

6

Gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van onder meer de Wet marktordening gezondheidszorg in verband met het tijdig signaleren van risico's voor continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op kwaliteit en bereikbaarheid van zorg (33253).**

De **voorzitter**:

Ik heet de minister van harte welkom evenals de mensen op de publieke tribune en degenen die het debat op een andere manier volgen.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. De laatste jaren lijkt het voor delen van de zorg te draaien om groot, groter, grootst. Dat is goed voor de status van bestuurders, maar niet altijd voor de patiënt. Groter betekent namelijk niet altijd kwalitatief beter. Voor het CDA draait het in de zorg uiteindelijk om de menselijke maat. Dat is de kern van de zorg. Het "supersizen" van ziekenhuizen kan de menselijke maat in de zorg in gevaar brengen. Daardoor komt ook de keuzevrijheid onder druk te staan. Grote complexe zorginstellingen blijken in de praktijk soms moeilijk bestuurbaar te zijn. We hebben het daar in de Kamer regelmatig over. De afstand tot de werkvloer is groot en de afstand tot de patiënten is soms nog groter.

Laat ik de cijfers nog een keer naar voren halen. In 1985 waren er nog 162 ziekenhuizen. In 2009 waren er 111 ziekenhuizen. In 2012 waren er rond de 90 ziekenhuizen. Geen van die fusies zijn door de Nederlandse Mededingingsautoriteit of door de Nederlandse Zorgautoriteit tegengehouden. Bijna alle ziekenhuizen die nog bestaan, onderzoeken op dit moment de mogelijkheid tot een fusie. Dit lijkt wel op een ongebreidelde en onwenselijke fusiedrift, een megalomane fusiecultuur. Het "supersizen" van ziekenhuizen leidt tot zorgobesitas, statische, logge en zieke ziekenhuizen. Deskundigen geven op dit moment aan dat de ideale grootte van ziekenhuizen zo'n 300 bedden is. En veel ziekenhuizen hebben nu al 600 bedden. De minister wil ik graag meenemen in het verhaal van Loek Winter en ik vraag haar ook om een reactie daarop. Hij zei laatst in een interview dat elk type van zorg een optimale schaalgrootte heeft. Dermatologie is bijvoorbeeld een vakgebied zonder ingewikkelde verrichtingen. 8% is complexe zorg en die gedijt bij veel verrichtingen. Daar is ook schaalvergroting voor nodig. Maar 40% van de zorg gedijt eigenlijk bij een kleinschalige setting. Loek Winter zegt daarvan dat schaalverkleining de maat is. Dan blijft ruim de helft van de zorg over. De optimale schaalgrootte daarvoor, zoals Loek Winter aangeeft, is een streekziekenhuis met 200 tot 300 bedden. Hoe kijkt de minister tegen deze visie van Loek Winter aan?

Dan kom ik op de fusietoets. Het CDA is een voorstander van deze wet. We hebben jaren om een fusietoets gevraagd. Jan de Vries was een van mijn voorgangers en heeft ooit deze wens in de Kamer neergelegd. Maar de kernvraag is of deze wet straks meer doorzettingsmacht

biedt voor de Nederlandse Zorgautoriteit om in bepaalde gevallen fusies van ziekenhuizen en andere zorginstellingen tegen te houden. De Raad van State is daar natuurlijk ook kritisch op in zijn advies. Graag een reactie van de minister daarop.

Kijkend naar de toetsingscriteria in de wet, zoals neergelegd in artikel 49c, mist het CDA een element in deze wet. Er wordt nu getoetst op basis van een procedureel en inhoudelijk criterium. Een procedureel criterium is dat cliënten en personeel op een zorgvuldige manier betrokken zijn. Het inhoudelijke criterium is dat de fusieconcentratie niet de continuïteit van de cruciale zorg in gevaar gaat brengen. Maar zorg is voor het CDA meer dan dat. Zoals ik al zei, moet de menselijke maat in de zorg centraal staan. Dat betekent dat als een ziekenhuis in de streek verdwijnt of dreigt te verdwijnen, ook de basiszorg of acute zorg nog voldoende toegankelijk en bereikbaar moet zijn. Basiszorg, planbare zorg, houdt ook in dat je bij een gebroken been een operatie nodig hebt of dat je een goed verpleegtehuis in de buurt hebt, zeker in de regio. Straks als er misschien alleen nog reuzen van ziekenhuizen zijn, kan het in regio's zoals Friesland, Groningen, de Achterhoek en Limburg, best weleens lastig zijn om goede toegang tot de acute of basiszorg te krijgen.

Het tweede aspect daarbij is, dat er ook keuzevrijheid in de zorg blijft, dus dat je straks niet tussen groot en groot kan kiezen, tussen McDonald's en de Burger King. Die toegankelijkheid van de zorg is ook echt een wezenlijk element voor het huidige systeem van concurrentie op kwaliteit. De minister geeft gelukkig aan dat voor haar bereikbaarheid onderdeel is van de kwaliteit. Daarom heeft het CDA een amendement voorgesteld om een inhoudelijk criterium toe te voegen aan de toetsing door de Nederlandse Zorgautoriteit. We hebben daarbij aangesloten bij hetzelfde soort van principe dat is ingevoerd bij de fusietoets in het onderwijs. Dus het is niet iets wat uit de lucht is komen vallen; het is iets wat deze regering en de VVD in een eerder stadium gesteund hebben.

Het tweede punt dat ik onder de aandacht van de minister wil brengen, is de verhouding tussen de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit. Beide hebben een belangrijke rol in het toetsen van fusies in de zorg. Ik hoor van veel zorgbestuurders het geluid dat fusie voor hen de voorkeur heeft boven samenwerking. Zij zeggen dat samenwerking heel lastig is omdat de NMa dit tegenhoudt. Het CDA vindt dat samenwerking juist heel belangrijk kan zijn in de concentratie van zorg en dat het niet altijd noodzakelijk moet zijn om over te gaan tot een fusie. De vraag aan de minister is dan ook of de rol van de Nederlandse Mededingingsautoriteit op dit moment nog klopt in het kader van de toetsing van fusies in de zorg. Past zij haar beleidsregels en haar taakopvatting goed toe en kloppen die nog? Is de minister bereid hier iets meer over te vertellen? Als zij twijfels heeft, wil zij hier dan beter naar kijken?

Deze wet ziet niet alleen op het fuseren van ziekenhuizen, maar ook op het fuseren van bijvoorbeeld verpleegtehuizen. In de AWBZ kennen wij ook het begrip van de continuïteit van zorg; dat is ook een element van dit wetsvoorstel. Wij hebben bij Zonnehuizen, maar ook bij Philadelphia gezien dat de continuïteit van zorg onder druk komt te staan op het moment dat het slecht gaat met de instelling. Daarvoor heeft de minister het begrip cruciale zorg geïntroduceerd. Het begrip cruciale zorg is voor ziekenhuiszorg heel helder invulbaar. Het is inmiddels goed meetbaar hoe lang de ambulance erover doet, wat nodig

Bruins Slot

is en wanneer je in het ziekenhuis terechtkomt. Voor ons is echter nog steeds niet duidelijk wat cruciale zorg is in de langdurige zorg. Wanneer komt de continuïteit van de langdurige zorg in gevaar? Ik vraag de minister twee concrete voorbeelden te geven van praktijkgevallen waarin naar haar mening de continuïteit van de cruciale zorg in verpleegtehuizen in gevaar komt. Wij hebben hierover ook al vragen gesteld in het verslag, maar het antwoord bleef heel algemeen en vaag.

In die beantwoording spreekt de minister ook over de sociale context die in de AWBZ veel belangrijker is. Die wordt ook heel vaak genoemd in de memorie van toelichting. Maar wat is nu die sociale context? Wat wordt daaronder nu precies verstaan?

Het derde element bij de langdurige zorg is de vraag hoe deze wet zich verhoudt tot de plannen van het kabinet om de AWBZ te decentraliseren naar de gemeenten. Dit roept twee vragen op. Kan de cruciale zorg ook extramuraal zijn? Als mensen straks heel veel zorg thuis krijgen, maar die zorg komt onder druk te staan, zegt de minister dan ook dat die zorg in bepaalde situaties cruciaal is? De tweede vraag is of gemeenten straks beslissen over de vraag wat cruciale zorg is.

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij is het antwoord op de vraag of cruciale zorg ook extramuraal zorg kan zijn, ja. Wij hebben ooit via die constructie Meavita gered in de regio's Den Haag en Groningen, zodat de continuïteit van de zorg – in dit geval thuiszorg – was gewaarborgd.

Ik heb echter een andere vraag, namelijk over de splitsingsbevoegdheid die ontstaat als je kunt aantonen dat de kwaliteit in het geding is door de grootte van de instelling. Die is toch in deze wet opgenomen vanwege de problemen die wij zien in juist de langdurige zorg, grote verpleeghuisconglomeraties en grote gehandicaptenzorginstellingen waarvan je eigenlijk kunt zeggen dat de bestuurder geen grip meer heeft op wat er gebeurt tussen de bewoners en de werknemers, dat wil zeggen de verplegers en de verpleegkundigen?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Spreekt mevrouw Leijten dan over defusie?

Mevrouw Leijten (SP):

Ja.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik kan mij nog goed herinneren – ik was toen nog geen lid van de Kamer – dat organisaties voor langdurige zorg plotseling hotels gingen runnen. Dat is niet de kern van de zorg. Ik kan mij wel indenken dat op dat moment een defusie als ultimum remedium ook tot de mogelijkheden zou moeten behoren.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik stel deze vraag omdat de indruk wordt gewekt dat deze wet betrekking heeft op de fusies van ziekenhuizen. Dat is natuurlijk de actualiteit op dit moment, maar ik kan mij voorstellen dat er opnieuw een fusiegolf komt in de ouderenzorg, in de thuiszorg, in de gehandicaptenzorg of in de psychiatrie en dan is deze wet ook van belang.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Daarom heb ik de afgelopen vijf minuten ook uitgebreid vragen gesteld over de langdurige zorg, omdat wij die ze-

ker niet moeten vergeten. Ik ben dit dus helemaal eens met mevrouw Leijten.

Ik kom terug bij de fusies. In het wetsvoorstel wordt ook gesproken over het belang van het consulteren van lokale en regionale overheden bij fusies en nieuwbouw. Het CDA is het hier helemaal mee eens. Dit moet eigenlijk standaard onderdeel zijn van een voornemen tot fusie. Uiteindelijk worden er bij het fuseren van ziekenhuizen ook strategische achterliggende keuzes gemaakt. Het weghalen van een ziekenhuis uit een bepaald dorp of een bepaalde stad kan ertoe leiden dat de leefbaarheid vermindert of dat er bijvoorbeeld duizend banen verdwijnen. Dit zijn zaken waarmee een gemeente of de provincie dan te maken krijgt. Blijkt uit het wetsvoorstel dat die consultatie van lokale en regionale overheden een keiharde voorwaarde is? Ik heb daarover gelezen in de memorie van toelichting, maar ik kan daar niet uit halen of deze facultatief of verplicht is. Graag helderheid daarover.

Het CDA vindt de inspraak van cliënten en patiënten heel belangrijk. In de Wet cliëntenrechten zorg is daarvoor artikel 33 opgenomen. Dat is een goed artikel, maar het wetsvoorstel hebben we in deze Kamer nog niet behandeld. We hebben ook net van de minister te horen gekregen dat zij dit wetsvoorstel gaat opknippen. Ik kom tot de volgende, heel technisch-juridische vraag: als dit wetsvoorstel in werking treedt, kan artikel 33 uit de Wet cliëntenrechten zorg dan ook gewoon worden toegepast? In dat artikel wordt namelijk geregeld dat patiënten en cliënten gewoon kunnen inspreken bij een fusie. Wij vinden dat heel belangrijk. Straks treedt dit wetsvoorstel in werking en is dat andere voorstel nog niet in werking getreden, en dan is er op dat punt niets geregeld. Vandaar mijn vraag of hier nog juridisch naar kan worden gekeken.

Het CDA heeft een amendement voorbereid dat ervoor moet zorgen dat een extra aantal elementen wordt geregeld in de conceptfusierapportage. Wij hebben daarbij het goede voorstel overgenomen van de NPCF, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, en wel dat er ook iets in moet staan over innovatie en over de gevolgen van de kosten van de zorg. Het CDA vindt dat belangrijke onderwerpen, die wij graag toevoegen aan de wet.

Ik wil ook kijken naar de toekomst van de zorg. Er is net een visie van de minister uitgekomen, waarin zij aangeeft dat zij echt een voorstander is van meer e-health in de zorg en dat dit voor een deel de toekomst van de zorg zal zijn. Het CDA ziet dat ook wel gebeuren. Ik vind het belangrijk dat de regering dit zo veel mogelijk stimuleert. Het is mogelijk dat in de toekomst partijen e-health aanbieden. Die hebben dan heel weinig werknemers, maar wel een heel groot zorgaanbod en een grote omzet. Hoe gaat het dan met die fusietoets? Die is nu namelijk gebaseerd op het aantal werknemers dat men moet hebben om ervoor in aanmerking te komen. Misschien hebben we straks wel heel kleine organisaties, met heel veel zorg en heel veel omzet, en wordt er heel veel e-health aangeboden. Is deze wet dan nog een goed instrument?

Ik kom bij de continuïteit van de cruciale zorg. Het CDA heeft altijd gezegd dat het niet de muren van de zorginstellingen overeind wil houden, maar dat het erom gaat om de zorg zelf overeind te houden. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars aangeven wat hun minimale zorgplicht is: wat moeten zij hun patiënten, hun verzekerden minimaal leveren aan goede zorg, ook om de menselijke maat in de zorg te behouden? Al enkele jaren terug heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de zorgverzekeraars aanbevolen om die minimale zorgplicht concreet te maken, om

Bruins Slot

eens aan te geven wat die betekent voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Wat schetste mijn verbazing? Ik kan die concrete norm van zorgverzekeraars voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid nog steeds niet vinden, terwijl dat verzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit al stamt uit 2011. Dat staat onder meer in het jaarverslag voor dat jaar dat zij aan de Kamer hebben aangeboden. Ik vraag de minister wat zij hiervan vindt en wat zij verwacht van de ontwikkelingen op dit gebied.

In het wetsvoorstel worden zorgaanbieders verplicht om bij de zorgverzekeraars financiële informatie aan te leveren. Dat kan best wel wat administratieve lasten voor zorgaanbieders meebrengen: allemaal verschillende cijfertjes over de omzet, over hoeveel patiënten ze behandelen en over de soorten zorg. Stel – en dat gebeurt best wel vaak – dat een ggz-aanbieder te maken heeft met vier of vijf verschillende zorgverzekeraars. Kunnen die verschillende aanbieders dan verwachten dat zij vier of vijf verschillende hoeveelheden financiële informatie en gegevens moeten aanleveren? Of verwacht de minister dat de zorgverzekeraars onderling tot één soort vraag zullen komen voor zorgaanbieders over de informatie die deze moeten aanleveren? Anders krijgen we straks een soort circus van financiële informatie die de zorgaanbieders moeten verstrekken.

Het wetsvoorstel regelt verder ook het een en ander rondom de mogelijkheden van zorgverzekeraars om bij de Nederlandse Zorgautoriteit te melden dat een zorgaanbieder in financiële problemen raakt. En dat kan gebeuren! We hebben dat in de Kamer op verschillende momenten terug zien komen. Een zorgaanbieder kan natuurlijk ook in betalingsproblemen komen omdat de zorgverzekeraar niet wil contracteren, omdat nota's traag worden afgehandeld of omdat een bank zijn liquiditeitseisen omhoog schroeft. Hoe gaat de Nederlandse Zorgautoriteit met zo'n melding om?

Voorzitter. Het CDA is voorstander van deze wet. Het "supersizen" van ziekenhuizen, het bevorderen van zorgobesitas: daar is het CDA niet voor. Deze wet kan een instrument zijn om dat, als dat nodig is, tegen te gaan. Het gaat uiteindelijk om het leveren van goede zorg, om de menselijke maat. Maar de kernvraag is wel wat de meerwaarde van deze wet is in vergelijking met de huidige procedure. Het kan niet zo zijn dat we over een aantal jaren moeten concluderen dat deze wet een tandenloze tijger is. Het CDA vindt het dan ook belangrijk om de effectiviteit van deze wet zo snel mogelijk te evalueren. Omdat er nu fusies lopen en omdat er nog steeds fusiebesprekingen plaatsvinden, wil het CDA dat deze wet over drie jaar wordt geëvalueerd om te bepalen waar we dan staan en of de wet heeft opgeleverd wat we ervan verwachtten.

□

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Het was ongeveer elf, twaalf jaar geleden dat ... Wat zeg ik: het was al twintig jaar geleden dat er een enorme storm opstak in ziekenhuisland! Fusie op fusie op fusie en het personeel vond dat maar niks. Er ontstond een witte woede. Het ziekenhuis is van ons was de leus. Toenmalig minister Borst sprak een standstill uit. Ze kon niet veel doen, want uiteindelijk ging zij niet over fusies. Zij deed een moreel appel op de ziekenhuizen om te stoppen met die fusiegolf, omdat ze vond dat we moesten nadenken over de vraag hoe we ziekenhuiszorg dichtbij kunnen houden.

Hoe anders is deze minister! Eigenlijk alle partijen in dit huis, van de Partij van de Arbeid en de SP tot de PVV, hebben haar keer op keer gevraagd om opheldering als er een fusie van ziekenhuizen of zorginstellingen aanstaande bleek te zijn. Steeds weer werd zij gevraagd wat zij daarvan vond en of de continuïteit en de beschikbaarheid van de zorg daardoor niet in gevaar konden komen. Ik kan daar niets aan doen, was het antwoord. Wacht u maar op de fusietoets, was alles wat wij te horen kregen.

We leven in een land waarin we de natuur plannen. We hebben namelijk met elkaar afgesproken dat we willen dat natuurgebieden aan elkaar worden gekoppeld en dat er een ecologische hoofdstructuur komt. De planning van huizenbouw is heel normaal in ons land. Maar wat doen we met de zorg? De zorg laten we over aan de markt! Waar ziekenhuizen staan zal deze regering en deze minister een zorg zijn. Dat zoeken ze zelf maar uit met de zorgverzekeraars. Is deze minister soms blind voor het feit dat zorg een van de belangrijkste voorzieningen voor de Nederlandse bevolking is? Ziet zij niet in dat deze goed bereikbaar moet zijn? Of je nu in Winterswijk of Den Haag woont, of je moet bevallen in Noordoost-Friesland of in Zuid-Limburg: een ziekenhuis in de buurt is van cruciaal belang. Een ziekenhuis moet dichtbij en bereikbaar zijn. Maar wat doet de minister bij een fusie? Ze herhaalt haar mantra dat het niet haar verantwoordelijkheid is. Het gevolg is een steeds grotere concentratie van ziekenhuizen, maar niet alleen van ziekenhuizen. Wij hebben inmiddels instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg die van Den Helder tot Hoek van Holland werken. Wij hebben thuiszorginstellingen die een derde van alle thuiszorg leveren in dit land. Vindt de minister die schaal wenselijk? Vindt zij dat dit nog de menselijke maat is?

Toen de minister aankondigde dat er een fusietoets zou komen, hadden wij even hoop. Zou het dan echt zo zijn dat deze minister beseft dat zij een verantwoordelijkheid heeft voor het plannen en voor de schaalgrootte in de gezondheidszorg? Zou de minister echt gaan begrijpen dat de mensen behoefte hebben aan zorg in de buurt en dat zij het hele programma van concentratie en spreiding alleen laat uitvoeren met concentratie, maar niets doet aan het in de buurt houden van de zorg? Toen ik het wetsvoorstel las, was mijn hoop echter weer verdwenen. Als ik lees wat de fusietoets om het lijf heeft, denk ik dat de bestuurders in de zorg in dit land rustig slapen en dat de accountants en de adviesbureaus in dit land in hun handen schrijven. Zij mogen weer mooie rapportjes gaan maken en adviezen geven van duur zorggeld. Fusies zullen wij niet remmen.

Denkt de minister nu werkelijk dat deze voorgestelde fusietoets de fusiegolf, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, een halt zal toeroepen? Hoe denkt zij dat deze fusietoets dat gaat doen? Denkt zij, als zij meent dat deze fusietoets dit gaat doen, dat zij naïef is of realistisch? Op dit moment is de fusietoets niet meer dan een procedurele toets. Dit houdt in dat de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit moeten bezien of procedures goed zijn gevolgd. In haar toelichting zegt de minister het zelf ook: het is geenszins de bedoeling dat de zorgautoriteit treedt in de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder om een inhoudelijk oordeel te vellen.

Er moet bijvoorbeeld worden getoetst of patiënten en medewerkers wel voldoende betrokken zijn geweest en hun mening hebben gegeven. Dat klinkt natuurlijk hartstikke mooi, maar het zal in de praktijk niet veel voorstellen. Wat zal er gebeuren? Medewerkers en patiënten wor-

Leijten

den uitgenodigd voor een goed gesprek en zij krijgen een powerpointpresentatie of een nog mooiere presentatie van een duur adviesbureau. Zij kunnen wat zeggen, het wordt opgeschreven, er gaat een nietje doorheen, het gaat vervolgens naar de NZa en de fusie gaat door. Stel nu dat zij gezegd hebben: wij vinden het toch niet zo'n goed plan. Heeft de minister bijvoorbeeld nagedacht over de bereikbaarheid van de afdeling verloskunde? Is er misschien een probleem met de afdeling reumatologie van het ziekenhuis en de bereikbaarheid voor de mensen die in de omgeving wonen? Sluiten de plannen wel aan op de zorgbehoefte? Al die vragen hoeven niet eens te worden beantwoord. Er moet alleen verslag gedaan worden van de vragen die zijn gesteld en dan mag er gefuseerd worden. Nogmaals, hier zal niemand in de bestuurskamers van de zorg wakker van liggen. Het is niet meer dan een kleine hobbel op de weg naar het realiseren van de droom om een mooi blinkend gebouw te bouwen, een prachtig nieuw logo te laten ontwerpen en een prestigieus hoog salaris te verdienen.

De consultatie van gemeenten is ook een wassen neus. Dit was toch de kans, zo vraag ik de minister, om te beginnen met een visie op de vraag hoe groot wij nu eigenlijk moeten denken in de zorg? Is groter altijd beter? Uit onderzoek van de TU Delft weten wij dat een ziekenhuis een ideale grootte heeft van 200 à 300 bedden. Een AWBZ-instelling heeft een ideale grootte van 100 tot 200 bedden. Kan de minister een overzicht geven van het zorgaanbod in Nederland dat voldoet aan deze schaalgroottetoets? Het is niet zomaar een onderzoek. Er is gekeken naar vergelijkbare landen in onze omgeving. Het gaat over kwaliteit, maar zeker ook over doelmatigheid. Is de schaalgrootte nog zodanig efficiënt dat de doelmatigheid goed is? Je kunt je voorstellen dat je een bepaald aantal operaties moet verrichten om een goede arts te kunnen zijn. Dat hoeft echter niet te betekenen dat je de grootte van een ziekenhuis moet aanpassen. Wat is een ideale schaalgrootte? 600 bedden? Of 800 bedden? Uit dit onderzoek blijkt dat niet. Ik vind het dan ook raar dat de minister heeft gezegd dat zij op voorhand geen algemene uitspraken wil doen over de relatie tussen schaalvergroting en kwaliteit. We kennen toch dat de problemen bij Amsterdamse ouderenzorginstellingen? Het is jammer dat de staatssecretaris er niet is, want de vorige staatssecretaris heeft het letterlijk gezegd in debatten: ja, de schaalgrootte is een probleem. Als je over 28 of 29 verpleeghuizen gaat, dan is het wel heel erg moeilijk om het allemaal in de klauwen te houden. Dan ontstaat er een enorme middenlaag van managers die alles moeten beheersen en die alles moeten verantwoorden tegenover de top. Dat komt de doelmatigheid en de menselijke maat niet ten goede. Ik vind het jammer dat de minister niet ingaat op deze cijfers.

Nu kan ik vandaag zeggen wat er allemaal jammer is, maar ik kan natuurlijk ook mijn zegeningen tellen. We behandelen vandaag immers een wetsvoorstel, en dan kan ik als Kamerlid ook wijzigingen aanbieden op dat wetsvoorstel. Laat ik dat nu gedaan hebben. Ik zie namelijk wel degelijk een kans om de fusiemanie die heerst in de zorg een halt toe te roepen. Het bruijst in de boardrooms, schreef NRC Handelsblad in januari. En in november hadden we nog super vrijdag, de vrijdag waarop maar liefst zes ziekenhuizen het groene licht kregen om samen te gaan. De minister lijkt de kans te laten glippen. Laten wij dat als Kamer niet doen.

Wij stellen voor om fusies in beginsel niet goed te keuren. Dat betekent dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit, als zich een zorginstelling meldt voor een fusie, in principe zeggen: nou, daar voelen wij niet voor, toont u eerst maar eens aan dat het nodig is. Nu is de houding: o, wat leuk, u wilt fuseren? Daar zijn een paar procedures voor, maar wij gaan daar niet voor liggen. Wij stellen voor dat er een "nee, tenzij"-principe wordt ingevoerd. Het "nee, tenzij"-principe gaat gelden voor alle fusies in de zorg. Fusies zijn niet verboden, maar je moet wel aan goede voorwaarden voldoen wil je mogen fuseren. Omdat ik mijn gedachten wel heb over de vraag welke voorwaarden dat dan zijn, heb ik nog een aantal extra amendementen gemaakt over de invulling die men kan geven aan het "nee, tenzij"-principe. Ik zal die amendementen verder toelichten, beginnend met mijn amendement op stuk nr. 14. Ik voel mij gesterkt door bijvoorbeeld de NPCF, die instaat voor het "nee, tenzij"-principe. De artsenfederatie doet dat ook, evenals hoogleraar Canoy van Tilburg University met wie de SP het niet altijd eens is. Ook hij zegt: je zou eigenlijk moeten stellen dat het publieke belang in het geding is en dat er bij fusies in de zorg wordt uitgegaan van het "nee, tenzij"-principe, tenzij er heel zwaarwegende redenen zijn om een fusie wel toe te laten.

Voor ons is de eerste voorwaarde om een fusie toe te laten, dat de patiënten en de werknemers zeggenschap hebben gekregen. Zij zijn namelijk degenen die de nadelen en de voordelen van fusies of schaalvergroting kunnen zien. Zijn zij niet positief, dan kunnen zij een fusie tegenhouden. Overigens stel ik dit ook voor, indien wij niet het "nee, tenzij"-principe gaan invoeren. Vandaar dat hier twee vergelijkbare amendementen op zijn ingediend. Het publieke belang is hier in het geding, zei hoogleraar Canoy van de universiteit Tilburg, en hij wijst erop dat de Nederlandse ziekenhuizen bovengemiddeld groot zijn. Ik voeg daaraan toe dat ik dat ook zie in de langdurige zorg en in de psychiatrie. Bestuurders komen daardoor op afstand te staan. Zij weten niet meer wat er speelt op de werkvloer en de toenemende bureaucratie, ook door de grootschaligheid gecreëerd, frustreert medewerkers. Ik stel voor dat wij geen medezeggenschap geven aan patiënten en personeel, maar zeggenschap. De beslissende stem kun je een bezwaar vinden, want wat weten zij nou van het belang tot fuseren. Als je echter zorgbestuurder bent en het belang van een fusie goed kunt uitleggen, dan ben ik ervan overtuigd dat de mensen in Nederland, ongeacht of zij patiënt of werknemer zijn van een ziekenhuis, een langdurigezorginstelling, een ouderenzorginstelling, een psychiatrische instelling of de thuiszorg, het belang van een fusie wel degelijk zullen inzien als die fusie echt noodzakelijk is. Ik ben niet bang voor de zeggenschap en het instemmingsrecht van patiënten en medewerkers. Daarom stel ik in het amendement op stuk nr. 8 voor om ervoor te zorgen dat dit sowieso een voorwaarde is. In het amendement op stuk nr. 18 hanteren we het "nee, tenzij"-principe. Daarbij staat een van de tenzijs voor de instemming, de zeggenschap en het finale "go" van patiënten en medewerkers.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De Partij van de Arbeid is het zeer met de mevrouw Leijten eens als zij stelt dat de rol van patiënten en medewerkers heel belangrijk is. Bij de koepel van patiëntenverenigingen heeft men echter gezegd dat patiënten geen absolute zeggenschap hoeven te hebben, omdat het de

Leijten

vraag is wie precies de patiënt is. Bij een ziekenhuisfusie zijn patiënten belanghebbenden, maar bijvoorbeeld ook inwoners van de regio. Wij kunnen helemaal niet garanderen dat we iedereen uit de omgeving van zo'n ziekenhuis op één lijn kunnen krijgen. Wij willen dus wel dat de positie van patiënten wordt versterkt, maar absolute zeggenschap voor patiënten is niet nodig. Waarom gaat mevrouw Leijten met haar voorstel in tegen het advies van de koepel van patiëntenverenigingen?

Mevrouw Leijten (SP):

Het voorstel gaat over patiënten én medewerkers. Wat de NPCF hierover zegt, gaat over ziekenhuizen. Dit gaat ook over bijvoorbeeld instellingen waar mensen wonen en langdurige zorg krijgen. Daarbij is vaak een cliëntenraad langdurig betrokken. In zo'n geval is heel duidelijk geformuleerd wie daarbij de belanghebbenden zijn. Je kunt je zelfs voorstellen dat verwanten van mensen met een verstandelijke beperking belanghebbenden zijn. Hoe je het begrip belanghebbende formuleert, is wat mij betreft nader in te vullen. Voor mensen die kortdurend in een ziekenhuis zijn opgenomen, bijvoorbeeld vanwege behandeling van een maagzweer of een gebroken been, is een precieze definiëring heel lastig. Ziekenhuizen kunnen echter wel degelijk een patiëntenvertegenwoordiging aanwijzen die bestaat uit mensen die bijvoorbeeld langdurig bij een specialist onder behandeling zijn voor hart- en vaatproblemen of voor reuma. Zij kunnen namens de patiënten besluiten nemen. Je moet die mensen wel aanwijzen. Dat is op dit moment ook de situatie.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Bij de patiëntenkoepel zegt men: kies niet voor absolute zeggenschap, want de groep is te groot en we kunnen het niet garanderen. De SP gaat hier dus tegenin. Dat mag. De PvdA heeft echter een voorstel gedaan dat juist tegemoetkomt aan de wensen van de patiëntenkoepel. Daarin wordt de positie van medewerkers en patiënten versterkt, maar dat gebeurt wel op zo'n manier dat deze groepen ook echt tot hun recht kunnen komen. We vragen in het voorstel geen dingen die we niet waar kunnen maken. Is mevrouw Leijten bereid om ons amendement te steunen, waarin staat wat ook door het veld wordt gevraagd?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb een amendement opgesteld waarin de zeggenschap wordt geregeld voor zowel patiënten als medewerker. Zeggenschap voor beide groepen is van belang. Ik vind dat als je medewerkers zeggenschap geeft, je de mensen die worden verzorgd die zeggenschap ook moet geven. Als de Partij van de Arbeid dit amendement niet kan steunen omdat het daarin ook over patiënten gaat, dan laten we het amendement alleen over medewerkers gaan. Daarbij moet ook nog precies worden gedefinieerd wie er onder die groep vallen. Daaronder vallen maatschappen, maar bijvoorbeeld ook de ondernemingsraad. Al deze groepen moeten zeggenschap hebben. Als er een wil is, is er een weg. Ik vind echter dat het belang van patiënten wel degelijk doorslaggevend moet kunnen zijn als er een besluit moet worden genomen over een ziekenhuisfusie. Je kunt je namelijk voorstellen dat door een fusie van twee of meer ziekenhuizen, de toegang tot bijvoorbeeld een afdeling reumatologie in een regio verdwijnt. Dat kan grote gevolgen hebben voor mensen. Zij moeten dan immers langer reizen. Ik vind dat het belang

van deze mensen ook moet meewegen. Ik vind dat de uiteindelijke zeggenschap bij hen moet liggen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter, ik zeg u toe dat ik niet heel vaak zal interrumperen als u mij de gelegenheid geeft nu nog één keer te reageren. Daarna zal ik het goede voorbeeld geven tijdens de rest van het debat.

De voorzitter:

Het goede voorbeeld is het interrumperen in tweeën. Mevrouw Leijten staat hier nog 40 minuten. Er komt dus vast nog een moment waarop u kunt interrumperen, mevrouw Bouwmeester. Ik geef het goede voorbeeld en geef het woord aan mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik zeg nogmaals dat als de PvdA er problemen mee heeft dat in mijn amendement ook de medezeggenschap van patiënten aan bod komt, ik altijd bereid ben om dat amendement aan te passen. Als ik de steun van de Partij van de Arbeid daarmee kan verwerven, zal ik het amendement aanpassen. Het gaat mij erom, in dit wetsvoorstel de juiste medezeggenschap te creëren, zodat er niet meer gefuseerd wordt over de hoofden van mensen heen. Ik zei al dat het amendement op stuk nr. 8 en het amendement op stuk nr. 18 hierover gaan.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het doel om patiënten en medewerkers een belangrijke rol te geven, een belangrijker rol dan ze in het wetsvoorstel krijgen, onderschrijf ik van harte. Ons amendement wordt gesteund door het veld, dus medewerkers en patiënten. Die steun heeft mevrouw Leijten niet. Dat is het verschil. Ik hoop dus dat mevrouw Leijten ons amendement steunt. De patiëntenkoepel zegt over het amendement van mevrouw Leijten: niet doen, want dat is niet de goede manier.

Mevrouw Leijten (SP):

De werknemers uit het veld vinden echter van wel. Het lijkt mij interessant als mevrouw Bouwmeester de brief overhandigt waarin staat dat mijn amendement niet de goede manier is. Tot nu toe heb ik die nog niet gezien. Er is wel sprake van een andere opvatting als het gaat om de positie van patiënten, maar ik ben niet bang voor de inspraak van patiënten, als maar goed wordt geformuleerd wie dat zijn. Ik kijk overigens niet alleen naar ziekenhuizen, maar ook naar de langdurige zorg, naar mensen die langdurig worden verzorgd in een verzorg- of verpleeghuis of in een instelling voor gehandicaptenzorg. Zij moeten meer macht krijgen. Als mevrouw Bouwmeester stelt dat zij straks mogen meepraten, dat het verslag openbaar moet worden gemaakt, zodat we kunnen zien wie wat heeft gezegd en dat de fusie dan mag doorgaan, dan vind ik dat een beetje mager. Dat lees ik in de amendementen van mevrouw Bouwmeester, maar zij mag straks zelf uitleggen wat zij bedoelt.

In het onderzoek van de TU Delft valt heel duidelijk te lezen dat er sprake is van een ideale schaalgrootte van ziekenhuizen en langdurigezorginstellingen, zodanig dat de kwaliteit kan worden gewaarborgd, evenals de doelmatigheid. De organisatie wordt niet zodanig groot dat die niet meer kan worden bestuurd. In amendement op stuk nr. 30 en in amendement op stuk nr. 31 stel ik voor, met de te fuseren partners af te spreken dat zij laten on-

derzoeken of de zorginstelling in wording geen negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit en de doelmatigheid. Er moet worden onderzocht of de grootte niet in de weg staat van die kwaliteit en doelmatigheid. In amendementen van andere partijen wordt gesproken over betrokkenheid van de inspectie. Ook staat er dat naar andere elementen moet worden gekeken. Ik sta daar zeer positief tegenover, want wij willen grip krijgen op de gevolgen van de komst van de nieuwe instelling. Als wij niet het geloof krijgen dat de nieuwe instelling qua schaal goed genoeg is, dan moet er niet worden gefuseerd.

Patiënt en werknemer moeten betrokken zijn bij en instemmen met de fusie. Net zo belangrijk is dat er goed wordt gekeken naar de beschikbaarheid van cruciale zorg. Onder die zorg verstaat de minister: ambulancezorg, spoedeisende zorg, acute verloskunde, crisisopvang en geestelijke gezondheidszorg. Maar voor de AWBZ gelden geen aparte normen bij concentratie. De sociale context telt ook niet mee. Kan langdurige zorg ook cruciale zorg zijn? Op welke schaal moet er dan worden georganiseerd? Wat verstaat de minister onder: dicht bij mensen? Je kunt dat zien in relatie tot de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. Ik vermoed dat deze kwestie op korte termijn wordt geregeld vanwege de nummers, maar het is wel degelijk van belang om hierover na te denken. Stel dat iemand wordt opgenomen. Kan die iemand dan nog in zijn oude sociale omgeving blijven, of kunnen wij ervoor zorgen dat de omgeving snel bij die iemand op bezoek kan? Het gaat dan niet alleen over ziekenhuizen, maar ook over psychiatrie, gehandicaptenzorg en ga maar door. Wat is nu cruciaal en wat is niet cruciaal? Wij vinden het in ieder geval cruciaal dat wordt aangetoond dat een fusie niet de behoefte aan zorg in een regio aantast. De fusie mag niet de behoefte aan zorg die er is, doorkruisen. Dat zou immers leiden tot wachtlijsten en dat wil niemand in dit huis. Ook zou het kunnen leiden tot veel te verre reizen, terwijl dat onnodig is. Ik ben heel benieuwd hoe de minister hierop reageert. Wat de SP betreft krijgen we een nationaal netwerk ziekenhuizen. Daarover spreken wij regelmatig met de minister. Dat gaat bijvoorbeeld ook over de beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg. Ook gaat het in de toekomst wellicht over voorzieningen die een gemeente zou moeten organiseren, maar die het Rijk cruciaal vindt en die dus in ieder geval dichtbij huis beschikbaar moeten zijn. We hebben al een norm gemaakt voor consultatiebureaus. Het lijkt mij helemaal niet gek als die er op andere vlakken ook komt. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Dat behoefteonderzoek dat noodzakelijk is voor de fusie kunnen de collega's vinden in het amendement op stuk nr. 9 en in het amendement op stuk nr. 17. Daarin staat dat fusie niet mag plaatsvinden, tenzij een behoefteonderzoek aantoont dat de behoefte niet doorkruist wordt.

Zorginstellingen opereren niet zonder hun omgeving. Er werken mensen, er wordt aan kennisverrijking gedaan, en aan opleiding. Ook zijn er patiënten, familieleden en toeleveranciers. Kortom: zorginstellingen zijn lokaal ingebed. De zorginstelling kan verdwijnen, bijvoorbeeld als de bevolking krimpt. Het kan echter zijn dat wij dat onwenselijk vinden, omdat zorg in dat krimpgebied door het verdwijnen van zo'n voorziening niet meer beschikbaar is. Het kan zijn dat door het verdwijnen van een ziekenhuis in Stadskanaal de grootste werkgever wegvalt. In een regio

waarin de situatie wat betreft werk al zeer dramatisch is, kunnen dus ook nog andere belangen meespelen.

We hebben al gezegd dat een fusie doelmatig en kwalitatief moet zijn. Een fusie moet niet de behoefte raken die er in een regio of lokale gemeenschap is. Daarnaast vinden we dat er lokaal zeggenschap moet zijn. De gemeente moet dus betrokken worden bij fusies en moet ook zeggenschap hebben. Waarom? Omdat een zorginstelling niet op een eiland staat, maar afhankelijk is van een regio, een gemeente, werknemers, noem allemaal maar op. Daarnaast voegt ze iets toe aan een gemeenschap. Wat ons betreft is er bovendien een rol voor de gemeente omdat een gemeente democratisch gelegitimeerd is. De NP-CF is bezig met de vraag hoe je nou bepaalt wie patiënten zijn. De patiënt van morgen kan bij een fusie immers geen instemming geven. Als je de gemeente een cruciale rol geeft, is de patiënt natuurlijk ook burger. Die burger kan via de lokale democratie zijn invloed aanwenden. Daarom stellen wij voor om in fusiebesluiten altijd ook de gemeente een rol te geven. Dit voorstel vindt u terug in het amendement op stuk nr. 12 en het amendement op stuk nr. 39, met daarin het "nee, tenzij"-principe.

Dit wetsvoorstel heeft eigenlijk drie elementen. Het eerste element beschrijft wat een zorginstelling moet doen om te mogen fuseren. Daar heb ik het al uitgebreid over gehad. Het tweede element is het early warning system: vroege signalering als het niet goed gaat met een zorginstelling. Dit is sinds ongeveer 2007 of 2008 een uitdrukkelijke wens van de Kamer. Wij voerden hier toen vele debatten over zorginstellingen die financieel in de knel kwamen, al dan niet door foute beslissingen van bestuurders. Daardoor kwam de voortgang en de bereikbaarheid van zorg en de beschikbaarheid van banen ernstig in gevaar. Ik noem daarbij het IJsselmeerziekenhuis en de ziekenhuizen in Zeeland. We hebben Meavita al genoemd. Dat moesten we halsoverkop splitsen en onderbrengen in een andere stichting. Er was toen een duidelijke roep om vroegtijdige signalering bij zorginstellingen en manieren om in te grijpen of te laten ingrijpen. In 2007 en 2008 was het uitgangspunt nog nadrukkelijk dat de minister hierin een rol kreeg. Minister Klink vond zelf ook dat hij hierin een rol had. De SP betreurt het zeer dat dit nu veranderd is. De SP zou graag een overzicht van de minister ontvangen waaruit blijkt hoe de NZa in de afgelopen jaren nou toezicht heeft gehouden.

Want de Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze toezichtrol toch? Zij behoort toch toe te zien op jaarverslagen van zorginstellingen, deze te analyseren en te beoordelen of er risico's in zitten? Is het eigen vermogen van een zorginstelling snel gegroeid of snel gekrompen? Is de ingekochte zorg snel gestegen of snel gedaald? Dat zijn allemaal dingen die te maken kunnen hebben met een komend gevaar voor de solvabiliteit of de liquiditeit, het hebben van geld, van een zorginstelling. Maar denk ook aan vragen als is er veel verloop van personeel? Is er veel ziekte? Is er veel verzuim? Dat zijn allemaal tekenen die wijzen op een mogelijk risico. De zorginstelling verleent dan niet meer de zorg die nodig is, maar wordt een risico, ook voor onze samenleving.

Ik vind het nu zo jammer dat er juist in dit wetsvoorstel eigenlijk niets nieuws onder de zon is. Sterker nog, wij hebben te maken met een voorstel van de minister waarin zij zichzelf steeds minder in de positie plaatst om iets te kunnen doen. Daar waar de Nederlandse Zorgautoriteit de taak had om de jaarverslagen te toetsen en risico's te signaleren, zegt zij nu: dat wordt een zaak tussen zorgaanbie-

ders en zorgverzekeraars. Mevrouw Bruins Slot wijst op de mogelijke gevolgen voor bureaucratie. Dat is tot daar aan toe. Ik maak mij zorgen over het feit dat wij hierin helemaal geen rol meer spelen. Als wij op basis van een jaarverslag signaleren dat het ergens niet zo goed gaat, kunnen wij niets meer doen. De minister zal dan zeggen: gaat u maar naar de zorgverzekeraar, die moet een oordeel vellen. De zorgverzekeraar zal bekijken of er geld bij moet of dat een instelling failliet gaat. Het gaat immers om de productie van koekjes en koekjesfabrieken mogen ook wel dicht, als er maar voldoende koekjes op de markt komen.

Eigenlijk is dat de platte benadering die in dit wetsvoorstel zit. Ik wil iets radicaal anders voorstellen, vandaar dat ik een amendement heb gemaakt. Dat amendement op stuk nr. 34 houdt het volgende in. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt via jaarverslagen toezicht op zorginstellingen. Toen het niet goed ging met Meavita, vroeg zowel de PvdA als de SP in de zomer al: waar is eigenlijk het jaarverslag van Meavita? Wij kregen signalen van medewerkers dat het niet goed ging. Omdat het jaarverslag nog niet gedeponereerd was – dat moet omdat het openbare informatie is, en wel vanaf 1 juni in het jaar na het boekjaar – gingen wij vragen stellen. Pas toen is volgens mij de Nederlandse Zorgautoriteit een beetje wakker geworden. Zij zei: er komt geen goedkeurende jaarrekening omdat er een financieel probleem is. Hierop is het College sanering zorginstellingen zich ermee gaan bemoeien. Dat heeft een plan gemaakt om Meavita te redden, nog zonder overheidsgeld. Men heeft gekeken wat Meavita aan schulden kon afboeken, wat er gedaan kon worden met schuldeisers, met vastgoed et cetera. Dat leverde veel onrust in de organisatie op. De politiek begon zich er ook steeds meer mee te bemoeien. Vlak voor de kerst bleek dat het alle hens aan dek was en in januari ging de boel echt op de fles. Wij wisten dus eigenlijk in de zomer al dat het niet goed zat en zeven à acht maanden later was het echt een drama.

Stel dat de Tweede Kamer zich er die zomer niet mee had bemoeid, was het dan eerder of later fout gegaan? Dat antwoord kunnen wij natuurlijk nooit krijgen. Immers, "wat, als" is heel moeilijk te beantwoorden. Eén ding is wel duidelijk: als het rommelt bij zo'n grote zorginstelling en er zo veel aan de hand is – inderdaad waren er verkeerde investeringen in zorghotels aan de Spaanse kust, in computersystemen die niet werkten en bovendien verdampte er heel veel eigen vermogen in korte tijd – zou je toch denken dat juist de Nederlandse Zorgautoriteit aan de bel trekt en heel snel het College sanering zorginstellingen inschakelt? Als de Kamer zegt dat er sprake is van een cruciaal belang voor de samenleving, moet ervoor gezorgd worden dat zo'n instelling overeind blijft. Waar het hopeloos is en er geen sprake is van cruciale zorg, moet het helaas maar anders gaan. In ieder geval is het publiekelijk in zicht. Als dit een kwestie van een zorgverzekeraar is, koopt deze zich gewoon in in de bestuurskamer van bijvoorbeeld het Rode Kruis Ziekenhuis. Dat kon een van de verzekeraars doen omdat het Rode Kruis Ziekenhuis een langlopende schuld heeft. Deze verzekeraar gaat nu bepalen wat de koers van het ziekenhuis is. Daar is dus geen enkele publieke zeggenschap meer over. Daar gaat helemaal niemand meer over, behalve misschien enkele mensen die zich durven te roeren. Ik zou graag een uitgebreide reactie van de minister krijgen op dit amendement.

Wat is erop tegen om de NZa, die deze rol al jaren heeft, te sommeren die rol goed te handhaven en om ervoor te zorgen dat de procedures die de NZa, samen met het College sanering zorginstellingen, moet volgen, te verscherpen? Wij moeten deze zeggenschap niet weggeven aan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, want dan kunnen wij echt niets meer. Als de minister meent dat wij de procedure anders moeten inrichten of dat een andere instelling ernaar moet kijken, ben ik zeker bereid om hierover mee te denken. Het gaat mij er in concreto om dat wij niet met lege handen staan als wij zien dat een heel goede zorginstelling failliet gaat, ofwel door verkeerde keuzes ofwel door andere zaken. Ik wil niet dat wij daar niets aan kunnen doen omdat wij nu eenmaal die zeggenschap hebben weggegeven met deze wet.

Het laatste gedeelte van dit wetsvoorstel gaat over de grootte van zorginstellingen en het kunnen ingrijpen bij grote zorginstellingen. Deze wet maakt het de Inspectie voor de Gezondheidszorg mogelijk om een zorginstelling te splitsen – dat is defusie – als de kwaliteit door de schaalgrootte aantoonbaar in het geding is. De minister seint naar mij dat dit geldt voor zowel de inspectie als de minister zelf. Er kan in ieder geval worden overgegaan tot splitsing. De SP-fractie vindt dit een heel wenselijk mechanisme. Hoe vaak hebben wij bij fusie op fusie niet gezien dat alles uit de klauwen liep, dat het personeel al die fusies niet steunde en de groei eigenlijk niet aankon? In die gevallen zou je eigenlijk moeten defuseren. Wat hanteert de minister als uiterste beoordeling of de kwaliteit in het geding is?

Ik geef de zorginstelling in Amsterdam maar weer als voorbeeld. Deze kwam in haar geheel onder verscherpt toezicht anderhalf jaar geleden. Er werd zelfs een woonlocatie van ouderen ontruimd omdat er per direct ander personeel in moest; dat was een acute situatie. De analyse van de meeste mensen die je hierover spreekt, is dat je deze instelling zou moeten splitsen. De instelling is te groot geworden om alles nog te kunnen beheersen. De afstand tussen de bestuurders, die nota bene ergens in een duur kantoorpand zitten dat op een bankgebouw lijkt, en al die zorglocaties – het zijn er 27 of 28 – is te groot. Je zou moeten uitgaan van een ideale schaalgrootte. In het onderzoek van de TU Delft staat dat de ideale schaalgrootte van een zorginstelling waar mensen wonen 100 tot 200 bedden is. Ik kan mij daar alles bij voorstellen. Bij een kleinere zorginstelling zitten er minder deuren tussen bijvoorbeeld een werknemer en een bestuurder. Iedere deur kan dichtzitten; dat is iedere keer weer een drempel die je over moet. Dat geldt ook voor een familielid dat een vraag of een klacht heeft, of voor een bewoner die ergens niet tevreden over is. Hoe kleinschaliger de instelling is, hoe sneller je degene die verantwoordelijk is, kunt aanspreken en verantwoordelijk kunt maken. Als de bestuurder in een duur kantoor op een industrieterrein zit, is dat een stuk moeilijker. Gaat de minister de ideale schaalgrootte uit het rapport van de TU Delft hanteren? Zo niet, welke schaalgrootte gaat zij dan hanteren? Wanneer is de kwaliteit zo slecht, dat de minister overgaat tot fusie? Zou je eigenlijk niet moeten voorkomen dat een instelling zo groot wordt, dat die niet meer beheersbaar is en de drempels te hoog zijn?

Ik heb het amendement van mevrouw Dijkstra van D66 en mevrouw Bouwmeester van de Partij van de Arbeid gelezen. Volgens mij gaan zij voorbij aan de grote problemen in de langdurige zorg wat betreft schaalgrootte en de kwalitatieve problemen die daar ontstaan met het weg-

Leijten

halen van deze bevoegdheid. Ik zou het erg zonde vinden als wij het instrument uit het wetsvoorstel halen. Het is namelijk nog niet duidelijk wat kwaliteit is en wanneer de minister kan splitsen of defuseren. Daar moeten wij allemaal nog invulling aan geven. Als je dit instrument nu uit het wetsvoorstel haalt, deze bevoegdheid zou schrappen, dan sta je met lege handen in een situatie als met zorginstellingen als Amsta en Cordaan. Ook in Den Haag is een grote zorginstelling die misschien wel te groot is en waarvan de bestuurder niet kan weten wat in de verschillende locaties plaatsvindt. Eigenlijk heeft de inspectie dat eerder ook al aangegeven. Daarom doe ik een oproep aan de Partij van de Arbeid en D66 om de mogelijkheid om een zorginstelling te splitsen in het wetsvoorstel te laten staan en samen constructief na te denken over de vraag wanneer je dit instrument inzet en welke voorwaarden je daaraan stelt.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Mevrouw Leijten loopt vooruit op mijn bijdrage doordat zij over het amendement spreekt. Op mijn beurt wil ik haar het volgende vragen. Ze geeft zelf aan dat we nog niet voldoende inzicht hebben in de kwaliteit, maar de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft wel heel vergaande bevoegdheden. Er zijn allerlei manieren om te signaleren wat fout kan gaan. Wat mij betreft is de opsplitsingsbevoegdheid daarom buitenproportioneel. Het is duidelijk dat mevrouw Leijten dat niet vindt, maar ik wil graag wel een reactie van haar op het gegeven dat het al op allerlei andere manieren geregeld kan worden.

Mevrouw Leijten (SP):

Het tragische is dat de inspectie dergelijke grote zorginstellingen op papier controleert. Als de medicijnen weer achter slot en grendel staan en de ramen weer vergrendeld zijn waardoor iemand niet van zeven hoog naar beneden kan vallen – het ging gewoon over dit soort dingen – dan zegt de inspectie: hier wordt weer goede zorg verleend. Als je daar echter rondloopt en hoort wat de klachten zijn over personeelsbezetting en de aandacht die mensen krijgen en als je ziet hoe moeilijk het voor werknemers is om hun problemen aangekaart te krijgen, dan lijkt het mij goed om dit instrument in je achterzak te hebben. Ik maak altijd maar de volgende vergelijking. Ik heb thuis een gereedschapskist en de meeste keren gebruik ik daaruit een heel klein schroevendraaiertje, maar ik heb ook de sloophamer voor als het nodig is. Je gebruikt natuurlijk niet altijd de sloophamer, maar het is wel handig dat je hem hebt.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Juist om de redenen die mevrouw Leijten net noemt, over de manier waarop de inspectie haar taken uitoefent, is er onderzoek naar het functioneren van de IGZ gedaan. Daar zijn conclusies uit getrokken en die komen hier ook allemaal aan de orde. Wat mij betreft is het dus veel te voorbarig om de vergelijking met de sloophamer te maken; die vergelijking gaat wat mij betreft niet op. Volgens mij is het instrument helemaal niet nodig.

Mevrouw Leijten (SP):

Daarover verschillen wij van mening. Het lijkt mij heel handig om dit instrument in je gereedschapskist te hebben. Je moet wel goed nadenken over de vraag hoe je het instrument inzet, zodat dit niet te snel gebeurt. In het debat over de inspectie wil ik voorstellen – en dat heb ik al

vaker gedaan – dat de inspectie bijvoorbeeld tijdelijk een raad van bestuur onder toezicht kan stellen. De desbetreffende raad van bestuur kan dan geen besluiten nemen die bijvoorbeeld indruisen tegen kwaliteitsverbeteringen. We kennen allemaal voorbeelden waarin dit wel degelijk gebeurd is. Dan geef je de inspectie een extra instrument, al is het niet defusie. Het lijkt mij echter goed om dat instrument ter beschikking te hebben. Het lijkt mij ook goed om na te denken over de vraag hoe wij enorme instellingen wat kleiner kunnen maken.

De beschikbaarheid van dit instrument kan ook ervoor zorgen dat sommige zorginstellingen over verkleining gaan nadenken. In het mbo zie je na het debacle met Amarantis en Inholland een trend naar "we willen niet meer groter, maar samenwerken en kleiner worden". Men zegt daar nu juist: laten we het weer wat kleiner maken. De beschikbaarheid van het instrument kan zo'n beweging in de zorg volgens mij nog weleens bespoedigen. Wat is er mis mee om een instrument te hebben dat je niet hoeft te gebruiken? Het instrument weggooien is volgens mij op dit moment hetzelfde als het kind met het badwater weggooien. Het kunnen verkleinen van instellingen is wat mij betreft van belang, zeker vanwege de druk die dit op de sector zelf legt. Daar geldt namelijk: the bigger, the better. Wij voeren niet voor niets een debat over een fusietoets. Hoe wij daarover ook mogen denken, iedereen vindt niet voor niets dat er eigenlijk iets moet gebeuren aan de voorwaarden voor fusies. Dat heeft ook te maken met de andere kant, namelijk met het feit dat je ook kunt verkleinen.

Ik rond af. Wij hebben vandaag de mogelijkheid om verbeteringen aan te brengen in de voorliggende fusietoets, eigenlijk voortgekomen uit een breed politiek gedragen gevoel dat wij meer grip moeten krijgen op de zorg, waarin overal maar wordt doorgefuseerd. De collega's hebben zelf de fusies in de thuiszorg en de gevolgen daarvan gezien. Wij hebben een hele golf gezien in de psychiatrie. De ziekenhuizen zijn op dit moment aan de beurt. Het lijkt mij goed dat wij meer politieke zeggenschap of middelen krijgen om daar iets mee te kunnen. Ik heb veel voorstellen gedaan. Ik hoop van harte dat de Kamer vandaag, of wanneer zij hierover ook stemt, de mogelijkheid neemt om meer middelen in handen te krijgen. Anders is deze fusietoets eigenlijk een beetje een wassen neus.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb een tweetal vragen naar aanleiding van amendement op stuk nr. 31.

De voorzitter:

Zullen wij ze splitsen? Dan stelt u eerst de ene vraag en daarna de andere. Dat lijkt me praktisch.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Graag, het zijn vragen ter verduidelijking. Ik hoopte al dat mevrouw Leijten het stapeltje amendementen bij zich zou hebben. Volgens mij voegt mevrouw Leijten dit amendement toe zonder dat zij het principe van de wet omdraait. Klopt dat?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb al mijn voorwaarden ingediend zonder het "nee, tenzij"-principe. Dan heb ik het over een behoeftenonderzoek, inspraak voor de gemeenten, een inhoudelijke toets voor de patiënt en het personeel en het aantonen dat de

Leijten

doelmatigheid en de kwaliteit niet in gevaar komen. Ik heb die voorwaarden echter ook ingediend met het "nee, tenzij"-principe. Dat lijkt bureaucratie, maar dat is wets-technisch nodig.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
En politiek handig.

Mijn tweede vraag is: beoogt mevrouw Leijten met dit amendement dat elk ziekenhuis 200 tot 300 bedden krijgt of beoogt zij ermee dat er een inhoudelijke toets bovenop komt?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Nee, met dit amendement stel ik voor dat een fusie slechts mogelijk is onder de voorwaarden dat een zorginstelling doelmatig en kwalitatief kan blijven functioneren. Dat moet zij aantonen. Daaraan heb ik toegevoegd dat wij reeds kennis hebben over de schaalgrootte. Ik zie academische ziekenhuizen gelukkig nog niet zo heel veel fuseren, maar je kunt je voorstellen dat een zorginstelling, een ziekenhuis in dit geval, kan aantonen dat de grotere maat niet de doelmatigheid doorkruist, wellicht door verschillende locaties, en noodzakelijk is voor de kwaliteit. Wij hebben immers academische ziekenhuizen die veel groter zijn. Dan is het dus geen bezwaar. Als de formulering voor mevrouw Bruins Slot een bezwaar is om het te steunen, haal ik het er natuurlijk uit.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Gaat het erom dat de Nederlandse Zorgautoriteit dit inhoudelijk toetst of ziet mevrouw Leijten daar een rol weggelegd voor de inspectie? Dat is mij nog niet helemaal duidelijk.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wij zijn bij al deze zaken uitgegaan van de gedachte dat je moet aantonen dat het de zorg niet aantast. De Nederlandse Zorgautoriteit toetst samen met de Nederlandse Mededingingsautoriteit de procedures. Wat mij betreft wordt dit een inhoudelijke toets. Dan krijg je dat "nee, tenzij"-principe. Als dit "nee, tenzij"-principe niet wordt overgenomen door de Kamer, ben ik nog wel voor deze proceduretoets. Als daar nee tegen wordt gezegd, vind ik dat ook relevante informatie, die de Nederlandse Zorgautoriteit en de NMa zouden moeten meenemen. Ik heb echter gezien dat er ook een amendement is ingediend over de inspectie en haar rol. Ik weet nu niet precies van wie dat was, of het van mevrouw Agema was of van mevrouw Bruins Slot zelf. Ik vind dat een zeer welkome toevoeging. Volgens mij bijt dat elkaar in het geheel niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Met dit wetsvoorstel, dat in de volksmond de "fusietoets zorg" heet, komen wij op een punt waar wij in 2006 mee hadden moeten beginnen, namelijk het versterken van de positie van de patiënt en niet redeneren vanuit een systeem, maar vanuit een patiënt. Gelukkig heet de gezamenlijke agenda van VWS nu Van systemen naar mensen. De zienswijze en het oordeel van de patiënt vormen geen sluitstuk, maar zij zijn het begin van nadenken. Publieke belangen als kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid staan centraal, zoals het hoort.

Het voorliggende wetsvoorstel gaat over twee kernpunten. In eerste instantie gaat het over de spelregels bij con-

centratie en fusies in de zorg, en dan met name over de vraag: onder welke voorwaarden? Vervolgens gaat het over de weging van het publiek belang: hoe gaan we dit transparant vormgeven?

Ik begin met de spelregels voor concentratie in de zorg. Zorg van goede kwaliteit, die dichtbij en patiëntgericht is, staat voor de Partij van de Arbeid centraal. Grote gefuseerde instellingen passen daar niet automatisch bij. Wij zijn wel voor concentratie van zorg als die de kwaliteit ten goede komt en de bereikbaarheid niet in gevaar brengt. Als ziekenhuizen en zorginstellingen groot zijn, betekent dat niet per se dat de kwaliteit beter is en dat het goedkoper is. Maar omgekeerd betekent kleiner en klein soms dat er te weinig ervaring kan worden opgedaan. Dat is ook niet altijd beter.

De NMa waarschuwt dat fusies tot prijsstijgingen kunnen leiden. Dat brengt ons tot de vraag: welke spelregels gelden voor concentratie en fusies in de zorg? Deze spelregels of voorwaarden worden met dit wetsvoorstel vastgelegd in een fusietoets vooraf door middel van een fusie-effectrapportage. Op zichzelf is dat een goed middel, maar dan moet het wel goed ingevuld worden. Daar gaat met name onze bijdrage over.

Deze fusie-effectrapportage zou moeten meten of de kwaliteit en de bereikbaarheid bij fusies geborgd zijn. Bereikbaarheid is eenvoudig te meten. Daarvoor zijn objectieve normen en gelukkig zijn er ook wettelijke kaders op het gebied van spoedzorg. Dat geldt echter niet voor kwaliteit. Kwaliteit is een heel belangrijke bouwsteen, maar de kwaliteit van zorg is helaas nog onvoldoende meetbaar. Er is een heel andere belangrijke manier om kwaliteit te meten. Daarbij moet je de patiëntgerichtheid centraal stellen en de ervaring van de patiënten en medewerkers, maar ook van – dat is heel belangrijk – alle stakeholders betrekken. Met stakeholders bedoelen we vrijwilligers in de zorg, familieleden van cliënten en patiënten, huisartsen, dus alles en iedereen die ermee te maken heeft.

Het huidige voorstel bevat een perverse prikkel voor de zorgaanbieder om eigenlijk – als ik het vrij mag vertellen – een vlot praatje te houden en een glossy brochure te versturen waarin alle voordelen van de fusie staan, dus een soort pr-verhaal, naar medewerkers en cliënten. De zorgaanbieders willen immers die fusie. Vervolgens gaat de NZa toetsen of de procedure is gevolgd, dus of de zorginstelling netjes dat pr-paatje heeft gehouden en een brochure heeft opgestuurd. In het huidige voorstel wordt echter niet geregeld of er ook gekeken wordt naar de werkelijke bezwaren en alternatieven die worden aangedragen door patiënten en medewerkers. Waar sta je dan als medewerker en patiënt?

Daarmee kom ik op de eerste spelregel. De Partij van de Arbeid vindt het heel erg belangrijk om de positie van cliënten en medewerkers te versterken, zodat ze een stokje kunnen steken voor de fusie als die niet het goede met zich brengt. Daarom hebben we ook een amendement ingediend dat regelt dat de positie van de patiënten en de medewerkers bij het voornemen voor concentratie wordt versterkt. We willen onder andere regelen dat cliënten en personeel vooraf tijdig, actief en aantoonbaar worden geïnformeerd en erbij worden betrokken en dat cliënten en personeel duidelijk wordt gemaakt op welke manier zij hun mening kunnen geven.

Voorzitter, ik zie drie mensen staan. Zal ik het rijtje even afmaken?

Bouwmeester

De voorzitter:

Ja, graag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Verder moet de zorgaanbieder inhoudelijk beargumenteren welk deel daarvan wel of niet wordt overgenomen. De Nederlandse Zorgautoriteit beoordeelt dan of de procedure op het gebied van communicatie goed is gevolgd en beoordeelt de inhoudelijke behandeling van de zienswijze, alternatieven en bezwaren. Dat laatste is overigens nog veel belangrijker. Zij moet dus niet bekijken of er een foldertje is verstuurd, maar zij moet beoordelen of er echt naar elkaar is geluisterd.

We willen ook regelen dat de besluitvorming transparant is. Daarom zou volgens de Partij van de Arbeid het rapport en het besluit bij goedkeuring openbaar moeten worden gemaakt, uiteraard zonder privacygevoelige en bedrijfsgevoelige informatie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb een tweetal vragen. Mevrouw Bouwmeester heeft het over een inhoudelijk criterium. Als ik het amendement lees, is het gewoon een aantal procedurestappen. Dus ik krijg daar graag een nadere uitleg over.

Wie zijn overigens die andere betrokkenen waar zij het over heeft in het amendement?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Wat betreft uw eerste vraag: ik heb zo-even vijf punten genoemd die wij willen gaan regelen. Ik zal ze kort herhalen. Het eerste is dat wanneer je inspraak en invloed wilt hebben, je tijdig, actief en aantoonbaar moet zijn geïnformeerd. Je moet dus ook weten hoe en wanneer je je mening duidelijk kunt geven. Je moet goed ondersteund zijn. De zorgaanbieder moet er vervolgens inhoudelijk op reageren. Het mag niet zo gaan van: bedankt voor uw brief met uw bezwaren, maar de groeten, we doen het toch. Een en ander moet duidelijk beargumenteerd worden aangegeven, zodat je een inhoudelijke discussie kunt krijgen. Getoetst moet dan worden waar precies naar is gekeken. Vervolgens moet het transparant gemaakt worden. Wij denken namelijk dat als je het openbaar maakt, dit een belangrijke stok achter de deur is.

Wat betreft de betrokkenen heb ik zo-even een lijst genoemd. Het gaat om medewerkers en patiënten, maar wie er ook bij kunt betrekken zijn bijvoorbeeld stakeholders, dus vrijwilligers in de zorg, familieleden en huisartsen. Bij langdurige zorg gaat het ook over zorginstellingen en ziekenhuizen. Het gaat dus over heel veel en daarom moet je er ook veel mensen bij betrekken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat laatste is een goede aanvulling. In het amendement staat: medewerkers, personeel en andere betrokkenen. Dat zijn inderdaad ook vrijwilligers, stakeholders en misschien ook wel de leveranciers van het ziekenhuis of van de langdurige zorg. Maar zijn het bijvoorbeeld ook de gemeenten en de raadsleden?

Ik heb mevrouw Bouwmeester die vijf criteria nu twee keer horen opnoemen, maar uiteindelijk is het voor de NZa een soort afvinklijstje van zaken, zoals of het gesprek inhoudelijk is gevoerd en of er inhoudelijk iets is opgeschreven. Dus het blijft een procedureel criterium voor de NZa om rekening mee te houden. Vergelijk het maar met de apk van je auto. De apk-keurmeester vinkt dan allerlei punten af die gecontroleerd zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

We hebben in het amendement juist gesproken van betrokkenen, omdat we anders een amendement hadden gehad met honderdduizend mensen. Het is in ieder geval geen limitatieve opsomming, maar uiteraard hoort het lokaal bestuur er zeker bij.

Verder is het juist niet de bedoeling dat het een apk wordt, want dat is het eigenlijk nu wel. Het huidige wetsvoorstel houdt in feite in dat als de procedure is gevolgd en men elkaar dus een briefje heeft gestuurd, de NZa kan zeggen: ga vooral door. Wij willen nu juist dat ze met elkaar in gesprek gaan, dat medewerkers en patiënten serieus worden genomen en ze hun alternatieven, argumenten en zienswijzen naar voren kunnen brengen en dat er inhoudelijk op wordt gereageerd door de raad van bestuur. Dat kan uiteraard alleen als de patiënten en medewerkers goed ondersteund worden, want ze moeten wel tegenwicht kunnen bieden aan een machtig verhaal dat ongetwijfeld met goede bedoelingen door de zorgbestuurders wordt gehouden. Op die manier versterk je de positie van de patiënten. Dat is de bedoeling van het amendement.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Volgens mij zitten we heel dicht bij elkaar als het gaat om de vraag hoe we kunnen komen tot meer inspraak dan wel zeggenschap van mensen die werken in het ziekenhuis, van patiënten en van de gemeente waarin een ziekenhuis ligt. Ik zeg nu ziekenhuis maar je kunt in plaats daarvan ook noemen een ouderenzorginstelling, een gehandicaptenzorginstelling, een psychiatrische instelling of een thuiszorginstelling. Ik vind het goed te horen dat mevrouw Bouwmeester niet vindt dat het een procedurele toets zou moeten zijn. Dat leidt dan natuurlijk wel tot de vraag of zij het amendement op stuk nr. 14 van de SP steunt dat ertoe strekt dat de NZa niet een procedurele toets maar een inhoudelijke toets doet. Dan ga je dus niet richting een positieve grondhouding maar richting een negatieve grondhouding.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

We zitten inderdaad heel dicht bij elkaar. Waar we het over eens zijn, is dat het huidige voorstel een processtoets inhoudt, terwijl wij juist willen dat het een inhoudelijke toets wordt. We willen dus dat inhoudelijke argumenten worden gewogen en dat mensen naar elkaar luisteren en het gesprek met elkaar aangaan. Je kunt namelijk zo ontzettend veel van elkaar leren. Ik ga ervan uit dat mensen in de zorg in principe de juiste intenties hebben. Soms kunnen die echter niet met elkaar stroken. Als je dan vanuit een lerende houding naar elkaar luistert, kun je met zijn allen een stap verder komen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Helaas krijg ik geen antwoord op mijn vraag. Op dit moment is de fusietoets een procedurele toets. Ook de vraag of er wel of niet inhoudelijk gereageerd is, is net als bij de apk, onderdeel van die procedurele toets. Nu stelt de SP in het amendement op stuk nr. 14 voor om er een inhoudelijke toets van te maken. Feitelijk krijg je dan een verschuiving van het "ja, mits" om te fuseren naar een "nee, tenzij". Stel dat het personeel, de stakeholders en al die mensen die inspraak moeten hebben, allemaal zeggen dat zij geen fusie willen, maar de zorginstelling heeft overal inhoudelijk op gereageerd: dan gaat die fusie dus toch door. Ik kan het amendement van mevrouw

Bouwmeester

Bouwmeester volgen en ook wel steunen, maar dan hoort daarbij dat van de procedurele toets een inhoudelijke toets wordt gemaakt. Anders blijft het heel interessant dat je kunt meepraten en dat er allerlei termijnen worden gesteld, maar kun je het niet tegenhouden en daar gaat het mij om. Vindt mevrouw Bouwmeester nu dat als de stakeholders niet akkoord gaan, de fusie kan worden tegengegaan? Dan moet er een "nee, tenzij" komen. Of blijft het een procedurele toetsing waardoor de inhoudelijke bezwaren en gesprekken terzijde kunnen worden gelegd en de fusie doorgaat?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik heb het inmiddels al vier keer uitgelegd, maar ik leg het met liefde nog een keer uit. Het mag geen procedurele toets zijn zoals die nu is. Het moet een inhoudelijke toets worden waarin argumenten worden gewogen. Het gaat er dus niet om dat er een brochure wordt heen en weer gestuurd, maar er moet naar elkaar worden geluisterd en er moeten argumenten worden gewogen. Daarmee wordt de macht van medewerkers en patiënten vergroot. Juist als dit niet gebeurt en er zijn zwaarwegende argumenten waar niet naar wordt geluisterd, moet de NZa kunnen ingrijpen en zeggen: dit gaat dus niet door.

Wij kunnen dit heel strikt vastleggen, maar wij zoeken ook naar een manier om te bereiken dat mensen vooral met elkaar in gesprek blijven. Wij zijn het dus erg met elkaar eens. Ik heb er geen behoefte aan om een wedstrijd te doen wie het stoerste amendement heeft. Ik sta achter mijn eigen amendement dat voortkomt uit de wensen van de patiënten en medewerkers. Die steun ik en daarom steun ik het amendement van mevrouw Leijten niet.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik wil nog één ding helder krijgen. Het gaat wel heel erg om de kern van het wetsvoorstel. Mijn amendement op stuk nr. 14 heeft betrekking op een procedurele toets, het zegt niets over welke procedures. De Nederlandse Patiënten Consumentenfederatie vraagt nu juist uitdrukkelijk om die procedurele toets; de Artsenfederatie ook. Zij zeggen: laat de fusietoets niet een procedurele toets zijn maar een inhoudelijke toets. Over de vraag welke inhoud, kunnen wij het dan later hebben. Het moet echter wel een inhoudelijke beoordeling zijn anders staan wij met lege handen. Ik vraag nog één keer of de Partij van de Arbeid een inhoudelijke toets wil: ja of nee?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik begin mij af te vragen in welke taal ik tegen mevrouw Leijten moet zeggen: wij willen een inhoudelijke toets met het kerndoel de positie van de patiënten, cliënten en medewerkers te versterken. Zij moeten een sterke positie hebben als fusies in het geding zijn. Dat is ons doel. Dit hebben wij in ons amendement verwoord. Mevrouw Leijten mag het daarmee niet eens zijn, dat is prima, maar wij proberen op deze manier voor de patiënten op te komen. Dit is in lijn met de wens van het veld en dat is belangrijk, want het gaat er niet om wat de Partij van de Arbeid vindt, maar over de vraag of het in de praktijk uitvoerbaar is.

De **voorzitter**:

Mevrouw Leijten, alles wat wordt gezegd, maakt onderdeel uit van het wetgevingsproces. Volgens mij zijn de vragen goed geweest en is het antwoord daarop een aanvulling op wat u wil weten.

Gaat u verder, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De eerste spelregel was dus de versterking van de positie van de medewerker vooraf, voordat er een besluit wordt genomen en voordat de procedure is afgerond. De tweede spelregel die wij graag extra willen hebben, is een toets achteraf. Stel je voor dat een fusie doorgaat, dan willen wij graag zien dat wordt gevolgd of de gemaakte afspraken en de gewekte verwachtingen worden nagekomen opdat, indien er negatieve effecten zijn, die kunnen worden bijgesteld, en indien er positieve effecten zijn, men daarvan kan leren. Wil de minister toezeggen dat dit achteraf actief wordt bijgehouden?

Mijn volgende punt heeft betrekking op de weging van publieke belangen. De kernvraag is wie beslist indien de NZa, de NMa en de IGZ het niet eens zijn en op basis van welke criteria dat gebeurt. In de nieuwe fusietoets is de NZa als eerste aan zet. Zonder goedkeuring van de NZa komt er – gelukkig, zeg ik daarbij – geen mededingingstoets door de NMa. Dat is duidelijk, maar wat indien de Nederlandse Zorgautoriteit wel toestemming geeft, maar de NMa zegt: dat doen we niet? Welke belangenafweging wordt er dan gemaakt? Het lijkt ons géén goed idee om vastomlijnde normen in de wet vast te leggen, maar wie maakt die belangenafweging dan? De Partij van de Arbeid wil dit in ieder geval transparant hebben. Voor geschillen is er een samenwerkingsprotocol, maar wat houdt dit protocol in? Is het een heel formeel protocol, waarbij het er in de praktijk op neerkomt dat elke toezichthouder eigenlijk vasthoudt aan zijn eigen lijnen, of is er sprake van een gesprek en van een inhoudelijke belangenafweging, en wordt daarbij vanuit de patiënt geredeneerd of vanuit de visie van de NZa of de NMa? Dat helpt de patiënt namelijk niet verder. Als men er in de praktijk niet uitkomt – en dat is al een aantal keren voorgekomen – is de minister dan met ons van mening dat zij, als ultimum remedium, de knoop moet doorhakken en daarover vervolgens verantwoording aflegt aan de Kamer? Zo wordt een verantwoordingsproces namelijk transparant. In eerdere debatten in de Tweede Kamer en in de Eerste Kamer heeft de minister aangegeven dat zij er zo in staat. Ik vraag de minister of haar toezegging nog steeds overeind staat.

Soms is een vraagstuk groter dan kleinere, concrete casussen. Als er geen vastomlijnde norm is voor de wijze waarop men met elkaar samenwerkt en voor de wijze waarop de belangenafweging plaatsvindt, vinden wij een transparante verantwoording erg belangrijk. Voor de categorie grote complexe casussen waarin toezichthouders tegenstrijdig kunnen oordelen, wil de Partij van de Arbeid een vast overleg tussen toezichthouders, waarin zij elkaar aanspreken, informatie uitwisselen en gezamenlijk tot een oordeel komen vanuit het belang van de patiënt. Zo kan de minister daarover ook verantwoording afleggen, en kunnen de directeurs van de NZa en de NMa niet zomaar in hun bestuurskamers besluiten wat zij gaan doen, omdat zij geen hommes willen. Nee, leg dit maar gewoon voor. Minister, neem een besluit en maak dat transparant. In dat kader zou de Partij van de Arbeid graag één keer per jaar een gezamenlijke visie en verantwoording ontvangen van de NZa, de NMa en de IGZ over de dilemma's die zij tegenkomen bij concentratievoornemens en de uitvoering daarvan. Wat zijn de effecten van de fusies, wat is het algemeen belang, waarom hebben we deze keuzes gemaakt? Duidelijkheid over de keuzes voor het al dan niet toestaan van concentratie kan immers

Bouwmeester

het draagvlak vergroten. Daarover is vaak nog te veel onduidelijkheid. Graag een toezegging hierover van de minister.

Ik kom op de rol van de NMa. Ik noem haar nu nog "NMa", in de wetenschap dat dit inmiddels "ACM" is. Er wordt nu een fusietoets geïntroduceerd, om te voorkomen dat er maar een paar ziekenhuisconglomeraten of megagrote instellingen overblijven en de kwaliteit en bereikbaarheid daardoor minder worden. Wij krijgen wel steeds meer signalen dat de NMa organisaties liever laat fuseren, omdat dit meer juridische zekerheid vooraf geeft dan het alternatief van de preventieve toets voor lossere samenwerkingsverbanden. Dat is natuurlijk een zeer ongewenste tegengestelde ontwikkeling: aan de ene kant fusies voorkomen, aan de andere kant fusies stimuleren omdat het zo makkelijker is. Ik heb hierover al een reeks Kamervragen gesteld en hecht eraan om ook in dit debat daar nog een aantal vragen over te stellen. Hoe kan de minister voorkomen dat het veld grijpt naar fusies, niet als laatste redmiddel, maar gewoon omdat die een veilige haven bieden? Is de minister het eens met de Partij van de Arbeid dat de NMa vaker, al dan niet op eigen initiatief, een informele zienswijze zou moeten publiceren over concrete samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, om zodoende meer duidelijkheid te geven over de toegestane vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen? Hoe kan de minister dit bijvoorbeeld via de NMa bevorderen? De heer Don – ik noem maar even een lid van de raad van bestuur van de NMa – heeft in een interview weleens zijn zorgen geuit over fusies. Zijn letterlijke woorden waren: worden ziekenhuizen niet te groot, zijn ze nog wel bestuurbaar? Maar goed, dat is geen onderdeel van de NMa-toets, dus daar kan ik niets mee. Ik zou graag van de minister horen of deze zorgen worden ondervangen door de fusietoets. Als de NMa, ook na goedkeuring van de NZa, straks van mening blijft dat het nog maar de vraag is of een fusie wel zo verstandig is, wat wordt er dan met die zorgen gedaan? Ze wegstoppen is volgens mij in geen geval een goed idee.

De fusietoets richt zich op fusies waarbij minimaal een van de te fuseren instellingen meer dan 50 personeelsleden in dienst heeft. De Partij van de Arbeid wil dat de minister kritisch naar deze grens gaat kijken. We zien namelijk dat bij kleinere fusies en samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld in het geval van maatschappen van artsen, er veel macht ontstaat, zonder dat een ziekenhuisdirectie of een patiëntenorganisatie hieraan iets kan doen. In toenemende mate zien we dergelijke regiomaatschappen ontstaan. Dat gaat dwars door alle samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen heen. Het houdt ziekenhuizen in de houdgreep en, als je niet uitkijkt, zorgverzekeraars ook. Hoe kijkt de minister tegen deze steeds groter wordende regiomaatschappen aan? En in hoeverre kunnen de NZa, de NMa of een combinatie van beide met de IGZ hierbij een rol spelen?

Hoe beoordeelt de NZa verder de wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met enerzijds regiomaatschappen en anderzijds samenwerkende ziekenhuizen? Die lopen immers niet altijd langs dezelfde lijnen. Op een werkbezoek in Noord-Nederland heb ik bijvoorbeeld ervaren – ik houd het algemeen, voorzitter! – dat artsen uit een en dezelfde maatschap die ruzie met elkaar hadden, een ziekenhuisfusie tegen konden houden. Het kon beter en effectiever, maar door die ruzie tussen artsen lag alles op zijn gat. Dat moeten we natuurlijk niet hebben!

De voorzitter:

Dat moeten we inderdaad niet hebben. Maar mevrouw Bruins Slot wil u een vraag stellen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Bouwmeester stelt dat er ook instrumenten zouden moeten zijn om regiomaatschappen tegen te gaan. Bedoelt zij daarmee concreet dat de bevoegdheden van het wetsvoorstel ook van toepassing zouden moeten zijn op de fusies van maatschappen tot enorme regiomaatschappen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het is mijn doel om die enorme regiomaatschappen tegen te gaan. Dat staat overigens ook zo in het regeerakkoord. Ik vraag de minister nu hoe we dat doel zo goed mogelijk kunnen bereiken. Als het een onderdeel van de wet kan worden, vind ik dat fantastisch en wacht ik op de nota van wijziging. Maar als het beter op een andere manier kan worden geregeld, dan vind ik dat ook goed. Het middel maakt mij dus niet uit als het doel, het tegengaan van enorme maatschappen waar niemand meer grip op heeft, maar wordt bereikt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mijn verbazing wordt door dit antwoord eigenlijk alleen maar groter, want waarom is mevrouw Bouwmeester dan eigenlijk een voorstander van het weghalen van de opsplitsingsbevoegdheid uit het wetsvoorstel? Die enorme regiomaatschappen zijn immers een voorbeeld van een organisatievorm waaraan de inspectie niets kan doen omdat men op zichzelf prima zorg levert. Maar niet alleen de inspectie kan niets, want ook de mogelijkheden om aan vergelijkbare organisatievormen iets te doen, zijn niet van toepassing op dit soort maatschappen. Hiervoor is eigenlijk maar één oplossing en wel een opsplitsingsbevoegdheid voor de minister. Als mevrouw Bouwmeester die regiomaatschappen zo ontzettend slecht vindt, waarom wil zij dan toch de opsplitsingsbevoegdheid uit het wetsvoorstel halen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik hoor wel heel veel aannames in deze interruptie. Om te beginnen zijn regiomaatschappen natuurlijk niet per definitie slecht. Ze kunnen echter wel zo veel macht krijgen, dat niemand meer iets te zeggen heeft over die maatschappen. En we beschikken dus niet over toetscriteria voor deze mogelijkheid. Bij sommige regiomaatschappen gaat het goed en dat is natuurlijk prima, maar als het niet goed gaat, dan moeten we daaraan wat kunnen doen. Verder is de opsplitsingsbevoegdheid in het wetsvoorstel bedoeld voor de situatie dat er een causaal verband bestaat tussen een grote instelling en een geconstateerd gebrek aan kwaliteit. Dat gaat ons niet ver genoeg, want de IGZ moet er volgens ons als de sodemieter op af als de kwaliteit ondermaats blijkt te zijn. We zien overigens natuurlijk wel het liefst dat de instelling zelf ingrijpt, want dan komt de kwaliteit weer het snelst op orde. Mocht het nu zo zijn dat de opsplitsingsbevoegdheid de fantastische oplossing is voor de regiomaatschappen, dan vind ik het heel belangrijk om dit in tweede termijn in overweging te nemen. Mijn vraag aan de minister is, of dit zo is, dus ik kan u daar nog niet op antwoorden.

Bouwmeester

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het gaat nu over de splitsingsbevoegdheid en daarom zou ik daarover nu graag willen interrumpen. In discussies over bijvoorbeeld Meavita, maar ook over problemen bij grote zorginstellingen, in grote steden maar ook elders, had ik de Partij van de Arbeid altijd aan mijn zijde als ik zei dat er ook een mogelijkheid moet zijn om een zorginstelling te laten defuseren. Dat moet je kunnen afdwingen. Ik was dan ook heel verbaasd dat de Partij van de Arbeid het amendement van D66 heeft meeondertekend, waarmee dit instrument uit de wet wordt gehaald, terwijl het nog niet nader is ingevuld. Kunt u uitleggen wie gediend is bij het uit de wet halen van dit instrument?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De kern voor de PvdA is kwaliteit van zorg. Die bereik je niet door een reorganisatiediscussie, maar door het stellen van voorwaarden vooraf, zoals in dit wetsvoorstel, en door meteen in te grijpen als het mis gaat, met als laatste redmiddel de IGZ.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik ben er heel erg voor om vooraf voorwaarden te stellen en om in te grijpen als het mis gaat. Ik heb toch goed begrepen dat de PvdA eigenlijk vindt dat zorg eigenlijk regionaal moet worden gepland? Daar hoort ook publieke zeggenschap bij. Waarom zouden wij dit instrument eruit halen? Het is een instrument dat je niet altijd hoeft te gebruiken. Ik gaf zojuist het voorbeeld van een kleine schroevendraaier een sloophamer. Die sloophamer gebruik je eigenlijk nooit, maar je hebt hem wel en dat is heel handig. Wanneer je als politieke partij belangrijk vindt dat er publieke sturing, publieke planning en inspraak is, dan is het toch juist heel handig dat je dit instrument hebt om te kunnen defuseren als het echt nodig is? Ik vraag mij echt af wiens belang wordt gediend bij het uit de wet halen van deze mogelijkheid tot defuseren van te groot gegroeide instellingen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De kernvraag is hoe je de kwaliteit op orde houdt. Wat ons betreft doe je dat door vooraf kwaliteitseisen te stellen. Verder moet je ervoor zorgen dat de instellingen goed hun werk doen. Als dat niet lukt, moet achteraf de IGZ ingrijpen. Wij hebben en houden publieke zeggenschap. De vraag is of dit de goede oplossing is. Als het helemaal mis gaat, willen wij primair dat de druk veel hoger ligt bij de IGZ. De IGZ moet de kwaliteit verbeteren. Wij willen dan geen reorganisatiediscussie. Wij willen dat er dan – ik zal mij nietjes uitdrukken – als de wiedeweerga wordt ingegrepen op de werkvloer. Ik wil geen juridische discussie over de vraag of er een causaal verband is tussen de grootte van de instelling en de kwaliteit en over de vraag of wij kunnen ingrijpen. Ik heb wel enkele kritische vragen daarover aan de minister. Dat heb ik zojuist ook tegen mevrouw Bruins Slot gezegd. Ik wacht het antwoord graag af. Als het bijdraagt tot het verwezenlijken van ons doel – de SP heeft het graag over allerlei middelen en regels, maar wij hebben het graag over doelen, kwaliteit van zorg, medewerkers en patiënten – moet je het er vooral in laten staan.

Ik zei zojuist dat, als een maatschap te groot is, deze zelfs samenwerking in ziekenhuizen kan tegenhouden. Wij hebben ook onlangs berichten gehoord over medische fouten die onder de pet worden gehouden. Men zou elkaar dekken in de maatschap. Dit zijn vormen van onge-

wenste macht waarvan de Partij van de Arbeid graag ziet dat de minister daarin ingrijpt, zoals in het regeerakkoord is voorgenomen. De vraag is; wat wordt er precies gedaan en wanneer kunnen wij resultaat verwachten? Ik ga even door op de medische missers. Wat vindt de minister ervan om een hele maatschap verantwoordelijk te stellen voor medische fouten of verkeerde declaraties, indien aantoonbaar is dat iedereen in de maatschap het weet, maar eigenlijk niemand iets doet? Wij moeten toe naar een cultuur waarin kwaliteit en patiëntveiligheid en intercollegiale toetsing centraal staan, ook als het een maatschap betreft.

Ik heb nog twee punten. Een daarvan is de kwaliteit van de zorg. Ik zei het al: eigenlijk is de kwaliteit van de zorg de belangrijkste bouwsteen van het zorgstelsel. Inzicht in kwaliteit ontbreekt echter. Nu zijn er maatregelen genomen om de kwaliteit te laten toenemen, bijvoorbeeld door de instelling van een kwaliteitsinstituut, maar we moeten wel voort blijven maken. Een onderdeel van dit wetsvoorstel is dat de minister de bevoegdheid krijgt om zorgaanbieders te splitsen, indien er een aantoonbare relatie is tussen de grootte van een instelling en een gebrek aan kwaliteit. Zoals ik net ook al zei: als er een gebrek aan kwaliteit is, heeft de Partij van de Arbeid liever dat dit a) wordt voorkomen door criteria vooraf en dat b) de IGZ met alarmbellen en de sirene op een ambulance uitrukt om de kwaliteit zo snel mogelijk weer in orde te krijgen. Dus geen reorganisatie, maar concreet ingrijpen. Ik heb daarover net nog twee toegevoegde vragen aan de minister gesteld.

Dan kom ik op mijn op een na laatste punt, de fusietoets. Die geldt niet alleen voor de zorg, maar ook voor de zorgverzekeraars. Er ligt een aangenomen motie van de PvdA en de PVV over een fusietoets voor zorgverzekeraars. De macht en omvang van zorgverzekeraars wordt steeds groter. Daarmee wordt automatisch ook de positie van de patiënt geringer. We kennen het voorbeeld van het Slotervaartziekenhuis: er wordt weliswaar met de beste bedoelingen onderhandeld, maar we waren toch echt even vergeten dat de patiënt daarvan de dupe wordt. Graag hoor ik van de minister hoe deze motie wordt uitgevoerd.

Tot slot. Het vertrouwen van burgers in verzekeraars, bestuurders, de overheid en onszelf, de politiek, is dramatisch laag. Dat laat onderzoek keer op keer zien. Door een en ander nu in dit wetsvoorstel op een goede en transparante manier te regelen en uit te voeren, en door daarbij echt de belangen van de mensen, van de patiënten en van de kwaliteit van de zorg in een regio voorop te stellen, zijn wij in staat om een stuk van dat vertrouwen weer te herstellen en te versterken. Daar is de PvdA van overtuigd. In die zin is dit wetsvoorstel geen sluitstuk, maar een begin van het herstel en van het versterken van vertrouwen en een bijdrage aan goede zorg.

□

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. In dit wetsvoorstel gaat het erom, ervoor te zorgen dat de overheid haar verantwoordelijkheid kan nemen als de kwaliteit of de bereikbaarheid van zorg in gevaar komt als gevolg van faillissement van een zorgaanbieder of als gevolg van schaalvergroting. Die doelstelling onderschrijven wij. Dat zijn bij uitstek ook de belangen waar het in de Kamerdebatten over de zorg om gaat: de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van

de zorg. Het gaat nu ook om de onvrede over de fusiegolf in zorgland, waarvan velen met recht achteraf zeiden: was dat nu wel zo wijs, kunnen we niet een kritischer kader aanleggen voor schaalvergroting? Dit wetsvoorstel probeert daar invulling aan te geven. Ik heb daar nog een aantal vragen en opmerkingen over.

Ik begin met de vroegtijdige signalering van risico's voor de continuïteit van de zorg. De regering zegt: het is primair de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder, om vast te leggen welke indicatoren relevant zijn voor de vroegtijdige signalering van problemen. Is echter niet het risico dat aanbieders die te maken hebben met meerdere zorgverzekeraars, te maken kunnen krijgen met heel veel administratieve lasten, omdat elke zorgverzekeraar zijn eigen set aan indicatoren kan vaststellen? Waarom is er niet voor gekozen, de NZa een uniforme set aan indicatoren te laten opstellen, waar alleen maar gemotiveerd van afgeweken kan worden als daar, gelet op een bijzondere situatie, echt aanleiding voor is? Welke rol kunnen de professionele standaarden van het pas opgerichte kwaliteitsinstituut daarin spelen?

De reikwijdte van dit wetsvoorstel is beperkt tot het tijdig signaleren van risico's voor de cruciale zorg. Voor de curatieve zorg is dat begrip redelijk eenvoudig af te bakenen met harde criteria. Voor de AWBZ-zorg gelden, zoals de minister zelf ook aangeeft, geen specifieke normen. Kan de minister nader toelichten wanneer ook de AWBZ-zorg volgens haar cruciaal is en daarmee onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel valt? Een aantal collega's heeft daarnaar ook al gevraagd. Wat wordt er precies verstaan onder de zorg die aansluit bij de sociale context van de cliënt? Zorgkantoren zouden hierin moeten voorzien. Wanneer is aan die voorwaarde voldaan? Valt daaronder bijvoorbeeld ook de zorg die wordt gegeven vanuit een bepaalde visie of levensovertuiging die aansluit bij de sociale context van de cliënt?

De SGP ziet de door de minister beoogde vangnetstichting inderdaad als een soort noodverband. Wij moeten voorkomen dat de overheid straks niet alleen banken langdurig moet steunen, maar ook langdurig verantwoordelijkheid draagt voor zorginstellingen. In het wetsvoorstel wordt wel geregeld hoe een vangnetstichting kan worden opgericht, maar ik vind het niet erg duidelijk hoe het daarna verdergaat. Zijn er ook regels voor het op de markt brengen van een vangnetstichting? Waarom heeft de regering hiervoor geen spelregels opgenomen? In de Meavita-zaak zijn de diverse bedrijfsonderdelen en openbare aanbestedingen op de markt gebracht. Gebeurt dat bij de voorgestelde vangnetstichtingen ook?

Ik wil bij dit onderdeel ten slotte ingaan op de samenhang met de Wmo. In de komende periode worden veel functies die nu nog in de AWBZ zitten, overgeheveld naar gemeenten. Krijgt het voorgestelde systeem van het vroeg signaleren van risico's ook een doorwerking in de nieuwe Wmo? Bij verschillende situaties waarbij zorgaanbieders failliet gingen, bleek namelijk ook dat de financiële verwevenheid tussen de AWBZ en de Wmo heel groot was. Gaat de regering gemeenten ook een rol geven in het vroegtijdig onderkennen van risico's? Hoe kijkt zij aan tegen de samenwerking daarbij tussen verzekeraars en gemeenten?

In de politieke bespreking en het maatschappelijk debat over deze wet heeft de concentratietoetsing, de fusietoetsing de meeste aandacht gekregen. Daarop kom ik nu te spreken. Het is de inzet om tot een aanscherping van de

concentratietoetsing te komen. Ik zei al dat wij zo'n aanscherping toejuichen. Maar volgens de regering is het niet mogelijk om op voorhand algemeen geldende uitspraken te doen over de relatie tussen enerzijds schaalvergroting in de zorg en anderzijds de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg. Daarom heeft de regering gekozen voor een zuiver procedurele concentratietoets door de Nederlandse Zorgautoriteit. Wij vragen ons sterk af of er niet meer mogelijk is om de verwachte kwaliteit, voorafgaande aan de fusie mee te laten wegen. Ik vraag de minister om ook nog eens nader in te gaan op de bestaande praktijk, waarin de NZa samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij fusievoornemens aan de NMa haar oordeel geeft over de gevolgen voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Ik heb daarover ook een amendement ingediend. Kennelijk kan het nu al wel breder en wordt dit ook meegewogen door de NMa. Hoewel het niet de doelstelling is, lijkt het effect van het wetsvoorstel te kunnen zijn dat de toetsing eigenlijk smaller wordt. Dat is toch niet wat we willen? Zet je hiermee in feite niet een stap terug? Kan de regering zeggen of de genoemde mogelijke risico's van schaalvergroting daadwerkelijk voldoende worden meegewogen bij de toch meer procedurele toets die nu is voorzien? De mogelijke risico's staan helder beschreven in de memorie van toelichting. Ik vond het overzicht dat daarin wordt gegeven, heel duidelijk. Genoemd worden bijvoorbeeld het streven naar financieel gewin op korte termijn, het onvoldoende oog hebben voor de belangen van de cliënten en het gevaar dat risicovolle investeringen worden gedaan. Dit wetsvoorstel is juist een reactie op incidenten met ongewenste schaalvergroting in de afgelopen jaren. Die incidenten hebben de aandacht getrokken. Ik vraag de regering daarom of dit instrumentarium wel adequaat is. Zou het niet verstandiger zijn om de NZa hierin toch een wat ruimere bevoegdheid te geven? Zou het niet verstandiger zijn om ook de belangen van betrokkenen zoals cliënten en patiënten, en het belang van de kwaliteit en van de bereikbaarheid expliciet inhoudelijk te laten meewegen in de beoordeling? Als ik, los van alle discussie, kijk naar de kale wettekst, bijvoorbeeld naar artikel 49c dat gaat over de vaag wanneer een zorgautoriteit goedkeuring mag onthouden, blijkt mij dat dit toch eigenlijk maar heel sober is. De mogelijkheden om uiteindelijk nee te zeggen, zijn maar heel beperkt. Er is dus geen criterium, zelfs niet een criterium dat heel voorzichtig is geformuleerd, over het geborgd zijn of versterken van bijvoorbeeld de inhoudelijke meerwaarde van de aan de cliënt verstrekte zorg. Dit is wel heel beperkt. Is het al met al, met de huidige formulering, toch niet echt te mager? Ik leg dat even naast het laatste onderdeel van het wetsvoorstel, de aanwijzingsbevoegdheid tot het wijzigen van de organisatiestructuur die de minister krijgt. Als een fusie eenmaal is gerealiseerd en je constateert dat het niet goed gaat met de kwaliteit van de zorg, dan mag er vergaand worden ingegrepen. Dan kun je de weg terug volgen naar defusie. Als je in het voortraject echter al ernstige twijfels hebt, dan heb je als NZa te weinig gelegenheid om aan te geven dat de fusie toch niet moet doorgaan, want dan is er al een mooi rapport geschreven waarin staat dat de fusie wel kan. Er zijn diverse amendementen op dit vlak ingediend. Wij hebben daar nog geen eindoordeel over. Ik heb met het amendement op stuk nr. 39 ook een duit in het zakje gedaan. Een en ander is uitdrukking van de behoefte om op de een of andere manier een steviger invulling te geven aan de toets op de fusie, niet alleen procedureel, maar ook meer inhoudelijk.

Dan een vraag over de rol van betrokkenen. In de concentratie-effectrapportage die er gaat komen, staat dat betrokkenen moeten worden gehoord. Het gaat dan om de zogenaamde stakeholders, zoals cliënten en personeel, maar ook banken, lokale en regionale overheden. Wat is echter de rol van andere zorgverleners en ketenpartners? De concentratie van ziekenhuisfuncties heeft onmiskenbaar directe gevolgen voor een RAV, de organisatie die in de betreffende regio de ambulancezorg regelt, huisartsen en verloskundigen. Waarom is er geen zwaarwegende adviesrol toegekend aan de overige ketenpartners in de zorg? Op die manier kan de zorgautoriteit ook inhoudelijk kijken naar het effect van de fusie op de totale keten.

Als het gaat om de instandhouding van cruciale zorg heeft het ROAZ, het Regionaal overleg acute zorgketen, veelal georganiseerd vanuit traumacentra, ook de taak om tijdig witte vlekken in de regio te signaleren. Hoe is de relatie in dat opzicht tussen dit wetsvoorstel en de beleidsregels die daarop betrekking hebben? Graag helderheid daarover.

Dan mijn derde en laatste onderdeel, de uitbreiding van de instrumenten van de minister om in te kunnen grijpen in de organisatiestructuur. In het amendement-Dijkstra/Bouwmeester wordt de vraag gesteld of die uitbreiding wel nodig is, juist omdat het een vergaand middel is. De vraag is of er geen lichtere middelen beschikbaar zijn. Ik hoor graag de reactie van de minister op die bezwaren en bedenkingen. Als ik naar de formulering in de wet kijk, vraag ik me af of deze bevoegdheid wel wordt gebruikt, en of die daadwerkelijk toegevoegde waarde heeft. De wettelijke eis voor de toepassing ervan is dat de organisatiestructuur in ernstige mate afbreuk doet aan de kwaliteit van de zorgverlening. Is het gemakkelijk hard te maken dat de organisatiestructuur als zodanig in ernstige mate afbreuk doet aan de zorgverlening? Kom je dan niet in de heel ingewikkelde discussie terecht of dit al of niet het geval is, met alle bijbehorende bezwaar- en beroepsmogelijkheden? Los van andere vragen naar de noodzaak van deze bevoegdheid vraag ik me af of die, zo opgeschreven, wel daadwerkelijk toepasbaar is.

□

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. D66 is voorstander van concentratie van zorg die leidt tot betere en goedkopere zorg voor de patiënt. Voor mij staat kwaliteit daarbij centraal. Door het bundelen van kennis en geld kunnen artsen bijvoorbeeld meer ervaring opdoen met ingewikkelde operaties en is er meer ruimte voor investeringen in innovatie. Voorwaarde voor concentratie is dat de bereikbaarheid van basiszorg wordt behouden. Die bereikbaarheid hoeft evenwel helemaal niet te worden bedreigd door de concentratie van zorg. Het aantal zorgaanbieders neemt de laatste jaren af, maar het aantal locaties neemt juist toe. Grootschalige zorgaanbieders kunnen dus ook heel goed samengaan met kleinschalige zorg op maat.

Voor de controle op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg hebben we op dit moment de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de IGZ. Daarnaast bewaken de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit de concurrentie en de keuzevrijheid van de patiënt. Mijn fractie heeft daarom de nodige vragen bij de toegevoegde waarde van een extra fusietoets. Het is niet de overheid die een verkeerde fusie moet afstraffen, maar

dat zijn de patiënten en de zorgverzekeraars. Daarvoor is in de eerste plaats meer transparantie over kwaliteit nodig, in plaats van extra fusieregels. Als inzichtelijk is dat een instelling slechte kwaliteit levert en als het systeem goed werkt, zullen cliënten weglopen en verzekeraars deze zorg niet langer contracteren. Ik zal ingaan op drie punten: de meldplicht voor zorgverzekeraars, de verplichte fusietoets en de nieuwe opsplitsingsbevoegdheid van de minister.

De verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg ligt in ons systeem bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. D66 is het met het kabinet eens dat de overheid geen rol heeft in het voorkomen van faillissementen van zorgaanbieders als zij slecht presteren. Dat dwingt hen namelijk te kiezen voor kwalitatief goede en goedkope zorg voor de patiënt. Doen ze dat niet, dan kiezen patiënten voor een andere aanbieder of verzekeraar. Zorgaanbieders zelf voelen daar de financiële consequenties van.

Als de overheid dan toch als een reddende engel klaarstaat, voelen aanbieders geen prikkel meer om op de kwaliteit en de centen te passen. Dat leidt tot slechte zorg en verspilling van geld. Bovendien krijgen nieuwe aanbieders dan geen eerlijke kans om innovatieve zorg te introduceren. Met de nieuwe financiële verantwoordelijkheid voor aanbieders staat uiteindelijk het belang van de patiënt centraal, in plaats van het belang van de instelling. Als een instelling failliet gaat, moet de cliëntenraad of de patiëntenraad natuurlijk wel nauw betrokken worden bij de overgang naar een nieuwe aanbieder. Een vraag aan de minister is hoe zij denkt dat te borgen.

Ik ben van mening dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft in het waarborgen van cruciale zorg, zoals ambulancezorg, spoedeisende hulp en gehandicaptenzorg. Uiteraard, zou ik haast willen zeggen. Patiënten moeten hier te allen tijde op kunnen rekenen. D66 vindt het daarom belangrijk dat de overheid deze zorg in nood-situaties kan overnemen. Nu wil de minister zorgverzekeraars en zorgkantoren in dat kader verplichten om risico's voor de continuïteit van cruciale zorg te melden bij de NZa. Mijn vraag is echter wat de gevolgen zijn als een zorgverzekeraar of een zorgkantoor dat risico niet meldt. Welke sancties zijn er dan?

Het voorstel van de minister omschrijft nu niet wat een risico voor de continuïteit van zorg precies is. Mijn vraag is of zij dat kan verhelderen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Op dit moment is het zo geregeld dat de Nederlandse Zorgautoriteit toezicht zou moeten houden op jaarverlagen en zou moeten kijken hoe het gaat met de financiële positie van zorginstellingen en de mogelijke risico's die zij lopen. Vindt u het logisch dat daar nog een schakel tussen komt, zodat dit eerst aan de zorgverzekeraar is en daarna aan de zorgautoriteit? Of zullen we het gewoon bij de zorgautoriteit laten?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Wat D66 betreft blijft dat zoals het nu is.

Ik zei al dat het voorstel niet helemaal omschrijft wat nu precies risico's voor de continuïteit van zorg zijn. Onduidelijke definities leiden tot veel verschillende soorten meldingen. Bovendien moedigt de meldplicht zorgverzekeraars aan om snel te melden. Dat kan er juist voor zorgen dat bij de zorgautoriteit straks een onoverzichtelijk beeld van meldingen ontstaat en men door de bomen het bos niet meer ziet. Ziet de minister dit gevaar ook? Een vraag

Pia Dijkstra

is dan namelijk hoe effectief die meldplicht is, en of die er niet juist toe leidt dat de NZa minder goed in beeld krijgt of de continuïteit van cruciale zorg in gevaar is. Graag hoor ik hierop de reactie van de minister. Ook verneem ik graag welke reden zij heeft om aan te nemen dat zorgverzekeraars zelf niet op tijd zullen melden. Ik heb een amendement klaarliggen om die meldplicht te schrappen.

De minister introduceert een concentratietoets. Voorafgaand aan een fusie onderzoekt zij of patiënten en personeel voldoende zijn betrokken en of de bereikbaarheid van de zorg niet in het geding komt. Ik vind dat wij de zorg niet moeten gaan dichtregelen. Een fusietoets moet een toegevoegde waarde hebben en niet leiden tot overbodige administratieve lasten en extra kosten. Ik heb dan ook een aantal vragen. Ik zie namelijk dat fusies van zorginstellingen in de praktijk vaak leiden tot onrust bij patiënten en personeel. Het is dan ook belangrijk dat zij goed worden betrokken bij een fusieproces. Dat is uiteindelijk ook heel gunstig en belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Maar in hoeverre verschilt deze nieuwe fusietoets van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wm-cz, die nu al verplicht dat cliënten bij een fusie advies uitbrengen?

Ik vind het ook cruciaal dat een fusie de toegankelijkheid van zorg niet in gevaar brengt. Heb je daar een fusietoets voor nodig? De IGZ ziet nu al toe op de bereikbaarheid van de zorg. Waarom moet je daar dan nog weer vooraf op toetsen?

De regering gaat nog verder dan alleen een toets. Ze verplicht fuserende partijen straks ook tot het opstellen van een concentratie-effectrapportage. Dat is een plan waarin de meerwaarde en de risico's van concentratie tot in detail uiteengezet moeten worden. In feite gebeurt dat nu al. Partijen die willen fuseren, gaan natuurlijk bekijken waarom ze dat doen: wat is de meerwaarde ervan? Waarom zouden ze het anders doen? Wat denkt de minister met het maken van zo'n concentratie-effectrapportage te bereiken? Welk probleem wordt ermee opgelost? Welke incidenten uit het verleden denkt zij hiermee te voorkomen? Waarom is in de wet opgenomen dat de minister ook nog eens extra regels kan stellen aan de inhoud van de concentratie-effectrapportage? Deze minister zal zich misschien terughoudend opstellen, maar dat biedt geen garanties voor de toekomst. D66 wil deze bevoegdheid daarom met een amendement uit de wet halen.

Naast een meldplicht en een fusietoets geeft dit wetsvoorstel de minister straks ook de macht om een zorginstelling op te splitsen, te defuseren, als de kwaliteit ondermaats is. Dat is natuurlijk een heel forse maatregel die de overheid veel macht geeft, maar die bovendien uitgaat – verschillende sprekers hebben dit al opgemerkt – van het in feite onbewezen uitgangspunt dat de grootte van de instelling een negatief effect heeft op de kwaliteit van zorg. Hoe kun je vaststellen dat het daardoor komt? Concentratie van zorg kan juist ook bijdragen aan meer kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld doordat er meer geld is om te investeren in, ik noem maar wat, innovatieve operatie-robots of doordat artsen meer slokdarmkankeroperaties per jaar kunnen uitvoeren en ze zo meer ervaring krijgen met ingewikkelde operaties. Ik vraag de minister waarop zij baseert dat bij een grote instelling de kwaliteit per definitie onder druk komt te staan. Kan zij aangeven hoe zij straks bepaalt of de grote omvang van een instelling een negatieve invloed heeft op de kwaliteit en welke criteria zij daarvoor gebruikt? Kan de minister een voorbeeld geven

van een instelling waarbij de grootte van de omvang een negatieve invloed heeft op de kwaliteit?

Mevrouw Agema (PVV):

Mevrouw Dijkstra was in 2006 en 2007 nog geen Kamerlid, maar D66 was hier toen wel vertegenwoordigd. Wij hebben vele debatten gehad, bijvoorbeeld over Meavita met wel 100.000 cliënten, of Philadelphia met wel 1.000 zorglocaties. Het was één groot drama in dit huis. Heeft mevrouw Dijkstra ook voorbeelden van debatten die wij hier gevoerd hebben over instellingen die te klein waren?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Nee, wij hebben geen debatten gevoerd over instellingen die te klein zijn. Daar is ook geen probleem mee.

Mevrouw Leijten (SP):

Heeft mevrouw Dijkstra het onderzoek gezien van de TU Delft? Daarin gaat het over de optimale schaalgrootte. Natuurlijk kun je je specialiseren. Het aantal operaties kan noodzakelijk zijn voor de kwaliteit. Dat kan, het hoeft niet. Mevrouw Dijkstra erkent toch hopelijk wel dat hoe groter de instelling is en hoe groter de afstand van de leiding tot de werkvloer is, hoe meer problemen er ontstaan? Of ontkent zij dat volledig?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Nee. Ik heb het daar helemaal niet over gehad. Ik heb gezegd dat gefuseerde ziekenhuizen juist een meerwaarde van een fusie kunnen ondervinden, bijvoorbeeld doordat artsen meer ingewikkelde operaties kunnen uitvoeren, doordat de ziekenhuizen door de fusie in staat zijn om specialisten aan te nemen die ieder ziekenhuis apart niet zou kunnen aannemen, doordat de ziekenhuizen zich kunnen richten op innovatie en dergelijke. Dat kan een meerwaarde van een fusie zijn. Dit is geen betoog om fusies aan te moedigen, maar waarom zou je moeten zeggen dat een gefuseerde instelling per definitie de kwaliteit van de zorg onrecht doet?

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij heeft niemand dat hier gezegd, maar wij hebben niet voor niets een fusietoets. Dat is van cruciaal belang. Als een fusie heeft plaatsgevonden en de schaal voor een bestuurder te groot is geworden om het proces nog goed te overzien, kan de toename van bureaucratie en interne procedures juist leiden tot een slechtere doelmatigheid. Erkent mevrouw Dijkstra dat? Ik heb het dus niet over het specialisme van een arts, maar over de doelmatigheid van het ziekenhuis. Ziet mevrouw Dijkstra daar geen enkel verband tussen, of is er bij D66 toch wel enig besef dat "hoe groter" niet leidt tot "hoe beter"?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

D66 is zich daar zeer goed van bewust, maar mijn fractie kijkt naar een andere werking van het systeem dat wij hebben. Als een instelling geen kwaliteit levert, niet voldoet aan de eis van goede zorg en niet in staat is om voor een goede prijs goede zorg te leveren, dan hoort het zo te zijn – daarom is het zo belangrijk dat wij transparant maken wat kwaliteit is en waar goede zorg geleverd wordt – dat de zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen en dat de cliënten en patiënten zo goed geïnformeerd zijn, dat zij ook hun verantwoordelijkheid kunnen nemen en zich niet meer bij die instelling melden.

Pia Dijkstra

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb nog een vraag over het punt dat mevrouw Dijkstra maakte voor het punt van de opsplitsingsbevoegdheid, al vind ik dat beide collega's daar net heel zinnige vragen over gesteld hebben. Over de eisen voor de concentratie-effectrapportage heeft mevrouw Dijkstra een amendement voorliggen waarmee zij het onmogelijk wil maken om daaraan extra eisen te stellen als dat nodig is. Uit de motivatie klonk een bepaald wantrouwen dat ik van D66 niet gewend ben. Mevrouw Dijkstra zei bijna letterlijk: wij weten niet welke kabinetten hierna komen. Kan zij toelichten waar dat wantrouwen vandaan komt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik vind het belangrijk dat wij vasthouden aan het systeem dat wij nu hebben. In feite heb ik gezegd dat zo'n concentratie-effectrapportage er van mij niet hoeft te komen. Ik vind dat de Kamer altijd moet kunnen meedenken over extra eisen. Zoals het hier geregeld is, kan de minister dat doen, maar staat de Kamer buiten spel. Er is geen sprake van wantrouwen. Ik heb volledig vertrouwen in de kracht van het parlement, maar dan moet het parlement wel kunnen meedoen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik hoor mevrouw Dijkstra nu zeggen dat zij de concentratie-effectrapportage helemaal niet wil. Is dit niet juist het instrument om een fusie wat transparanter te maken, om patiënten, personeel en andere betrokkenen echt te laten meepraten, zoals ook de PvdA wil, en om daar ook een structuur aan te geven? Is de meerwaarde van dit voorstel niet juist dat je dit nu boven water krijgt en dat je zo een bepaalde transparantie in de zorg krijgt? Volgens mij is D66 altijd een voorstander geweest van enerzijds transparantie en anderzijds participatie. Nu puntje bij paaltje komt, om het zo maar te zeggen, amendeert zij het wetsvoorstel! Het CDA vindt dat echt vreemd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Wij zijn ervoor om het eruit te halen, omdat er heel veel extra administratieve lasten bij komen. Waarom zouden instellingen willen fuseren, als zij daar niet een doel mee hebben? Dat doel moet natuurlijk duidelijk zijn, maar in een concentratie-effectrapportage moet je dus van tevoren invullen wat de effecten zullen zijn. Je kunt een doel hebben voor kwaliteit en de uitwerking daarvan, maar je kunt niet zeker weten of dat bereikt wordt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vraag nog even door naar de positionering van D66, want die begrijp ik niet helemaal. Wij hebben in de praktijk kunnen zien dat zorggiganten in de huidige situatie soms in gigantische problemen zijn gekomen op financieel gebied, organisatorisch en op het gebied van kwaliteit. In de huidige gereedschapskoffer, om te spreken naar analogie van mevrouw Leijten, zat gewoon te weinig gereedschap. Daar wordt nu wat aan toegevoegd. Ik wil graag van mevrouw Dijkstra weten waarom zij daarop tegen is, want de mogelijkheid om te fuseren blijft.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ja, de mogelijkheid blijft. Aan de minister stel ik de vraag wat de toegevoegde waarde is. Ik hoop daar in eerste termijn antwoorden op te krijgen. Daarover heb ik vragen gesteld, want ik ben er niet zo van overtuigd dat het voorliggende wetsvoorstel heel veel toegevoegde waar-

de heeft. Wij zeggen: zoals het nu geregeld is, moet het ook zijn werk doen. Daarbij is het vooral belangrijk dat wij ook naar de andere kanten kijken. Wij hebben het zopas al even over de IGZ en het werken daarvan gehad. Daarover komen wij ook nog te spreken. Ook hebben wij het gehad over de noodzaak om kwaliteit van zorg inzichtelijk te hebben. Dat zijn allemaal instrumenten die ertoe kunnen bijdragen dat dit systeem op zichzelf goed werkt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Als het systeem op zichzelf goed werkt, zouden wij geen noodzaak zien tot een fusietoets. Daarover wordt heel verschillend gedacht in de Kamer, maar wij zijn eigenlijk Kamerbreed wel van mening dat er een toets moet zijn, voordat je mag fuseren. Een van de toetsen die de minister heeft ingevoegd, is een effectrapportage. Wat gebeurt er als je hier gaat samenvoegen? Dat kan wel degelijk van belang zijn. Hoeveel arbeidsplaatsen verdwijnen er? Hoeveel langer moeten mensen rijden voordat zij bij een ziekenhuis kunnen zijn? Kunnen zij in een spoedsituatie of een acute situatie nog op tijd bij een ziekenhuis zijn? Is het nog mogelijk dat wij in een regio psychiatrische zorg aanbieden? Valt er geen thuiszorg weg door een bepaalde fusie? Er zijn heel relevante vragen te beantwoorden. Mijn vraag aan de D66-fractie is: wiens belang dient zij eigenlijk, als zij vindt dat wij helemaal geen inzicht hoeven te hebben in de effecten van een voorgenomen fusie? Wiens belang dient D66 door een concentratie-effectrapportage te schrappen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Uiteindelijk gaat het om het belang van de patiënt. Het belang van de patiënt is dat hij goede zorg krijgt, ook in de toekomst.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Volgens mij is het in het belang van ons allemaal, publiek gezien, om te kunnen controleren of een fusie nodig is of niet. De SP wil veel verder gaan en fusies niet automatisch toestaan, alleen als is aangetoond dat die echt noodzakelijk zijn. Daarover denken wij dus heel anders. Mij valt het heel erg tegen dat D66 zegt dat het eigenlijk niets hoeft te weten en dat een fusie mag doorgaan. Zelfs een concentratie-effectrapportage hoeft helemaal niet. Dan trek ik maar één conclusie. Dat is dat de belangen van de bestuurskamer hier gediend worden, want die hoeft nog minder aan te tonen om te kunnen fuseren en nog groter te groeien.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De bestuurskamers, de ziekenhuizen en de instellingen moeten nog steeds heel veel aantonen. De NZa heeft haar rol hierin. De NMa heeft haar rol. De IGZ heeft haar rol. Als zij hun rol allemaal goed spelen, is deze extra fusietoets niet nodig.

Voorzitter. Het woord "kwaliteit" is al veel gevallen. Als de kwaliteit van een instelling onder de maat is, zullen cliënten weglopen en zullen verzekeraars de zorg die deze instelling levert, niet langer contracteren. Het systeem van concurrentie moet er uiteindelijk voor zorgen dat zo'n aanbieder verdwijnt of zich verbetert. Als de kwaliteit onder druk staat, heeft de IGZ nu al veel mogelijkheden om hard in te grijpen. Een opsplitsingsbevoegdheid voor de minister is wat mij betreft dus disproportioneel. Ik heb een amendement ingediend om dit ongedaan te maken.

Pia Dijkstra

Tot slot wil ik de minister vragen om goed naar mijn amendementen te kijken en haar energie te steken in het vergroten van de transparantie van de kwaliteit van zorg, zodat mensen weten welke zorg waar geleverd wordt. Dan zal de markt vanzelf een verkeerde fusiebeslissing afstraffen en zijn extra regels niet nodig.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Voorzitter, ik ben nog steeds een beetje schor.

De **voorzitter**:
Ik hoor het.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is lastig bij een onderwerp waarbij ik graag een keel opzet.

De **voorzitter**:
Ik zet de microfoon harder.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel.

Voorzitter. Op een congres komen twee bestuurders elkaar tegen. De een vraagt aan de ander: waar werk jij nu? De dikbetaalde bestuurder antwoordt met trots dat hij werkt bij instelling X, de grootste aanbieder in deze regio, en vraagt: waar werk jij? De ander kan een glimlach amper onderdrukken en zegt: bij instelling Y; het is de kleinste, maar wel de beste aanbieder in deze regio. We zouden graag zo veel meer bestuurders als die tweede willen zien.

De geschiedenis in dit huis laat iets anders zien. Ik ga terug naar 2008. Toen spraken we in een salvo van debatten over de miskleunen van fusies en over het geloven in fusies. Fuseren was een religie, een soort sekte van een zeer select gezelschap. Het in dit huis benoemen van de miskleunen was wel wennen voor mijn collega's. Het was wel wennen dat de "Simonsen", "Hermansen" "Brinkmannen" en "Borghoutsen" openlijk werden benoemd en verantwoordelijk werden gehouden voor de door hen gecreëerde chaos. Het noemen van instellingen als Meavita, Philadelphia, het Zeeuwse ziekenhuis of de IJsselmeerziekenhuizen was nieuw. Het leidde bij regelmaat tot het afhameren van ondergetekende. De dollartekens in de ogen van megalomane bestuurders wekten echter zo veel ergernis dat ik het niet kon laten.

De zogenaamde onafhankelijke adviseurs die baat hadden bij fusies omdat die hun portemonnee spekten, de – om in de woorden van Pim Fortuyn te spreken – incestueuze politiek-bestuurlijke elite, de carrousel van disfunctionerende zorgbobo's die elkaar baantjes toespeelden en commissariaatjes verzamelden alsof het voetbalplaatjes waren; zij waren elke voeling met de praktijk en met de patiënt helemaal kwijt. De patiënt bestond niet meer. De rapporten stapelden zich tot grote hoogte op. Bij de zorggiganten verdiende men ondertussen topsalarissen, droeg men maatpakken en had men dure wagenparken. De zorggiganten hadden soms wel 5 managementlagen, 1.000 locaties of 100.000 patiënten, administratiekantoren op industrieterreinen en ga zo maar door.

Hoewel ik hier in de verleden tijd spreek, waait er sinds medio 2010 wel een iets andere wind. Bakens worden één voor één verzet, soms tergend langzaam. Maar sinds wij het gedoogakkoord met de VVD en het CDA sloten, werd

er een begin gemaakt met een transformatie van de zorg. Daarbij worden de macht en het geld uit de top getrokken en in de richting van de werkvloer gedirigeerd. Het kost moeite, het gaat langzaam, maar er gebeurt wel iets.

Ik noem als voorbeeld het amendement van oud-collega Karen Gerbrands waarmee de zorgsector onder de balkenendenorm werd gebracht. Een ander voorbeeld is de pilot met regelarm werken, die nu in 26 locaties loopt. Er zijn 26 locaties die de verstikkende regels overboord hebben gegooid. Ik noem verder de rechten voor bewoners van instellingen, die wij hier binnenkort ook bespreken, het Kwaliteitsinstituut en het uitwisselen van best practices tegen bijvoorbeeld doorligwonden, uitdroging en ondervoeding, en nu de opsplitsingsbevoegdheid en het bestrijden van zorggiganten. Niet de grootte maar de kwaliteit moet doorslaggevend zijn. De vier juridisch-technische uitwerkingen, te weten het early-warningsysteem, de fusietoets, de fusie-effectrapportage en de opsplitsingsbevoegdheid, kunnen op onze steun rekenen. Niettemin hebben we toch ook nog een verbeterpunt. De rol van de IGZ is niet doorslaggevend in het wetsvoorstel, terwijl juist zij een oordeel over de kwaliteit van de zorg velt. We hebben daarom twee amendementen ingediend waarmee de IGZ kracht krijgt om fusies te blokkeren als de kwaliteit van zorg in het geding is. Liever vooraf de fusie tegenhouden dan achteraf de partijen weer op moeten splitsen. Immers, om met de woorden van de minister af te sluiten, een geklutst ei kun je toch moeilijk weer uit elkaar halen.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik als laatste het woord aan de heer Mulder van de VVD.

De heer **Anne Mulder** (VVD):
Voorzitter. Als laatste spreker namens de Kamer heb je het voordeel en misschien ook wel het nadeel dat er al veel is gezegd, zodat ik het vrij kort kan houden en mij op een aantal punten kan aansluiten bij eerdere woordvoerders.

Ik wil het vanmiddag namens de VVD hebben over drie onderwerpen, namelijk de vroegtijdige signalering, het aanscherpen van de zorgspecifieke fusietoets en de opsplitsingsbevoegdheid.

Mijn eerste vraag is hoe de vroegtijdige signalering precies in haar werk gaat als een instelling voor langdurige zorg, voor AWBZ-zorg failliet dreigt te gaan. Wat gebeurt er dan met de patiënten? Wat zijn de kaders waarlangs de minister gaat werken? Wat betekent het voor het gebouw, het bestuur en de medewerkers van de instelling? Hoe zit het precies met de vangnetaanbieders? Collega Van der Staaij heeft er ook al vragen over gesteld waar ik mij graag bij aansluit. Is er al een latente vangnetaanbieder of wordt die pas in het leven geroepen zodra dat faillissement een feit is? Graag krijg ik daarop een toelichting.

Dan de aanscherping van de zorgspecifieke fusietoets. Net als mijn liberale collega van D66 hebben we als VVD de neiging om ons af te vragen waarom je zo'n fusietoets zou invoeren. Als de kwaliteit van een instelling na een fusie niet goed is of de prijs te hoog is, gaat de patiënt niet naar die instelling toe en doet een zorgverzekeraar of een zorgkantoor geen zaken meer met die instelling. Dan heeft die instelling twee mogelijkheden. Ze verbetert

Anne Mulder

haar zorgverlening of verlaagt haar prijzen dan wel ze verdwijnt gewoon uit het veld. Dus waarom wordt dit probleem niet opgelost binnen het huidige stelsel en waarom vindt de minister deze fusietoets nodig? Ik hecht er waarde aan om ook een voorbeeld te noemen van een goede fusie. Het aantal bewoners in Oost-Groningen neemt af. Het is daar een krimpregio terwijl de fusie van de ziekenhuizen aldaar er juist toe leidt dat de ziekenhuiszorg in Oost-Groningen behouden blijft. Waar de minister zegt dat er misschien te veel en te snel wordt gefuseerd, is mijn vraag of het dan niet voor de hand ligt om eens te kijken naar de Nederlandse Mededingingsautoriteit. Het beeld in het veld is dat fuseren in de ogen van de NMa gemakkelijker is dan samenwerken. Ik heb dat gehoord van de Nederlandse Patiënten Vereniging. Ik noem ook de directeur van het Haagse ziekenhuis Bronovo die zegt dat de regels voor fusie soepeler zijn dan voor samenwerken. De heer Don – collega Bouwmeester haalde hem ook al aan – heeft dat ook gezegd in een interview. Waarom kijkt de NMa scherper naar samenwerking? Omdat dat minder transparant is voor de patiënt. En dat vereist dus meer en scherper toezicht van de NMa. Zou je dus niet iets moeten doen aan het toezicht van de NMa? Een aantal economen heeft er onlangs iets over geschreven naar aanleiding van, wat collega Leijten noemde, supervrijdag, waarbij het ging om een aantal ziekenhuisfusies. Als de NMa zo te werk gaat, zal ze nooit meer fusies van ziekenhuizen tegen kunnen houden. Waarom niet? De NMa zegt tegen een aantal ziekenhuizen: u mag fuseren, maar u krijgt dan wel een prijsplafond en dat plafond heeft een tijdelijk karakter. Dus op een gegeven moment is dat prijsplafond weg en kunnen de prijzen van die ziekenhuizen stijgen, maar kun je de fusie van die ziekenhuizen bijna niet meer ongedaan maken. Dus ligt het niet voor de hand om eens naar de NMa te kijken? In de literatuur wordt ook wel de vraag gesteld waarom de NMa niet werkt zoals het Bundeskartellamt in Duitsland. Daar is men blijkbaar veel strenger. De minister van Economische Zaken heeft dan altijd nog artikel 47 van de Mededingingswet dat bepaalt dat als er gewichtige redenen van algemeen belang zijn die zwaarder wegen dan de te verwachten belemmering van de mededinging, deze fusie alsnog kan worden toegelaten. Dus iets strenger. Wij weten dat de minister en de staatssecretaris binnenkort een brief aan de Kamer zullen sturen over de NMa in de zorg. Wellicht kan de minister op deze kritiek van een aantal economen ingaan. Ik krijg graag die toezegging.

Onlangs is er een fusie geweest in de regio Haaglanden. Het CDA heeft daarvoor een brief gevraagd. Het is heel bijzonder. De NMa zegt dat het niet ten koste gaat van de concurrentie, maar de NZa zegt dat deze fusie een negatief effect zal hebben op de prijzen, want die gaan 4% tot 9% omhoog. Dat kan toch niet allebei waar zijn? De NMa zegt dat het geen effect heeft op de concurrentie en de NZa zegt dat het wel degelijk effect heeft; de prijs gaat omhoog en de prijs gaat alleen omhoog als er sprake is van beperking van de concurrentie. Nu verwijst de minister in haar brief naar dit besluit van de NMa en daarin staat dat er eigenlijk geen goede modellen zijn om die prijsstijging te voorspellen. Dan is de toetsing eigenlijk niets waard of je moet de modellen aanpassen. Ik krijg daarop graag een reactie van de minister.

Dan, er is al veel over gezegd, de bevoegdheid om een zorginstelling te splitsen vanwege kwaliteitsargumenten. Dit is eigenlijk de meest vergaande maatregel van het voorstel, want het grijpt direct in in eigendomsrech-

ten. Als liberalen worden wij dan snel achterdochtig en kritisch. Dit wordt ingezet als een ultimum remedium als andere minder ingrijpende maatregelen niet hebben gewerkt. Stel dat twee bakkers willen fuseren; dan wordt er ook geen zorgspecifieke fusietoets geïntroduceerd. Na de fusie is het brood lekkerder of minder lekker en het is goedkoper of duurder. Als na de fusie blijkt dat het brood niet lekker meer is, dan verdwijnt de klant en lost het probleem zich vanzelf op. De bakker maakt het brood of lekkerder of verdwijnt van de markt. Waarom kan dat hier ook niet?

Ik had een amendement in voorbereiding, maar toen zag ik dat mevrouw Dijkstra precies hetzelfde amendement heeft voorgesteld, alleen de toelichting is iets anders verwoord. Ik heb een zekere sympathie voor haar voorstel. Ik had het echt zelf kunnen bedenken, maar mevrouw Dijkstra was mij iets voor en zij heeft ook een iets betere toelichting geformuleerd. Dus complimenten daarvoor.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Mulder zegt dat hij als liberaal pukkeltjes krijgt van dit wetsvoorstel dat ook door zijn liberale minister naar de Kamer is gestuurd. Los daarvan wil ik nog even teruggaan naar de Stichting Zonnehuizen. Wij hebben destijds uitgebreid met elkaar gedebatteerd over dit onderwerp en uiteindelijk is Zonnehuizen als zorgorganisatie opgesplitst in ouderen- en in jeugdzorg. Dat is pas gebeurd nadat Zonnehuizen failliet is gegaan. Hoe kijkt de heer Mulder hier tegenaan en tegen de opsplitsingsbevoegdheid zoals die nu in de wet is neergelegd, als hij daarmee parallellen wil trekken?

De heer Anne Mulder (VVD):

Ingrijpen in de eigendom gaat ontzettend ver. Dat moet je eigenlijk niet willen als politiek. Ik weet dat andere partijen daar anders over denken. Mevrouw Dijkstra zei dat dit gevaarlijk is als er een andere politieke constellatie ontstaat, bijvoorbeeld een constellatie waarin het logo een hamer en een sikkeltje vertoont, zeg maar: communisten. Daar kun je bang voor zijn, maar hier geldt gewoon: als een instelling failliet gaat, dan gaat zij failliet. Mijn eerste vraag was al: wat betekent dat voor de patiënten die cruciale zorg nodig hebben, hoe regel je dat publieke belang? Dat is de crux.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

We hebben gezien dat dit met een faillissement ging. Het was voor het kerstreces, er waren een heleboel onrustige patiënten, er was heel veel onzekerheid. Ik heb een heleboel patiënten of hun ouders aan de telefoon gehad. Het was gewoon echt een drama. Was het niet mooi geweest als dat drama voorkomen had kunnen worden?

De heer Anne Mulder (VVD):

Iets voorkomen is altijd beter, maar het kan zijn dat het middel erger is dan het bereikte effect. Je grijpt namelijk in eigendomsrechten in, en die zijn voor de VVD bijna onaanraakbaar. Als een instelling failliet gaat, is mijn cruciale eerste vraag: wat betekent dat voor de patiënten, hoe zorg je ervoor dat die vangnetinstelling werkt? Zo regel je het publieke belang. Dat belang is niet individuele instellingen redden van een faillissement.

Anne Mulder

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Je kunt heel lang discussiëren over het eigendomsrecht in de zorg, over van wie iets is. Als een zorginstelling publiek wordt gefinancierd, lijkt het me logisch dat daarover uiteindelijk publieke zeggenschap bestaat, met de mogelijkheid van ingrijpen op organisatieniveau. De heer Mulder maakte de vergelijking met twee bakkers die fuseren, maar het gaat hier om zorg. Is de heer Mulder echt van mening dat de zorg voor ouderen en gehandicapten, de aanwezigheid van traumatologie in de omgeving of een goed kankercentrum in Nederland, allemaal maar een kwestie is van broodjes bakken?

De heer **Anne Mulder** (VVD):

Nee, ik gaf dat voorbeeld ter illustratie. De zorg is natuurlijk een stuk complexer. We hebben daar allerlei regels voor. We hebben daarbij ook het publieke belang gedefinieerd met betrekking tot bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Een bakker is wat dat betreft dus niet te vergelijken met de zorg, maar wel geldt ook daarbij het principe dat een patiënt of cliënt kan kiezen. Als de kwaliteit niet goed is, kan hij naar een andere aanbieder gaan en zo heeft deze aanbieder een prikkel om goedkoper en beter te worden. Het gaat mij om dat principe.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Oké. In dat geval wil ik graag aan de heer Mulder vragen welke keuze de mensen die zorg kregen van Meavita of van Zonnehuizen hadden, toen de bestuurders er daar een potje van maakten, de kwaliteit onder druk stond, de medewerkers riepen: help ons, op deze manier kunnen we het niet meer aan? Welke keuze hadden die bewoners toen? Gewoon shoppen, naar de volgende bakker? Of is het dan toch in het publieke belang dat wij kunnen ingrijpen, via de inspectie en als het noodzakelijk is in de organisatiestructuur? Of zegt de heer Mulder: nee, je bent maar een klant en je kiest in het vervolg maar beter; eigen schuld, dikke bult!

De heer **Anne Mulder** (VVD):

Eerst kijkt de IGZ naar de kwaliteit. Als dat niet lukt, kunnen cliënten en patiënten naar een andere aanbieder gaan. Dat hoeft niet altijd makkelijk te zijn, er moet daarvoor voldoende aanbod zijn. Mijn eerste vraag ging over die vangnetaanbieder. Als iets failliet gaat, kan men daarna toe gaan. Maar idealiter is er een keuzemogelijkheid voor patiënten, zodat dezen kunnen kiezen en niet afhankelijk zijn van één aanbieder die er een potje van maakt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De heer Mulder gaf het al aan: het is natuurlijk wat simplistisch om de zorg voor te stellen als een markt van vraag en aanbod. Maar dat is niet alleen simplistisch, dat is ook feitelijk onjuist, want het gaat om een driehoek: de driehoek tussen patiënt, aanbieder en verzekeraar. Ik wil de heer Mulder het volgende vragen. Als hij die keuzevrijheid zo belangrijk vindt, het allerbelangrijkste punt in zijn betoog, waarom heeft hij dan getekend voor een regeerakkoord met de Partij van de Arbeid, die de restitutiepolsen afschaft, die de keuzevrijheid voor de patiënt afschaft?

De heer **Anne Mulder** (VVD):

Dat is eigenlijk weer een ander wetsvoorstel. Dit gaat over artikel 13. Het gaat mij om het volgende. Het begint al met het feit dat iedereen verplicht verzekerd is in ons stelsel.

De VVD was daarvoor, maar als je heel liberaal denkt, kun je je afvragen of dat wel moet. Maar goed, we zijn verplicht verzekerd en we willen dat ook graag; anders krijg je Amerikaanse toestanden. Het effect daarvan is wel dat iemand die verzekerd is voor zorg, alleen nog maar naar de kwaliteit en niet meer naar de prijs kijkt. De zorg wordt immers toch wel vergoed. Iemand die niet verzekerd is, zou wel op zoek gaan naar het beste ziekenhuis voor de scherpste prijs. Als je de kosten van de zorg wilt beheersen, zul je die prijsprikkel dus terug moeten brengen. Dat is de reden waarom wij willen dat de zorgverzekeraars meer mogelijkheden krijgen om in te kopen op basis van kwaliteit én prijs. Als hij dat doet, maar zijn verzekerden gaan toch naar een ziekenhuis dat door verspilling of bureaucratie te duur is, dan moet hij geen zaken meer hoeven te doen met dat ziekenhuis. Dat is de enige manier om dat ziekenhuis goedkoper te laten worden.

De keuzevrijheid bestaat er dan uit dat een verzekerde, voordat hij zijn polis afsluit, bekijkt met welke ziekenhuizen en zorgaanbieders zijn verzekeraar zaken doet. Als je dat doet, weet je precies waar je eventueel terecht kunt. Er is dan dus wel degelijk sprake van keuzevrijheid.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat was een heel uitgebreid antwoord op een heel eenvoudige vraag!

De heer **Anne Mulder** (VVD):

Het is een ingewikkeld onderwerp.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is een eenvoudige vraag, maar de heer Mulder geeft als antwoord een romantisch geklutst roerei van allerlei liberale gedachten.

Als de argumentatie van de heer Mulder steekhoudend is en hij vasthoudt aan zijn kritiek op het wetsvoorstel, moet hij consequent zijn en gaan voor keuzevrijheid. En dan betekent volgens mij dat hij zijn handtekening moet weghalen onder de afspraak die hij met de Partij van de Arbeid heeft gemaakt over het afschaffen van de restitutiepols. Het is hom of kuit: hij haal wel of niet zijn handtekening weg onder een afspraak die een einde maakt aan de keuzevrijheid. Ja of nee?

De heer **Anne Mulder** (VVD):

Ik zou bijna zeggen: wat denkt mevrouw Agema? Het antwoord is natuurlijk nee. Ik heb zojuist namelijk betoogd dat er wel degelijk keuzevrijheid is. Je kunt immers gewoon een restitutiepols nemen. Iemand die zo weinig mogelijk zorgpremie wil betalen, kan kiezen voor een zorgverzekeraar die een beperkt aantal ziekenhuizen heeft gecontracteerd. Zo iemand kiest voor en krijgt een lagere premie. Het vergroot dus eigenlijk alleen maar de keuzevrijheid.

Voorzitter, wat ik wilde zeggen, heb ik in mijn antwoorden op de interrupties verwerkt. Ik ben dan ook klaar met mijn bijdrage.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De minister heeft mij, vanwege de vele vragen, gevraagd om een half uur schorsing voor haar voorbereiding op de beantwoording.

Schippers

De vergadering wordt van 16.23 uur tot 16.50 uur geschorst.



Minister Schippers:

Voorzitter. Ik wil eens beginnen met de reden voor dit wetsvoorstel, speciaal voor mevrouw Dijkstra en de heer Mulder. Ik hecht eraan om aan te geven waarom ik wel denk dat dit wetsvoorstel nodig is. Dit wetsvoorstel regelt drie hoofdzaken, namelijk de invoering van een zorgspecifieke fusietoets, maatregelen om de continuïteit van cruciale zorg te garanderen en een nieuw lastresortinstrument, namelijk de opsplitsingsbevoegdheid. Ik zal ze een voor een nalopen.

De zorgspecifieke fusietoetsing. De afgelopen jaren is er veel gefuseerd in de zorg en bijna iedere week wordt er in de media aandacht besteed aan weer een nieuwe fusie in de zorg. Ik heb hier ook al verschillende keren over gesproken met de Kamer. Soms kan concentratie nodig zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening. Dat hoeft echter helemaal niet door een fusie. Het kan ook grote voordelen hebben om met anderen samen te werken.

Wij constateren wel dat niet alle fusies hebben geleid tot verbeteringen voor cliënten en personeel. Zowel in de curatieve als in de langdurige zorg zijn soms grote organisaties ontstaan waar bestuurders ver af staan van wat er op de werkvloer gebeurt en de manier waarop de zorg door cliënten wordt beleefd. Er zijn gefuseerde instellingen waar nog steeds twee culturen heersen onder het personeel en gefuseerde instellingen waar de zorg er na de fusie niet beter op is geworden. In de praktijk – dat is een heel belangrijke aanleiding voor dit wetsvoorstel; in de gesprekken die ik hierover heb gehad met NMa, ben ik daarin gesteund – blijkt dat er heel beperkt wordt nagedacht over de fusie: over de gevolgen voor patiënten en personeel, over de vraag hoe de kwaliteit van zorg er beter van wordt en over de manier waarop de schaalvergroting uitwerkt op de werkvloer.

Als je eenmaal gefuseerd bent, is het te laat. Gefuseerd en de eieren geklust, zeg ik maar even, haal je zo makkelijk niet uit elkaar. In het bedrijfsleven heb je dan gewoon pech. De bakkers van de heer Mulder hebben gewoon pech, want klanten verlaten hen. Ze moeten als een haas hun service en hun producten verbeteren of ze gaan gewoon failliet. In het slechtste geval moet iemand wat verder rijden voor zijn brood of voor zijn stofzuiger. In de zorg zijn de consequenties ingrijpender. Zorg is niet iets wat je eenmalig gebruikt. Vooral mensen die niet zonder die zorg kunnen, hebben dan echt een probleem. Daarvoor heeft de overheid een speciale verantwoordelijkheid, die uiteindelijk zo ver gaat dat de overheid die cruciale zorg moet leveren als er geen andere opties zijn. Daarom vind ik dat wij van zorginstellingen met fusievoornemens moeten eisen dat ze hun plannen zorgvuldig doordenken en dat ze daarbij alle relevante stakeholders betrekken voordat ze onomkeerbare beslissingen nemen.

Uitgangspunt bij de aanscherping van de regels van de zorgspecifieke fusietoetsing blijft de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Ik verplicht zorgaanbieders met fusievoornemens met dit wetsvoorstel tot het indienen van een fusie-effectrapportage bij de NZa. Met deze rapportage worden zorgaanbieders met een fusievoornemen gedwongen om in elk geval aandacht te besteden aan de doelstellingen van de fusie – wat willen wij er nu eigenlijk mee bereiken? – de redenen voor de fusie

en de alternatieven die zijn overwogen. Zij moeten aangeven waarom uiteindelijk is gekozen voor een fusie. Er moet aandacht worden besteed aan de structuur van een nieuwe organisatie, de verwachte financiële gevolgen van de concentratie en de gevolgen ervan voor de zorgverlening aan de cliënt. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het aanbod van zorg, verplaatsing van bepaalde zorg naar andere locaties, veranderingen in het aantal locaties en aanpassing van de schaalgrootte op locaties. De zede toets betreft de risico's van de concentratie ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid en de wijze waarop deze risico's worden ondervangen. Ook de wijze waarop verschillende stakeholders, in elk geval cliënten en personeel, worden betrokken, wat met die inbreng is gedaan en het tijdsbestek waarbinnen de concentratie zal worden gerealiseerd, het implementatieplan, moeten aan de orde komen. De rol van cliënten en personeel bij het fusieproces wordt hierdoor expliciet en onontbeerlijk.

Wanneer dit wetsvoorstel kracht van wet heeft, zal de NZa per casus procedureel toetsen of cliënten en personeel zorgvuldig bij het fusieproces zijn betrokken. Als uit de fusie-effectrapportage bijvoorbeeld blijkt dat zij niet tijdig zijn betrokken of onvoldoende tijd hebben gehad om met een serieuze reactie op de fusieplannen te komen, keurt de NZa de fusie gewoon niet goed en kan zij dus ook niet doorgaan. Ook kan de NZa de fusie straks verbieden als de bereikbaarheidsnormen erdoor niet meer kunnen worden gehaald of als uit de fusie-effectrapportage blijkt dat cliënten en personeel niet zorgvuldig bij het fusieproces zijn betrokken. Kort samengevat wordt de zorgspecifieke fusietoetsing op drie punten aangescherpt. Ten eerste een verplichte fusie-effectrapportage, ten tweede een procedurele toets door de NZa op de betrokkenheid bij het fusieproces van cliënten en personeel en ten derde een inhoudelijke toets op de bereikbaarheidsnorm voor ambulancezorg – deze is 15 minuten – spoedeisende hulp – deze is 45 minuten – acute verloskunde – deze is 45 minuten – de crisisopvang geestelijke gezondheidszorg – die is regionaal vastgelegd – en het beschikbaar zijn van AWBZ-zorg. De zorgspecifieke fusietoets vindt plaats voorafgaand aan de toets van de NMa. Indien de NZa de fusie niet goedkeurt, is daarmee de fusie van de baan en komt er dus ook geen toets van de NMa.

Mevrouw Leijten (SP):

Dat is een hele opsomming van zaken waaraan moet worden voldaan. Het is echter een procedurele toets of patiënten en werknemers betrokken zijn en ook tijdig betrokken zijn. Wat is het bezwaar om daar een inhoudelijke toets van te maken?

Minister Schippers:

Deze organisaties hebben ons aangegeven dat zij die verantwoordelijkheid niet willen dragen maar dat zij wel actief betrokken willen worden en hun mening willen geven. Zij willen tijdig betrokken worden en zij willen een goede inbreng kunnen geven. Zij willen echter niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten. Daar hebben wij rekening mee gehouden. Ik vind dat ook een redelijk standpunt.

Mevrouw Leijten (SP):

Naar aanleiding van de fusietoets die er al een tijd ligt, is er een discussie ontstaan over de procedurele toets en de inhoudelijke toets en over het "ja, mits"-principe of het "nee, tenzij"-principe. Over dat laatste stelt de patiëntenfederatie NPCF in een brief aan de Kamer en aan het mi-

Schippers

nisterie dat zij eigenlijk wil dat er een "nee, tenzij"-principe wordt gehanteerd. Dat betekent dat je een fusie niet goedkeurt, tenzij andere argumenten erbij zijn betrokken. Is de minister bereid om dat wel over te nemen?

Minister Schippers:

Ik vind een "nee, tenzij"-principe een principe dat je eigenlijk niet kunt hardmaken. Het is namelijk een enorme ingreep in de samenleving wanneer je zegt: als jullie samen willen gaan, is ons uitgangspunt dat dat niet mag. Bovendien is dit Europeesrechtelijk absoluut niet haalbaar. Maar stel dat je dat aan de kant zet, stel dat je het niet belangrijk vindt of het Europeesrechtelijk haalbaar is, en dat je zegt dat je het toch wilt doen. Dan nog vind ik dat je het niet kunt toelaten. Het is immers niet zo dat er minder zorgaanbieders zijn gekomen. mevrouw Dijkstra zat al aardig in de richting toen zij het hierover had. Er zijn fusies, met over het algemeen meer locaties. De heer Loek Winter zegt dat bepaalde zorg een kleine zorgvorm nodig heeft. Dat is dan ook gebeurd met de zbc. Als je dat bij elkaar optelt, zie je dat we veel meer aanbieders hebben dan we hadden. Dus die "nee, tenzij" is wel een heel ingrijpende maatregel in een veld dat steeds meer aanbieders kent. Ik vind dat je die maatregel niet goed hard kunt maken.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Schippers:

Voorzitter. Het tweede onderdeel dat deze wet regelt, is de continuïteit van cruciale zorg. De afgelopen jaren zijn meerdere keren zorgaanbieders in grote financiële problemen gekomen. Voor die gevallen is geregeld dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft en dus moet zorgen dat zijn verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben. Dat gaat eigenlijk altijd goed. Er zijn een aantal voorbeelden voorbijgekomen, waaruit blijkt dat de zorginstelling door iemand anders wordt overgenomen of dat er een fusie wordt aangegaan met een andere zorgaanbieder of dat er genoeg andere instellingen in de buurt zijn om de zorg te verlenen.

Maar wat als dit allemaal niet lukt, als de instelling niet wordt overgenomen, er geen zorginstellingen in de buurt zijn om de zorg te leveren en zich geen nieuwe zorgaanbieders vestigen? Wat als een zorgverzekeraar echt niet aan de zorgplicht kan voldoen? Voor de electieve zorg is er dan geen acuut probleem. Daar moet je misschien wat verder voor rijden, maar over het algemeen betreft het tijdelijke situaties en is er geen probleem waarvoor de overheid allerlei vangnetten moet regelen.

Voor cruciale zorg echter, zorg waarvan mensen geheel afhankelijk zijn, is er wel een probleem. Eigenlijk is er nu niets geregeld. In dit wetsvoorstel gebeurt dit wel. Daarin zeggen wij dat cruciale zorg een vorm van zorg is waarvoor geldt dat deze binnen een bepaald tijdsbestek beschikbaar moet zijn of waarvoor geldt dat deze er altijd moet zijn om ernstige gezondheidsschade te voorkomen. In antwoord op vragen die mij gesteld zijn over de AWBZ-zorg kan ik zeggen dat alle AWBZ-zorg hier dus onder valt. Dit geldt zeker als je bedenkt dat de begeleiding wordt overgeheveld. Zo lang die nog niet is overgeheveld, valt die eronder. Je kunt je vraagtekens zetten bij zaken zoals begeleiding, die naar gemeenten gaan, maar voor de echte kern-AWBZ, waar we het nu over hebben, geldt dat cliënten simpelweg een indicatie hebben waar-

uit blijkt dat zij die zorg echt nodig hebben. Die zorg valt daar dus onder. De overheid heeft een bijzondere verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de cruciale zorg. Met dit wetsvoorstel wil ik aan die verantwoordelijkheid invulling geven, zonder afbreuk te doen aan de primaire verantwoordelijkheid van de betrokken partijen. Die staat voorop. Die partijen zijn en blijven primair verantwoordelijk. Dit wetsvoorstel voert een meldplicht in voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om continuïteitsrisico's voor cruciale zorg tijdig te signaleren en bij de NZa te melden. Wat ik niet helemaal heb begrepen bij het beluisteren van de eerste termijn, maar dat kan ook aan mij liggen, is dat ik de indruk kreeg dat met name mevrouw Leijten denkt dat de meldplicht de rol van de NZa verzwakt. De rol van de NZa wordt hier echter substantieel mee versterkt. Want als jij nu in de problemen komt door verkeerd management of anderszins, heb je geen meldplicht. Die wordt nu wel ingevoerd. De NZa kan dan optreden. Dat is een kanbepaling. Zij kan zeggen: er is bij ons gemeld dat er een financieel probleem is met de continuïteit van cruciale zorg, maar wij zien dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder daar zelf goed mee aan de slag zijn en wij hebben er vertrouwen in dat het verder goed gaat. Dan hoeft de NZa niet in te grijpen. Maar heeft zij dat vertrouwen niet, dan kan zij nu veel vroeger ingrijpen dan voorheen. Dit earlywarningsysteem is heel belangrijk om als overheid tijdig je verantwoordelijkheid waar te maken en ervoor te zorgen dat de vangnetstichting zo min mogelijk in stelling hoeft te worden gebracht.

Mevrouw Leijten (SP):

Voor de ziekenhuiszorg zal het wellicht zo zijn dat een zorgverzekeraar de financiële gegevens uitvraagt ten behoeve van de contractering. Maar voor de langdurige zorg geldt dat in het geheel niet. Daar moeten instellingen nu aan de zorgverzekeraar melden en dan pas bij de NZa. Dat is mijn bezwaar. Je verschuift de taak die de NZa nu heeft en die ze niet invult, naar de verzekeraars. Weliswaar met een meldpunt als het misgaat, maar je haalt zo de NZa eigenlijk weg bij het structurele toezicht. Daar heb ik wel een probleem mee. Volgens mij is het zinvoller als je de NZa structureel toezicht laat houden. Een meldplicht lijkt me prima. Iemand die ziet dat een zorginstelling in financiële problemen raakt, moet daarover een signaal geven aan de NZa – dat kan ook de inspectie of een regionale of lokale overheid zijn, wat mij betreft – en dan treedt de NZa op. Het probleem is nu alleen dat het samenwerking tussen de zorgverzekeraar en de zorginstelling wordt, en dat daarna pas de NZa in beeld komt. Ik plaats liever de NZa ervoor. Er zijn door het ministerie allerlei dingen gezegd over mijn amendement, waarvan ik denk: dat is echt onwil om te begrijpen wat wij willen. Ik zou het prettig vinden als we duidelijkheid krijgen over de vraag waarom de rol die de NZa nu heeft, naar achter wordt geschoven, in plaats van dat je die ook naar voren kunt halen, inclusief het introduceren van een meldplicht, die iedereen kan hebben die ziet dat het met een zorginstelling niet goed gaat.

Minister Schippers:

De NZa wordt niet naar achter geschoven. Zij houdt gewoon haar toezichthoudende rol. Er komt iets extra's bij. Je kunt naar de jaarverslagen kijken, je kunt je rol als toezichthouder in algemene zin invulling geven, maar gedurende dat jaar kan er van alles gebeuren bij een instelling waardoor een situatie ineens heel acuut wordt. Zo'n early-

Schippers

warningsysteem hebben wij niet. Ik wil de rol van de NZa in dezen verzwaren; niet verzwakken maar verzwaren. De NZa houdt dus de toezichthoudende rol die zij nu heeft, maar er komt iets extra's bij: als een instelling plotseling een probleem heeft dat echt consequenties gaat hebben, wordt zij verplicht dat direct te melden bij de NZa. Dat is dus extra.

Mevrouw Leijten (SP):

Hier komen wij heel snel uit. Maar wat doet die zorgverzekeraar daar dan nog tussen? Haal die ertussenuit. Die kan een melder zijn, net zoals een gemeente of een raad van toezicht van de instelling zelf. Ik ben het met de minister eens dat als het enkel om de jaarverslagen zou gaan, het maar om één moment in het jaar gaat. Ik ben overigens wel benieuwd naar het overzicht van hoe dat toezicht nu gaat. Ik heb niet de indruk dat de NZa heel actief toezicht houdt op de jaarverslagen. Maar mijn vraag is de volgende. Waarom staat de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder vooraan en volgt daarop een meldplicht? De zorgverzekeraar kun je er ook tussenuit halen; die hoeft er niet tussen te staan.

Minister Schippers:

Iedereen die zorgen heeft over de continuïteit van zorg, kan dat melden bij de NZa. Die plicht ligt echter expliciet bij deze twee partijen omdat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft. Ik ga ervan uit dat hij zijn zorgplicht waarmaakt. Er kan echter een situatie ontstaan waarbij hij alles heeft geprobeerd, maar toch zijn zorgplicht niet kan waarmaken. Even hypothetisch: het gaat heel slecht met die instelling, het is daar helemaal in de soep gedraaid en het management heeft er een potje van gemaakt. Daar gaat het helemaal mis. De zorgverzekeraar krijgt het niet voor elkaar om een nieuwe aanbieder te vinden of iemand die zorg te laten overnemen. Die plicht ligt in eerste instantie bij hem. Hij moet zorgen dat zijn verzekerden zorg krijgen. Ik wil wel dat hij die inspanning verricht en niet meteen naar de overheid kijkt met: komen jullie even onze rommel opruimen. Nee, dat moet hij zelf doen. Maar lukt dat niet, dan komen wij in zicht. Ik wil de verantwoordelijkheid dus primair houden bij de partijen die nu ook de verantwoordelijkheid in de zorg hebben.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter, als u mij toestaat, één vraag. Wat doen wij dan met de AWBZ? Daarin is dat heel anders geregeld. Dat is een van de redenen waarom ik voorstel dit op een andere manier te doen. Wellicht is in mijn voorstel het goede element van de minister, namelijk de meldplicht, weggevallen, die wat mij betreft breder geldt. Die kunnen wij er altijd weer inzetten. De NZa heeft echter die taak en mag niet weggijken. Die kan bijvoorbeeld de rol spelen om de partijen te sommeren tot een oplossing te komen als ze dat niet doen. Niet als achterwacht, maar als actieve toezichthouder. Dat zie ik nu niet in het voorstel van de minister. Dat vind ik zo jammer.

Ik wil het ook nog hebben over de AWBZ.

De voorzitter:

Nee, ik geef nu de minister de kans om te reageren.

Minister Schippers:

De zorgverzekeraar is voor mij ook het zorgkantoor. Dat is net zo goed de zorgverzekeraar. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en moet dus zorgen dat er AWBZ-zorg is.

Levert het die niet, dan geldt ook voor de AWBZ dat wij een vangnetstichting oprichten. Wel wil ik primair de verantwoordelijkheid houden bij die partijen die deze nu ook hebben. De NZa is een toezichthouder. Die moet niet de problemen voor die anderen gaan oplossen. Dan krijgen wij een situatie waarin de problemen over de schutting worden gegooid. De AWBZ-instelling in dit geval, en dus het zorgkantoor, moet eerst het probleem oplossen. Pas als dat echt allemaal hopeloos is en de patiënt de dupe wordt doordat hij zijn cruciale zorg niet krijgt, moet de overheid een vangnet bieden. Die heeft een vangnetstichting. Die neemt dat over en stoot dat overigens zo snel mogelijk ook weer af.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik wil van de minister nog wat duidelijkheid. Ik heb hiernaar ook gevraagd. Voor mij is niet helder wat nu precies de risico's zijn voor de continuïteit van zorg. De minister zegt: ik wil een early warning system. Tegelijk zegt ze echter: het ligt eerst bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Per definitie is dan op het moment van melding de early warning allang gepasseerd. Wat beoogt de minister dan precies? Ik begrijp het antwoord wel, maar ik vind het niet helemaal logisch.

Minister Schippers:

Dan verschillen wij van mening. In mijn ogen is dit heel erg logisch. Wij hebben het namelijk zo geregeld dat de zorgverzekeraar voldoende zorg inkoop voor zijn verzekerden. Die moet zorgen dat die zorg er is. Nu bevinden wij ons in een omgeving waarin maar één aanbieder die zorg verleent. En wij hebben pech: het management daar maakt er een potje van, dus het hele zaakje valt uit elkaar. Als men de financiële problemen, die bijvoorbeeld leiden tot een faillissement, ziet aankomen, moet men dit melden bij de toezichthouder. De toezichthouder kan daarop actie ondernemen. Dat is aan het oordeel van de toezichthouder. Als de verzekeraar, het zorgkantoor, de AWBZ-instelling en het ziekenhuis met elkaar een oplossing weten te vinden, hoeft de NZa niet in te grijpen. De NZa kan ingrijpen als iedereen achterover leunt en denkt: ja, het lukt niet, het zal mijn tijd wel duren.

Uiteindelijk vind ik dit belangrijk omdat aan het allerlaatste eindje de overheid de cruciale zorg moet garanderen. Als wij die niet garanderen, vind ik dat wij toch iets laten liggen ten aanzien van heel zwakke mensen die deze cruciale zorg nodig hebben.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Daarover bestaat geen discussie. Ik denk dat ik het inderdaad niet goed heb begrepen. In feite zegt de minister: op het moment dat de zorgverzekeraar signaleert, moet deze het zelf oplossen, maar het ook melden.

Minister Schippers:

Ja.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Het gebeurt dus tegelijk?

Minister Schippers:

Ja.

Schippers

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

En dan is het aan de NZa om in te schatten of de zorgverzekeraar er zelf moet uitkomen met de zorgaanbieder of dat moet worden ingegrepen?

Minister **Schippers**:

De NZa schat in hoe actief deze partijen aan de gang zijn. Hangt iedereen een beetje achterover met: ja, gewoon niet gelukt, pech, dan kan de NZa zeggen: ho eens even, hier gebeurt te weinig, wij grijpen in. De zorgverzekeraar kan zijn zorgplicht heel serieus nemen en zijn uiterste best doen om er met de zorgaanbieder uit te komen, dan wel een nieuwe aanbieder te zoeken. In elk geval houdt de NZa vanaf het begin de vinger aan de pols en houdt zij in de gaten of er wel actief genoeg gezocht wordt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het is belangrijk dat wij dit duidelijk hebben. Als een zorgverzekeraar denkt dat hij er wel uit komt, maar het lukt niet, dan heeft hij dat niet op tijd gemeld. Wat is dan de sanctie?

Minister **Schippers**:

Wij gaan uit van een meldplicht. Dit betekent dat de zorgverzekeraar en de zorginstelling verplicht zijn om te melden, zodat de NZa tijdig kan bijsturen. Wat de sanctie in dat geval is, moet ik navragen.

De **voorzitter**:

U kunt daar in uw bijdrage in tweede termijn op terugkomen?

Minister **Schippers**:

Ja. Overigens denk ik dat een boete niet veel helpt als een instelling op instorten staat.

Als een zorgverzekeraar geen vervangend zorgaanbod kan vinden voor de cruciale zorg, dan is hij op grond van dit wetsvoorstel verplicht om hiervan melding te maken bij de NZa. Die toetst vervolgens of de verzekeraar zich echt heeft ingespannen om een vervangend zorgaanbod te vinden en of er sprake is van overmacht. Als er sprake is van overmacht, als een zorgaanbieder kan aantonen dat geen enkele zorgaanbieder de cruciale zorg kan overnemen en de NZa constateert dat er inderdaad sprake is van een overmachtsituatie, dan zal de overheid deze cruciale zorg tijdelijk organiseren. Daar zit de klem. Daarom vind ik dat wij eerder in het traject een early warning systeem moeten hebben dan nu het geval is. Dit zullen wij doen door het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Op die manier regelen wij dat cruciale zorg altijd beschikbaar is voor de mensen die deze zorg nodig hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik wil het graag heel precies hebben. Moet een zorgverzekeraar een knelpunt melden op het moment dat hij dat signaleert? Of moet hij dat knelpunt melden als hij niet meer voldoende zorg kan inkopen in een regio, bijvoorbeeld in het geval een instelling failliet gaat? In het laatste geval kan men eindeloos lang wachten en wordt er eigenlijk pas ingegrepen als wij het politiek gezien te laat vinden. Eigenlijk zou er al aan de bel getrokken moeten worden als de zorgverzekeraar een knelpunt signaleert, of als de zorginstelling zelf signaleert dat er een probleem ontstaat met de inkoop door de zorgverzekeraar. Ik hoop dat het op die manier zal gaan.

Minister **Schippers**:

Als een zorgverzekeraar ziet aankomen dat de enige aanbieder niet solide is en niet kan leveren wat hij zou moeten leveren, waardoor er een groot probleem ontstaat, dan moet hij dat melden, zodat de NZa kan bekijken of de zorgverzekeraar voldoende mee zoekt naar een oplossing. De zorgverzekeraar moet mede toezicht houden op het zoeken naar een oplossing. Als er echter drie ziekenhuizen naast staan en de zorgverzekeraar geen problemen heeft met de zorgplicht, dan is het natuurlijk een ander verhaal.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dit werpt een ander licht op de discussie die wij zojuist voerden. Wij willen een early warning systeem voor zorginstellingen die mogelijk in financiële problemen komen. De minister koppelt er nu aan dat het moet gaan om de enige zorginstelling die de cruciale zorg kan leveren. Dit zal betekenen dat wij eindeloos faillissementen mogen zien, maar dat wij pas de allerlaatste gaan redenen. Dat zou toch wel erg raar zijn. Graag hoor ik dat de minister zegt dat indien een financieel probleem signaleerd wordt – de zorgverzekeraar signaleert een probleem bij een instelling of een instelling signaleert een probleem met de inkoop door een zorgverzekeraar – de NZa dan een seintje krijgt en bekijkt of zij in dat geval een rol heeft. Dat zou het early warning systeem naar mijn mening moeten inhouden. Als dat pas gaat werken als er nog maar één aanbieder over is, dan kunnen wij de faillissementsgolf in de zorg al zien aankomen. Dat zou ik wel heel zonde vinden.

Minister **Schippers**:

Ten eerste is de door mevrouw Leijten geschetste situatie nog nooit voorgekomen. Er is altijd een aanbieder geweest die bereid was de zorg over te nemen. In het geval van Zonnehuizen, waar het ging om AWBZ-zorg, trok er gewoon een nieuwe aanbieder in, of een andere aanbieder ging de zorg leveren. Het gaat erom dat deze wet geldt voor cruciale zorg en niet voor electieve zorg. Bij electieve zorg kan de zorgverzekeraar eenvoudiger aan zijn zorgplicht voldoen. Bij cruciale zorg kunnen de mensen die daarvan afhankelijk zijn, gewoon niet zonder die zorg. Daar is geen overgangstermijn nodig. Wij kunnen echter niet de premiebetaler laten opdraaien voor de problemen van de hele zorgsector, als er sprake is van mismanagement of anderszins. Dat lijkt mij een heel verkeerd signaal. Het signaal is dat wij voor de patiënten willen garanderen dat zij cruciale zorg krijgen als zij die nodig hebben, en dat de overheid daar als achtervang altijd voor zal staan.

Het derde onderdeel van het wetsvoorstel is de opsplitsingbevoegdheid. De afgelopen jaren hebben mijn voorgangers en ik met de Kamer verschillende malen gesproken over zorgaanbieders die kwalitatief tekortschoten of in financiële problemen waren. Het ging daarbij om zeer grote aanbieders. Dat riep de vraag op of de schaalvergroting niet was doorgeschoten. Overigens wil ik vermelden dat schaalvergroting in mijn ogen per definitie niet verkeerd is, zeker niet als je heel complexe zorg hebt. Dan is het zelfs soms nodig de schaal te vergroten. Als je grote investeringen moet doen voor bijvoorbeeld heel dure protontherapie, dan weten wij dat je daarvoor een behoorlijke organisatie nodig hebt met multidisciplinaire teams en dat je dat niet in een heel klein ziekenhuis voor elkaar kunt krijgen, hoe romantisch dat ook klinkt. Ik wijs

Schippers

erop dat die schaalvergroting soms is doorgesloten – wij hebben dat hier met elkaar weleens geconstateerd – maar dat er ook veel fusies tot stand zijn gebracht die verbetering van zorg op meer locaties hebben opgeleverd en waardoor locaties open konden blijven die zonder de fusie gesloten hadden moeten worden. Ik sta er niet een-dimensionaal in. Maar wat wij wel hebben gezien is dat men zich soms ook niet bij de corebusiness heeft gehouden en dat allerlei activiteiten op de nek zijn genomen die uiteindelijk resultaten hadden voor de zorg die zorgwekkend waren.

Als wordt gekeken naar de opsplitsingsbevoegdheid, is dat een uitbreiding van het handavingsinstrumentarium, van het instrumentenkistje laat ik het zo maar zeggen, dat wij op het kwaliteitstoezicht hebben als de kwaliteit van zorg in gevaar is als gevolg van de structuur van de organisatie en als andere middelen niet blijken te werken. Die alsbepalingen zitten allemaal in dat wetsvoorstel. Het is niet zomaar dat ik kan denken: o, ik trek dat uit de kast. In het wetsvoorstel zitten wel degelijk allerlei waarborgen. Het kan noodzakelijk zijn dat deze bevoegdheid als ultimatum remedium wordt ingezet. Het is een zeer vergaande bevoegdheid en daarom is uiterste zorgvuldigheid geboden voordat van deze bevoegdheid gebruik wordt gemaakt. In het wetsvoorstel zelf is opgenomen dat van deze bevoegdheid alleen gebruik mag worden gemaakt als aantoonbaar is dat met minder ingrijpende middelen niet de kwaliteit van de zorgverlening kan worden hersteld. In de praktijk zal het zo zijn dat ik een advies van de inspectie krijg dat de basis vormt voor het inzetten van deze aanwijzingsbevoegdheid, die erop is gericht wijzigingen aan te brengen in de organisatiestructuur. Ik zal nadat ik dat advies heb ontvangen een bedrijfskundige rapportage vragen van de NZa naar de gevolgen van deze aanwijzing voor de zorgaanbieder. Onderdeel van deze rapportage is in ieder geval een analyse van de bestuurlijke en financiële gevolgen van de aanwijzing voor de verschillende organisatieonderdelen. Deze rapportage zal ik vervolgens betrekken in mijn afweging om gebruik te maken van deze bevoegdheid. Mocht ik hiertoe overgaan, dan zal ik deze rapportage ook meenemen bij het vaststellen van de inhoud van de aanwijzing.

De voorzitter:
Mevrouw Bruins Slot.

Minister Schippers:
Ik heb nog een ...

De voorzitter:
O, pardon. Ja, sorry.

Minister Schippers:
Ik ga nogmaals benadrukken dat deze bevoegdheid echt een ultimatum remedium is en gezien moet worden als een spreekwoordelijke stok achter de deur in die gevallen waarin is gebleken dat er geen andere mogelijkheden zijn om de kwaliteit weer op peil te krijgen. Wat ik een belangrijk argument vind, is dat ik ervan uitga dat de dreiging van gedwongen opsplitsing voor aanbieders al voldoende reden is om zelf maatregelen te nemen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):
Het was goed op de laatste woorden van de minister te wachten. Het gaat er inderdaad om dat deze bevoegdheid een belangrijke stok achter de deur is die als laatste red-

middel kan worden ingezet. Daarom hecht het CDA daaraan ook waarde. De heer Mulder maakte zich zorgen over de eigendomsrechten die geschonden zouden kunnen worden. Ik hoor uit het relaas van de minister dat zij dat nog wel vindt meevallen, omdat haar afwegingen zo zorgvuldig zijn dat zij dat bezwaar niet ziet.

Minister Schippers:
Ik vind het heel zwaarwegend wat de heer Mulder zegt, maar dit gaat echt om situaties waarin het om een plofinstelling gaat. Hier is zoiets groots ontstaan. Je kunt als oorzaak de organisatiestructuur aanwijzen en zeggen dat de kwaliteit onder de maat is, maar daar zitten alle waarborgen in van een IGZ die ernaar kijkt en van een NZa die ernaar kijkt. Ik denk dat het als stok achter de deur nog meer werking gaat hebben dan de daadwerkelijke inzet. Dat men weet dat je dit kunt doen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):
Dan wil ik het graag nog wat concreter maken, want wij hebben de laatste tijd voorbeelden gehoord van verslavingszorginstellingen die in Zuid-Afrika of in Curaçao bizarre afkickmethoden zijn begonnen die veel geld kosten en waarvan het nog maar de vraag is wat ze opleveren. Mochten er Nederlandse zorginstellingen zijn die in het buitenland dit soort exotische bedrijfsmatige activiteiten ontplooiën, dan draagt deze bevoegdheid ertoe bij dat je op een gegeven moment bijvoorbeeld de buitenlandse activiteiten en het Nederlandse kernbedrijf kunt opsplitsen.

Minister Schippers:
We moeten sowieso geen aanspraken op exotische, alternatieve en onbewezen behandelingen in het pakket vergoeden. Dat is iets wat we willen tegengaan en ik hoop dat we met het volgende advies van het CVZ hier ook stappen in kunnen zetten. Ik zeg niet dat deze behandelingen erin zitten, maar als dit het geval is, moeten we ze eruit halen. Waar het mij om gaat, is dat wij kunnen ingrijpen bij organisaties die totaal uit hun voegen gegroeid zijn en daardoor geen kwaliteit meer kunnen leveren, ook al omdat zij zich bezighouden met allerlei exotische zaken. Dat kunnen we nu niet. Doe ik dat graag? Nee. Ik zou daar echt grote moeite mee hebben. Maar ik vind het wel belangrijk om het als stok achter de deur te hebben, waarbij je vaak ziet dat men in de praktijk toch wel inspeelt op het onvermijdelijke. Dan vind ik het belangrijk en zonde om weg te gooien.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
Klopt het dat de minister, in tegenstelling tot de Raad van State en het veld, zegt dat er wel degelijk een causaal verband is tussen de omvang van de instelling en gebrek aan kwaliteit? En kan de minister garanderen dat bij gebrek aan kwaliteit eerst de instelling zelf en vervolgens de IGZ aan de slag gaat, dus dat het nooit kan voorkomen dat we een reorganisatiediscussie gaan voeren terwijl er op de werkvloer gewoon ingegrepen moet worden?

Minister Schippers:
Ik zeg niet dat grote instellingen slechte zorg leveren. Dat is echt flauwekul. Je hebt grote instellingen met allemaal kleine locaties die heel goede zorg leveren en die gewoon hun backoffice hebben gestroomlijnd, waardoor ze goedkoper inkopen en anderszins zaken doen. Maar dit is in-gegeven door situaties waarbij instellingen zich niet al-

Schippers

leen bezighouden met zorg, maar ook met wonen, hotel-functies en dergelijke. Dan kun je je afvragen of de teloor-gang van de kwaliteit wordt veroorzaakt door het alsmear verbreden van de aandachtspunten. We denken volgens mij allemaal aan dezelfde instellingen. In die situatie vind ik het goed om de inspectie en de NZa ernaar te laten kij-ken. Deze twee organisaties kunnen dan eens kijken of de cruciale zorg in het gedrang is gekomen als zoiets onge-looflijk is uitgebreid, want daar gaat het mij om. Ik ga dat niet in mijn eentje bepalen in een ivoren toren, waarbij ik zeg: ik denk dat dit aan de hand is, dus ... Dat kan juri-disch ook helemaal niet. Onteigenen doe je niet zomaar. Ik heb daarvoor een heel zorgvuldig traject in het wets-voorstel vastgelegd. We hebben er heel veel mensen naar laten kijken, waardoor je dit alleen maar kunt doen als je alle stappen hebt genomen die in het wetsvoorstel staan. Dan is het als uiterst middel niet slecht om dit in de ge-reedschapskist te hebben, ook om instellingen onder druk te kunnen zetten om te doen wat ze moeten doen om de zaken goed en snel op orde te krijgen.

De voorzitter:

Mevrouw Bouwmeester, gaat u uw vraag in de microfoon stellen? Dat is handig voor de Handelingen.

Minister Schippers:

Mevrouw Bouwmeester had haar vraag al gesteld, maar die was ik vergeten te beantwoorden. De instelling is al-tijd zelf als eerste aan bod. Natuurlijk, want die staat on-der IGZ-controle, die krijgt misschien een gesloten afde-ling of een dwangsom. De IGZ heeft daarvoor een gereed-schapskist die als het aan mij ligt nog ietsjes groter wordt. Daar spreken we echter op een ander moment over. De instellingen is eerst zelf aan bod. De inspectie houdt toe-zicht op de kwaliteit. Dat blijft ook zo, daar ga ik helemaal niet aanzitten.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Kan de splitsingsbevoegdheid worden toegepast op maatschappen die zo groot zijn dat we vraagtekens kun-nen zetten bij de kwaliteit?

Minister Schippers:

Bij de maatschappen ligt het juridisch heel ingewikkeld. Wij kijken ernaar, ook op basis van het regeerakkoord. Een maatschap die het in een enorm grote regio voor het zeggen heeft en in feite dus ook, dwars door de ziekenhui-zen heen, de prijs kan bepalen en alles kan uitmaken, vind ik een ongewenste situatie. Maar dat ligt juridisch dus heel erg moeilijk. Wij zijn dit aan het bekijken en ik kom op de regionale maatschappen terug in mijn brief aan de Kamer over de NMa, mededinging en samenwerking. Het ligt juridisch namelijk net allemaal wat anders. We gaan bekijken hoe wij kunnen ingrijpen bij ongewenst klonende maatschappen. Daar zijn we nu nog niet uit.

Mevrouw Leijten (SP):

Het is toch leuk om te kunnen zeggen dat ik het met de minister eens ben dat je soms een ultiem stuk gereed-schap in je gereedschapskist moet hebben. In dit geval is dat een sloophamer. Dat is wel heel beeldend voor een defusie. Ik begrijp heel goed dat er allerlei juridische waarborgen en goede formuleringen nodig zijn om aan te kunnen tonen dat het nodig is en dat het moet. Ik zie die uitwerking dan ook graag tegemoet. Maar wat als het gaat om de voordeur en om het voorkomen dat iets heel

groot wordt? Onderzoeker Canoy zegt in NRC Handels-blad: toon maar eens aan dat het van maatschappelijk belang is dat je fuseert. Wie dat niet kan, mag van hem niet fuseren. Dat is nu andersom. Wat is het bezwaar te-gen zijn opvatting? Die zou toch ook kunnen leiden tot een soort preventieve werking in de sector zelf? Organi-saties gaan eerst nadenken over het maatschappelijke as-pect, en daarna pas over financiële en bedrijfsmatige za-ken. Die laatste vormen nu vaak de basis voor de meeste fusies.

Minister Schippers:

Dat weet ik niet. Dat oordeel laat ik aan mevrouw Leijten. Europeesrechtelijk stuit dat echt op grote bezwaren, dus dat is heel moeilijk in te voeren. Los daarvan vind ik het ook een uitgangspunt waarmee je fusies op een negatie-ve manier bejegt. Dat vind ik onterecht. Fusies hoeven namelijk helemaal niet slecht te zijn. Veel fusies zijn een succes. Helaas ken ik ook fusies die faalden. Daarbij con-stateer ik, net als de NMa, dat fusies vaak slecht onder-bouwd zijn. Dit wetsvoorstel dwingt instellingen om het maatschappelijk belang van hun fusie aan te geven. Dat wordt in allerlei stappen vastgelegd. Men moet uitleggen wat het belang is voor de patiënt, de bereikbaarheid et ce-tera. Ik vind het goed om instellingen te vragen om met zo'n fusie-effectrapportage hun maatschappelijke verant-woordelijkheid zichtbaar, transparant en meelesbaar te maken. Ik wil niet op voorhand zeggen dat een fusie niet mag tenzij men aan een aantal voorwaarden voldoet. En welke criteria zouden dat dan moeten zijn? De voorspel-lende waarde is namelijk bijzonder laag. Het is bijzonder moeilijk om aan te geven of de kwaliteit ergens door toe-of afneemt. Dan vind ik die ingreep dus te groot.

Mevrouw Leijten (SP):

Nu spreekt de minister zichzelf toch tegen. Eigenlijk vindt ze dat er te weinig maatschappelijk wordt uitgelegd waar-om een fusie nodig is. Daarom moet er een concentra-tie-effectrapportage komen, maar die wordt niet bindend. Dat is natuurlijk wel jammer. We zeggen dus eigenlijk dat instellingen heel veel moeten aantonen, maar als daaruit blijkt dat het heel negatief is, mogen ze toch door. Ik heb geen Europeesrechtelijke bezwaren kunnen ontdekken. Ik vind echt dat de minister de Kamer moet informeren – het liefst nu meteen – als zij Europa van stal haalt om te zeg-gen dat zij iets niet kan in de gezondheidszorg; iets waar-over lidstaten zelf gaan. Over welke artikelen gaat het? Waar zegt Europa dat? Is er advies ingewonnen bij Euro-pa? Is het gesprek hierover aangegaan met de Europese Commissie? Het lijkt me zeer interessant om daar dan iets over te zien. Ik vind het jammer dat de minister aan de ene kant zegt dat er heel veel waarborgen nodig zijn en dat die waarborgen aan de andere kant niet van waarde zijn als ze negatief uitvallen. Dat spreekt elkaar tegen. Vol-gens mij is er niets tegen het "nee, tenzij"-principe. De mi-nister heeft daar een invulling van en ik heb daar een in-vulling van. Het is wat mij betreft geen verbod op fusies. Het gaat mij erom dat instellingen aantonen of het nodig is. Dan krijg je toch iedereen mee?

Minister Schippers:

Als twee particuliere instellingen samen willen gaan bij één interne markt, dan is het toch niet zo heel moeilijk om te bedenken dat ik die standstill die mevrouw Leijten elke keer aan mij vraagt, helemaal niet kan afkondigen? Dat is evident.

Schippers

Dan kom ik op het feit dat het "nee, tenzij"-principe Europeesrechtelijk op bezwaren stuit. Als twee instellingen samen willen gaan, is dat nog niet zo gemakkelijk door de overheid te verbieden, tenzij de patiënten er nadeel van hebben doordat de prijzen omhooggaan, en tenzij mededinging wordt belemmerd. Daar hebben wij al die toetsen voor. Als een ziekenhuis of een AWBZ-instelling wil fuseren en de fusie-effectrapportage blijkt helemaal negatief te zijn, moet ik nog eens zien of er gefuseerd wordt.

Ik kom nu op de sancties die de NZa kan opleggen als de verzekeraar niet meldt. Dat zijn boete, bestuursdwang en last onder dwangsom. De verzekeraar moet dan bijvoorbeeld voor iedere dag dat niet aan de opdracht van de NZa voldaan wordt, een bepaalde geldsom betalen. Je kunt een opdracht ook afdwingen, desnoods met sterke hand. De kosten daarvan zijn voor de verzekeraar. Voor de beantwoording van deze vraag had ik naar de tweede termijn verwezen; bij dezen.

Ik ga nu in op de vragen van de leden. Ik denk dat een aantal vragen van mevrouw Bruins Slot al beantwoord zijn. Zij vroeg mij ook om een reactie op de stelling van Loek Winter dat elk type zorg zijn optimale grootte heeft. Ik kan mij daar heel goed iets bij voorstellen. De hoog-complexe laag patiëntenzorg heeft een andere schaal nodig dan misschien radiologie. Eigenlijk zie je dit ook in de praktijk. Het aantal algemene ziekenhuizen is in de afgelopen vier jaar met vijf afgenomen van 87 naar 82. Het aantal categorale ziekenhuizen en umc's was in deze periode stabiel, terwijl het aantal zbc's fors is toegenomen, namelijk van 189 naar 282. Er is dus een enorme uitbreiding van het aantal zelfstandige behandelcentra. Bij dat zorgtype past heel goed een kleine schaal en daardoor doen de zbc's het goed. Wij zien dit overigens ook in de AWBZ. Ik noem in dit verband de Thomashuizen. Wij zien het eveneens bij de ggz-instellingen. In de ggz zijn er grote instellingen – dat is waar – maar je ziet een enorme toename van nieuwe toetreders. Dat willen wij weleens over het hoofd zien, omdat wij slechts zien wat er regulier aan het fuseren is, maar niet wat er aan nieuw aanbod komt. Ik ben het dus met die stelling eens. Ik ben het niet eens met het feit dat de overheid dit zou moeten vaststellen. Als de zorggrootte ergens bij past, past de zorg daar uiteindelijk ook bij de patiënten. Patiënten hebben dan ook een voorkeur om naar die instellingen te gaan.

Biedt de fusietoets de NZa meer doorzettingsmacht om fusies tegen te houden? Mij gaat het niet om het tegenhouden van fusies. Ik vind dat er goed doordachte fusieplannen moeten komen. Daarin moet aandacht besteed worden aan de positie van de werknemers, de positie van de cliënten en de gevolgen voor de bereikbaarheid. Deze toets zet dit alles kracht bij. De Raad van State was inderdaad vrij kritisch over het wetsvoorstel, maar constateerde tegelijkertijd dat er bij fusies risico's kunnen optreden ten aanzien van publieke belangen. De overheid staat helemaal aan het eind en moet vanuit die positie de publieke belangen daadwerkelijk realiseren. Daarom vind ik dat de overheid meer kan ingrijpen dan anders.

Wilt u extra elementen toevoegen aan de fusietoets, zoals innovatie en de gevolgen voor de kosten van zorg? Ik heb net de fusierelevante aspecten opgesomd. Het is niet de bedoeling van dit wetsvoorstel om innovatie aan te jagen, maar om zorgvuldige besluitvorming te bevorderen. Het toevoegen van nog meer elementen leidt daarbij tot onnodige administratieve lasten. Ik vind dat wel een aandachtspunt. Je moet een fusietoets namelijk ook werkbaar houden.

Klopt de rol van de NMa nog wel in het kader van fusies en past zij haar taak en beleidsregels goed toe? Ik kom binnenkort met een brief over de NMa. De NMa toetst op mededingingsrechtelijke aspecten. Dat is een ander toetsingskader dan waar wij hier bij de NZa over spreken. De kern van de beleidsregels die de NMa moet toepassen is de vraag of er na een voorgenomen fusie tussen ziekenhuizen voldoende alternatieven binnen de normale reisafstand beschikbaar blijven. Houdt de patiënt voldoende keuzemogelijkheid over? Houdt de sector voldoende concurrentiekracht over om de prijzen laag en de zorg beter te houden? Schaalgrootte is geen toetsingskader van het NMa, of dat nu optimale, minimale of maximale schaalgrootte is.

Welke AWBZ-zorg is cruciaal? Alle zorg binnen de AWBZ is dus cruciaal. Dat betekent niet dat de instellingen niet kunnen omvallen – dat kan gebeuren – maar het betekent dat wij de cruciale zorg garanderen. In de huidige AWBZ-zorg zitten overigens elementen waarover je discussie kunt voeren. Begeleiding is zo'n element, maar dat gaat over naar de Wmo. De kern-AWBZ die wij in het regeerakkoord hebben afgesproken, zal allemaal cruciale zorg zijn.

Kan het ook extramurale AWBZ-zorg zijn? Dat is zo. Wanneer bijvoorbeeld verpleging en verzorging voor cliënten met een AWBZ-indicatie niet meer beschikbaar is, belemmert dat het dagelijks functioneren. Dat is ook de reden waarom dat wordt aangemerkt als cruciale zorg.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister zei dat alles wat binnen de AWBZ valt, cruciale zorg is. Dat betekent eigenlijk dat de groep mensen die op dit moment onder de cruciale zorg valt, veel groter is als de onzalige plannen van het kabinet om de AWBZ te verkleinen doorgaan. Hoe verklaart de minister dat er mensen zijn die nu zorg hebben, bijvoorbeeld een dementerende oudere die nu wel cruciale zorg heeft, maar die als de plannen van het kabinet doorgaan, straks geen cruciale zorg meer hebben? Dan hebben wij de wetgeving immers veranderd. Wat is er veranderd in de situatie van die oudere mevrouw?

Minister Schippers:

Dat is een heel andere discussie. Dat is de discussie over de vraag: als je dingen naar de Wmo verplaatst, wil je dan dat ze onder deze wet blijven vallen? Die discussie moet je voeren bij de overheveling van deze zorg naar de Wmo. Mij wordt gevraagd welke AWBZ-zorg cruciaal is en welke niet. Het gaat mij erom dat je een indicatie krijgt voor AWBZ-zorg. Die indicatie stelt dat je dus niet zonder kunt. Ik geef toe dat je daarover hier en daar een discussie kunt voeren – dat heb ik net gezegd – maar die discussie moet je dan voeren bij de uitplaatsing en niet bij de toepassingen van deze wet. Dat zou de omgekeerde wereld zijn.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Zegt de minister dus eigenlijk dat wij straks een kern-AWBZ krijgen die veel te klein is, maar dat wij nog wel gaan bekijken of de mensen die nu cruciale zorg nodig hebben, die straks ook nodig hebben zonder dat zij onder de AWBZ vallen?

Minister Schippers:

Nee, de AWBZ-zorg is een verzekeringsrecht. Je betaalt premie en dan heb je recht op zorg. De Wmo is een voorziening. Je kunt daarover de discussie voeren of er in al-

Schippers

les wat onder die voorziening valt, cruciale elementen zitten. Mij gaat het erom dat deze wet van toepassing is op de AWBZ-zorg. Als die kleiner wordt, wordt die kleiner. Dan moet je de discussie voeren over de vraag of je apart moet definiëren wat je uitplaatst, of niet.

Wat is de sociale context in de langdurige zorg? Mensen die AWBZ-zorg krijgen, zijn daarvan heel vaak voor de rest van hun dagelijkse leven afhankelijk. Wanneer een instelling waar mensen langdurig verblijven failliet gaat, kan eventuele verplaatsing naar een andere omgeving een heel grote impact hebben op de patiënten en de cliënten. Omdat van tevoren moeilijk is vast te stellen wat voor welke groep cliënten belangrijk is, dienen verzekeraars en aanbieders daar bij het maken van afspraken over continuïteit van zorg zo veel mogelijk rekening mee te houden. Je kunt bijvoorbeeld denken aan levensbeschouwing, nabijheid van de partner en het karakter van de cliënt. Op deze manier kunnen zorgkantoren en verzekeraars invulling geven aan de menselijke maat. De NZa zal bij melding door een zorgkantoor procedureel toetsen of rekening is gehouden met de sociale context van cliënten.

Beslist de gemeente straks wat cruciale zorg is? De Wet marktordening gezondheidszorg gaat over de zorg van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet en wat daarin aan cruciale zorg zit, en niet over de Wmo en gemeenten. In het kader van de hervorming van de langdurige zorg zal dit voor de Wmo dus nader moeten worden gezien. Ik zal daarop niet vooruitlopen. De staatssecretaris zal daar later op terug komen.

Is het consulteren van lagere overheden, zoals gemeenten en provincies, bij dit wetsvoorstel verplicht? Op grond van dit wetsvoorstel zijn zorgaanbieders met een fusievoornemen verplicht om de relevante stakeholders te betrekken. Ik kan me voorstellen dat bij sommige vormen van zorg de lagere overheden relevante stakeholders zijn. Dit is niet als zodanig in het wetsvoorstel opgenomen, omdat limitatieve lijstjes beperkend kunnen werken, omdat er heel verschillende vormen van zorg zijn en omdat complexe zorg weer heel anders is dan minder complexe zorg. Ik ben van mening dat bestuurders het beste kunnen inschatten welke stakeholders relevant zijn. De procedurele toets ziet op de betrokkenheid van cliënten, personeel en stakeholders. Je moet het in samenspraak met de NZa van geval tot geval bekijken.

Er is gevraagd naar de verhouding van het wetsvoorstel met artikel 33 van de Wcz, de medezeggenschapsbepaling. Vooraf merk ik op dat de Wcz wordt opgeknipt. De medezeggenschap is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Met de fusie-effectrapportage wordt deze medezeggenschap gefaciliteerd en gestimuleerd. Met de procedurele toets wordt ze waar nodig kracht bijgezet. Ze versterken elkaar dus.

Door e-health kun je met weinig mensen ongelofelijk veel zorg leveren. De vraag is gesteld of de fusietoets dan ook nog van toepassing is, aangezien de reikwijdte van de fusietoets met name wordt bepaald door het aantal werkzame mensen. Dit wetsvoorstel is van toepassing op zorgaanbieders die zorg doen verlenen door 50 of meer mensen. Hiervoor is gekozen omdat de lijntjes van het personeel naar het bestuur dan nog betrekkelijk kort zijn, waardoor ze elkaar weten te vinden. Ook vanwege de administratieve lasten is gekozen voor deze ondergrens. Het doet er niet toe of er sprake is van een aanbieder van e-health of van een reguliere aanbieder, al kan ik me voorstellen dat je met e-health een veel groter bereik hebt. Toch heb-

ben we gekozen voor de ondergrens van 50, want anders leg je aan heel kleine organisaties die willen samengaan, een enorm grote administratieve last op.

De vraag werd gesteld wat ik ervan vind dat verzekeraars geen concrete invulling van de minimumzorgnormen voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid hebben ontwikkeld. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten die invullen. De NZa ziet daarop toe. Er gelden minimumnormen voor kwaliteit. De inspectie handhaaft daar ook op. Die normen worden uitgebreid met de komst van het Kwaliteitsinstituut. Daarnaast zie ik dat steeds meer verzekeraars zoeken naar normen die verder gaan dan de nu geldende minimumnormen voor kwaliteit. Ze zetten er dus juist iets bovenop. Het Kwaliteitsinstituut zal die ontwikkeling aanjagen. Als verzekeraars hun verantwoordelijkheid voor het invullen van normen betreffende kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid onvoldoende oppakken, probeer ik met dit wetsvoorstel af te dwingen dat partijen het zelf oppakken. Ik wil de verantwoordelijkheid van de verzekeraars op dat punt benadrukken.

Moet een ggz-aanbieder die met verschillende zorgverzekeraars te maken heeft, aan al die verzekeraars informatie leveren? Er zijn onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ggz-instellingen. Daarbij wordt allerlei informatie over de instelling uitgewisseld. Dat hoort bij een regulier onderhandelingstraject. Alle instellingen doen dat. De instellingen zullen onderhandelen met verschillende verzekeraars. Dat doen ze al. Overigens vind ik dat er eerder te weinig verzekeraars zijn dan te veel. Maar goed, hierbij is dat dan een voordeel, want dan hoef je met minder verzekeraars aan tafel te zitten. Ik verwacht niet dat in de praktijk het verstrekken van informatie meer administratieve lasten met zich zal brengen, omdat men die informatie op grond van de reguliere afspraken al uitwisselt. Bij het vastleggen van die afspraken kunnen verzekeraars en aanbieders daarmee rekening houden.

Hoe gaat de NZa om met de melding dat een zorginstelling in financiële problemen komt, bijvoorbeeld door het traag afhandelen van nota's of door het feit dat de zorg niet wordt ingekocht door verzekeraars? Zorgaanbieders hebben op grond van dit wetsvoorstel geen plicht om aan de NZa te melden dat ze financiële problemen hebben. Dat moeten ze met hun zorgverzekeraar bespreken. Als we dat wel zouden verplichten, zouden we het veel te veel naar onszelf toetrekken. Zorgverzekeraars zijn daarbij niet verplicht om zorg in te kopen bij een zorgaanbieder zolang ze aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Dat staat centraal. Als de zorgaanbieder meent dat de trage afhandeling van nota's of het niet inkopen van zorg het gevolg is van een aanmerkelijke marktmacht van de verzekeraar, dan moet hij dat melden. Als dat inderdaad het geval is, dan kan de NZa haar hele handhavingsinstrumentarium inzetten, bijvoorbeeld een boete.

Het CDA wil over drie jaar graag weten wat de meerwaarde van deze wet is. Het CDA is een voorstander van deze wet, maar wil wel graag een evaluatie. Het verheugt mij natuurlijk dat het CDA voorstander is van deze wet. Ik zie daar ook meerwaarde in. Een evaluatie na drie jaar vind ik wel aan de snelle kant. Het hangt er immers maar van af hoeveel cases we dan hebben. Als er veel wordt gefuseerd, hebben we er heel veel, maar als er weinig wordt gefuseerd, hebben we er dus heel erg weinig. Ik ben bereid om toe te zeggen dat we inderdaad over drie jaar gaan evalueren. Tegen die tijd zal worden aangegeven of we voldoende cases hebben. Zo niet, dan moeten

Schippers

we iets langer wachten om een deugdelijke evaluatie te krijgen. Maar in principe zie ik dit punt wel in.

De volgende vraag was of de fusietoets de fusiegolf een halt toeroept. Er wordt natuurlijk gefuseerd, en soms denk je wel eens dat het wel heel veel fusies zijn, maar we moeten ook kijken naar het nieuwe aanbod dat tegelijkertijd in deze sector in beeld komt. Anders krijgen we een wel heel erg eenzijdig beeld van klontering, terwijl kleine instellingen die zorg leveren die heel goed door kleine instellingen kan worden geleverd, er ook daadwerkelijk bij komen. Het is dus niet aan mij een fusie een halt toe te roepen. Als dat betekent dat je complexe zorg en heel ingewikkelde operaties zo kunt leveren dat de overlevingskans van een patiënt toeneemt, dat het risico op heroperatie afneemt en dat de kwaliteit erop vooruitgaat, terwijl je dat dan ook nog goed weet te regelen met je personeel, dan ben ik daar geen principieel tegenstander van. Wel vind ik dat het beter moet worden onderbouwd; daarom dit wetsvoorstel. Ik vind het heel belangrijk dat we zorg in de buurt hebben, uitgaande van de menselijke maat, maar ze moet wel passen bij de zorg die geleverd wordt. Een eenvoudige operatie waarvoor veel patiënten zijn, kun je heel goed laten doen door een streekziekenhuis. Daarvoor hoeft je niet vijftig kilometer verderop naar een heel groot ziekenhuis te gaan. Maar er zijn ook operaties waarvoor je graag vijftig kilometer verderop rijdt, omdat je weet dat de overlevingskansen daar veel groter zijn. We moeten dat transparant maken, zodat iedereen dat kan zien. Kleinschaligheid is daarbij niet altijd het beste.

Moet er een nationale norm komen voor wat cruciale zorg is? In de brief hebben we dat "waarborgen voor de continuïteit van zorg" genoemd. Dat gaat om zorg die, als ze niet direct beschikbaar is, leidt tot ernstige gezondheidsschade en tot ernstige belemmeringen in het dagelijks functioneren. Daarbij gaat het om ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang, ggz en AWBZ-zorg. Ze zijn vastgelegd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, dat op 1 januari 2013 in werking is getreden.

We hebben het al gehad over omkering van de bewijslast. Het is gewoon in strijd met het Europees recht. Daar kun je vraagtekens bij zetten, maar het is wel een feit, omdat bestuurders verantwoordelijk zijn voor hun eigen instelling. Wij hebben in de wet- en regelgeving vastgelegd dat zij ruimte nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. Daar hebben zij beslissingsbevoegdheid. Er wordt te veel van uitgegaan dat je fusies eigenlijk niet zou moeten willen.

Mevrouw Leijten (SP):

Positief ten opzichte van een fusie, of terughoudend en "nee, tenzij" hanteren? Het is geen bedenksel van mijn fractie, het is gewoon uitdrukkelijk genoemd in columns en analyses. We bespreken hier een wet. Ik wil als parlementariër nu geïnformeerd worden over welke Europeesrechtelijke verdragen dan geschonden worden, hoe we dat juridisch en wettechnisch kunnen tegengaan en welke informatie het ministerie heeft ingewonnen bij de Commissie op basis van deze uitspraak. Ik ben namelijk echt van mening dat, als je gaat toetsen of fusies wel kunnen, ook de grondhouding wel kan worden veranderd. Als het een verbod zou zijn, dan heeft de minister gelijk. Maar dat is het niet. Het komt erop neer dat je de bewijslast omkeert en ik wil gewoon zwart op wit te zien krijgen wat hierover in de Europese verdragen staat. Welke Europese verdragen zouden hierdoor worden geschonden en

welke juridische mogelijkheden zijn er om dat op te lossen? Ten slotte wil ik weten wat hierover is gewisseld tussen het ministerie en de Europese Commissie.

Minister Schippers:

Daar was geen overleg voor nodig, want wij spreken nu gewoon over particulier initiatief, over particuliere instellingen die particuliere beslissingen nemen. De overheid kan niet zomaar zeggen: joh, dat mag jij niet. Het zijn geen staatsinstellingen. Het zijn particuliere instellingen. Daarbij komt dat deze instellingen onder de interne markt vallen, een markt waarvoor rechtsregels zijn afgesproken. Afgesproken is bijvoorbeeld dat je niet zomaar kunt verhinderen dat men gaat samenwerken als men kan aantonen dat de prijzen er niet door omhoog zullen gaan en dat men geen andere aanbieders van de markt gaat drukken. Dat is wat de NMa toetst. Men moet zich kortom gewoon houden aan de mededingingswetgeving. De overheid kan dus niet zeggen: je voldoet aan de mededingingswetgeving en de toets van de NMa, maar toch mag je het niet. Wat we wel kunnen doen en dat doen we met deze wet, is van instellingen vragen om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid waar te maken en om transparant aan te tonen wat de voor- en nadelen van een fusie zijn en hoe de andere partijen hierin staan. Het is overigens niet "ja, tenzij", want het is een neutrale wet die de betrokken partijen vraagt om hun fusievoornemens te onderbouwen.

Mevrouw Leijten (SP):

Als het allemaal zo duidelijk is, dan wil ik gewoon dat overzicht krijgen, inclusief het aan de Europese Commissie gevraagde advies. Een overheid mag namelijk wel de gelijk voorwaarden stellen aan een fusie. Sterker nog: een overheid kan die voorwaarden zo streng maken dat er geen fusie meer mogelijk is. Dat kan allemaal, want uiteindelijk gaan wij over de gezondheidszorg. Dat het een particulier initiatief is, mag waar zijn, maar uiteindelijk gaat het wel om publieke middelen. We bespreken niet voor niets een fusietoets. We vinden namelijk dat die nodig is. Ik wil met andere woorden een overzicht ontvangen van welke Europese verdragen geschonden zouden worden, van de juridische mogelijkheden om die buiten werking te stellen en van het overleg tussen het ministerie en de Europese Commissie over dit onderwerp. Dat lijkt mij een redelijk verzoek, omdat de minister Europa van stal haalt als argument waarom het niet zou kunnen.

Minister Schippers:

Over de woorden "publieke middelen" van mevrouw Leijten kun je ernstig twisten. Je kunt belastinggeld besteden aan de aanleg van een weg, maar zodra je dat geld hebt overgemaakt naar de wegenbouwer, is het geen publiek geld meer. Het is dan gewoon privaat geld. Je kunt er ernstig over twisten of dat ook niet opgaat voor de gezondheidszorg. Als je medicijnen inkoopt bij een medicijnenfabrikant, is dat geld dan nog publiek geld, nadat je het aan de medicijnenfabrikant hebt betaald? Ik zie dit dus totaal anders dan mevrouw Leijten.

Ik kan mevrouw Leijten wel een schets geven van waar we tegenaan zouden lopen en wat we zouden moeten wijzigen als we haar voorstel overnemen. Ik weet niet hoe gecompliceerd dit is, maar een schets lijkt mij mogelijk. Mevrouw Leijten kan dan vervolgens zelf uitzoeken hoe het precies zou moeten. Een schets van waar je tegenaan loopt als je het omzet in "nee, tenzij" kan ik haar toezeggen.

Schippers

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat stel ik zeer op prijs. Als Europa van stal wordt gehaald om iets af te wijzen, moet duidelijk zijn waarom dat zo zou zijn. Verder moet dan ook duidelijk zijn wat hierover is gewisseld in het overleg met Europa. Ik zie echt nog steeds niet in waarom je wel allerlei voorwaardelijke regels en toetsen zou kunnen invoeren, maar niet zou kunnen zeggen dat onze grondhouding in principe defensief wordt: "tenzij je kunt aantonen dat". Het is geen verbod. Het is geen beperking. Het is alleen maar het vooropstellen van het maatschappelijk belang. Volgens mij delen we dat allemaal en ik wil dan ook precies weten waaruit die Europees-juridische haken en ogen bestaan. Als die er namelijk niet zijn, vervallen ook de argumenten tegen "nee, tenzij".

Minister **Schippers**:

"We delen dat allemaal." We delen dat helemaal niet allemaal! Ik deel het in ieder geval niet. Ik zal mevrouw Leijten een schets geven van waar het Europeesrechtelijk op vastloopt.

Hebt u een overzicht van de manier waarop de NZa op basis van de jaarrekeningen toezicht heeft gehouden op de risico's voor de continuïteit van zorg? Op deze vraag moet ik antwoorden dat dit nooit een taak van de NZa is geweest. Dat wordt het ook niet. Ik beschik dan ook niet over een overzicht. Deze taak bestaat niet, ook niet bij de inspectie. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en dat komt het aller dichtste bij deze taak. Bij de meldplicht die wij gaan invoeren, krijgt de NZa dus een nieuwe, extra taak.

Wat is het criterium om te beoordelen of de kwaliteit bij een defusiebesluit in het geding is? Indien aantoonbaar is dat door de omvang van de instelling de kwaliteit door een ondergrens is gezakt en er geen andere middelen meer voorhanden zijn om de kwaliteit weer op peil te krijgen, kan deze bevoegdheid als uiterste redmiddel worden ingezet. Ik ga dat niet zelf beoordelen. Daarover krijg ik dan adviezen van de NZa en de inspectie.

De vraag over de TU Delft heb ik volgens mij al beantwoord in mijn reactie op mevrouw Bruins Slot. Je ziet dat de schaalgrootte afhankelijk is van het soort zorg dat wordt geleverd. In de praktijk zien wij dat er heel kleine instellingen ontstaan die bijvoorbeeld radiologie doen. Er zijn zbc's die dat doen. Blijkbaar is die schaal daar heel geschikt voor, want zij doen het erg goed. De umc's, waar heel complexe zorg wordt geleverd, zijn behoorlijk gegroeid. Zij hebben een ongelooflijke hoeveelheid bedden. Blijkbaar is dat nodig om die zorg te kunnen leveren. Natuurlijk moet je een schaal zoeken bij de complexiteit en de achtervragen die je van zorg nodig hebt. Ik vind alleen niet dat de overheid moet bepalen wat de goede schaal is, zoals ik al in reactie op mevrouw Bruins Slot heb gezegd.

Er is gevraagd of ik toe wil zeggen dat er ook een toets achteraf komt om te checken of de afspraken die vooraf zijn gemaakt, worden nagekomen. De inzet van dit wetsvoorstel is om bestuurders vooraf beter na te laten denken over een fusie, om beter aan te tonen en te beargumenteren waar die allemaal goed voor is. Daar is de fusie-effectrapportage voor. Eenmaal gefuseerd, is er sprake van een gewone instelling die valt onder toezicht van de inspectie en de NZa. Je kunt niet apart extra eisen stellen aan zo'n instelling. Je kunt wel checken of de gemaakte afspraken worden nagekomen. Die check kunnen de toezichthouders meenemen in hun toezicht. Ik zal ze dat vragen. De eisen die worden gesteld, kunnen echter in de

praktijk niet zwaarder zijn dan de eisen die aan andere instellingen worden gesteld.

Wat als de NZa een fusie wel goedkeurt en de NMa niet? Hak ik dan de knoop door? Hoe is de verantwoording ten aanzien van het overleg tussen toezichthouders over grote zaken geregeld? De NZa en de NMa hebben verschillende verantwoordelijkheden en toezichtkaders. Denkbaar is dat de NZa goedkeurt en de NMa vervolgens afkeurt. Het gaat om verschillende verantwoordelijkheden en kaders. Dan hoeft ik dus geen knoop door te hakken. Als de NMa zegt dat door de fusie de zorg te duur wordt of dat er onvoldoende aanbod is waardoor mensen niet meer kunnen kiezen, is dat zo zwaarwegend dat je die fusie niet moet willen. Als de NZa de fusie niet goedkeurt, wordt die überhaupt niet ter beoordeling aan de NMa voorgelegd. Als de NMa de fusie niet goedkeurt, gaat zij ook niet door.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik begrijp hoe de trap werkt: eerst de NZa en dan de NMa. Het gaat echter om de weging van publieke belangen: wie is nu uiteindelijk de baas? Het lijkt erop dat de minister nu zegt dat als de NZa goedkeurt en de NMa niet, het niet doorgaat, dus dat de NMa altijd allesbepalend is. Het zijn echter twee toezichthouders die vanuit hun eigen kader kijken. Ter bescherming van de patiënt zouden wij graag willen dat die belangen publiek worden gewogen, dat de weging transparant wordt. Wij kennen voorbeelden waarin het uiteindelijk is uitgevchten in de bestuurskamer, op het ministerie of in de NMa-toren. Dan is het dus niet transparant, terwijl je juist zo ontzettend kan leren van het openbaar maken van dat proces. De minister heeft eerder in de Tweede en in de Eerste Kamer gezegd dat zij dat een goed idee vindt. Ik zou dus graag horen of zij daar nog achter staat.

Minister **Schippers**:

Dat is een andere vraag. De vraag die ik beantwoord, is niet of wij dat transparant willen maken. De vraag die ik beantwoord, is wat er gebeurt als de NZa goedkeurt en de NMa afkeurt. Dan gaat het toch niet door. Als de NZa het al niet goedkeurt, komt het überhaupt niet bij de NMa. Er zit dus geen rangorde in. Ze zijn allebei even belangrijk want zij toetsen heel verschillende dingen. Als de NMa iets niet goedkeurt omdat zij bijvoorbeeld gevaar ziet voor keuzevrijheid, is het in het belang van de patiënt om die fusie niet door te laten gaan. Beide zijn dus volgtijdelijk. Je kunt bovendien geen onenigheid krijgen, want ze toetsen echt op heel verschillende dingen. Wel moeten ze allebei een groen vlaggetje geven, wil het kunnen doorgaan. Dat is dus iets anders dan het punt van de transparantie, waar ik nu aan toekom.

Mevrouw Bouwmeester zegt dat er in het kader van de transparantie vast overleg moet plaatsvinden tussen de toezichthouders, zoals NZa, NMa en de inspectie. In dat kader vraagt zij of ik eenmaal per jaar een verslag naar de Tweede Kamer wil sturen met daarin de verantwoording door deze toezichthouders van de fusies. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg hebben de NZa, de inspectie en de NMa al samenwerkingafspraken gemaakt. Op die manier is gewaarborgd dat de toezichthouders relevante informatie delen en uitwisselen. De besluiten die zij nemen, zijn in beginsel openbaar. Het enige wat zij eruit halen, is bedrijfsvertrouwelijke informatie en eventueel privacygevoelige informatie. Op deze wijze leggen zij dus verantwoording af over hun besluiten. De

Schippers

juistheid en zorgvuldigheid van hun besluiten worden ook wel voorgelegd aan de rechter. Mevrouw Bouwmeester vraagt transparantie, maar die wordt dus al gegeven. Zij maken immers transparant wat hun uitkomsten en argumenten zijn.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De PvdA zou graag meer openbaarheid willen zien en dan niet op juridische argumenten, de feiten en de cijfers, maar vooral op de weging van de publieke belangen. Als ik de minister goed begrijp, zegt zij dat als de NZa ja zegt, het naar de NMa gaat en dat als die nee zegt, de NMa dus hoger in de hiërarchie staat, terwijl ...

Minister Schippers:
Nee.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

... het toch verschillende belangen naast elkaar zijn. Ik begrijp nu dat de minister dat niet zegt. Ik kan dus direct mijn conclusie daarop aanpassen. Stel dat de NZa ja zegt en de NMa nee. Dan is de NMa de baas. Dat zei de minister zojuist. Dan is de vraag welk publiek belang leidend is. Dat willen we juist transparant maken.

Minister Schippers:

Nee, ik zeg dat zij toetsen op verschillende toetsingskaders. Ik heb twee groene vlaggetjes nodig. Je kunt net zo goed zeggen dat de NZa belangrijker is, want als de NZa het niet ziet zitten, komt het überhaupt niet eens bij de NMa terecht. Het is alleen wel volgtijdelijk, dus de NZa moet toestemming geven, anders gaat het überhaupt niet door. Je kunt dus ook zeggen dat de NZa het belangrijkste is, als je het zo wilt zien. Het gaat er mij om dat zowel de NZa als de NMa een groen vlaggetje moet geven, dus allebei. Pas dan kan het doorgaan. Zij moeten dat allebei doen, omdat zij toetsen op verschillende dingen. De NZa toetst op andere punten dan de NMa, maar ik wil ze allebei groen getoetst hebben, wil het kunnen doorgaan. Er is dus niemand belangrijker.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik houd het even technisch. Er zijn twee vlaggetjes, een groen en een rood. Als het wat betreft de NZa wel doorgaat, is dat dus het eerste groene vlaggetje. Als het dan wat betreft de NMa niet doorgaat, betekent dat, omdat de NZa altijd vooraan in het proces zit, dat de NMa de baas is, omdat haar belangen het zwaarste wegen. Dat kun je nu natuurlijk afspreken, maar volgens mij weeg je dan de publieke belangen niet. Wat gebeurt er immers in het geval van een groen en een rood vlaggetje? Dan gaan ze met zijn tweeën in de bestuurskamer zitten. Wij willen juist dat de minister in een dergelijk geval de knoop doorhakt en daarover politieke verantwoording aflegt.

Minister Schippers:

De NZa toetst op andere aspecten dan de NMa. Ik wil dat het gehele spectrum een groen vlaggetje krijgt. Als er een onderdeel is dat dat vlaggetje niet krijgt, kun je ook zeggen dat de NZa het belangrijkste is, omdat wanneer die een rood vlaggetje geeft, het überhaupt niet bij de NMa komt. Als het wel bij de NMa komt, gaat die toetsen op de belangen van de patiënt. De NMa houdt in de gaten of er prijsopdriving plaatsheeft waardoor een patiënt voor hetzelfde opeens veel meer zou moeten betalen. Ook houdt de NMa in de gaten of patiënten voldoende keuzemoge-

lijkheid hebben en er niet één zorginstelling is die alles voor zeggen heeft. Patiënten moeten immers weg kunnen gaan als zij ontevreden zijn. Dat zijn publieke belangen. De NMa toetst op publieke belangen. Dat is heel belangrijk. Ik vind het belangrijk dat zowel de publieke belangen waar de NZa op toetst als de publieke belangen waar de NMa op toetst, een groen vlaggetje krijgen. Pas dan kun je zeggen: oké, die fusie gaat door. Als een van de twee echter een rood vlaggetje geeft, of die ene nu vooraan zit of achteraan, gaat het gewoon niet door. Dan worden namelijk ergens de publieke belangen onvoldoende gegarandeerd.

Het is onmogelijk om de NMa vooraf alle afspraken die in de zorgsector worden gemaakt, te laten toetsen en goedkeuren. Wel biedt de NMa de mogelijkheid tot een zogenaamde "informele zienswijze vooraf". Het moet dan gaan om een samenwerkingsvorm of constructie met bredere betekenis dan strikt lokaal. Zij spreekt die bereidheid op veel plaatsen uit. Ik ben ook voornemens om in de brief die ik de Kamer nog ga sturen, aan te kondigen dat ik samen met de NMa een tour ga maken door het land, waarbij instellingen hun dilemma's kunnen voorleggen, en NMa, NZa en VWS direct aanspreekbaar zijn. Mensen kunnen vragen: wij willen samenwerken, mag dit? Dan kan men allerlei varianten aan de orde stellen waarop NMa, NZa en VWS een reactie geven, zodat er meer zekerheid komt. Ik hoop dat de brief die ik ga schrijven, ook meer zekerheid biedt over wat wel en niet mag. Uiteraard moet samenwerking die in het belang is van de patiënt, ongehinderd van de grond kunnen komen. Men moet daar niet bang voor zijn.

De NZa en de NMa doen momenteel onderzoek op basis van een door mij aan de NZa gevraagde uitvoeringstoets naar het voorkomen van regiomaatschappen.

De voorzitter:

Excuses, mevrouw Bruins Slot heeft over het vorige punt nog een vraag.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik deel de opvatting van de minister dat het belangrijk is om de rol van de NMa te verhelderen. Ik kijk dan ook uit naar de brief. Tijdens mijn inbreng heb ik – meerdere sprekers hebben dat gedaan – gevraagd naar de zorgbestuurders die hebben gezegd dat fuseren gemakkelijker is dan samenwerken. Hoe kijkt de minister aan tegen de opvatting van die zorgbestuurders?

Minister Schippers:

Ik vind die gedachte zeer ongewenst, omdat samenwerken soms veel beter kan zijn dan fuseren. Ik wil daar dus wat aan doen. Ik wil dat proactief doen door een informatietour door het land te maken en door de brief die ik schrijf. Ik wil er helderheid, meer zekerheid over geven. Ik vind het echt ongewenst als er gefuseerd wordt terwijl men eigenlijk liever gaat samenwerken.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat vind ik een goede inzet. Maar wat zij ook zeggen is: fuseren geeft zo veel zekerheid, want dan weten we dat we nooit achteraf op onze vingers getikt gaan worden. Dat is natuurlijk het probleem met de toetsing van de NMa; samenwerken toetst het NMa altijd achteraf, bij een fusie heb je vooraf zekerheid.

Schippers

Minister Schippers:

Dus moet je meer zekerheid creëren over samenwerking. Daar zijn we naar op zoek. Daar zal ik in mijn brief op ingaan. Dat is ook de reden dat ik nu al zeg dat we actief het land ingaan. Dat heb ik al met de NMA en NZa afgesproken. Heel veel dingen lijken heel erg op elkaar. Ik hoor vaak angst over dingen waarvan ik zeker weet dat het aan alle kanten in het voordeel van de patiënt is als er wordt samengewerkt. Wij moeten daar meer zekerheid over bieden. Daar is mijn inzet op gericht met de brief en de andere acties.

Ik kom op de zorgen van de heer Don. Ik hoop dat ik die heb weggenomen. Althans, de heer Don geeft zelf aan dat veel samenwerkingsverbanden in de praktijk geen probleem zijn, maar dat de angst voor problemen groot is en de samenwerking vaak verhindert. De NMA heeft mij ook verzekerd dat zij niet stuurt in de richting van een fusie. Ik vind wel dat een accentverschuiving nodig is. Wij willen dat er in de zorg samengewerkt wordt en dat er informatie wordt uitgewisseld. Als er een sector is waarin informatie-uitwisseling cruciaal is om fouten te voorkomen, om te voorkomen dat patiënten honderd keer hetzelfde verhaal moeten vertellen, dan is het de zorg. Ik vind dat er een accentverschuiving moet komen en die zal ik in de brief ook beschrijven.

Ik vind het echt een misvatting dat medische missers aan maatschappen worden gekoppeld. Laten we wel weten: Jansen Steur was gewoon in loondienst. Het gaat erom dat er in een organisatie een cultuur is van elkaar aanspreken. Als je ziet dat je collega, of die nu in loondienst is of in een maatschap werkt, aan het prutsen is, moet je hem daarop aanspreken en de kat de bel aanbinden. Wij komen daar nader op terug. Wij hebben ook in de Wcz aanscherpingen aangebracht. Die wet wordt nu opgeknipt, maar die aanscherpingen zullen zeker in nieuwe vorm bij u terugkomen. Hoe voorkom ik dat instellingen fusies presenteren als laatste redmiddel in plaats van verbetering van de zorg? Deze fusie-effectrapportage moet dat juist voorkomen. Men moet onderbouwen waarom men wil fuseren. Men moet dat niet alleen zelf doen, maar ook de cliënten en het personeel erbij betrekken. Door de betrokkenheid van meer belanghebbenden zal veel sneller duidelijk worden wanneer een aanbieder onterecht een beroep doet op een reddingsfusie.

Mevrouw Dijkstra ziet niet zoveel in deze fusie-effectrapportage. De heer Mulder is ook enigszins sceptisch. Ik heb aangegeven waarom ik vind dat dit echt een andere zaak is dan een bakker of een stofzuigerfabrikant. In het laatste geval moet je iets verder reizen voor je stofzuiger en stofzuig je twee dagen niet: vervelend maar overkomelijk.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik word aangesproken. Ik zie vooral niets, of weinig, in de extra bevoegdheid van de minister om daaraan nog extra eisen te stellen naast de acht punten die al worden genoemd. Daarover gaat mijn amendement.

Minister Schippers:

Bij dat amendement ben ik nog niet, maar dat laat ik sowieso aan de Kamer over, zodat zij daarover zelf een oordeel kan geven.

Omdat er enige scepsis bestond over het wetsvoorstel, vind ik wel dat ik moet aangeven waarom ik denk dat het voorstel belangrijk is. Zorg is in grote instellingen niet per definitie onder de maat. Dat ben ik helemaal met me-

vrouw Dijkstra eens. Ik hoop dat ik dat inmiddels heb aangegeven.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik begrijp dat het blokje "maatschappen" al is afgelopen. Ik heb daarover nog twee openstaande vragen. Een hoogleraar heeft gezegd: los van al het goede dat maatschappen kunnen hebben, ontstaat soms ook een gebrek aan intercollegiale toetsing, waarbij mensen problemen onder de pet houden omdat ze met elkaar in een maatschap zitten. Dat ter nuance. Zijn suggestie luidde: als je de hele maatschap verantwoordelijk maakt voor het voorkomen en het goed oplossen van medische missers of fraude, voorkom je dat de leden elkaar indekken omdat ze in een maatschap zitten. Wat vindt de minister daarvan?

Minister Schippers:

De beperking tot de maatschap vind ik ongegrond. Mevrouw Bouwmeester focust op een maatschap. Ik vind dat ook mensen in loondienst elkaar moeten aanspreken. In het voorstel voor de Wcz staan allemaal aanscherpingen voor de intercollegiale toetsing et cetera. Dat wetsvoorstel wordt opgeknipt in vijf delen. Ik heb net toegezegd dat ik de delen die dit aanscherpen, zal behouden in de vorm van de wetsvoorstellen. Ik heb dit echter niet gekoppeld aan loondienst of maatschap.

Wat betreft de grote prutsers: ik vind het heel erg dat in de medische sector zoveel artsen die ongelooflijk knap zijn en goed werk doen, in de schaduw vallen van een aantal mensen die het echt verprutsen. Die prutsers moeten wij harder aanpakken. Daarop moeten wij het instrumentarium aanscherpen. Dat moeten wij doen, of ze nu in loondienst zijn of in een maatschap. Daarbij is intercollegiale toetsing bijvoorbeeld heel belangrijk. Daarover hebben wij hier al eerder gesproken. Die valt onder andere wetten dan dit wetsvoorstel. Dit gaat over de fusietoetsing.

Ik heb net aangegeven dat maatschappen juridisch veel gecompliceerder liggen dan wij in eerste instantie dachten. Daarop zal ik apart terugkomen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De fractie van de Partij van de Arbeid is het bijna helemaal met de minister eens. Je functioneert echter niet alleen in maatschappen of alleen in loondienst niet. Deze hoogleraar wees er juist op dat aan maatschappen voordelen zijn verbonden, maar ook extra risico's. Als je die wilt voorkomen, zul je daarvoor speciaal beleid moeten maken. Erkent de minister dat? Het lijkt nu namelijk of zij geen onderscheid maakt, maar er zijn verschillen in risico en in kwaliteit. Als de minister nog terugkomt op de maatschappen, wil zij dan in het onderzoek de vraag meenemen of specifiek beleid moet worden gevoerd en of de voorstellen van de hoogleraar of anderen daarin kunnen worden meegenomen?

Minister Schippers:

Dat heb ik nu net laten doen door de commissie-Meurs. Deze commissie heeft gezegd dat alle vooroordelen over maatschap veelal ook. Het ligt er maar net aan wat de cultuur in een organisatie is, hoe de intercollegiale toetsing is geregeld. Aan dat soort aspecten ligt het veel meer dan aan dit soort organisatorische aspecten. Wij zullen daarover natuurlijk spreken in het kader van de opgeknipte Wcz. Ik ga echter niet mee in de opvatting van mevrouw

Schippers

Bouwmeester dat er extra risico's zijn verbonden aan het ene of het andere. De commissie-Meurs heeft daar geen grond voor gevonden.

De heer **Anne Mulder** (VVD):

Ik maak mijn collega mevrouw Bouwmeester een compliment. Afgelopen maandag hebben wij een symposium gehad over patiëntveiligheid. Daar werd het door haar geopperde idee eveneens naar voren gebracht, dus dat is op zich goed. Ik zal haar even helpen. De heer Piet Batenburg, de directeur van het Catharinaziekenhuis, stelde voor om, als men de maatschap verantwoordelijk wil maken, dit te regelen in het tuchtrecht. Toevallig zat de hoogleraar die het tuchtrecht evalueert eveneens in de zaal. Hij vond dat het punt van het verantwoordelijk maken van maatschappen zou moeten worden meegenomen in de evaluatie van het tuchtrecht, die nu plaatsvindt. Wellicht kan de minister dit punt dus meenemen in die evaluatie.

Minister **Schippers**:

In dat geval wil ik ook graag kijken naar de artsen in loondienst. Ik vind dat het verkeerde beeld ontstaat dat artsen in maatschappen in vergelijking met artsen in loondienst meer risico lopen op disfunctioneren. Daar is geen grond voor.

gevraagd is of ik van mening ben dat de zorg in grote instellingen per definitie onder de maat is, welke criteria ik op dit punt hanteer en of ik een voorbeeld kan geven. De omvang is een afgeleide van het aanbod van de instellingen. Soms is een grotere omvang nodig om bepaalde verrichtingen te kunnen uitvoeren. Een grote omvang heeft ook nadelen, zoals bureaucrativering, gebrek aan aandacht, medewerkers die elkaar niet kennen en het zijn van een nummer in plaats van een patiënt. Ik heb niet gezegd dat grotere instellingen per definitie slechter zijn. Dat vind ik niet. Het hangt erg af van de instelling.

Voorts is gevraagd hoe effectief de meldplicht is, of de meldplicht de NZa niet juist een minder goed beeld geeft en welke reden ik heb voor de meldplicht. Eigenlijk heb ik dit al aangegeven in mijn inleiding. Omdat wij uiteindelijk de zorg moeten leveren, wil ik dat wij eerder op de hoogte worden gesteld van de gevallen waarin de continuïteit van de zorg in het geding is, via een earlywarning-systeem. Ik heb tevens al aangegeven op welke wijze wij borgen dat de patiënten- en cliëntenraden voldoende zeggenschap hebben bij de fusiebeslissing.

Ook heb ik al gesproken over de gevolgen voor verzekeraars en aanbieders die niet melden. Iedere dag dat de opdracht van de NZa niet wordt nagekomen, kan de verzekeraar worden veroordeeld voor een geldsom. Wij kunnen een opdracht afdwingen, desnoods met sterke hand, en de kosten daarvan doorberekenen aan de zorgverzekeraar. Tevens kunnen wij een boete opleggen.

gevraagd is of dit wetsvoorstel zal leiden tot sneller melden. Dat zal het geval zijn, want er is een earlywarning-systeem, dus wij weten sneller wanneer er serieus iets aan de hand is waarvoor de overheid misschien zal moeten opdraaien. Wij kunnen dus op een eerder moment de verantwoordelijke partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid.

Ook is gevraagd hoe het precies in zijn werk gaat als de instelling voor langdurige zorg failliet dreigt te gaan. Wat betekent dit voor patiënten? Is er al een vangnetaanbieder, of komt die pas als het faillissement een feit is?

De **voorzitter**:

Mevrouw Dijkstra wil over het vorige punt nog een vraag stellen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb de minister gevraagd waarom zij denkt dat zorgverzekeraars zelf niet op tijd zullen melden. Is dat op dit moment de ervaring?

Minister **Schippers**:

Momenteel is het voor de toezichthouder moeilijk in te schatten als er tussentijds daadwerkelijk iets aan de hand is. Als de overheid uiteindelijk de cruciale zorg zal moeten leveren, dan hoort daarbij dat wij in het voortraject een systeem moeten hebben op basis waarvan iedereen zo lang mogelijk zelf verantwoordelijk is, maar waarbij wij, als het echt gaat knellen, een toezichthouder hebben die tegen een verzekeraar kan zeggen dat hij iets harder in de benen moet, omdat hij er niet zo gemakkelijk afkomt en niet zo gemakkelijk de problemen op de premiebetaler kan afwentelen. Het laatste gaan wij dus niet doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Spreekt de minister nu vooral over de AWBZ-zorg, als zij spreekt over de cruciale zorg? Ik probeer even voorbeelden te bedenken.

Minister **Schippers**:

In het IJsselmeerziekenhuis hebben wij als premiebetaler uiteindelijk behoorlijk veel geld gestoken. Daar voel ik heel weinig voor. Ik vind dat belonen van slecht management. Die kant wil ik niet op. Wij zullen dus iets anders moeten bedenken. Wij moeten ervoor zorgen dat het IJsselmeerziekenhuis niet eerst helemaal vastloopt, maar dat wij, vlak voordat het vastloopt, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kunnen zeggen dat zij iets harder aan de slag moeten gaan.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Als er voorbeelden genoemd worden, gaan wij natuurlijk de casuïstiek in.

Minister **Schippers**:

Dat is waar.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik vraag mij af of in het geval van het IJsselmeerziekenhuis niet op tijd bekend was dat het fout zou gaan. Volgens mij waren de problemen behoorlijk vroeg in beeld, alleen is er niet voldoende actie op ondernomen. Dat is de crux.

Minister **Schippers**:

Ja, maar omdat wij nu regelen dat je het moet melden en omdat de NZa ook werkelijk bevoegdheden heeft om jou in de benen te duwen, of je wilt of niet, geeft dat de NZa natuurlijk wel een positie dat ze ook daadwerkelijk kan optreden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Begrijp ik het goed dat doordat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders moeten melden, de NZa moet ingrijpen als zij iets hoort?

Schippers

Minister Schippers:

Nee hoor. Zij kan ingrijpen. Het is een kanbepaling. De NZa laat de bal zo veel mogelijk liggen bij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Als de NZa ziet dat zij van goede wil zijn en ontzettend hard werken om hun problemen op te lossen, dan houdt de NZa wel toezicht op het feit dat zij dat doen, maar hoeft zij dat niet zelf te doen. Maar ja, mevrouw Dijkstra heeft een amendement ingediend om de meldplicht te laten vervallen en dat vind ik echt een stap terug. Het betekent dat op een gegeven moment iedereen naar de overheid kijkt zonder dat eerder iets is gemeld, of dat wij er iets aan hebben kunnen doen met een toezichthouder om de zaak nog voor elkaar te krijgen. Men kijkt dan naar de overheid en vervolgens kunnen wij ervoor opdraaien. Ik ben er niet voor, continuïteit van cruciale zorg via een vangnetstichting te bieden zonder dat een toezichthouder op tijd weet dat er wat aan de hand is.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik wil even terugkomen op het voorbeeld dat net is genoemd.

De voorzitter:

Pardon, ik dacht dat u op het amendement zou ingaan. Daarom stond ik het toe, want het is in feite een interruptie.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Dat doe ik ook, maar ik doe het aan de hand van het voorbeeld dat net werd genoemd.

De voorzitter:

Oké.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Als je kijkt naar dat voorbeeld, moet je je afvragen of de overheid daar inderdaad had moeten ingrijpen. Dit is uiteindelijk gebeurd, maar de minister heeft in debatten die wij hebben gevoerd ook weleens gezegd dat het uiteindelijk kan gebeuren dat een ziekenhuis omvalt. Dat is dan het risico waarvan sprake is. Dan is het niet de overheid die ervoor opdraait, maar de overheid die zegt dat die cruciale zorg elders moet worden gehaald en geleverd.

Minister Schippers:

Sterker nog, ik ga geen instellingen overeind houden. Dat is voor mij echt no-go, want dat vind ik belonen van slecht gedrag. Wij zijn het daarover helemaal eens. Als je dat niet doet, kan het wel zijn dat helemaal aan het einde de cruciale zorg niet wordt geleverd. Ik ben het ermee eens dat dit voorbeeld hiervoor een slechte casus is, maar in andere casussen kan het zijn dat je in een omgeving zit waar de cruciale zorg niet wordt geleverd. In dat geval vind ik het een overheidstaak dit wel te doen en dan ben je op een gegeven moment aan de bal. Daarom vind ik zo'n earlywarningsysteem wel belangrijk.

Maar hoe gaat het allemaal in zijn werk als het een instelling in de AWBZ betreft? Dan informeert de NZa mij zodra zij signalen heeft dat sprake kan zijn van overmacht bij een verzekeraar om aan zijn zorgplicht te voldoen. Op dat moment start de voorbereiding van het oprichten van een vangnetstichting. Zodra een overmachtsituatie zich aandient, wordt de procedure gestart tot oprichting van een vangnetstichting bij het parlement. Er is een alternatief, zeg ik tegen de heer Mulder, namelijk dat je vooraf een vangnetstichting opricht, die er altijd als slapen-

de stichting is en die je activeert zodra zij aan de orde is. Snelheid is hiervan een groot voordeel, want zij is meteen tot je beschikking. Het nadeel is dat van minder maatwerk sprake is en dat het parlement al goedkeuring heeft gegeven aan de oprichting van de vangnetstichting. In de andere situatie, waarbij de vangnetstichting pas wordt opgericht als zij aan de orde is, moet de procedure voor het oprichten van de vangnetstichting bij het parlement worden gestart. De curator heeft er belang bij de instelling in de tussenliggende periode draaiende te houden. Als hij delen van de instelling aan de vangnetaanbieder kan verkopen, kan hij weer schulden afbetalen. Ik ga er, mede op basis van ervaringen uit het verleden, van uit dat de zorg wordt doorgeleverd zodat er voor de patiënt geen directe gevolgen zijn. Als de zorg wordt overgenomen, zal de overnemende partij goed moeten kijken welke personeelsleden hij wil overnemen. In de praktijk kan het dus zo zijn dat een deel van het personeel niet wordt overgenomen, sowieso al omdat je de electieve zorg niet hoeft te garanderen, alleen de cruciale zorg.

De heer Anne Mulder (VVD):

Wat betekent het nu precies voor de patiënt? Wij hebben het een halfuur geleden gehad over de sociale context, dat je partners niet uit elkaar wilt halen, en dat men ook qua levensbeschouwelijkheid kan terecht komen waar men wil. Garandeert de minister dat er niets verandert voor een cliënt in een instelling voor langdurige zorg die omvalt en waarvoor een vangnetstichting moet worden opgericht omdat er geen alternatieve aanbieder is?

Minister Schippers:

De vangnetstichting trekt in de bestaande instelling. Hoe moet ze dat anders regelen?

De heer Anne Mulder (VVD):

Verandert er niets voor de patiënt? Is hij niet de dupe van het faillissement?

Minister Schippers:

Een patiënt zal er misschien wel iets van merken, want er is onrust in de instelling en hij weet dat de instelling failliet gaat. Dat wordt allemaal doorgekletst, dat weten we allemaal. Natuurlijk is dat zo. Maar mijn idee van de vangnetstichting is het volgende. Bij een heel klein woonzorgcomplexje is het meestal geen probleem om de patiënten ergens anders op te vangen. Bij grote instellingen is echter geen alternatieve zorg beschikbaar, omdat we niet zoveel overcapaciteit hebben. Hoewel iedere casus zijn eigen kenmerken heeft, ligt het in zo'n geval voor de hand dat de vangnetstichting de zorg voortzet in de instelling.

Voorzitter: Arib

De heer Anne Mulder (VVD):

Als een instelling op het punt staat om failliet te gaan, komen hier de e-mails binnen. Dat is terecht, want mensen maken zich grote zorgen. Dan helpt het als de Kamer kan zeggen dat men zich niet al te veel zorgen hoeft te maken, omdat de Kamer en de minister hun best doen om ervoor te zorgen dat er niets voor de patiënt verandert.

Schippers



Minister Schippers:

Dat is waar, maar je kunt het hier niet voor heel Nederland en voor de komende jaren garanderen. Het hangt heel erg van de situatie af. Gaat het om een kleine zorginstelling, waarvoor we de vangnetstichting maar even nodig hebben omdat we de instelling vrij gemakkelijk kunnen overdoen, of hebben we het over een grote instelling met veel grotere problemen? Het is heel erg van de casuïstiek afhankelijk. Het ligt voor de hand dat het op deze manier zal gebeuren als een heel grote instelling failliet gaat.

Naar aanleiding van de fusieregeling Haaglanden en de door de NZa voorspelde prijsstijging, is de vraag gesteld of de NZa de modellen niet moet aanpakken. Ik kan mij niet uitlaten over individuele besluiten van de NZa. In algemene zin kan ik zeggen dat de uitkomst van het NZa-model input vormt voor de NMa. Voor de NMa is de opvatting van de verzekeraar over de mate waarin zij het gefuseerde ziekenhuis kan disciplineren, zoals dat in jargon heet, van groot belang. Er wordt hard gewerkt om het model verder te verfijnen.

Is de fusietoets, gelet op de huidige problematiek, wel adequaat? Zou de NZa niet meer moeten doen, zoals het vaststellen van een uniforme set indicatoren, en wat is de relatie tussen professionele standaarden en de indicatoren voor de slechte financiële positie? De praktijk heeft laten zien dat er sprake is geweest van niet goed doordachte fusies. Met dit wetsvoorstel zorg ik ervoor dat bestuurders hun fusieplannen zorgvuldig moeten overwegen en de relevante stakeholders erbij moeten betrekken. Ik ga ervan uit dat dit volstaat en dat een uniforme set financiële indicatoren nog niet nodig is. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hierover zelf afspraken maken, zoals afspraken over liquiditeit en solvabiliteit. Indien noodzakelijk kan ik alsnog een uniforme set financiële indicatoren voorschrijven via een ministeriële regeling, die mevrouw Dijkstra overigens uit het wetsvoorstel amendeert. Dat zeg ik maar even tegen de heer Van der Staaij. Er is geen relatie tussen professionele standaarden en financiële indicatoren. De professionele standaarden gaan over de kwaliteit van de zorg bij een bepaalde zorgvraag en niet over de financiële situatie van een aanbieder.

Hoe voorkom ik dat de overheid langdurig verantwoordelijk blijft voor een vangnetstichting? Dat vind ik een ontzettend belangrijke vraag, omdat ik het echt zie als een tijdelijke rol. De nadruk op tijdelijkheid is om aan te geven dat de overheid zelf geen aanbieder is of wil zijn, en omdat dit nodig is vanwege Europese staatssteunregels. In de statuten van de stichting wordt daarom de clausule opgenomen dat met elke serieuze overnamekandidaat gesproken moet worden. Ik verwacht dat er genoeg partijen zijn die de zorg graag willen overnemen. Het staat vast dat de zorgverzekeraar de zorgaanbieder nodig heeft om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. We betalen natuurlijk kostendekkend, dus het ligt voor de hand dat er uiteindelijk wel een aanbieder zal zijn, maar ik ben het met de Kamer eens dat een belangrijk aandachtspunt bij de evaluatie is hoe dit in de praktijk verloopt.

Gaat de opsplitsingsbevoegdheid niet wat ver? Ik zet echt in op de preventieve werking van dit instrument. Als je het als stok achter de deur hebt, moet dit enorm veel betekenen. Maar het is een ingrijpend instrument dat je alleen als uiterst redmiddel kunt gebruiken als minder ingrijpende middelen niet voorhanden zijn.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik heb een aanvullende vraag over die opsplitsingsbevoegdheid. Is die wel hanteerbaar? Zoals de wettekst nu geformuleerd is, moet er sprake zijn van het in ernstige mate afbreuk doen aan het verlenen van verantwoorde zorg als gevolg van de organisatiestructuur. Is het in de praktijk wel doenlijk om van de bevoegdheid gebruik te maken aan te tonen dat de organisatiestructuur de reden is voor de ernstige afbreuk aan het verlenen van verantwoorde zorg?

Minister Schippers:

Daaraan heb ik dus invulling gegeven door de inspectie en de NZa samen een advies te laten geven; de één wat betreft de kwaliteit, de ander wat betreft de organisatiestructuur. Of dat in de praktijk gaat werken, weet ik van tevoren ook niet, maar er is natuurlijk wel goed nagedacht over de vraag hoe je dat moet operationaliseren. Mij lijkt het slecht als ik in mijn eentje in een kantoor over de operationalisering ga. Dit lijken me de twee aangewezen instanties om daadwerkelijk een oordeel te vellen over de kwaliteit en de organisatiestructuur.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik begrijp dit antwoord, maar ik blijf aanlopen tegen de vraag of de organisatiestructuur niet een te zware bewijslast met zich meebrengt. Het gaat er niet om dat je gebreken of tekorten in de organisatie aanwijst, maar dat je ook moet kunnen aantonen dat de structuur van een organisatie een causaal verband heeft met een ernstige inbreuk op de kwaliteit van de zorg. Dat lijkt me een heel hoge eis.

Minister Schippers:

Dat is ook een hoge eis en ik vind die terecht. Je moet het niet zomaar doen. Toch kan ik me voorbeelden indenken – waarover ik nu niets ga zeggen – waarbij er een goede kans is om daarvoor in aanmerking te komen. Het zijn er niet heel veel, maar ze zijn er wel. Ik wil dit als last resort houden. Ik vind het niet erg dat die drempel fors is. Ik ben het helemaal met de heer Van der Staaij eens dat het een enorme ingreep in het eigendomsrecht is. Bij de evaluatie zal dit moeten blijken. Misschien willen we er tussentijds nog iets aan doen. Dit was echter het verste waarmee ik zelf zou kunnen komen.

Er is gevraagd in hoeverre het uitzicht op financieel gewin op de korte termijn en het effect op cliënten wordt meegewogen bij de procedurele toets. Dit zijn onderdelen van de fusie-effectrapportage. De inbreng die nu geen rol speelt, maken we daar expliciet.

Er is gevraagd hoe we de inhoudelijke input van cliënten meewegen bij de toets. Ik heb al aangegeven dat dit zwaarwegend en belangrijk is, maar dat het geen instellingsplicht is.

Wat betreft de rol van de ketenpartners hebben wij aangegeven wie de stakeholders zijn. Bij de ene zorgvorm is de huisarts echt een stakeholder, maar bij de andere zorgvorm niet. Wij hebben er niet voor gekozen om alles op te sommen. Dan zou je een enorm verhaal krijgen, bijvoorbeeld van de ggz naar de AWBZ en naar de curatieve zorg in al haar vormen. Dat zou een enorme opsomming worden. Ketenpartners zijn echter wel degelijk relevant voor het type zorg.

Dan kom ik op de relatie met de regionale overleggen over fusies en de fusietoets. Dat ligt bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen. Daarin dient overlegd te worden over bijvoorbeeld het opvangen van de gevolgen van

Schippers

de sluiting van een Spoedeisende Hulp. Als de sluiting van een Spoedeisende Hulp in een fusievoornemen zit, dient het resultaat van een ROAZ-overleg beschikbaar te zijn.

Uit de woorden van mevrouw Agema heb ik opgemaakt dat met name de twee amendementen die zij heeft ingediend relevant zijn. Verder somde zij op wat ze goed geregeld vond. De twee amendementen gaan over zaken die zij beter geregeld zou willen zien. Het amendement op stuk nr. 38 stelt voor dat de zorgautoriteit goedkeuring van concentratie kan onthouden als de inspectie oordeelt dat de beoogde concentratie in ernstige mate afbreuk doet aan het verlenen van goede zorg. Het amendement in zijn huidige vorm gaat uit van de vooronderstelling dat toekomstige kwaliteit zich op voorhand laat toetsen. We hebben daar lang over nagedacht, maar dat valt niet waar te maken. Daarom kan ik het amendement in deze vorm, op de manier waarop het nu geformuleerd is, niet steunen. Als het amendement wordt aangepast, zodat het aangrijpingspunt de huidige kwaliteit is, ligt het anders. Op zich kan de inspectie op grond van de Kwaliteitswet nu ook al bevelen geven als de kwaliteit onder de maat is. Zo'n bevel kan inhouden dat men moet stoppen met de voorgenomen fusie, zeker als het vermoeden bestaat dat de kwaliteit van zorg na de fusie nog meer in het gedrang komt. In dat geval komt de fusie stil te liggen en komt de NZa niet toe aan een fusietoets. Als het amendement in die zin wordt aangepast dat het aangrijpingspunt de huidige kwaliteit is, laat ik het oordeel daarover aan de Kamer. Zonder aanpassing ontraad ik het amendement.

Mevrouw Agema (PVV):

Wij zullen dit nog even bekijken. Het gaat er natuurlijk om dat het beter is om een fusie vooraf te blokkeren dan achteraf het omeetje weer uit elkaar te moeten halen. Daar hadden wij het al eerder over.

Minister Schippers:

Het lastige is dat je moet speculeren op toekomstige kwaliteit. Daar kun je wel heel mooie woorden onder zetten, maar je weet nooit of het echt uitkomt. De huidige kwaliteit zou het aangrijpingspunt moeten zijn.

De voorzitter:

Ik onderbreek u even in verband met de planning. Ik begrijp dat er heel veel amendementen zijn ingediend. Is het de bedoeling dat u alle amendementen nu behandelt?

Minister Schippers:

Ik kan het ook schriftelijk doen, maar ik heb ze hier nu liggen. Wat wilt u?

De voorzitter:

Schriftelijk of mondeling? Ik vraag dit ook in verband met de avondpauze voor het personeel.

Minister Schippers:

Daar ga ik niet over.

De voorzitter:

Het kan ook in een volgend debat.

Minister Schippers:

Ik kan ook volgende keer beginnen met het beoordelen van de amendementen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik begrijp dat wij vanavond niet langer kunnen debatteren, omdat er straks een plenair debat met de minister-president volgt. Ik stel het op prijs om de volgende keer te beginnen met de rest van de beoordeling van de minister over de amendementen. Ik vind het wel prettig om even van gedachten te kunnen wisselen over een amendement. Zodra het op papier staat, is die gedachteswisseling vaak niet meer mogelijk. Wij dienen geen amendementen in om ze op papier af te doen. Wij bedoelen er vaak iets mee. Soms kun je iets verhelderen door een vraag te stellen en kun je tot elkaar komen. De minister en mevrouw Agema deden dit net ook. Als het zus of zo aangepast kan worden, dan ...

De voorzitter:

Het is helder.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik zou het daarom op prijs stellen als het werd geknipt. Dan kunnen wij de volgende keer te beginnen met een restje van het antwoord van de minister. Daarna kunnen wij de tweede termijn starten.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, u stelt dus voor om een deel van de amendementen vanavond te behandelen en de rest bij het volgende debat?

Mevrouw Leijten (SP):

Alle andere amendementen behandelen, redden wij simpelweg niet meer. Wij kunnen het beste de volgende keer beginnen met wat er nog ligt.

De voorzitter:

Voor de helderheid, mevrouw Leijten, wat stelt u nou concreet voor?

Mevrouw Leijten (SP):

De minister gaf net een reactie op een amendement van mevrouw Agema. Daar kunnen wij volgende keer weer mee beginnen. Wij kunnen dat wat mij betreft nu ook afronden. Als wij nu nog beginnen met de andere amendementen, komen wij daarmee niet tot het einde. Ik zou het fijn vinden om in een debat verder te discussiëren over de amendementen. Ik wil dus niet dat de beoordeling van de amendementen afgedaan wordt met een schrijven, want daarmee wordt heel veel inzet van Kamerleden eigenlijk maar een beetje op papier afgedaan.

De voorzitter:

Wij kunnen ook doorgaan tot uiterlijk 19.15 uur en dan bekijken hoever wij komen met de amendementen en de rest volgende keer behandelen.

Mevrouw Agema (PVV):

De minister was nog bezig met haar beantwoording en heeft daarbij hier en daar een amendement meegenomen. Ik had alleen een vraag gesteld betreffende de amendementen en ik neem aan dat de minister daarom meteen inging op de twee amendementen. Eigenlijk is alleen nog de beantwoording van de vragen van collega Mulder ...

Minister Schippers:

Nee, die heb ik al behandeld.

Schippers

Mevrouw **Agema** (PVV):

Sorry, laat ik daar niet in treden. Ik doe een ander voorstel dan mevrouw Leijten. Er zijn ongeveer 30 amendementen ingediend. Ik hecht er wel waarde aan om de beantwoording op schrift te krijgen. Dan kunnen wij na de schorsing verdergaan met de mondelinge afronding van de eerste termijn van de minister.

Minister **Schippers**:

Ik ben op zichzelf wel klaar met mijn eerste termijn. Ik heb alleen de amendementen nog hier liggen.

De **voorzitter**:

Misschien is het toch goed om te bezien hoe ver wij komen met de amendementen. Dan gaan wij de volgende keer verder. Mevrouw Agema, u doet een heel ander voorstel dan mevrouw Leijten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter. Dan kunt u toch beide voorstellen behandelen als een punt van orde en evalueren wat de Kamer daarvan vindt. U doet nu weer een derde voorstel.

De **voorzitter**:

Dit was hetzelfde voorstel als eerder. Daar reageerde niemand op.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik durf het bijna niet te zeggen, maar ik heb een derde voorstel.

De **voorzitter**:

Om het eenvoudiger te maken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik hoop het te verbinden. Als wij de tweede termijn vandaag toch niet halen, is het ook een optie dat alle amendementen schriftelijk worden beantwoord. Dan kunnen wij daarop reageren in onze tweede termijn, die een andere keer plaatsvindt. Dan heb je van twee voorstellen het beste. Dan kunnen wij ons al voorbereiden op het antwoord en goed beslagen ten ijs komen in onze tweede termijn. Daar hebben wij dan echt de tijd voor.

De **voorzitter**:

Hebt u een vierde voorstel, mevrouw Dijkstra?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Nee, ik heb geen vierde voorstel. Ik spreek er mijn voorkeur voor uit dat wij de amendementen in één keer behandelen en dat inderdaad mondeling met de minister wisselen. Als wij het schriftelijk doen en daarover in tweede termijn spreken, is er minder ruimte voor. Ik stel dus voor om dit in één keer te pakken, zoals mevrouw Leijten dat heeft voorgesteld.

De **voorzitter**:

Zegt u eens wat verstandigs, mijnheer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Zo komen wij de tijd tot 19.15 uur wel door! Ik vind het goed om in één keer alle amendementen te bespreken. Dan hebben wij daar geen knip in. Ik kan mij ook voorstellen dat de minister het verhaal nu afmaakt, los van de amendementen, dat wij over de amendementen een brief krijgen waarin daarop al commentaar wordt gegeven en

dat wij vervolgens het debat vervolgen met de mogelijkheid om te interrumperen of te praten over de brief. Daarna kunnen wij dan de tweede termijn houden.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat was mijn voorstel!

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dan ben ik het helemaal met mevrouw Agema eens.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik kan mij vinden in het voorstel van de SP en D66, omdat dit typisch zo'n wet is waarvoor je best bereid bent om amendementen aan te passen op het moment dat de doelstelling overeenkomt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik zie geen tegenstelling tussen het voorstel van mevrouw Agema en dat van mijzelf. Het gaat mij erom dat wij het kunnen uitdiscussiëren en dat wij dus nog feitelijke vragen kunnen stellen. Als daarvoor nog een schriftelijk antwoord komt, is dat prima, maar dan moet het niet zo zijn dat wij de volgende keer met de tweede termijn beginnen en het weggezakt is. Dat zou ik echt zonde vinden van al ons werk en dat van Bureau Wetgeving, want wij hebben allemaal heel erg ons best gedaan. Het zou zonde zijn als dat tussen wal en schip valt. Dat was dus eigenlijk mijn voorstel. En schriftelijke voorbereiding is uitstekend.

De **voorzitter**:

Het voorstel is dat de minister haar verhaal afmaakt, dat er schriftelijk wordt gereageerd op de amendementen en dat het debat wordt voortgezet, te beginnen met de discussie over de amendementen, want dan staat er iets op papier.

Minister **Schippers**:

Ik was begonnen met de amendementen, omdat ik klaar was met de beantwoording!

De **voorzitter**:

Nou, dan zijn wij vroeg klaar! Dan zijn wij hiermee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de Kamer en aan de eerste termijn van de minister. De tweede termijn zal op een nader tijdstip worden gepland. Ik zie dat mevrouw Leijten iets kwijt moet.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik had eigenlijk nog een vraag aan de minister over de inhoud, maar ik zal die stellen als wij de volgende keer beginnen met de rest van de amendementen. Dat is ook goed. Dan doen wij dat.

De **voorzitter**:

Dan doen wij dat.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Mag ik de minister eraan helpen herinneren dat ik nog een antwoord krijg op mijn vraag over de fusietoets zorgverzekeraars, die meegaat in de tas?

De **voorzitter**:

De boodschap is overgekomen, als ik naar de minister kijk.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

Schippers

De vergadering wordt van 18.41 uur tot 20.00 uur geschorst.

Voorzitter: Van Miltenburg

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Excuses dat u even hebt moeten wachten.

Ik heet de minister van Buitenlandse Zaken van harte welkom.