraagd naar de medisch specialisten die daadwerkelijk voor zichzelf beginnen. Zij werken al voor 70% van het ziekenhuistarief, maar krijgen daarenboven te maken met extra kortingen van verzekeraars. Niet bij ONVZ, maar wel bij de rest: 30%, 50%; er zou al voor zo'n 3 miljard euro aan rekeningen niet betaald zijn aan specialisten door verzekeraars. De minister zou erop terugkomen, maar ik heb er nog steeds niets over gehoord. Het is een nogal nijpend punt. Deze mensen, al die specialisten die allemaal daadwerkelijk zijn gaan doen wat de minister wil, in de wijk met zorg op de juiste plek, staan natuurlijk binnen de kortste keren ook weer op het punt van omvallen. Daar wil ik de minister dan ook graag over horen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Ik geef het voorzitterschap even over aan mevrouw Hermans.

Voorzitter: Hermans

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ellemeet, die het woord voert namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Ik doe dat ook namens de Partij van de Arbeid, die helaas niet aanwezig kan zijn.

Het begint een beetje saai te worden, maar ik wil ook beginnen met een compliment aan de heer Van Gerven. Ik ga daarbij misschien wel iets verder dan sommige collega's, want naast dat het altijd een forse klus is om zo'n nota te schrijven, zie je nog steeds wel

verschillen tussen de nota's. Ik vind dit echt een kwalitatief inhoudelijke en sterke nota, met heel veel informatie. Dus los van de keuzes die u maakt en de conclusies die u trekt uit alle informatie die u geeft, vond ik het heel nuttig. Ik denk dat wij allemaal ons voordeel doen met de feiten die u op een rij zet.

Ik zou graag de nota even willen doorlopen. U begint met aan te geven dat we de ziekenhuiszorg beter willen reguleren. Nu zijn in Nederland ziekenhuizen nooit in het bezit van de overheid geweest. Ze zijn ontstaan uit particuliere initiatieven of het zijn stichtingen. Maar ze zijn nooit van de overheid geweest. Laten we dat vergelijken met bijvoorbeeld Denemarken. Daar zijn de afgelopen tijd best wel wat transities doorgevoerd in het ziekenhuiszorglandschap, eigenlijk een beetje in lijn met wat wij ook graag zouden willen, dus: basiszorg dichtbij en specialistische zorg verder weg. Dus ik vraag de heer Van Gerven: op welke manier denkt hij nu dat wij onze ziekenhuissector ook zouden kunnen reguleren? Het opkopen van alle ziekenhuizen lijkt mij niet heel realistisch, maar ik ben toch benieuwd op welke manier Denemarken een inspiratiebron voor ons zou kunnen zijn. Diezelfde vraag zou ik ook aan de minister willen stellen. Op welke manier laat hij zich inspireren door Denemarken? Of misschien doet hij dat wel niet. Dan hoor ik dat ook.

Er zijn al heel veel vragen gesteld en opmerkingen gemaakt over fusies. We hebben een tijd geleden ook een rondetafelbijeenkomst gehad over ziekenhuisfusies. Ik was eigenlijk in de veronderstelling dat we de grootste fusiegolf al wel hadden gehad. Maar ik lees op meerdere plekken in uw nota dat dit nog steeds doorzet. Ik sluit me dus aan bij de vraag van mevrouw Agema of die fusietoets zijn werk wel doet. Op welke manier wordt er nu in de praktijk scherper getoetst? Ik vind de heer Van Gerven zelfs nog wat voorzichtig als hij zegt: met die fusies zijn we voorbij de ideale grootte. Bij de rondetafelbijeenkomst werd het bijna door alle betrokkenen gezegd: het is een feit dat we voorbij de ideale grootte zijn. Het is absoluut niet meer "hoe groter hoe beter". Misschien willen de heer Van Gerven en de minister hierop reflecteren. Hebben zij het idee dat er voldoende ingegrepen wordt als een fusie onwenselijk is?

De heer Van Gerven heeft het op bladzijde 4 van zijn nota over de communicerende vaten van ziekenhuizen en particuliere klinieken. Wat is in de praktijk het verschil tussen zorg krijgen in een particuliere kliniek en zorg in een ziekenhuis, zowel voor de verzekerden als voor de patiënt? Op welke manier worden contracten anders gesloten? Kost het ons als verzekerden meer geld of niet? Ik wil dit beter kunnen duiden, want ik weet er nu onvoldoende van. Ik zou graag een toelichting van de minister ontvangen.

Wanneer komt de minister met nieuws en informatie over het onderzoek naar de 45 minuten norm? Dat is terecht een groot punt in deze nota. Hoelang moeten wij daar nog op wachten?

Op bladzijde 8 geeft de heer Van Gerven aan dat die aanrijtijden haaks kunnen staan op de kwaliteit gekoppeld aan volumes. Wanneer wordt het goede de vijand van het kwade? Als wij het goed moeten vinden dat die volumenorm niet overal gehaald wordt omdat je dan zorg dichtbij hebt, dan vraag ik de heer Van Gerven of er geen kritische ondergrens is. Mevrouw Van den Berg noemde het voorbeeld van operaties waarbij je in Nederland veel meer complicaties overhoudt dan in Duitsland. Dat kan te maken hebben met die volumenorm. Ik kan mij voorstellen dat we zorg dichtbij willen — dat wil GroenLinks ook — maar je hebt qua volumes een zekere kritische ondergrens nodig. Graag een reactie van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven wijst erop dat zorg dichtbij niet alleen belangrijk is voor de patiënt, maar ook voor het personeel. Ik denk dat hij dit punt heel terecht noemt. Het blijft onderbelicht in veel van onze debatten. Als we het hebben over die arbeidsmarktproblematiek en vooral over het vasthouden van mensen die in de zorg werken, dan helpt het natuurlijk niet als we van al die mensen vragen dat ze langer moeten gaan reizen. Je wil juist dat zorgverleners hun werk kunnen doen dicht in de buurt van hun huis. Ik vraag de minister in hoeverre het criterium "zorg dichtbij" niet alleen voor de patiënt relevant is, maar ook voor de zorgverlener. In hoeverre wordt dat meegenomen in de veranderingen die wij doorvoeren in het zorglandschap? Heeft hij daarover gesprekken met de zorgverzekeraars? Is dit iets wat zij goed op hun netvlies hebben?

Dan heb ik nog een vraag over de kapitaallasten. Ook dat vind ik in een hele ingewikkelde discussie. Doen we er goed aan dat die verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen ligt? Of was het beter zoals het eerst was? De heer Van Gerven geeft het voorbeeld van Orbis, een ziekenhuis waar ontzettend veel geld is uitgegeven aan het prachtig maken van het ziekenhuis. Die lasten zijn zo enorm de pan uit gerezen dat we dat nu moeten compenseren met hogere tarieven. Dat is onwenselijk. Als je de verantwoordelijkheid legt bij een ziekenhuis, zou dat tot gevolg kunnen hebben dat een ziekenhuis wel twee keer nadenkt om hele grote investeringen in het gebouw te doen als ze weten dat ze zelf met de gebakken peren zitten. Heeft het geen voordelen om de verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten bij het ziekenhuis te leggen? Dat vraag ik de heer Van Gerven, maar ik zou ook de minister willen vragen om te reflecteren op hoe dat nu gaat. Ziet de minister voordelen aan die verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen of ook nadelen? Je kunt altijd besluiten om het zo te laten, maar ik zou er wel een beschouwing over willen horen.

Ben ik door mijn tijd heen?

De **voorzitter**:

Ja, het begint wel op te lopen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het begint te dringen. Dan ga ik afronden.

Ik ben het heel erg eens met wat de heer Van Gerven zegt over de wenselijkheid om specialisten in loondienst te nemen, ook omdat er sprake is van overbehandeling. Graag een toelichting van de heer Van Gerven daarop. Hoe ziet hij dit in de praktijk? Ik krijg ook graag een toelichting van de minister. Is dit ook iets wat hij op het netvlies heeft? Leidt de prikkel voor specialisten om meer te produceren en om meer omzet te draaien volgens hem ook tot overbehandeling, iets wat niet alleen financieel slecht is, maar ook onwenselijk voor de patiënten?

Tot slot kijk ik nog even kort naar de vragen van de PvdA. En ja, er is nog één vraag van mevrouw Ploumen. Goed dat ik dat zie, want anders mag ik nooit meer!

De **voorzitter**:

Daarvoor krijgt u een klein beetje extra tijd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Kijk, dat is fijn.

Mevrouw Ploumen wijst erop dat de Partij van de Arbeid ook voor het in loondienst nemen van artsen is, maar zij wijst er tegelijkertijd ook op dat uit een onderzoek van de commissie-Meurs blijkt dat het niet verstandig zou zijn om specialisten te dwingen om in loondienst te gaan werken. Wat is de reactie daarop van de heer Van Gerven?

De fusies van de zorgziekenhuizen is natuurlijk ook zoiets, want je wil tegenwicht bieden aan de zorgverzekeraars. Hoe ziet de heer Van Gerven dat? Heb je door grotere ziekenhuizen niet ook meer tegenmacht en, zo ja, is dat dan niet iets wat hij ook zou willen?

Ten slotte sluiten wij ons allebei aan bij de vragen die zijn gesteld over de financiële consequenties van de voorstellen van de SP. Zou dat niet wat verder uitgewerkt moeten worden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het voorzitterschap aan u terug.

Voorzitter: Ellemeet

De voorzitter:

Dank u wel. Ik heb de heer Van Gerven gevraagd hoelang hij wil schorsen. Dat is een halfuur. Hij heeft natuurlijk niet een heel bataljon aan ondersteuners en zo heeft hij toch even de tijd om de beantwoording goed voor te bereiden. Dat betekent dat wij het debat hier om 14.30 uur gaan voortzetten.

Dank u wel.

De vergadering wordt van 13.59 uur tot 14.30 uur geschorst.

De voorzitter:

Het is 14.30 uur en wij heropenen dit overleg over de initiatiefnota van de heer Van Gerven. Ik geef u, meneer Van Gerven, graag het woord. Ik heb begrepen dat u de vragen per spreker zal beantwoorden. Mevrouw Agema moet zich helaas verexcuseren wegens een andere verplichting, maar er wordt wel meegeluisterd door de PVV-fractie.

Ik wil met de collega's afspreken om ons te beperken tot max drie interrupties in tweeën.

De heer Van Gerven, ik geef u het woord.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan de leden voor hun inbreng in eerste termijn. In deze initiatiefnota over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen en de doorrekening van de 20 minuten norm is ontzettend veel tijd gaan zitten, maar ik moet zeggen dat ik dat er graag voor over heb gehad.

Sinds 1973 — jawel! — ben ik werkzaam in de gezondheidszorg, eerst als student, later als huisarts en nog weer later ook deels als politicus. In die tientallen jaren heb ik ook

nog wel een stukje opbouw, maar toch vooral schaalvergroting en het verdwijnen van ziekenhuizen en afdelingen meegemaakt, net als de verzakelijking en de introductie van concurrentie in de zorg, in den brede maar ook in de ziekenhuizen. Wat mij opviel was de mening dat het geen probleem is dat ziekenhuizen failliet gaan, een mening die breed leeft onder politieke machthebbers in Nederland. Hooguit zegt men iets over de manier waarop. Daar kunnen we dan nog wel over van mening verschillen. Organisaties zijn niet belangrijk, zolang de zorg maar geleverd wordt. Dat is eigenlijk de mantra en ik heb daar grote moeite mee. Ik denk namelijk dat het personeel dat daar werkt, vaak letterlijk getrouwd is met hun ziekenhuis of met hun organisatie. Die kijken daar heel anders tegen aan en hechten daar heel veel waarde aan.

Ook de betaalbaarheid is in het geding. Ik hoorde dat ook in de inbreng van een aantal leden die daar vragen over hebben. Daar ga ik later nog verder op in. In die tientallen jaren is vaak de uitspraak gedaan dat de zorg onbetaalbaar wordt als we niet ingrijpen. Dat is ook een bekende mantra, recent uitgesproken door minister Hoekstra. Ik vind dat eigenlijk een onbegrijpelijk verhaal, als ik eerlijk ben. We hebben vanaf de jaren zeventig onze economische productie zien verviervoudigen. Ons bruto nationaal product is vier keer zo groot geworden. Waarom zouden we toen, in de jaren zeventig van de vorige eeuw, wel een ziekenhuis dichtbij hebben kunnen garanderen en nu we veel rijker zijn geworden, zou dat niet meer kunnen? Is het niet een kwestie van politieke wil en keuzes? Ik denk dat het een politieke keuze is.

Als we kijken naar de gevoelens in de samenleving, zien we dat heel breed iets anders leeft dan waar ik mijn betoog mee begonnen ben. Daar leeft heel breed het gevoel: een ziekenhuis hoort niet failliet te gaan. Faillissement en zorg horen niet samen te gaan. Ook de lokale gemeenschap ziet een ziekenhuis dichtbij als essentiële voorziening. Kijk de discussies over het verdwijnen van een ziekenhuis of van een afdeling maar terug. Dan zie je altijd de lokale bevolking te hoop lopen, of dat nou in Lelystad is, of in Winterswijk, Hoogeveen, Stadskanaal of noem maar op. Overal. Men beschouwt het als iets essentieels dat ook van belang is voor de leefbaarheid. Ook de vergrijzing speelt daarbij een belangrijke rol. Wij zijn allen nog relatief jong en gezond, dan is afstand wat minder belangrijk. Maar voor heel veel mensen is het cruciaal. Zeker in gebieden — ik noem Stadskanaal of Hoogeveen — met grote economische achterstand, waar heel veel mensen geen eigen vervoer hebben, is dat ziekenhuis dichtbij heel erg belangrijk.

Wat men zich ook vaak afvraagt, is: hoe kan het dat de minister niet ingrijpt? Hoe kan het dat de overheid aan de zijlijn staat? Dat is toch iets van ons, dat zou toch de overheid moeten kunnen garanderen en realiseren? Nu zegt de minister: organisaties zijn niet zo belangrijk, het gaat erom dat de zorg wordt geleverd! Ik herhaal dan nogmaals: dat is niet zoals het vaak wordt beleefd door het personeel. Ik noem het Slotervaartziekenhuis, de IJsselmeerziekenhuizen, het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse. We zien nu weer een acuut probleem bij het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer opdoemen. Dan valt zo'n ziekenhuis om of het staat ter discussie, en dat is voor het personeel daar een regelrecht drama.

Voorzitter: Hermans

De **voorzitter**:

Een interruptie van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben het eens met de heer Van Gerven dat het natuurlijk rampzalig is voor het personeel als zij geconfronteerd worden met een faillissement, maar ik zou hem toch iets willen vragen. Als je in plaats van het aan te laten komen op een faillissement, het personeel goed meeneemt in veranderingen, dan hoeft het niet zo te zijn dat zorgpersoneel het per se niet anders wil dan het nu is. Ik proef bij de heer Van Gerven een beetje: we moeten alles houden zoals het nu is, want dan zijn de zorgverleners tevreden. Maar ik ken ook wel voorbeelden waarin dat wel op een heel goede manier is gegaan en waarin het personeel is meegenomen of, sterker nog, heeft meegedacht over nieuwe vormen van zorg, wat én tot betere kwaliteit heeft geleid, én tot hoge tevredenheid van het zorgpersoneel. Ziet de heer Van Gerven ook die kant, dat veranderingen ook ten goede kunnen komen én aan de patiënt, én aan het personeel?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik ben niet tegen verandering als die gewenst of noodzakelijk is, maar ik ben wel tegen verslechtingen. De vraag is of het personeel ... Neem bijvoorbeeld het ziekenhuis in Spijkenisse, het Ruwaard van Putten. Daar is ook moedwillig, zeg maar, de stekker uitgetrokken. Daar was een probleem met de cardiologie of met specialisten. Daar is de inspectie op gedoken, maar daar is niet het initiatief genomen om het ziekenhuis te behouden en dan de samenwerking te verbeteren — want er was ruzie tussen specialisten. Nee, uiteindelijk was de consequentie dat het ziekenhuis verdween. Terwijl er ook een oplossing was geweest, namelijk om de rotte appels eruit te halen en het ziekenhuis te laten bestaan en overeind te houden. Dat is wat ik heel vaak mis. Dan wordt er gezegd dat het gaat om personeelstekorten of kwaliteitsoverwegingen, maar heel vaak spelen alleen economische belangen op de korte termijn en gaat het niet om het belang van het ziekenhuis en vindt ook het personeel het niet in het belang van de zorg. Uiteindelijk gaan ze wel mee, want ze moeten wel — ze staan met hun rug tegen de muur — maar het is niet wat zij willen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De heer Van Gerven en ik zijn het eens. Verslechting moet je nooit willen. Alleen, wanneer is iets een verslechting? Zeker, vaak genoeg wordt er gehandeld met economische belangen op de korte termijn voorop. Wat ik alleen mis in het betoog van de heer Van Gerven, en dat vind ik gewoon zonde, is dat we ook voorbeelden kennen waarin de zorg anders georganiseerd wordt. Dat hoeft niet meteen te leiden tot de sluiting van een ziekenhuis. Ik noem het openen van een kliniek in een buurt, waardoor je dichterbij de patiënten staat. Of een samenwerking tussen bijvoorbeeld een ziekenhuis en een instelling die zich richt op een andere vorm van ouderenzorg. Als je in dat concept het personeel en de patiënten meeneemt, kan dat leiden tot mooie nieuwe vormen van zorg. Ik vind dat de heer Van Gerven wat eenzijdig de nadruk legt op de risico's, die ik ook zie, op het te snel sluiten van ziekenhuizen, maar het zou wel goed zijn als we oog houden voor gewenste veranderingen. Want als we alleen maar de hakken in het zand zetten, alles willen houden zoals het is en alles wat verandert als slecht bestempelen, dan doen we ook zorgverleners zelf en hun wensen tekort.

De heer **Van Gerven** (SP):

Wat ik in mijn nota bepleit, is het behoud van basisziekenhuizen. Ik ben niet tegen experimenten of ontwikkelingen rond anderhalvelijnszorg of transmurale zorg, of het bieden van de mogelijkheid aan huisartsen om bedden in de wijk te creëren en dat soort ontwikkelingen, maar dat moet niet inhouden dat dan een basisziekenhuis verdwijnt. Het een kan best samen met het ander. Een basisziekenhuis staat dat soort ontwikkelingen niet in de weg. Wat je in de praktijk vaak ziet, is dat het nog maar de vraag is of

ziekenhuiszorg dicht bij huis, of nog dichter bij huis, daadwerkelijk tot stand komt. In de praktijk zie je dat de zorg vaak verdwijnt naar grotere ziekenhuizen en dat de mensen juist meer moeten reizen in plaats van dat de zorg dichterbij komt.

Voorzitter: Ellemeet

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Het is ook al door de heer Hijink opgemerkt. Waar willen mensen werken? Dat is in een omgeving, in een ziekenhuis waar zekerheid is. Als een ziekenhuis voortdurend in het nieuws is, omdat het mogelijk failliet gaat of er afdelingen verdwijnen, wat gaan mensen dan doen? Dan kiezen ze een andere route. Als ze dan de kans hebben, komen ze niet of gaan ze eerder weg naar een ander ziekenhuis.

Ik heb nog eens nagedacht over mijn drijfveren. Dat ziekenhuis om de hoek moet gewoon blijven. Dat kan en dat is wat mensen willen. Ik vond het debat vorige week tussen college Hijink en minister De Jonge interessant. Het ging namelijk over de kwaliteitsstandaarden in de zorg. Ze werden het niet eens. Ik heb het debat tot laat in de avond gevolgd. Het mag geen verrassing zijn dat de SP en het CDA het niet altijd eens zijn, maar er kwam wel uit dat zorg dichtbij, dus de bereikbaarheid, een kwaliteit op zich is waaraan maatregelen moeten worden getoetst.

Als je een kwaliteitsstandaard invoert, moet je ook kijken wat dat betekent voor de nabijheid van de zorg en, heel concreet, wat dat betekent voor de acute zorg. Als wij aan ziekenhuizen opleggen hoe de spoedeisende hulp georganiseerd wordt, is een belangrijke toetssteen wat dat betekent voor de kleinere regionale ziekenhuizen. Want als je een maatregel voorstelt en al die ziekenhuizen die niet kunnen uitvoeren omdat die praktisch niet uitvoerbaar is, tenzij die zorg daar verdwijnt, heb je weer een ander probleem. Een van de voorstellen in mijn nota is om een vorm van medium care in te voeren voor de ic-afdeling, omdat in kleinere ziekenhuizen het volledig optuigen tot een bepaald niveau van ic vaak niet praktisch is en niet nodig. Maar je hebt wel een soort voorziening nodig. Dat zou ik veel meer uitgewerkt willen zien. Als je dat dan doet, kan je én kwaliteit overeind houden én nabijheid garanderen. Als je in de praktijk kijkt naar de spoedeisende hulp en de resultaten daarvan in kwalitatieve zin, zien we dat die van de kleinere ziekenhuizen niet per se slechter zijn dan die van grotere ziekenhuizen qua cijfers van morbiditeit, mortaliteit enzovoorts. Kennelijk is er wel een goed wegingsinstrument en kunnen dokters zeggen: hiermee overspelen wij onze hand; die zorg moet naar een ander ziekenhuis. Kennelijk is dat dus heel goed mogelijk.

Tot slot als inleiding. Als je terugkijkt, zie je dat de ontwikkeling heel erg chaotisch is. Want niemand kan mij uitleggen — echt niemand — waarom het ziekenhuis in Amstelveen, Amstelland, overeind blijft en het Slotervaart failliet gaat. Waarom wordt Bethesda, het ziekenhuis in Hoogeveen, leeggetrokken en groeit het ziekenhuis in Assen — dat was even groot als Bethesda — wel, ten koste van Hoogeveen? Als je kijkt naar de bevolkingsopbouw en de regionale behoeften, is dat eigenlijk heel erg onwenselijk en onlogisch, maar toch gebeurt het. Dat komt omdat de regie van de overheid ontbreekt. We hebben nu een systeem waarbij vooral de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders uiteindelijk bepalen wat er gebeurt, en niet de overheid. Ik vind dat dat eigenlijk weer zou moeten veranderen en dat de overheid dus echt weer de regie

moet terugpakken en het moet organiseren. Het roer moet dus om. Dat als algemene inleiding.

Dan ga ik in op een aantal vragen. Ik begin met mevrouw Hermans van de fractie van de VVD. Zij zegt: "Wij missen de balans, want het gaat vooral over de bereikbaarheid: het aantal kilometers of minuten naar een ziekenhuis; punt." Ja, dat is ook de kern van de nota. Er valt ontzettend veel te zeggen over de kwaliteit, e-health en van alles en nog wat, maar deze nota gaat nadrukkelijk over het realiseren of in stand houden van een basisziekenhuis of een kleiner regionaal ziekenhuis. Hoe kunnen we dat overeind houden? Dat is namelijk een belangrijk uitgangspunt voor het realiseren van goede, bereikbare en wenselijke zorg. Bereikbaarheid is ook een kwaliteit op zich, waar mensen buitengewoon veel waarde aan hechten. Kijk ook naar de vergrijzing. Ik ben bij ontzettend veel avonden geweest en heb ook zelf avonden georganiseerd. En wie komen er als het gaat over ziekenhuizen? Dat zijn met name 50-plussers. Voor hen is het heel cruciaal. Zij zijn er meer mee bezig dan de jongere generatie, maar zij zien als geen ander het nut van het ziekenhuis in de buurt. Daar focussen ze op. Zijn we dan tegen HartWacht of tegen het beoordelen van moedervlekken door de huisarts? Nee, dat kan best naast elkaar bestaan. Het behoud van een kleiner regionaal ziekenhuis verzet zich helemaal niet tegen het stimuleren van innovatie of het oppakken van innovatieve dingen. Dat kan best samen opgaan.

Is de 20 minutengrens niet medisch onderbouwd? Jawel, met name als het gaat over de acute verloskunde. Er zijn onderzoeken gedaan door met name de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, waaruit blijkt dat als het langer dan twintig minuten duurt voordat een vrouw in nood kan bevallen, de kans op morbiditeit en mortaliteit toeneemt. Dat moeten we niet willen. Dat is met name het medische criterium dat ik heb kunnen vinden. Het klopt dat er weinig harde normen zijn. Je moet het bijna per ziektebeeld bekijken. Bij de een komt er dit uit en bij de ander dat. Maar dit is wat ik heb kunnen vinden. Cruciaal is natuurlijk ook de leefbaarheidsnorm, want daar is de 20 minutengrens op gebaseerd.

Dan het element van het niet verplichten tot samenwerking. Als dat niet nodig zou zijn, zou ik zeggen: prima. Ik ben niet per se voor een verplichting, als het maar gebeurt. Maar we zien dat het in de praktijk niet gebeurt. Dat heeft ook alles te maken met het feit dat we een stelsel hebben waarin samenwerken altijd leidt tot "oeh, mag dat wel?", omdat het systeem is gericht op concurrentie. We hebben in het verleden natuurlijk de dramatische opstelling van de ACM ten opzichte van de Landelijke Huisartsen Vereniging gehad, met de miljoenenboetes. De schrik zit er dus goed in. We hebben nu wel een handleiding van de ACM, maar je kunt nog steeds niet de markt verdelen, zoals dat heet. Als je afsprekt "ik doe dit en jij doet dat", dan is meteen de vraag: mag dat wel van de ACM?

Daarom hebben wij gezegd: maak nou een regeling waarbij de grotere ziekenhuizen, de topklinische of academische ziekenhuizen, met de kleinere ziekenhuizen afspreken hoe ze ervoor zorgen dat de acute zorg is geborgd. In de doorrekening van de 20 minuten norm heb ik de zaken op een rij gezet per provincie. Dat is natuurlijk niet helemaal precies, want niet elk ziekenhuis houdt zich aan de provinciegrenzen, maar daardoor kun je al heel goed zien hoe zo'n lokale of regionale situatie is. Kom nou tot duidelijke afspraken. Laten we Friesland nemen. Daar heb je vier ziekenhuizen. Het Medisch Centrum Leeuwarden zou het aangewezen ziekenhuis zijn, mochten de andere ziekenhuizen in de problemen komen met hun bezetting, om te kijken of het kan

bijspringen om ervoor te zorgen dat de acute hulp die ze nu alle vier aanbieden, plus de acute verloskunde, gewoon overeind blijft. Ook in die regio is dat natuurlijk heel belangrijk, omdat ook daar, zoals overal, het personele vraagstuk een groot probleem is.

Dan het vraagstuk van de algemene maatregel van bestuur die er is. Is die niet afdoende? Mijn antwoord is nee. Daarin wordt namelijk wel gezegd dat je moet overleggen en uitleggen waarom je dit of dat doet. Maar laten we ziekenhuisgroep Treant in Drenthe en Zuidoost-Groningen nemen. Daar gaat uiteindelijk gewoon gebeuren wat zij willen dat er gebeurt, samen met de verzekeraars. Zij zeggen: luister eens, wij zijn bereid om dit en dat te betalen als je die kant opgaat. Inspraak van mensen leidt daar niet tot concrete zeggenschap, wat wij wel cruciaal vinden. Dat staat ook in een van de punten in onze nota.

Betekenen onze voorstellen dat een ziekenhuis dat 400 bedden heeft, dan 100 bedden moet inleveren? Nee. Dat staat ook niet in de nota en dat is niet wat wij bedoelen. Het is wel zo dat als een kleiner ziekenhuis wil fuseren en het aantal bedden daardoor toeneemt tot boven die grens van 300, 320 bedden, dat om redenen van efficiency, werkbaarheid en bereikbaarheid niet door zou moeten gaan.

Dan kom ik bij iets wat heel veel partijen hebben opgebracht, namelijk ...

De voorzitter:

Voordat u daaraan toekomt, is er nog een vraag van mevrouw Hermans.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik vermoed dat ik weet over welk onderwerp de heer Van Gerven nu gaat beginnen, dus ik wil even iets zeggen over de antwoorden op mijn vragen. Even heel kort een reactie op het punt over de onderbouwing van de 20 minuten norm: dat is uw onderbouwing. Nu bent u huisarts en ik absoluut niet, dus daar zit al een groot verschil. Maar om dat nu de medische onderbouwing van een norm te noemen, dat vind ik wat snel gaan. Bovendien schrijft u in de nota dat het gaat om twintig minuten met eigen vervoer. We hebben natuurlijk ook ambulances voor spoedeisende zaken. Die hebben niet alleen heel andere faciliteiten aan boord; ze kunnen ook nog eens iets harder rijden op de weg. Maar goed, laten we niet verzanden in die discussie, want ik vind het belangrijk om het onderzoek dat de minister op dat punt laat doen af te wachten.

Ik wil het toch nog even hebben over mijn vraag hoe u kijkt naar de kwalitatieve ontwikkeling en de veranderingen in de zorg. Mevrouw Ellemeet vroeg daar eigenlijk ook al naar. In antwoord op mijn vraag zegt u wel dat de focus van deze notitie ligt op de toegankelijkheid en — ik zeg het even kort door de bocht — op een ziekenhuis op elke hoek van de straat. Maar ik vind dat toch een iets te beperkte benadering. Het zou namelijk betekenen dat als een ziekenhuis wat kleiner is geworden of als een bepaalde afdeling daarvan is gesloten, er niets voor in de plaats is gekomen of dat er op geen enkele wijze in een andere vorm van zorgverlening is voorzien. Ik vraag de heer Van Gerven dus toch nog een keer hoe hij dat ziet. En laat hij dan niet zeggen: het een sluit het andere niet uit. In het kader van continu voorbereid zijn op wat in de toekomst komen gaat en van de veranderende vraag naar zorg, niet alleen van ouderen maar ook van jongeren, moeten we daar toch oog voor hebben?

De heer Van Gerven (SP):

Ik denk dat we een onderscheid moeten maken tussen basisziekenhuiszorg en heel

specialistische ingrepen. Ik denk dat ook in de nabije toekomst — laten we zeggen: de komende tien, twintig, dertig jaar — het kleinere basisziekenhuis om de hoek een gewenste ontwikkeling is. Ouderen hechten daar zeer aan en het gaat niet ten koste van de kwaliteit. Het is heel erg wenselijk, omdat heel veel mensen nu heel ver moeten reizen, of verder moeten reizen. Dit is niet wenselijk, want het gaat natuurlijk niet alleen om de acute zorg — daar hebben we het nu heel sterk over — maar juist ook om het voor niet-acute zorg kunnen bereiken van het ziekenhuis om de hoek.

Ik kom op de kwaliteit. We hebben gezien dat, al een jaar of twaalf geleden, in het nieuws kwam dat door medische missers 1.700 doden per jaar vielen. 1.700 doden, onnodig, door medische fouten. Minister Klink heeft toen een heel programma ontwikkeld. Dat was een tienpuntenprogramma geïnitieerd vanuit de overheid. Dat heeft ertoe geleid dat vanuit overheidswege bepaalde dingen in gang zijn gezet. Een heel simpel maar cruciaal voorbeeld is infectiepreventie: laten alle specialisten en verpleegkundigen nou eens netjes hun handen wassen, en dat soort zaken. Dat ging niet zozeer over de grootte van de ziekenhuizen, als wel over zaken als infectiepreventie, het goed bestrijden van infecties enzovoorts. Dat had dus niks te maken met de schaalgrootte.

Dan kom ik op de specialistische zorg, waarbij ik doel op specialistische ziekenhuiszorg als prostaatkankeroperaties, waarover volgens mij mevrouw Van den Berg het had. Bekend zijn ook slokdarmoperaties bij slokdarmkanker. Dat zijn zaken die heel specialistisch zijn. Daarvan is aangetoond dat je er een aantal gedaan moet hebben om te komen tot minder complicaties en betere zorg. Doen! Daar zijn we voor. Maar dat moet niet inhouden dat het basisziekenhuis verdwijnt. Dan ga je die zorg via afspraken bij bepaalde centra neerleggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Hermans, ik stel voor om de vragen en ook de antwoorden — meneer Van Gerven, ik kijk ook even naar u — ietsje bondiger te houden.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat acute zorg, hoogspecialistische zorg en basiszorg verschillende elementen zijn. Ik zoom toch nog even in op de basiszorg. Juist daar vinden die ontwikkelingen, die veranderingen plaats, ook in samenspraak met zorgprofessionals. Ik vind het toch zonde — ik blijf dat vinden; dat blijft ook na deze interruptie mijn opvatting — dat dat buiten beschouwing wordt gelaten en dat we zo heel erg in hokjes blijven kijken naar de veranderingen die zich in de zorg voordoen.

De voorzitter:

Een korte reactie hierop voordat u verdergaat met uw betoog.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wil alleen nog aanvullend zeggen: uitgangspunt moet zijn wat de patiënt nodig heeft, maar ook wat de patiënt vraagt. Uit alles komt: 1. bereikbaarheid, 2. kwaliteit. Dat zijn dé criteria op basis waarvan patiënten hun keuzes maken. Dat is wat zij graag zouden willen.

Ik kom op de vraag met betrekking tot de betaalbaarheid en de kosten. Volgens mij zeggen vrijwel alle partijen: is de financiële paragraaf niet erg mager? Ik zou iedereen willen aanraden om de analyse van Jos Blank en anderen te lezen over de kosten van

de spoedeisende hulp als acute voorziening voor een ziekenhuis. Dat is een rapport dat hij heeft gemaakt in opdracht van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen. Hij heeft uitgerekend wat er zou gebeuren als je de helft van de spoedeisende hulpen weg doet. Dat zou een halve procent kostenbesparing opleveren bij alle ziekenhuiszorg. Dat is dus 0,5% van 20 miljard, dus 100 miljoen. Dat heeft hij uitgerekend. Maar de gevolgen voor het ziekenhuis dat dan veel patiënten verliest — kijk naar wat er nu in Hoogeveen bij Bethesda gebeurt — zijn niet meegerekend. Ook de extra kosten voor ambulances zijn niet meegerekend, laat staan de kosten voor de burger, die veel verder moet reizen. De kosten komen dus vooral ergens anders te liggen en de opbrengsten zijn heel beperkt. Vandaar dat we dat niet tot achter de komma verder hebben uitgerekend omdat grosso modo de gevolgen heel erg beperkt zullen zijn.

Als financiële onderbouwing staat in de nota ook dat het overeind houden van kleinere ziekenhuizen leidt tot efficiencywinst. Maar je kunt dat niet toetsen. Je kunt niet Bethesda in Hoogeveen als basisziekenhuis laten functioneren en in stand houden met daarnaast een situatie waarin Bethesda wordt afgebouwd. Na een fusie of na opschaling heb je dat vergelijkingsmateriaal niet meer en moet je het doen met analyses van onder anderen professor Blank, die heeft uitgerekend wat de ideale schaalgrootte is van een ziekenhuis.

Wij wisten dat die vraag zou komen en dat men zou zeggen dat het wat mager is. Vandaar dat wij zeggen dat er ook wel alternatieve dekkingsmogelijkheden zijn. Omdat we wel bij de ziekenhuizen wilden blijven, zijn we gaan kijken naar de salarissen van de specialisten en het vrije ondernemerschap. Uit onderzoek blijkt dat vrij gevestigde specialisten meer productie maken dan niet vrij gevestigde. Dat heeft dus het risico in zich dat er meer zorg wordt geleverd dan nodig is. Kijk ook eens naar wat er allemaal gebeurt bij particuliere klinieken. Als je de maatregel inbrengt om artsen ook in loondienst te kunnen laten werken, leidt dat tot kostenbesparingen. De minister is het er niet mee eens, maar het CPB heeft uitgerekend dat dit een half miljard structureel oplevert als we dit zouden doen. Als we dan toch spreken over bepaalde kosten die nodig zijn voor het overeind houden van de ziekenhuizen, zouden we die daar makkelijk mee kunnen dekken.

De voorzitter:

Mevrouw Hermans heeft hier een vraag over.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Zonder hiermee helemaal over deze maatregel in debat te gaan, wil ik wel opmerken dat dit ook een investering vraagt binnen het systeem van financiële onderbouwing en dekking. Tegenover de opbrengst waarover de heer Van Gerven het heeft, staat ook een investering als je alle specialisten verplicht in loondienst zou willen laten gaan. Dat zit dan weer niet in het plaatje. Daarmee blijft het voor mijn fractie ingewikkeld om te zien wat dit betekent en hoe de financiële onderbouwing van dit hele verhaal in elkaar zit.

De heer Van Gerven (SP):

In de praktijk zijn in Bernhoven in Uden alle specialisten in loondienst gegaan. U weet niks van hoe dat gegaan is en ik weet dat ook niet tot achter de komma, maar ze hebben het gewoon georganiseerd. Dat vonden ze toch beter voor het systeem. Dus het kan. Natuurlijk zijn er transitiekosten, overgangskosten, maar structureel op de lange termijn bespaart het een half miljard of meer.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

De heer Van Gerven (SP):

Kosten in de premies zijn er eigenlijk nauwelijks. Daar was ook een vraag over. Ik breng ook nog maar even in herinnering dat voor bepaalde kosten zorgverzekeraars aan de lat staan. Zij moeten die betalen. Zo zit het systeem in elkaar. Maar zij hebben 9 miljard aan reserves. Volgens de DNB-normen hebben zij een overreserve van ruim 2 miljard of meer. Dus de overgangstermijn kan best betaald worden. Het is gewoon een kwestie van willen, organiseren en afspreken. Dan worden de reserves maar ietsje minder, maar dan worden ze goed besteed, aan zorg.

Dan het verhaal van het personeel en het extra opleiden van de verpleegkundigen. Hoe gaan we dat doen? Ja, dat is een enorm probleem; ik zal dat niet ontkennen. U kent allemaal de cijfers van het Capaciteitsorgaan en ook de cijfers van de ziekenhuizen zelf. Er moet 63% meer aan verpleegkundigen en ondersteunend personeel opgeleid worden dan in de ramingen van 2016, en dan heb ik het nog maar even niet over de specialisten. Wij moeten daar dus als de bliksem mee aan de gang. Dat geeft nu natuurlijk acuut problemen, omdat de ziekenhuizen een aantal jaren niet het aantal verpleegkundigen hebben opgeleid dat ze hadden moeten opleiden. Ze zijn in gebreke gebleven. Er staat nu natuurlijk druk op de ketel, ook vanwege het hoofdlijnenakkoord. Ze moeten die mensen opleiden. Maar wat mij betreft is het een retorische vraag: we kunnen toch niet ziekenhuizen sluiten omdat er een personeelstekort is? Want het gaat natuurlijk om de lange termijn. Ik snap dat er een acuut vraagstuk is voor de korte termijn, en zeker voor de krimpregio's. We moeten met z'n allen samenwerken om dat probleem tackelen; vandaar ook het voorstel voor verplichte samenwerking. Als we dat doen, en we voldoende gaan opleiden en de voorwaarden en de salariëring goed zijn, wordt dat probleem op de lange termijn opgelost. Daar moeten we voor gaan.

Dan nog even het vraagstuk hoe het nou zit met het aantal specialisten in Nederland en in het buitenland. Kijk op pagina 16 van de nota. Er is wat verwarring; dat geef ik toe. Ik heb overleg gehad met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen over hoe het nou zit met het aantal specialisten. Ik zei: jullie zeggen dat er voldoende zijn en dat het aantal niet erg afwijkt van het buitenland, maar ik heb hier ook cijfers waaruit blijkt dat het aantal in Nederland per 1.000 inwoners verhoudingsgewijs veel lager is. Daar kwamen we niet uit. Ook de woordvoerder van de NVZ zei: ik kan u geen antwoord geven. Feit is wel dat uit de cijfers op pagina 16 blijkt dat er een heel duidelijk verschil is. Feit is ook dat België twee keer zoveel ziekenhuizen heeft als Nederland, en Frankrijk zelfs vijf keer zoveel. Ook in Duitsland zijn veel meer ziekenhuizen dan in Nederland. Ik vind het dus toch aannemelijk dat wij naar verhouding veel minder specialisten hebben dan het buitenland.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft hier een vraag over. Ga uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik gaf natuurlijk in mijn inleiding al aan dat in het buitenland mensen misschien eerder naar een ziekenhuis worden gestuurd, terwijl ze in Nederland naar de huisarts gaan. Het aantal ziekenhuizen in een ander land zegt mij op zich vrij weinig. Bovendien weet ik dat er in Zeeuws-Vlaanderen in die zin een moordende concurrentie is en dat er ook een stuk overcapaciteit zit, in ieder geval in België. Dat zegt mij dus niet alles. Daarom heb ik

aangegeven dat als het om het totaal aantal artsen per inwoner gaat, Nederland in de top vier zit. Daar hoor ik meneer Van Gerven nog niet over.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wijs even op bladzijde 16 van de nota: het aantal medisch specialisten per 1.000 inwoners. Voor Nederland stellen we dat op 1. België staat op 1,7, dus 70% meer. In Frankrijk, en ook in Denemarken en Duitsland, zit het zelfs boven de 2. Neem Zeeuws-Vlaanderen: mevrouw Van den Berg pleitte ervoor dat daar volgens de nota van de heer Van Gerven een ziekenhuis bij moet, als het gaat om de 20 minuten norm. Als er wachtlijsten zijn, gaan mensen massaal naar België, omdat ze daar heel snel geholpen kunnen worden. Ik vind het toch wel heel prettig dat er geen wachtlijsten zijn. Hoe voorkom je veel wachtlijsten? Dat is door te zorgen dat er voldoende specialisten en verpleegkundigen zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Eén ding. Ten eerste: meneer Van Gerven gaf op zijn eigen pagina 9 aan dat we wat betreft het totale aantal artsen in Nederland in de top vier zitten. Ten aanzien van het feit dat mensen naar België gaan: daar plaats ik nog wel vraagtekens bij. Mensen gaan ook zonder verwijzing naar België. Maar in België wordt soms ook eerder gesneden dan in Nederland. Dat kan bij mensen het gevoel geven dat er anders wordt behandeld. In Nederland wordt misschien eerst even gekeken of iets op een andere manier kan worden opgelost. Uit dit voorbeeld blijkt mij niet dat het alleen maar met wachtlijsten te maken heeft. Het heeft soms ook met een andere behandelingswijze te maken; in Nederland heeft de patiënt/cliënt niet altijd een andere soort behandeling.

De heer **Van Gerven** (SP):

Het is waar dat de cultuur in Nederland wat anders is dan in België en in Duitsland en Frankrijk. Het gaat dan om de terughoudendheid om te snijden, maar ook om een relatieve terughoudendheid inzake het gebruik van medicijnen. Dat is zeker waar. Maar er is wel degelijk een relatie tussen wachtlijsten, die ongewenst zijn, en capaciteit. In 2000 is de "boter bij de vis"-maatregel genomen van minister Borst. Er waren wachtlijsten voor de ziekenhuiszorg en de verpleeghuiszorg. Toen zijn er extra miljarden gekomen en toen zagen we inderdaad de gewenste afname van de wachtlijsten. Dat wou ik toch nog opgemerkt hebben.

Ik ga verder. Ik ben inmiddels bij mevrouw Van den Berg van het CDA. Over het aantal artsen hebben we gesproken. Bij het instemmingsrecht gaat het over de lokale democratie; laat ik het zo maar samenvatten. Ik vind dat een groot goed. Wij betalen de zorg. Wij vinden die ontzettend belangrijk. Waarom zou een gemeente daar niets over te vertellen mogen hebben? We hebben gezien wat voor drama het was bij het Slotervaart. Ik denk dat het anders was gelopen als het ziekenhuis in handen was geweest van Amsterdam — dat was ooit zo. De ontwikkelingen zijn zoals ze zijn, maar ik vind dat een goed uitgangspunt. We hebben tenslotte niet voor niets een lokale democratie met gekozen vertegenwoordigers. Het zou heel goed zijn als ze ook onze belangen op het terrein van de zorg wat beter zouden kunnen vertegenwoordigen, want dat wordt vaak als een democratisch gemis ervaren.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Daar wil ik toch graag even op reageren. Het CDA heeft juist gepleit voor veel meer betrokkenheid van bestuurders en inwoners bij de hele besluitvorming. Wij zijn erg blij dat de minister met de algemene maatregel van bestuur komt. Wat ons betreft moet je

echt op regionaal/provinciaal niveau kijken hoe de acute zorg geregeld wordt, en niet bij iedere gemeente op zich. Het voorbeeld van de heer Van Gerven over het Slotervaart vind ik ronduit een beetje ongelukkig gekozen, want Amsterdam wilde er juist vanaf omdat het een groot, verlieslatend project was. Dus vandaar.

De heer Van Gerven (SP):

Het gesternte was niet helemaal gelukkig, maar het Slotervaart was ook een heel bijzonder ziekenhuis. Er werd heel veel zorg geboden die heel erg duur was. Dat kwam omdat het juist de mensen hielp met, laten we zeggen, enorme achterstanden, zowel op medisch als op sociaal gebied. Het kreeg dus gewoon te weinig geld voor de zorg die het bood. Dat is ook een cruciaal punt. Maar goed, het gaat er mij om dat ook een lokale overheid zeggenschap zou moeten hebben. Ik denk dat dat heel erg belangrijk is, want nu ligt de zeggenschap bij de zorgverzekeraars en de instelling, de directie. Mevrouw Van den Berg geeft hoog op over de inspraakprocedures, als die er zijn, maar als je alleen maar de boodschap mag vertellen en geen enkele zeggingsmacht hebt, dan blijft het daar vaak bij. Zie de ontwikkelingen in Drenthe.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In Winterswijk is men een paar weken geleden teruggefloten. Ik denk toch dat dat een voorbeeld is. Men neemt zelf een besluit en zegt dan "als je een leuk idee hebt, dan kan je dat voor februari aanleveren". Dat is allemaal van tafel gehaald, ik denk mede omdat deze minister duidelijk heeft gemaakt dat een instelling zonder overleg en zonder regiobeelden niet even dit soort besluiten kan nemen. Dus wat mij betreft heeft die algemene maatregel van bestuur al zijn voorwerk gedaan.

De voorzitter:

Nog een korte reactie van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Dat gaan we zien. Ik geloof er niets van. Als we het systeem niet aanpassen, moet daar gedefuseerd worden, dus het Slingeland en het Koningin Beatrix moeten uit elkaar. Als het één ziekenhuis blijft en we deze ontwikkelingen met zorgverzekeraars houden, blijft er steeds druk om Winterswijk uit te kleden ten koste van het ziekenhuis in Doetinchem, omdat Doetinchem nieuwbouw wil plegen. Dat is inherent aan het systeem. Daarom pleit de SP ervoor om de lokale gemeenschap in stelling te brengen en die zeggingsmacht te geven, zodat ze over hun eigen zorg kunnen meebepalen en daar zeggenschap over hebben.

Dan de opmerking over het stenen tijdperk. Ik kon natuurlijk niet aan een associatie ontkomen met een uitspraak van de minister over stenen. Daar ga ik verder niet op in, maar een ziekenhuis, een organisatie, een gebouw gelegen ergens in een stad is cruciaal voor mensen. Daar hechten ze ontzettend aan. Soms is het een heel lelijk gebouw, maar als er maar goeie zorg wordt geboden om de hoek, is dat ontzettend waardevol voor mensen. Als iemand dat wil behouden, kun je niet zeggen dat hij blijft vastzitten in het verleden, in het stenen tijdperk. Nee, je kunt een gebouw behouden, je kunt de zorg daar behouden en je kunt de organisatie behouden, maar dan staat de ontwikkeling nog niet stil. Dan kun je nog steeds de zorg verbeteren en vooruitgang boeken. Behoud dat in de nabijheid, zou ik willen zeggen.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft nog een opmerking of vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Nu trekt meneer Van Gerven wat mij betreft mijn opmerking geheel uit zijn verband. Ik had de opmerking gemaakt in verband met innovatie. Dat onderdeel mis ik in de nota van meneer Van Gerven. Het is belangrijk voor mensen om ergens naartoe te kunnen, zoals naar een huisartsenpost of naar een plek voor acute zorg of planbare zorg. Daar hebben we helemaal geen verschil van mening over. Het gaat er wel om dat je de zorg anno 2020 wellicht anders organiseert en inricht dan in de jaren ervoor. Dat stuk over innovatie was de reden dat ik dit gezegde gebruikte.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik heb al eerder aangegeven dat het behoud van ziekenhuizen dichtbij, met kleinschaligheid, zich niet verzet tegen innovatieve concepten en ontwikkelingen. Ik zie dus niet het verband dat dit strijdig met elkaar zou zijn.

Er lag ook nog de vraag of alle bevallingen niet in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. Die vraag was ook van mevrouw Van den Berg, geloof ik. In bijvoorbeeld Urk, Terneuzen of Zeeuws-Vlaanderen is dat geloof ik al het geval. Maar ik heb recent een verloskundige gesproken uit Hoogeveen, die zei: mensen willen graag thuis bevallen als dat kan, maar soms kan het niet anders, als men in een noodsituatie noodgedwongen thuis moet bevallen omdat men niet snel genoeg het ziekenhuis kan bereiken. Dat is de discussie die gaande is. Soms dient een bevalling zich keurig volgens schema aan, maar heel vaak ook niet. Vandaar dat een ziekenhuis dichtbij heel erg belangrijk is. Om alle bevallingen dan maar in het ziekenhuis te laten plaatsvinden, is een oplossing die a niet gewenst en b ook niet altijd zonder risico's uitvoerbaar is.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ook wij hechten aan de keuzevrijheid van vrouwen om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. In 70% van de gevallen wordt natuurlijk al in het ziekenhuis bevallen, vaak vanwege medische noodzaak, of vanwege de eigen wens. In het voorbeeld van Zeeuws-Vlaanderen dat ik noemde, zegt men juist vanwege de afstanden: om het voor vrouwen veilig te regelen, zijn alle bevallingen in het ziekenhuis. Ik heb aan meneer Van Gerven de vraag gesteld of hij bereid is om naar dit soort alternatieven te kijken. Wij zeggen als CDA helemaal niet dat alle bevallingen maar in het ziekenhuis moeten plaatsvinden.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja, maar dan spreekt het CDA zich toch een beetje tegen. Ik ben er niet voor en de SP is er niet voor dat alle bevallingen verplicht in het ziekenhuis zouden moeten plaatsvinden in gebieden waar de tweedelijnsverloskunde verdwenen is. Laten we Hoogeveen als voorbeeld nemen. Wij zijn er voorstander van dat acute verloskunde weer terugkomt in Hoogeveen. Dat zou de druk enorm verlichten, bij de verloskundigen zelf maar ook bij de mensen, bij wie er natuurlijk toch een relatieve stress is ontstaan in de nieuwe situatie: als er iets gebeurt, hoelang duurt het dan voordat ik een ziekenhuis kan bereiken? Dat is niet wenselijk.

De **voorzitter**:

U begint aan uw laatste interruptie, mevrouw Van den Berg. Ik weet niet of u die nog wilt opsparen? Dat is het geval. Gaat u verder, meneer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Oké. Dan de discussie rondom het vastgoed, die door een aantal partijen is opgebracht. Het voorstel van het CDA is om het vastgoed langs één systeem te waarderen, maar dat lost het probleem niet op. Want wat is het probleem? Dat is dat instellingen nu zelf verantwoordelijk zijn voor de kapitaallasten. Dat leidt ertoe dat de omzet omhoog moet, want als de omzet niet hoog genoeg is, kun je de kapitaallasten niet betalen, want die zijn onderdeel van de dbc's. Waar heeft het stelsel van privatisering dus toe geleid? Tot een omzetgedreven systeem: je moet productie maken om ook de kapitaallasten te kunnen betalen. We weten allemaal dat de marges heel klein zijn tussen winst en verlies, 1%-2%. Dit systeem van privatisering heeft ertoe geleid dat er dus heel erg omzetgedreven wordt gewerkt door instellingen, ook om aan de kapitaallasten te kunnen voldoen. We zullen het maar niet over het Zuyderland in Sittard-Geleen hebben. Wat de prikkel tot omzetgedrevenheid daar allemaal wel niet heeft gekost! Nu is er wel een langjarige deal met verzekeraars, waarbij er uiteindelijk zoveel procent minder omzet gemaakt moet worden, maar ik moet nog zien of dat lukt en of het niet ten koste gaat van de zorg.

Wij stellen voor om bijvoorbeeld het waarborgfonds zorg weer terug te brengen. Dat werd ook door mevrouw Agema genoemd. Laat dat het nu organiseren. Het toetst nu al voor een aantal ziekenhuizen of iets een goed project is en gaat dan borg staan op een bepaalde manier. Waarom doen we dat niet voor alle ziekenhuizen? Het leidt tot lagere rentelasten, want als een bank zekerheid heeft dat een ziekenhuis betaalt, kan de rente omlaag. Ik heb dat ook besproken met het waarborgfonds zorg en dat zegt dat dit in de orde van 1% kan zijn. Elk procent dat je niet aan rente hoeft te betalen en dat naar zorg kan gaan, is natuurlijk winst; vandaar dat wij dit voorstel doen. Er ontbreekt nu ook een zekere planning. Die kun je erin brengen. Elk ziekenhuis doet nu zijn eigen ding en ze willen allemaal natuurlijk een zo groot en zo mooi mogelijk ziekenhuis zijn. Het idee dat het dan meer patiënten kan trekken, speelt namelijk ook nog, maar dat is niet altijd even noodzakelijk en wenselijk. Dat zie je nu ook, want bij een aantal is er een zekere overcapaciteit ontstaan omdat er onvoldoende planning was.

Dan kom ik bij mevrouw Agema, die één vraag had. Wat gebeurt er als partijen instemmen met een fusie, maar dit volgens de efficiëncynorm niet mag? Ik denk dat die vraag een beetje hypothetisch is, maar dan zouden wij in ieder geval voor de efficiëncynorm zijn. De fusie zou dan dus niet doorgaan, omdat dat nadelig is voor het goed organiseren van de zorg. Maar nogmaals, ik denk dat dit vooral hypothetisch is.

Dan kom ik bij mevrouw Ellemet, die namens GroenLinks en de PvdA een aantal vragen had. Haar eerste vraag is: kan Denemarken een inspiratiebron zijn en zo ja, hoe zou dat dan kunnen? Denemarken kent een ander systeem. Ik weet niet of de ziekenhuizen daar allemaal in eigendom zijn van de overheid. Ze worden natuurlijk wel van overheidswege met belastingen gefinancierd en aangestuurd. Dat weet ik niet tot achter de komma, maar het was wel erg inspirerend dat de regie bij de overheid lag, die vanuit het algemeen belang dingen opzette. Dat zie je ook terug in de nota die de SP heeft gemaakt. Daarin is de overheid heel sterk aan zet als ordenend orgaan. Daarbij is het voor ons zeker inspirerend dat dit in andere landen gebeurt, en volgens mij niet zonder succes.

Dan de ideale grootte. Het is fictief, maar de ideale grootte zou 320 bedden zijn. Dat zou de ideale schaalgrootte zijn. Dat hebben wij aangegrepen om schaalvergroting die er niet is vanwege kwalitatieve aspecten maar puur vanwege andere motieven, tegen te gaan. Het is voor de efficiency niet nodig om grotere ziekenhuizen te organiseren in

Nederland. De ziekenhuizen zijn groot genoeg om zorg te bieden, qua schaalgrootte. Ook als je kijkt naar de kwaliteit — dan heb ik het met name over de basisziekenhuiszorg — zijn grotere ziekenhuizen niet nodig. Vandaar dat wij gezegd hebben: als er nog wat te fuseren valt en als dat zou leiden tot ziekenhuizen boven die norm, dan moeten we dat niet doen. Is er een kritische ondergrens in schaalgrootte? Ik denk dat er in Nederland geen ziekenhuizen meer zijn die te klein zijn. Ik zou het niet weten; volgens mij zijn die allemaal gefuseerd en verdwenen.

Dan nog over de specialisten in loondienst.

De voorzitter:

Mijn vraag over volume ging niet zozeer over de schaalgrootte van het ziekenhuis. De heer Van Gerven zegt in zijn nota dat die volumenorm, dus hoe vaak je een operatie moet doen, tot problemen kan leiden als je die koppelt aan de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg. Je wilt dus dat mensen niet te lang hoeven te reizen, maar je wilt ook dat er een zekere ondergrens is bij die volumenorm. Tenminste, dat is dan eigenlijk mijn stelling. Je wilt wel dat een operatie tenminste x keer per jaar gedaan wordt in een ziekenhuis, want dat is natuurlijk toch een zekere garantie voor kwaliteit. Dus dat was eigenlijk mijn vraag. Is er wat u betreft een ondergrens voor het aantal keer dat een behandeling gedaan moet worden in een ziekenhuis?

De heer Van Gerven (SP):

Het is natuurlijk aan de professionals om vast te stellen wat dan een ondergrens zou zijn, maar bij de acute zorg voor bijvoorbeeld bevallingen is er geen harde ondergrens. Daar is wel een organisatorische grens. Je moet een aantal specialisten hebben om die 24 uurszorg te kunnen bieden en het moet een goed gezond en uitgerust team zijn, want ze moeten goed samenwerken. Dat zijn belangrijke voorwaarden, maar er is geen harde ondergrens voor veel vormen van acute zorg. Wel voor bepaalde aandoeningen en de behandeling daarvan, maar daarvoor hoef je niet een basisziekenhuis op te heffen. Je moet dan wel afspreken: waar doen we wat?

De voorzitter:

Nu doet de heer Van Gerven toch of er geen probleem is. Juist de professionals zijn bezig om te kijken welke garanties we hebben voor goede zorg. De volumenorm heeft wel degelijk te maken met de kwaliteit van zorg. De artsen zelf, en de verzekeraars met hen, zeggen: het is gewoon verstandig dat we ingewikkelde operaties vaak genoeg laten uitvoeren door dezelfde specialist, want dat komt de kwaliteit van de zorg ten goede. De heer Van Gerven stelt aan de andere kant: ja, maar ik wil ook dat zorg dichtbij is. Dan kun je per definitie niet altijd voldoen aan de volumenormen die gesteld worden. Dus ik zie hierin een zekere spanning. Ik zeg niet dat altijd in alle omstandigheden de volumenorm leidend moet zijn, maar ik denk wel dat het goed is om te erkennen dat we hierin een zorgvuldige weging moeten maken. Dan moet je misschien soms wat verder reizen om echt goede zorg te krijgen. Wat goede zorg is, heeft wel degelijk te maken met de vraag hoe vaak een arts een bepaalde ingewikkelde operatie uitvoert.

De heer Van Gerven (SP):

Ja, maar dan kom ik weer op het verhaal van die slokdarmoperatie bij slokdarmkanker. Eens, maar dat geldt niet voor die 80% à 90% basiszorg. De kwaliteit daarvan in de basisziekenhuizen is goed. Voor de kwaliteit hoef je dan niet dat ziekenhuis in de waagschaal te stellen.

Dan de specialisten in loondienst. Ik vond het een zeer merkwaardig advies van de commissie-Meurs. Ik kan niet anders zeggen: hoe heeft ze dat nu kunnen verzinnen? Er zijn landen waar de specialisten gewoon in loondienst zijn en dat is geen probleem. Ik zou zeggen: elke specialist begint in loondienst. Natuurlijk, ik snap het wel: "Ik ben vrijgevestigd specialist, ik verdien drie ton en als ik in loondienst ga, moet ik een ton inleveren. Dat ben ik niet van plan." Dus er is veel verzet vanuit bepaalde groepen tegen dat idee. Ik denk dat we het gewoon moeten doorvoeren en moeten zeggen: dit wordt de norm. We maken een overgangperiode voor de nog vrij gevestigden, maar elke nieuwe specialist die begint, gaat gewoon in loondienst. Dan denk ik dat binnen 10 à 15 jaar het probleem is opgelost. We moeten gewoon heel veel specialisten opleiden. Als er veel keuze is, denk ik dat elk ziekenhuis voldoende specialisten vindt om in loondienst te komen werken.

Dan denk ik dat ik door de vragen heen ben. Zo niet, dan hoor ik het wel, nu of in tweede termijn.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Veel dank voor uw beantwoording. Dan geef ik nu graag het woord aan de minister in zijn rol van adviseur.

Minister Bruins:

Dank u wel, voorzitter. Ik sluit mij aan bij de woorden van eigenlijk alle leden van de Kamer en maak een compliment aan de opsteller van deze leesbare nota. We hebben 'm van kapt tot kapt gelezen en van een reactie voorzien. Dat hebben we niet op twee A4'tjes willen doen. Ik vind het interessant dat met een andere invalshoek naar de zorg in Nederland is gekeken. Mijn complimenten daarvoor.

Ben je het overal mee eens? Nee. Ben je het overal mee oneens? Ook niet. Het opleiden van meer mensen voor de zorg is een punt dat wij hier regelmatig bespreken. Daar moeten we veel aandacht voor hebben. Het is een van de kernpunten voor de komende jaren. Wij willen meer mensen opleiden voor de zorg en — hier begint het verschil met de SP-fractie — een flink deel van de vraagstukken waar we thans mee te maken hebben, wordt veroorzaakt door een personeelstekort. Ik heb een schriftelijke reactie gegeven. Daar had ik het bij kunnen laten, maar dat vind ik niet terecht. Het lijkt mij evenmin een goed idee om hier een hele verhandeling af te steken. Ik wil mij beperken tot het beantwoorden van een aantal vragen van de zijde van de Kamer.

Mevrouw Hermans vroeg hoe het loopt met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord over het extra opleiden van medisch ondersteunend personeel. In de hoofdlijnenakkoorden gaat het vooral over de gespecialiseerde verpleegkundigen, met name over de kinder-ic en verpleegkundigen voor de SEH. Wij verwachten in maart nieuwe cijfers, maar laat ons voorzichtig zijn. Wij weten dat de druk op de zorg en het opleiden van nieuwe mensen allemaal op dezelfde schouders neerkomt. Met name in de begeleiding van mensen in de praktijk is dat behoorlijk complex. De zorg zit hier dus niet aan de kant van het goed kunnen ramen. Dat kunnen we behoorlijk goed. We hebben de opleidingen in Nederland behoorlijk goed geregeld en we hebben de budgetten goed genoeg geregeld. Alleen het werven van mensen, met name gespecialiseerd personeel ... Kijk, basisartsen hebben we genoeg; het komt met name neer op de categorie van de gespecialiseerde verpleegkundigen. Daar ben ik nog niet zonder zorgen, zo zeg ik in de richting van

mevrouw Hermans.

In het betoog van de heer Hijink zaten eigenlijk geen specifieke vragen aan mij, maar ik wil er toch twee punten uitlichten. Het ene is het punt van de verplichte samenwerking. Ik moet eerlijk zeggen dat ik daar niet zo veel van verwacht. Waar ik wél veel van verwacht, is van het bij elkaar brengen van partijen bij het maken van regiobeelden. Ik heb het vorige week in een ander debat ook gezegd: ik denk dat regiobeelden een methode zijn om partijen op een vrijwillige, maar niet vrijblijvende manier aan tafel te brengen, zodat zij gezamenlijk kunnen spreken over de inrichting van de zorg in een bepaalde regio. Ik denk dat dat de kant is die wij op moeten.

De nota gaat specifiek in op ziekenhuiszorg, terwijl ik denk dat voor zorg in de regio zoveel meer partijen van groot belang zijn. Soms is dat de huisarts, soms is dat de hap, soms is het de ambulancedienst, soms is het de fysiotherapeut. Misschien is het ook wel van groot belang — dat is ook de winst van de concept-AMvB acute zorg — dat er partijen aan tafel schuiven als de patiëntvereniging en de gemeentelijk overheid of überhaupt het openbaar bestuur. Als je over een jaar aan het einde van deze kabinetsperiode terugkijkt, denk ik dat de belangrijkste schuif gemaakt is doordat zorg, ziekenhuisbestuurders, zorgbestuurders en openbaar bestuur veel dichterbij elkaar zijn komen te staan. Dat acht ik de winst van deze periode en dat moet je volgens mij dus niet regelen met een vaste toezichthouder in de raad van commissarissen van een ziekenhuis of het inrichten van een vetosysteem. Daar ben ik allemaal niet voor. De focus op zorg, zorg in den brede en dus niet alleen ziekenhuiszorg, en de betrokkenheid van het openbaar bestuur daarbij verzekeren volgens mij dat we veel meer een verbinding maken. Verder zorgt het ervoor dat we veel beter dan in het verleden kunnen voorkomen dat er plompverloren een ziekenhuis omvalt, want dat willen we nooit meer meemaken.

De heer **Hijink** (SP):

Ik snap wel wat de minister zegt. Als je inderdaad goed in beeld, in kaart, brengt wat de behoefte is in een regio, dan zouden instellingen dat natuurlijk heel goed op basis van samenwerking en goed overleg kunnen gaan doen. Nou zitten we alleen in een zorgstelsel dat draait om concurrentie en omzet. Samenwerking wordt in zo'n stelsel niet automatisch beloond. Sterker nog, daarin is het ene ziekenhuis soms gebaat bij het opeten van het andere ziekenhuis. Daarin kan het soms het belang zijn van de eerste lijn om zorg in huis te houden in plaats van door te verwijzen. Het stelsel staat bol van prikkels die samenwerking tegenhouden in plaats van bevorderen. Erkent de minister dat en erkent hij ook dat er op een andere manier naar de zorg zal moeten worden gekeken als we inderdaad willen dat die samenwerking op basis van vrijwilligheid tot stand komt? Dan zullen toch zeker de winstprikkels en de omzetprijkkels eruit gehaald moeten worden?

Minister **Bruins**:

Eerlijk gezegd herken ik dat helemaal niet. Als je de laatste jaren op een rijtje zet, zie je dat de samenwerkingsbereidheid tussen zorgpartijen, ziekenhuizen en andere partijen alleen maar groeiende is. Ik denk dat de zorginstellingen daar in toenemende mate de noodzaak toe zien. Het personeelsvraagstuk dwingt hen daartoe, maar ook de vraag van de patiënt dwingt hen daartoe.

Ik heb het voorbeeld vaker genoemd. Sommige zorg komt nu in het medische circuit terecht, terwijl die daar helemaal niet thuishoort. Nou, laten we proberen om die zorg

vroegtijdig op de goede plek neer te leggen. Ik kom met pijn in mijn buik bij de huisarts. Moet ik daar zijn of moet ik doorverwezen worden naar het ziekenhuis? Of is het een sociaal probleem dat iets te maken heeft met schulden? Zo ja, moet ik dan niet in plaats van naar het ziekenhuis naar het gemeentehuis? Ik denk dat we dat soort inschattingen steeds beter gaan maken als we ook de banden tussen medische partijen en openbaar bestuur aanhalen.

De samenwerking in ziekenhuizen. Ik heb u afgelopen zomer nog een brief geschreven over de inrichting van het medisch zorglandschap en een brief over de rol van de universitaire medische centra, juist om te kijken waar de samenwerking met andere partijen wel op gang kan worden gebracht. Ik heb dat gedaan om te voorkomen dat die universitaire medische centra alles doen in plaats van alleen de complexe gevallen. De minder complexe gevallen zullen namelijk echt naar andere ziekenhuizen moeten gaan.

Voorzitter. Nogmaals, ik denk dat we over een aantal jaar zullen zien dat de zorgpartijen die samenwerkingsbereid steeds meer hebben ingevuld. Die samenwerking is ook allereerst mogelijk, want er is helemaal niemand die hun een strobreed in de weg legt. Bij de ACM zijn er sinds de aanscherping van de fusieregels eind 2017 helemaal geen fusieverzoeken meer binnengekomen. En samenwerking is key! Op de site van Juiste Zorg op de Juiste Plek kun je het ene na het andere voorbeeld zien van samenwerking, niet alleen tussen ziekenhuizen onderling, maar ook tussen ziekenhuizen met allerlei andere partijen. Ik vind dat echt een mooie ontwikkeling.

De heer Hijink (SP):

Ik kan er echt geen chocolade van maken. Minister Hugo de Jonge, uw collega-minister, kondigt nota bene stelselwijzigingen aan, omdat de samenwerking niet van de grond komt en concurrentie nog steeds leidend is. Bij de specialistische jeugdzorg wordt nu wettelijk ingegrepen met een stelselwijziging, omdat de markt het niet oplost, maar er juist een puinhoop van maakt. Daar hebben we woensdag een debat over. We hebben driekwart jaar geleden gezien dat het bij de ziekenhuizen een puinhoop wordt als je marktpartijen het laat doen en zorgverzekeraars de baas maakt. De minister erkent dat zelf, want hij zegt: chaotische faillissementen van ziekenhuizen willen we niet meer zien. Alles wees er de afgelopen jaren op dat die samenwerking er niet is komen. Eerder is het tegenovergestelde het geval, de concurrentie en het winstbejag hebben ervoor gezorgd dat het ieder voor zich is. Eigen toko eerst, zei een medewerker van een jeugdzorginstelling in Rotterdam. Eigen toko eerst! Dat geldt niet alleen voor de jeugdzorg, want dat geldt zorgbreed. Ik wil de minister maar meegeven dat het verhaal dat hij nu vertelt, absoluut niet klopt en dat we de tegenovergestelde weg op moeten. En dat is samenwerking in plaats van concurrentie.

Minister Bruins:

Nou ja, het is altijd vervelend om te horen dat iets niet klopt. Zowel de heer Van Gerven als de heer Hijink nam al een paar keer het woord "stelsel" of het woord "systeem" in de mond. Ik denk dat onze zorg in Nederland nooit af is en dat wij elke keer, week na week, maand na maand, het debat voeren over hoe wij onze zorg in Nederland naar een volgend plan willen ontwikkelen. De ene keer gaat het over de acute zorg, de volgende keer bijvoorbeeld over een concept-AMvB, die hopelijk binnenkort een AMvB wordt en die echt tot een vervolgstap leidt. Soms gaat het over het wetsvoorstel over de ambulancezorg. Je kunt er heel lang over praten of dat een stelsel- of een systeemverandering is. Ik weet het niet. Ik denk dat het belangrijk is dat wij zo'n onderwerp bij de kop pakken, omdat dat rust geeft voor de patiënt en voor de

ambulanceaanbieders. Ik denk dat dat een stap voorwaarts is. Ik leg u dat voor en u mag het kwalificeren. Ik denk dat het goed is voor de zorg in Nederland.

Het maken van die regiobeelden gebeurde vroeger niet. Dat gebeurt nu wel. Is dat een systeemverandering? Ja, je mag het een systeemverandering noemen. Ik denk dat het dienstig is aan de ontwikkeling van de zorg. Zo zijn er talloze voorbeelden. Op faillissementen zitten we allemaal niet te wachten. Dat heeft de heer Van Gerven terecht gezegd, niet voor de patiënten en niet voor de medewerkers. Plompverloren faillissementen die zomaar uit het niets komen, willen wij niet meer meemaken. Daarom noem ik hier ook het gegeven dat er de laatste twee jaar bij de ACM geen fusieverzoeken meer zijn binnengekomen. Is het dan voorbij? Nee. Is het dan slecht? Nee, wat mij betreft niet. Moet het worden aangejaagd en moet die samenwerking worden verplicht? Nee, ik geloof dat niet. Er zijn talloze manieren van samenwerken en ik vind dat de partijen in de zorg behoorlijk constructief samenwerken.

De **voorzitter**:

De heer Hijink heeft hier nog een vraag over.

De heer **Hijink** (SP):

Ja, omdat ik mij soms gewoon afvraag of ik met dezelfde regering aan het praten ben. Minister Hugo de Jonge zegt: de zorg is geen markt, de marktwerking moet eruit, we moeten meer gaan samenwerken. Ik zou van deze minister wel eens willen horen of hij die mening deelt. Vindt hij ook dat de zorg geen markt is en dat wij van marktwerking naar samenwerking moeten?

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Ik geloof dat ik nu zeven keer in allerlei verschillende kleurtinten heb gezegd: ik juich die samenwerkingsbereidheid en het meer gaan samenwerken zeer toe. Daarnaast zit er een andere kant in ons zorgsysteem, namelijk dat je kunt kiezen naar welke huisarts je gaat, dat je kunt kiezen welke verzekering je wilt hebben, dat je kunt kiezen naar welke apotheker je gaat en dat je kunt kiezen naar welke fysiotherapeut je gaat. Ik vind dat verworvenheden. Als ik er niet goed uitkom met mijn fysiotherapeut, dan kan ik lekker naar een andere fysiotherapeut. Dat vind ik heerlijk. Dat vind ik een verworvenheid die ik niet graag zou prijsgeven.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, heeft de heer Hijink nog een vraag.

De heer **Hijink** (SP):

Inderdaad, nu hier de vrije artsenkeuze gehusseld wordt met marktwerking in de zorg. Ik hoor de minister zeggen: ik wil meer samenwerking. Ik heb hem nog niet de woorden van zijn collega De Jonge horen herhalen dat de zorg geen markt is en dat wij af moeten van de marktwerking in de zorg. Fijn dat de minister voor meer samenwerken is. Dat zijn wij ook, maar dat tweede deel hoort daar ook bij, dat die marktwerking eruit moet. Ik vraag of hij het daar ook mee eens is.

Minister **Bruins**:

Nee, daar ben ik het niet mee eens, want er valt wat te kiezen en als je wat kiest, dan heb je keuzemogelijkheden en dan moet je bij verschillende loketten afrekenen. Dat hoort er dan ook bij. Als je kiest voor die ene verzekeraar, moet je daar de premie betalen; als je kiest voor die andere verzekeraar, moet je daar de premie betalen. Dat is

zo klaar als een klontje. Wij hebben hier niet een systeem als in Engeland. Tegelijkertijd denk ik dat altijd als leitmotiv moet gelden, voor iedereen die in de zorg werkt, dat de patiënt centraal moet staan. Wij kijken hier weleens naar zorgverleners waar dat niet het geval is, maar ik denk dat de over-, over-, overgrote meerderheid van zorgverleners echt zo in elkaar steekt dat ze dag en nacht klaarstaan voor patiënten in Nederland en dat vind ik een verworvenheid.

Voorzitter: Hermans

De voorzitter:

Een interruptie van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil nog even door op dit punt. De minister zegt: er wordt meer samengewerkt en zeker, we zien mooie voorbeelden in allerlei regio's waarin partijen kijken hoe ze het samen beter kunnen organiseren. Maar ik vind wel dat de minister bagatelliseert dat er sommige prikkels in het systeem zijn, die samenwerking tegenhouden. Het is gewoon in het belang van medisch specialisten om veel te behandelen. Er staat nogal wat op het spel voor een ziekenhuis als het de omzet laat verminderen. We hebben nu een aanbestedingssysteem waarbij we van een klein aantal jeugdzorgaanbieders naar een heel groot aantal jeugdzorgaanbieders zijn gegaan, met alle gevolgen van dien. Er zijn dus wel degelijk onderdelen in de zorg zoals we die nu hebben georganiseerd — en laten we wegblijven van grote woorden als "stelsel" — die samenwerking lastiger maken. Dat hoor ik ook terug van al die aanbieders, bijvoorbeeld zorgprofessionals, die dat inderdaad wel degelijk willen. Want die wil is er best. Het zou zo jammer zijn als het een hele ideologische discussie wordt. Ik ben voor pragmatiek in dezen. We willen allemaal samenwerken. Dat zegt deze minister ook. Laten we dan ook eerlijk kijken waardoor dat soms nog ingewikkeld wordt gemaakt. Is de minister bereid om ook op die manier nog te kijken naar bestaande obstakels?

Minister Bruins:

Als vanzelf, want als het een beetje praktisch wordt, dan wordt het pas interessant natuurlijk. Kijk, van een vrije markt acht ik in de zorg geen sprake. Wat wij elke dag aan het doen zijn, is kijken welke reguleringen wij moeten toevoegen om die markt goed te laten functioneren. Om talloze redenen: kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid, patiënt centraal et cetera. Daar waar, en ik kom het ook weleens tegen in de praktijk, partijen zeggen "ik mag niet samenwerken, mij wordt een blokkade voorgelegd" of "ik kom er niet door bij de ACM", kan eigenlijk veel meer, veel meer dan je denkt. De ACM heeft daar ook een loket voor ingericht. Ze zijn zeer hulpbereid. Ik heb het in andere debatten ook al op deze manier gezegd. Daar waar er terughoudendheid is om te mogen samenwerken, men melde zich bij de ACM. Desnoods meldt men zich bij mij en dan gaan we samen naar de ACM. Daar moet het obstakel echt niet in zitten.

Nu eventjes een kijkje in de toekomst. Wij werken op dit moment in een systeem met dbc's. Ik heb u al eens, ook in een ander debat, uitgelegd dat ik het zeer interessant zou vinden om de uitkomsten van behandeling, wat wij noemen "de ziektelast", beter in kaart te krijgen. Dus niet "wat doet de operatie?", maar "wat is de uitkomst van de operatie?". Stel, je hebt prostaatkanker en je krijgt een behandeling. Soms is dat bestraling. Soms is dat een operatie. Beide hebben een ander effect op het vervolg van het leven. Door meer naar dat soort resultaten, dus de uitkomsten, van de behandeling te kijken, denk ik dat we de patiënt veel meer, veel beter kunnen informeren. Daar moet hij ook het goede

gesprek met zijn arts over kunnen voeren. Dit hoort wat mij betreft allemaal in het hoofdstuk dat past bij samen beslissen en waar we juist dit jaar, in januari, dus deze maand, de wet, de WGBO op hebben aangepast. Dat samen beslissen zie ik als een stap voorwaarts om te komen tot het beter in kaart brengen van de uitkomsten van behandeling.

We hebben de Kamer toegezegd dat wij in 2022 voor de helft van de ziektelast, dus dat wij gezamenlijk ziek zijn in Nederland, beschreven hebben wat de uitkomsten zijn van behandelingen. Als we dat hebben in 2022, is een vervolgstap nodig om te kijken of we dan ook betalingen aan zorginstellingen, aan artsen meer daarop kunnen inrichten. Dit is een eenvoudig gedachtespinsel — zo mag u het rustig nog noemen — maar het is ongelofelijk ingewikkeld in de uitwerking, want wanneer bepaal je wat het resultaat is van een behandeling? Is dat iets van twee weken na de behandeling, twee maanden of twee jaar? Misschien wil de patiënt of de patiëntenvereniging wel twee jaar en zal de aanbieder zeggen: ja, ho eventjes, in de tussentijd moet ik ook nog een boterhammetje eten en mijn hypotheek betalen. Dat nadenken over hoe je ook de betaalbaarheid van de zorg zou kunnen ontwikkelen in deze richting vind ik superinteressant. Ik schets u hier een ontwikkeling die net iets praktischer is dan een discussie over of de zorg een markt is of een gereguleerde markt of een vrije markt. Ik vind dit een heel interessante discussie, maar er zijn wel veel stapjes nodig. Dit hebben we dus ook niet in 2023 gefikst. Maar die uitkomsten van behandelingen vind ik een zeer interessant thema.

Om dit punt af te maken: dat zou ook helpen bij de hele discussie over gelijkgerichtheid. De gelijkgerichtheid is van belang tussen de raad van bestuur van een ziekenhuis en de medisch specialisten die in dat ziekenhuis werken. Ik denk dat het nadenken over deze vorm van bekostiging behulpzaam kan zijn bij zo'n discussie. Dat in de richting van de SP-fractie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even in reactie op de minister. Ik deel dat, als stip op de horizon. Volgens mij moet je dat willen. Uiteindelijk wil je kijken wat een behandeling een patiënt heeft opgeleverd. Dat is in de praktijk heel ingewikkeld, want de ene patiënt is veel kwetsbaarder en zal er sowieso minder goed uitkomen dan de andere. Je wil niet dat artsen denken: die kwetsbare patiënt schuif ik maar door. De minister geeft ook aan dat dit een ingewikkeld traject is dat we in moeten gaan, maar dat we daar nog lang niet zijn. Het punt dat ik maakte, en de heer Hijink volgens mij ook, is dat je in de tussentijd ook niet wil dat de prikkels die er nu zijn, bijvoorbeeld voor heel veel medisch specialisten, voor wie het wel lonend is om heel veel te behandelen, maar gewoon blijven bestaan. Want dat werkt wel degelijk in tegen de ambitie die ook de minister heeft om meer samen te werken en misschien wel meer zorg uit handen te geven van het ziekenhuis, bijvoorbeeld naar een andere plek. Dus het is mooi dat de minister deze ambitie heeft — die deel ik — maar volgens mij mag dat niet betekenen dat we zeggen dat we het in de tussentijd laten zoals het is en dat het hartstikke goed gaat met die samenwerking. Want ik zie heus nog wel andere obstakels die we in de tussentijd weg kunnen nemen.

Minister **Bruins**:

In de richting van mevrouw Ellemeet zou ik willen zeggen dat wij met die samenwerking stap voor stap aan het groeien zijn naar meer partijen bij de zorg betrekken. Over een tijdje hebben wij de regiobeelden af. Daar komen wij vast een keer over te spreken. Ik denk dat wij dan zeggen: is dat nou af? Of lonkt daar dan weer een nieuwe vorm van een regiobeeld, regiobeeld 2.0, bijvoorbeeld omdat in het huidige regiobeeld nog geen

rekening is gehouden met de groei van zelfstandige klinieken? Ik noem u nu maar een voorbeeld. Dat is niet helemaal een toevallig voorbeeld. Want wat als de specialist zegt: ik heb geen zin om in loondienst te gaan werken en ga mij zelfstandig vestigen? Het is ook nodig dat wij zorg kunnen blijven verlenen in Nederland. Dat kan in een ziekenhuis. Dat kan ook in een zelfstandige kliniek. Maar als grootschalige partijen een overstap zouden maken, weet ik niet of ik daar direct gelukkig van word. Het aantal zelfstandige klinieken groeit in Nederland als kool. Tien jaar geleden waren het er 250; nu zijn het er twee keer zoveel. Is dat goed? Ja, ik vind dat prima. Als die zelfstandige klinieken zorg van goede kwaliteit leveren, vind ik dat prima en heb ik geen enkel bezwaar. Maar het wordt er allemaal niet makkelijker van. Een discussie over in loondienst of vrijgevestigd moeten we dus ook niet simplificeren. Daarom probeer ik u een beeld te schetsen over hoe ik graag de discussie over gelijkgerichtheid wil aangaan. Dat beschouw ik dus niet als iets wat we naar de toekomst schuiven. We zijn aldoor bezig met het in kaart brengen van de uitkomsten van behandelingen voor de helft van de ziektelast. Daar maken we flinke vorderingen in. Ik verwacht ook dat we dat in 2022 voor de helft in kaart brengen. Ik zou het mooi vinden als ik u in deze kabinetsperiode nog eens een inkijkje kan geven in hoever we zijn. Ik hoop dat we dan heel dicht bij die 50% zijn.

Voorzitter: Ellemeet

Minister Bruins:

Dat in de richting van de heer Hijink.

In het betoog van mevrouw Van den Berg van de CDA-fractie zaten drie vragen aan mij. De ene gaat over het niet verplichten van de samenwerking. Ik heb net aangegeven hoe dat wat mij betreft moet werken en dat dat met die regiobeelden een aperte stimulans is om de samenwerking in de zorg een stap verder te brengen.

De tweede vraag is als volgt. De minister komt met een houtskoolschets. Wil hij als uitgangspunt daarin meenemen dat laagcomplexe zorg, zowel acute zorg als planbare zorg, in de regio bereikbaar moet zijn? Dat uitgangspunt wil ik meenemen. Het is wel een enorme puzzel, want de vraag zal straks natuurlijk zijn: wat organiseren we dichtbij, wat organiseren we wat verderaf en wat organiseren we nog verder weg? Dat is de puzzel die we nu aan het leggen zijn. Het vertrekpunt in deze vraag van mevrouw Van den Berg is zeer herkenbaar: de planbare zorg in de regio krijgt daar een belangrijke rol in. Het antwoord daarop luidt dus bevestigend.

Dan het derde punt. Is de minister het met het CDA eens dat er een eenduidige waardering van vastgoed moet komen? Daarop is mijn reactie als volgt. Allereerst zijn ziekenhuizen bij de waardering van vastgoed al gehouden aan boekhoudkundige regels, accounting principles. Dat is ook de wijze van verantwoording in de jaarrekening, dus dat moet er allemaal goed in staan. Als een ziekenhuis zijn vastgoed wil verkopen, moet het toestemming vragen aan het College sanering zorginstellingen. Dat toetst of de verkoop plaatsvindt tegen een marktconforme prijs. Wat ik hiermee wil betogen, is dat er vormen zijn van eenduidige regelgeving en eenduidige waardering. Enerzijds gebeurt dat via de boekhoudkundige regels, waaraan de accountant zijn handen vol heeft. Aan de andere kant wordt bij verkoop de marktconforme prijs op een eenduidige manier berekend door het College sanering zorginstellingen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister zegt dat men gehouden is aan boekhoudkundige regels, aan accounting

principles. Dat is precies de achtergrond van mijn vraag. In Tilburg heb ik al tien manieren geleerd om je winst te berekenen. Die zijn allemaal boekhoudkundig geaccepteerd. Vorige week donderdag stond er nog een heel artikel in Het Financieele Dagblad over ebit en ebitda en allerlei andere accountingtermen. Die worden compleet verschillend ingevuld. Je moet boekhoudkundige regels respecteren, maar die bieden dus nog enorm veel ruimte. Dat is precies de reden waarom ik aan de minister vraag of hij het met het CDA eens is dat je daar dus echt eenduidigheid in moet krijgen, ook in hoe ziekenhuizen al hun vastgoed waarderen.

Minister Bruins:

Als we een spaatje dieper moeten steken, dan ga ik daar ook wat meer tijd voor vragen, want de historie is niet zomaar tot stand gekomen. Ik denk dat boekhoudregels daar tot op zekere hoogte ... Nee, niet tot op zekere hoogte; alle accountants moeten op dezelfde manier de jaarrekening controleren. Daar zit dus zeker eenduidigheid in. De vraag is dan naar welke eenduidigheid mevrouw Van den Berg zoekt. Ik vind het een superinteressant onderwerp, maar daar heb ik meer regels voor nodig dan ik hier heb in het bestek van deze vraag.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, ter toelichting.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Nou nee, dan even een concrete vraag: krijgen we daar dan een keer een reactie op van de minister, op schrift of zo?

Minister Bruins:

Ja, zeker, zoals altijd. Ik ga even zoeken naar een goed plekje. Misschien is de contourennota daarvoor een goede plek.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik zat meer te denken aan het AO Governance. Dat ligt namelijk wat dichterbij ons.

Minister Bruins:

We gaan eventjes kijken hoever we komen. Het kan altijd in stapjes. Ik wil niet de indruk wekken dat ik het wegschuif; zo is het niet. U zegt: doe het bij het AO Governance. Laten we eens eventjes kijken hoever we komen.

Voorzitter. Mevrouw Agema is niet hier, maar zij is dit debat ongetwijfeld nog wel aan het volgen. In haar richting zou ik het volgende willen zeggen. Zij sprak over de zorgspecifieke fusietoets, die niet doet wat hij moet doen, omdat er te grote organisaties ontstaan. Om het een beetje duidelijk te maken: de ACM heeft een fusietoets. Die kijkt naar de omvang en de schaal waarop een zorginstelling gaat werken. Je hebt ook de zorgspecifieke fusietoets. Die is in handen van de NZa. Die zorgspecifieke fusietoets is bedoeld om te toetsen of de continuïteit van cruciale zorg is geborgd en of de stakeholders zijn betrokken bij de besluitvorming. Volgens mij doet die toets precies wat hij moet doen, zeg ik in de richting van mevrouw Agema.

Dan de visie op de numerus fixus. Ik hecht eraan om te zeggen dat Onderwijs op dit punt het eerstverantwoordelijke ministerie is. Ik geloof dat ik al eerder in dit debat zei dat er de afgelopen jaren meer is opgeleid dan is geadviseerd door het Capaciteitsorgaan. Ik denk dat we de komende jaren de druk op de ketel moeten houden, omdat we

gewoon mensen nodig hebben. Dat is niet overal en niet overal evenveel het geval. Ik noemde het voorbeeld van de basisartsen. Daar hebben we er voldoende van, even huiselijk gezegd. Maar in sommige specialismen zal het zoeken blijven, en naar de gespecialiseerd verpleegkundigen zal het ook zoeken blijven.

Dan een vraag die mevrouw Agema blijkbaar al eerder stelde. Zij zei: er ligt nog een rekening van 3 miljard die niet is betaald aan medisch specialisten. Die rekening zouden zorgverzekeraars moeten betalen aan medisch specialisten die zich vrij gevestigd hebben. Wij hebben daar eens navraag naar gedaan bij de branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland, maar zij herkennen dat bedrag niet. Was mevrouw Agema hier aanwezig geweest ... Ik zeg het nu op deze manier: ik ben graag bereid om me er nader in te verdiepen, maar ik heb iets meer houvast nodig. Als ik iets meer informatie krijg, op schrift, zodat de hele Kamer dat weet en het vervolg daarvan kan meemaken, wil ik ook kijken of ik uw vraag ten genoegen van heel de Kamer kan beantwoorden.

Voorzitter. Dan een vraag die gesteld werd door mevrouw Agema én mevrouw Ellemet, hoewel de kleuring een beetje anders was. Zij vroegen: zou het een idee zijn om vastgoed van ziekenhuizen weer te deprivatiseren en er een soort collectief waarborgfonds van te maken? Dat is een punt uit de nota van de heer Van Gerven. Mevrouw Ellemet stelde de vraag wat meer open; mevrouw Agema was het meer eens met de SP. Ik ben niet voor zo'n collectief waarborgsysteem. We hebben destijds, alweer meer dan tien jaar geleden, die ontwikkeling juist naar deze situatie omgezet, omdat het in de oude situatie ontbrak aan een prikkel voor ziekenhuizen om efficiënt met zorgvastgoed om te gaan. Nu ligt die verantwoordelijkheid bij een raad van bestuur. Ze nemen die niet licht, want ze zullen daarvoor eigenlijk altijd bij de bank te rade moeten gaan. En dat de bank als financier kritisch meekijkt bij investeringsplannen, vind ik alleen maar een goede zaak. Dus eigenlijk ... Nee, niet "eigenlijk". Ik wil het systeem niet veranderen. Ik ben blij met deze manier van werken.

Dan bijna tot slot in de richting van mevrouw Ellemet. Ze vroeg wat er nodig is om ziekenhuizen beter te kunnen reguleren. Ik ken, evenmin als de heer Van Gerven, het Deense systeem tot in detail. Ik heb in dit debat een paar keer benoemd dat ik het regiobeeld en de concept-AMvB zie als hulpmiddelen om zorg beter te reguleren. De rol van de overheid, centraal en decentraal, is daarin opgenomen. Dat is niet het Deense model, want daarin is de zorg in handen van de overheid. Maar het is wel een actieve betrokkenheid, die we bij AMvB willen invullen om ervoor te zorgen dat zorg en openbaar bestuur beter op elkaar betrokken raken. Hebben we het dan met de AMvB geregeld? Nee, dat hebben we niet. We hebben dan een stap voorwaarts gezet. Maar in de gesprekken die ik dagelijks voer met zorgpartijen, merk ik dat ze die betrokkenheid van het openbaar bestuur, de omgang met bewonersorganisaties of met een gemeenteraad, of de effecten van de verplaatsing van zorg op de Wmo, op de wijkverpleging of op het openbaar vervoer soms in de praktijk nog wel heel ingewikkeld vinden. Dat kan ik, eerlijk gezegd, wel billijken, want dat is anders dan vroeger. Maar ik vind het wel goed dat partijen daarmee aan de slag gaan en dat we die vragen ook gesteld krijgen door aan de ene kant openbaarbestuurpartijen en aan de andere kant zorgpartijen. Dat ten eerste.

Dan de vraag: wordt er scherper getoetst op fusies? Ik zei zojuist dat de ACM sinds eind 2017 verscherpte aandacht heeft voor concurrentierisico's bij ziekenhuisfusies. We zien tegelijkertijd dat in de afgelopen twee jaar geen voorgenomen ziekenhuisfusies meer zijn

gemeld bij de ACM. Zie je daar een trend in? Misschien wel. Misschien zoekt men wel naar andere vormen van samenwerking, die wat lichter zijn dan een fusie. Je kunt in een netwerksituatie — sorry voor dit jargonwoord — natuurlijk ook al heel goed samenwerken zonder dat er een bestuurlijke of juridische fusie aan te pas komt.

Dan de volgende vraag van mevrouw Ellemeet. Ze zei: het aantal ziekenhuizen neemt af en het aantal particuliere klinieken neemt toe. Dat klopt. Ziekenhuizen en zelfstandige klinieken vallen overigens beide onder de medisch specialistische zorg. Verzekerden betalen ook niet méér premie als ze naar een kliniek gaan. Dat is dan het voordeel van een kliniek. In zelfstandige klinieken vindt vaak planbare en specifieke zorg plaats, bijvoorbeeld orthopedie, oogzorg en dermatologie. Deze zorg wordt vaak geleverd in een heel groot volume, met als effect dat het heel vaak een heel hoge kwaliteit oplevert. Dit is een veel te algemeen antwoord. Het blijft natuurlijk altijd staan onder het inspectietoezicht. Maar dit is vaak de reden dat verzekeraars niet alleen met ziekenhuizen maar ook met zelfstandige klinieken contracteren. Als er goede zorg wordt geleverd en de zorgverzekeraars er willen inkopen, dan vind ik het allemaal uitstekend. Nogmaals, het moet allemaal plaatsvinden onder hetzelfde toezicht van de inspectie. Maar dit is nou wel een trend: in tien jaar van 250 naar 550 particuliere klinieken.

De voorzitter:

Als woordvoerder heb ik nog een vraag. Als ik de minister goed begrijp, ziet hij geen nadelen aan de ontwikkeling dat er steeds meer zelfstandige particuliere klinieken of zelfstandige behandelcentra — is "zelfstandige behandelcentra" nou hetzelfde als "particuliere klinieken"? — komen en dat er minder zorg in ziekenhuizen is. Daar ziet de minister geen nadelen in. Ik herinner me dat ik een tijdje geleden op bezoek was bij een academisch ziekenhuis en men zich daar op zich wel wat zorgen over maakte, want hun artsen werken steeds meer ook in die zbc's, wat ook weer gevolgen heeft voor de academische ziekenhuizen. Dit is een open vraag.

Minister Bruins:

Dit is niet in zijn algemeenheid te beantwoorden, denk ik. In zelfstandige behandelcentra — ik gebruik dat woord en zelfstandige klinieken door elkaar — vindt geen acute zorg plaats. Dat moeten we ook goed blijven organiseren in Nederland. Mevrouw Ellemeet wijst op de onderwijs- en onderzoekscomponent. Academische ziekenhuizen hebben er veel belang bij dat ook dat wordt gecontinueerd. Ik kijk nu vooral naar dit vraagstuk vanuit de patiëntenzorg. Met nadruk spreek ik met de inspectie over de vraag of de zorg van goede kwaliteit is. Ik geloof dat ik het in een ander debat heb gehad over het voorbeeld van het Anser netwerk van acht ziekenhuizen. In nog maar één van de acht ziekenhuizen worden operaties gedaan. Vroeger gebeurde dat in meerdere ziekenhuizen van de acht. De bestralingsbehandeling vindt ook in meerdere ziekenhuizen plaats. De diagnostiek vindt in acht van de acht ziekenhuizen plaats. Het feit dat er nog maar in één ziekenhuis wordt geopereerd, heeft een enorme boost gegeven in de kwaliteit. Daar zit dus een pluspunt. Maar veralgemeniseren en zeggen dat er geen nadelen zijn, is altijd moeilijk. Nogmaals, ik vind dat het door zorgverzekeraars ingekocht moet worden. Die zie ik dat massaal doen. Voor mij is het eerst aangelegen punt dat het van goede kwaliteit blijft.

Voorzitter, dan nog een enkele andere vraag. Het woon-werkverkeer is ook een punt dat in de nota van de SP aan de orde kwam. Je kunt zeggen dat de medewerker gemiddeld verder moet reizen als er minder ziekenhuizen zijn, heel algemeen geredeneerd. Dat is niet gewenst. Daar ben ik het helemaal mee eens. Maar waar het mij om gaat is dat er

sprake is van goed werkgeverschap. Dat vind ik een belangrijker begrip. In een debat over een ziekenhuis — ik weet even niet meer welk ziekenhuis het was — heb ik het voorbeeld genoemd van het ziekenhuis in Hilversum, waar de verpleegkundigen op basis van een systeem dat in Amerika is ontwikkeld bij de Magnet hospitals, een grote mate van autonomie hebben. Dat leidt ertoe dat ze in het ziekenhuis in Hilversum makkelijk — nou, niks is makkelijk, maar redelijk makkelijk — aan nieuwe medewerkers kunnen komen en dat de medewerkerstevredenheid onder verpleegkundigen superhoog is. Wat wil ik hiermee zeggen? Ik wil het onderwerp woon-werkverkeer niet wegschuiven, maar ik denk dat niet woon-werkverkeer hier het kardinale begrip is, maar goed werkgeverschap. Dat is op talloze manieren in te vullen en daar moet je natuurlijk wel oog voor hebben. Dat betekent ook dat je als management van een ziekenhuis heel goed het contact met de verpleegkundigen moet onderhouden. In sommige ziekenhuizen heb je daarvoor een verpleegkundigenraad, net zoals je een raad voor medisch specialisten hebt. Ik vind dat belangrijke ontwikkelingen. Het gaat dus verder dan woon-werkverkeer. Dat moeten we niet verabsoluteren.

Voorzitter. Over de gelijkgerichtheid heb ik het gehad. Over de kapitaallasten heb ik het ook gehad.

Dan rest mij nog één vraag, voorzitter, namelijk de vraag die de heer Van Gerven mij vorige week tijdens het dertigledendebat heeft gesteld. Hij vroeg hoe verloskundigen in het adherentiegebied van ziekenhuizen waar acute verloskunde is verdwenen, kunnen worden ondersteund. Het gaat over het toepassen van het volgsbeleid van de preferente zorgverzekeraar waar het gaat om die extra toeslag voor eerstelijnsverloskundigen. Ik help u maar eventjes weer aan de vraag. Hij vroeg: kan de minister toezeggen dat hij die extra toeslag voor eerstelijnsverloskundigen voor heel Nederland gaat organiseren? Het antwoord is nee. Wij hebben er ergens vorig jaar eerder een debat over gehad. Toen was er eerst één zorgverzekeraar in de casus-Treant die afspraken maakte over een extra vergoeding. Uw Kamer heeft toen gezegd dat het toch onlogisch is als dat iets is wat alleen bij die ene zorgverzekeraar wordt gedaan. Ik heb gezegd: oké, ik ben bereid om te kijken of de andere zorgverzekeraars te bewegen zijn om diezelfde toeslag te betalen, in de casus van Treant. Dat is gebeurd voor 2019 en inmiddels ook voor 2020. Maar daar wil ik het ook bij laten. Ik ga daar niet een landelijke afspraak van maken. Ik dacht dat het goed was dat u nog een antwoord kreeg op deze vraag.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, minister. Ik wilde beginnen aan de tweede termijn van de Kamer, tenzij er behoefte is aan een korte schorsing om nog iets voor te bereiden. Nee? Kan ik meteen door met de moties? Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Hermans.

Mevrouw Hermans (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Dank voor de uitgebreide beantwoording door de heer Van Gerven en ongetwijfeld de ondersteuning daarbij van mevrouw Post. Dank voor de beantwoording door de minister.

Ik zei het in eerste termijn ook al: volgens mij is het goed om op regelmatige basis met elkaar het debat te voeren over de toegankelijkheid van zorg. Ook vandaag zijn daar verschillende standpunten over gewisseld. Ik vind het jammer dat de focus, ook in de beantwoording door de heer Van Gerven, toch heel erg blijft liggen op "het ziekenhuis

dichtbij", in plaats van op het concept "zorg dichtbij". Mijns inziens doet dat geen recht aan al die veranderingen, vernieuwingen en innovaties in de zorg zoals die zich op dit moment voordoen, zoals mevrouw Van den Berg ook zei, en de kansen die dat biedt.

Dan de financiële onderbouwing. Ik stelde daar al wat vragen over in eerste termijn en net ook in de interruptie. De heer Van Gerven komt, niet in de nota, maar wel hier in het debat, met een aantal sommetjes en berekeningen op de achterkant van een sigarenkistje; laat ik het zo maar noemen. Ik denk dat het zo niet werkt, want uiteindelijk maken wij hier in de politiek keuzes in de schaarste van de middelen die er zijn. Dan moeten we dus goed inzicht hebben, ook in de financiële effecten van voorstellen die worden gedaan. Het moet een goed en reëel inzicht zijn. Dat blijft ontbreken.

Tot slot het goed werkgeverschap, waar de minister aan het einde nog op inging. De heer Van Gerven sloot volgens mij aan bij mijn woorden: er moeten nieuwe mensen in de zorg komen, maar we moeten er ook alles doen om mensen in de zorg te behouden. De minister gaf daar een mooi lijstje voorbeelden van. Ik voeg daar nog graag één punt aan toe: dat is om echt te stimuleren en zorgorganisaties te bewegen om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen ook meebeslissen en een plek hebben aan de bestuurstafel. Dat voorstel deed ik eerder met mevrouw Ellemeet.

De **voorzitter**:
 De heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Dank ook aan de indiener en uiteraard aan mevrouw Post, en ook aan de minister voor al het werk dat vandaag en hieraan voorafgaand gedaan is. Ik heb niet zo heel veel tijd, dus ik ga mijn minuten maar direct besteden aan het voorlezen van twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat niet concurrentie maar samenwerking tussen ziekenhuizen de zorg beter maakt;

van mening dat grote academische en topklinische ziekenhuizen kleinere ziekenhuizen kunnen ondersteunen bij het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg;

van mening dat de patiënt is gebaat bij een stevig netwerk van grote en kleinere ziekenhuizen die goed samenwerken;

verzoekt de regering te onderzoeken hoe verplichte samenwerking van grote ziekenhuizen met kleine ziekenhuizen kan worden gerealiseerd, zodat de continuïteit en kwaliteit ook van spoedeisende functies zoals spoedeisende hulp en acute verloskunde van kleinere regionale ziekenhuizen worden geborgd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 5 (35227).

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter, dan nog de tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat iedereen recht heeft op goed bereikbare en toegankelijke ziekenhuiszorg;

constaterende dat nu uitgegaan wordt van de richtlijn dat iemand met eigen vervoer binnen 30 minuten het ziekenhuis moet kunnen bereiken;

overwegende dat in een vergrijzende samenleving een aanrijtijd naar een volwaardig ziekenhuis met eigen vervoer binnen 20 minuten meer aansluit bij de maatschappelijke behoefte en de leefbaarheid van regio's bevordert;

constaterende dat bij aanrijtijden van langer dan 20 minuten voor een barende in nood de kansen op complicaties en het overlijden van het kindje toenemen;

verzoekt de regering te onderzoeken wat de effecten zijn van de invoering van een bereikbaarheidsnorm van 20 minuten en hoe deze kan worden gerealiseerd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 6 (35227).

De heer **Hijink** (SP):

En daar wilde ik het bij laten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ook van mijn kant op de eerste plaats dank aan meneer Van Gerven, mevrouw Post en de minister voor de antwoorden en de ondersteuning. Het is toch heel veel werk geweest voor de fractie van de SP. Wij delen met de SP dat de bereikbaarheid van de zorg in de regio van belang is en dat bereikbaarheid onderdeel is van de kwaliteit. Ik hoorde meneer Van Gerven enthousiast spreken over de

leefbaarheidsimpactanalyse met betrekking tot de invoering van de kwaliteitskaders, waarnaar het CDA indertijd heeft gevraagd, maar we blijven denk ik van mening verschillen over hoe wij de zorg in de regio zouden kunnen inrichten.

De minister dank ik in ieder geval voor het feit dat hij met een brief komt over vastgoed en hoe dat te waarderen. Zowel bij planbare als bij acute zorg moet het uitgangspunt zijn dat laagcomplex zorg in de regio beschikbaar en bereikbaar moet zijn.

Ik heb één motie, voorzitter.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat samenwerking tussen ziekenhuizen essentieel is voor zorg anno 2020 en de zorg beter maakt;

van mening dat academische, topklinische en streekziekenhuizen moeten samenwerken om continuïteit en kwaliteit van de zorg te realiseren;

van mening dat de patiënt is gebaat bij een stevig netwerk van academische, topklinische en streekziekenhuizen die goed samenwerken;

verzoekt de regering om bij partijen onder de aandacht te brengen dat in regiobeelden ook samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen in kaart wordt gebracht en gestimuleerd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 7 (35227).

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Daarbij zou ik het bij willen laten. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Voorzitter: Hermans

De **voorzitter**:

Ik wil graag het woord geven aan mevrouw Ellemeet voor haar tweede termijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Veel dank aan de heer Van Gerven en mevrouw Post en aan de minister voor de beantwoording van de vragen. Ik denk dat het een heel nuttig debat was en dat

het een goede nota is, want we moeten de zorg en het organiseren daarvan kritisch tegen het licht blijven houden. En als er één partij is die deze rol met verve weet in te vullen, dan is het denk ik de SP wel. Dat kritisch tegen het licht houden: het is gewoon hartstikke belangrijk dat wij dat blijven doen.

Ik ben het eens met de heer Van Gerven dat we niet te lichtzinnig moeten denken over veranderingen. Ik begrijp dat punt ook heel goed. Wij kunnen hier heel makkelijk bedenken dat het anders moet, maar de zorg is geen tekentafelpolitiek. Ik ben dus niet tegen veranderingen, maar ik snap wel dat de heer Van Gerven zegt: neem mensen, vooral als zij in de zorg werken, daar heel goed in mee. Ik denk dat dat een belangrijk punt is en daar steun ik hem zeker in.

Ik heb nog drie vragen aan de minister. Hij geeft aan dat de reistijd niet het enige aspect is dat bij zorgverleners speelt en dat goed werkgeverschap over veel meer gaat. Nou, volgens mij is niemand hier het daarover niet met hem eens, maar ik wil hem wel vragen of hij erop kan toezien dat er bij de uitwerking van de regiobeelden wel voldoende aandacht is voor dit element. Al is het maar een deelelement: de impact van meer reistijd op zorgverleners bij een veranderend zorglandschap moeten we niet onderschatten. Dus dat zou ik hem willen vragen.

Daarnaast had ik nog gevraagd wanneer wij bericht krijgen over het onderzoek naar de 45 minuten norm. Dus daar nog een antwoord op.

Ten slotte. De overbehandeling die nu soms plaatsvindt juist door de productieprikkel in ziekenhuizen — de heer Van Gerven schrijft het ook in zijn nota — moeten wij goed adresseren. Ook de minister kan daarbij een rol spelen. Ik wil hem dus vragen hoe hij dit met de medisch specialisten ter sprake brengt.

Voorzitter: Ellemeet

De voorzitter:

Ik kijk eerst naar de heer Van Gerven voor de beantwoording van de vragen die nog aan hem gesteld zijn. Dan kan de minister daarna ingaan op de moties en de vragen beantwoorden die aan hem gesteld zijn. Gaat uw gang, meneer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Dank aan eenieder voor het debat tot dusverre. Wij zijn het niet allemaal eens geworden, maar dat lag ook wel in de lijn der verwachtingen. Ik wil eigenlijk nog even een paar dingen opmerken.

Ik wil allereerst ingaan op de discussie met de VVD over dat de SP de financiën op een bierviltje heeft bekeken. Ik ga het even letterlijk voorlezen. Het is heel kort. Ik noem voor de verslaglegging ook even de bron: het komt uit de studie naar schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp, van Jos Blank voor IPSE Studies (Delft, juli 2013). Samenvattend is zijn conclusie als volgt. "Op grond van het voorgaande" — dat ging over het verdwijnen van spoedeisende hulpen en dergelijke — "is te stellen dat er geen financieel-economische redenen zijn om concentratie van de spoedeisende hulp na te streven. Van concentratie van spoedeisende hulpen worden bescheiden kostenbesparingen verwacht, die verderop in de keten teniet worden gedaan. Verder is geen rekening gehouden met extra kosten die buiten het ziekenhuis worden gemaakt voor bijvoorbeeld het vervoer (in het bijzonder het ambulancevervoer). Bovendien heeft

concentratie ingrijpende gevolgen voor de patiëntenstromen met alle gevolgen van dien."

Dat is ook de reden waarom de SP heeft gezegd: we gaan het niet tot achter de komma nog verder uitrekenen. Als je sec kijkt, moet je als je een spoedeisende hulp openhoudt, extra personeel aantrekken. Dat geeft een kostenpost van een paar miljoen. Dat kun je uitrekenen. Aan de andere kant worden er extra kosten elders bespaard dan wel gemaakt die niet in beeld worden gebracht. Vandaar dat we het alleen op hoofdlijnen hebben geschetst. Ook hebben we de macro-economische voordelen geschetst van wat het betekent dat zorg dichtbij wordt geleverd. Dat betekent bijvoorbeeld dat duizenden mensen minder ver hoeven te reizen. Dat betekent ook minder druk op familie, kinderen enzovoorts, die vaak opgetrommeld moeten worden als ouderen naar het ziekenhuis moeten. Dat hebben we allemaal niet in beeld gebracht. Dat wilde ik nog even gezegd hebben.

Tot slot nog even het verplichtende karakter van moeten samenwerken. Weinig partijen hebben gezegd daar heel erg voor te zijn, ook als het gaat om de 20 minuten norm. Het gaat dan om het CDA, maar ook om andere partijen. Als we de 20 minuten norm uitrekenen, betekent dit bijvoorbeeld dat het Refaja in Stadskanaal en de ziekenhuizen in Meppel, Hoogeveen, Lelystad, Schiedam, Vlissingen, Roosendaal en Woerden volwaardig overeind moeten blijven. Dan zeg ik: dat wil toch eigenlijk iedereen? Als we niet de wat directieve rol volgen die de SP wil volgen, hoe zouden we het dan kunnen realiseren? Ik zie het niet. Als we het alleen overlaten aan afspraken, inspraak, convenanten en dat soort dingen, komen we er niet. Ik denk dat een normerende hand van de overheid nodig is om datgene te bereiken wat we allemaal willen, namelijk het ziekenhuis dichtbij.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de minister.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank u wel. Mevrouw Hermans zei: er zijn nog veel meer mogelijkheden om verpleegkundigen in een ziekenhuis in positie te brengen. Ik zag mevrouw Elleméet glimlachen. Toen dacht ik: tegen wie zeg ik het ook? U beiden heeft daar vorig jaar aandacht voor gevraagd. We zien goeie voorbeelden. Een beetje reclame maken voor dat onderwerp helpt volgens mij heel erg. De magnet hospitals in Amerika zijn een voorbeeld, maar de verpleegkundige adviesraad is ook een voorbeeld. Er zijn vele andere vormen. Het kan dus aan de bestuurstafel, maar ook op een andere plek. Dat je werkelijk een vorm van autonomie hebt in je handelen en dat terugziet, is ook voor een verpleegkundige natuurlijk heel belangrijk. Dat wilde ik zeggen in de richting van mevrouw Hermans.

De heer Hijink had twee moties. De eerste motie, op stuk nr. 5, gaat over het onderzoeken van verplichte samenwerking. Ik geloof dat ik in geuren en kleuren heb gezegd dat ik daar niet voor ben. Ik ontraad die motie dus.

Zijn tweede motie, op stuk nr. 6, gaat over het onderzoeken van de effecten van een bereikbaarheidsnorm van 20 minuten. Ik ontraad die motie ook, omdat ik vind dat die haaks staat op datgene wat ik aan de Gezondheidsraad heb gevraagd, namelijk om te

kijken of er een alternatief denkbaar is voor die modelmatige 45 minuten norm.

In de richting van mevrouw Ellemée zeg ik dat ik de rapportage van de Gezondheidsraad in de zomer verwacht. Zijn we er dan? Ik hoop dan iets te hebben wat medisch-wetenschappelijk onderbouwd is. De vervolgvraag, die ik niet kwijt kon bij de Gezondheidsraad, is of we dat dan ook nog van feiten en cijfertjes kunnen voorzien, want het moet daarna ook wel weer praktisch georganiseerd worden. Daar is dus nog wel werk aan de winkel. Het gaat dus in twee stapjes, maar ik verwacht die rapportage in de zomer en ik zal die u dan ook snel doen toekomen.

Ik heb de punten van de heer Hijink benoemd. Hij had twee moties en geen vragen meer aan mijn adres.

Mevrouw Van den Berg kwam met de motie op stuk nr. 7, waarin de regering wordt verzocht om bij partijen onder de aandacht te brengen dat in regiobeelden ook samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen in kaart wordt gebracht en gestimuleerd. Het lijkt mij eigenlijk heel logisch dat partijen dat nu al doen, maar als ik het onder de aandacht moet brengen dan doe ik dat graag. Ik laat deze motie dus aan het oordeel van de Kamer.

Tot slot in de richting van mevrouw Ellemée. Zij vroeg of de reistijd kan worden betrokken bij het maken van de regiobeelden. Ze zijn al een heel eind met de regiobeelden, maar ik zal het aan partijen vragen. Er zit enige logica in om dit onderwerp er op een of andere manier bij te betrekken, want het zorgaanbod is natuurlijk afhankelijk van personeel. Ik zou liever willen zeggen "betrek het hele thema goed werkgeverschap erbij", maar dat past weer niet zo goed bij het regiobeeld. Aandacht hebben voor reistijd lijkt mij heel logisch, dus ik zal dat navragen bij de betrokken partijen.

Het onderzoek naar de 45 minuten norm komt dus in de zomer. Dat is stapje 1.

Dan het voorkómen van overbehandeling. Dat is een thema dat wij in de hoofdlijnenakkoorden medisch-specialistische zorg expliciet hebben benoemd: dat we werken aan zinnige zorg en dus overbehandeling willen voorkomen. U weet dat de onderzoeker Repping daarmee bezig is, dus met geen onnodige behandelingen meer door mensen in loondienst, maar ook niet door vrijgevestigden. Ik zal u schriftelijk laten weten wanneer we iets van een eerste resultaat kunnen verwachten, want het is een meerjarig traject van Repping. Ik weet dat uw Kamer interesse heeft in het onderwerp. Zinnige zorg en gepast gebruik zijn de thema's waar Repping aandacht voor heeft. Ik ga u informeren wanneer ik uw Kamer daarover kan informeren.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Hiermee zijn we aan het einde gekomen van dit notaoverleg. Ik dank de heer Van Gerven nogmaals, en ook mevrouw Post, de minister en de ambtelijke ondersteuning. Wij gaan volgende week dinsdag stemmen over de ingediende moties. De toezeggingen die zijn gedaan kan eenieder teruglezen in het verslag.

Sluiting 16.28 uur.

