

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1765

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «bouwplan MST is financiële ramp»* (ingezonden 8 februari 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 maart 2012).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de opvatting van de heer Schmidt, voorzitter van de Raad van Bestuur van de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) en econoom, dat de nieuwbouwplannen in Enschede van Medisch Spectrum Twente (MST) zullen uitdraaien op een financiële ramp? Deelt u de zorgen van de heer Schmidt? Wilt u uw antwoord toelichten?¹

Antwoord 1

Het is niet mijn verantwoordelijkheid een oordeel te vellen over de financiële besluiten die een ziekenhuis neemt: dit is de verantwoordelijkheid van het bestuur van de instelling zelf, waarover verantwoording moet worden afgelegd aan de Raad van Toezicht. Navraag bij het MST heeft overigens de informatie opgeleverd dat een bankenconsortium met het MST een financieringsovereenkomst gesloten heeft van meer dan 400 mln euro. Dit bankenconsortium zal over deze de risico's dragen en voor zijn rekening moeten nemen.

Vraag 2

Deelt u de analyse dat een fusie tussen MST en ZGT als resultaat kan hebben dat ZGT wordt gebruikt om de te verwachten financiële problemen van MST op te lossen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Zoals ik heb aangegeven in antwoord op uw eerdere vragen over de bezuinigingen en reorganisaties van Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) en Medisch Spectrum Twente (MST) (2012Z00045, **zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1493**), is er voor zover mij bekend geen sprake van een voorgenomen fusie.

¹ Twentse Courant Tubantia, 4 februari 2012.

Vraag 3

Wat zijn de kosten van interim-krachten bij ZGT die zijn ingevlogen voor de reorganisatie? Is het waar dat deze om en nabij de € 700 000 per maand bedragen? Wat vindt u daarvan? Van welke bureaus komen deze interim-mers? Wat is het maatschappelijk nut om dergelijke hoge bedragen uit te geven aan dure interim-mers voor dergelijke controversiële plannen?

Antwoord 3

In aanvulling op mijn antwoord op uw eerdere vragen naar de kosten van interim-mers bij ZGT (zie antwoord 5 op uw vragenset 2012Z00045, **zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1493**) kan ik hier het volgende op antwoorden.

In het Nederlandse systeem van ziekenhuiszorg is het zo dat die zorg door verzekeraars wordt ingekocht bij ziekenhuizen op basis van vooraf overeengekomen tarieven (waar het om verrichtingen gaat waarvoor vrije DBC's gelden) dan wel op basis van gereguleerde tarieven. Binnen de (financiële) kaders die uit die contracten van ziekenhuizen met zorgverzekeraars voortvloeien, zullen de ziekenhuizen hun exploitatie moeten vormgeven.

Vandaar ook de reactie van een woordvoerder van ZGT in de krant van 8 februari: «dat de inhuur van interim-mers onderdeel is van onze bedrijfsvoering en daar gaan we niet concreet op in. We maken alleen van interim-mers gebruik als de expertise zelf niet binnen ZGT voorhanden is. Bovendien moeten de kosten van de interim-mer opwegen tegen de baten; er moet duidelijk rendement zichtbaar zijn.» Daarnaast meldt die woordvoerder «dat in het kader van de afgekondigde vacaturestop eind december alle contracten met interim-mers zijn of worden beëindigd zodra het contract dit toelaat.»

Er vindt dus geen externe ex ante toetsing plaats op het uitgavenbeleid van ziekenhuizen. Wel is er een soort van externe ex post toetsing, want zorgverzekeraars zullen zich bij het inkopen van zorg laten leiden door de tariefhoogtes waarmee de meest efficiënt werkende ziekenhuizen weten uit te komen.

Vraag 4, 5 en 6

Wat vindt u van de plannen van ZGT om de longafdeling en cardiologie te verplaatsen naar Almelo en de eenvoudigere orthopedische ingrepen, oogoperaties, en liesoperaties naar Hengelo? Betekent dit op termijn niet dat het ziekenhuis in Hengelo wordt ontmanteld naar een dagbehandelingscentrum en geen volwaardig ziekenhuis blijft? Zo nee, waarom niet? Blijft de klinische verloskunde overeind in Hengelo? Kunt u uw antwoord toelichten?

Betekent uw wens om de kosten te beheersen door middel van concentratie van medische zorg, dat er in Twente één ziekenhuis moet overblijven? Zo nee, hoe garandeert u het behoud van de bestaande ziekenhuiszorg in Twente?

Antwoord 4, 5 en 6

Naar ik heb begrepen wordt zowel op bestuurlijk niveau als op maatschapsniveau gesproken over diverse vormen van samenwerking. Dit kan er onder andere toe leiden dat voor complexe, weinig voorkomende ingrepen de patiënt naar verder weg gelegen academische centra moet reizen.

Zoals ik eveneens heb aangegeven in antwoorden op uw eerdere vragen (2012Z00045, **zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1493**) zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en de wijze waarop zij de zorg binnen hun organisatie inrichten. Wel moet de continuïteit van zorg voor patiënten gewaarborgd blijven. Ik ben in genoemde antwoorden ook al ingegaan op de verantwoordelijkheden die de overheid en andere partijen hierin hebben.

Zie verder mijn antwoord op vraag 9.

Vraag 7

Erkent u dat uw stelsel van marktwerking met de bijbehorende risico's voor zorginstellingen leidt tot risicobeperking door middel van fusies? Zo nee, hoe verklaart u dan dat het aantal fusie- of samenwerkingsinitiatieven dit jaar al het totaal van de tweede helft van 2010 overtreft?²

Antwoord 7

In het verleden hebben we gezien dat bestuurders niet altijd zorgvuldig zijn omgegaan met besluitvorming over de door hun te organiseren zorgverlening. Dit betrof onder andere, maar zeker niet uitsluitend, ook besluitvorming over samenwerking en/of fusies. Daarom zet ik alles op alles om het wetsvoorstel, waarmee de regels voor de fusietoetsing vanwege kwaliteit en bereikbaarheid worden aangescherpt, zo snel mogelijk naar uw Kamer te sturen. Het wetsvoorstel ligt op dit moment voor advies bij de Raad van State.

Vraag 8

Welk nut heeft marktwerking als monopolies het voorspelbare resultaat zijn? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8

Zorgaanbieders moeten datgene doen waar ze goed in zijn en datgene waar ze niet goed in zijn aan anderen overlaten. Dit is een beslissing van de zorgaanbieder. Ik deel niet de mening dat monopolies het voorspelbare resultaat zijn. Het toezicht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) moet dit juist voorkomen door standaard de keuzevrijheid voor patiënten en zorgverzekeraars in haar beoordeling van fusies en samenwerkingsafspraken te betrekken. Voorts heeft de NMa op grond van haar fusietoetsing in de afgelopen jaren verschillende malen ingegrepen ter voorkoming van het ontstaan van te machtige posities van zorgaanbieders. Graag verwijs ik in dat kader naar een fusiebesluit van eind vorig jaar, waarin de NMa vanuit dat oogpunt haar toestemming aan de fusie tussen Zorggroep Noordwest-Veluwe en Het Bakken heeft geweigerd.

Ook zien we dat er de afgelopen jaren juist veel aanbieders zijn bij gekomen (zelfstandige behandelcentra). Het is cruciaal dat de toetreding van nieuwe aanbieders vrij is en in de praktijk ook ruimte krijgt. Dat voorkomt de ongewenste situatie van één of te weinig aanbieders.

Vraag 9

Kunt u uiteenzetten hoe uw beleidsdoelstelling van concentratie van ziekenhuiszorg zich verhoudt tot uw doelstellingen van «zorg dichtbij» en keuzevrijheid voor de patiënt?

Antwoord 9

Mijn beleidsdoelstelling is zorg dichtbij die kan en wat verder weg waar het niet anders kan. Mijn uitgangspunt is dat mensen de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben zo dicht mogelijk bij huis en zo min mogelijk hinder ondervinden van de schotten die nu nog tussen de onderdelen binnen het stelsel aanwezig zijn. Als we deze beweging willen realiseren is het van belang dat zoveel mogelijk laagcomplexere tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg of naar een nieuwe ontstane tussenvorm (anderhalvelijnszorg) verschoven wordt (substitutie) en dat de eerstelijnszorg zodanig verbeterd wordt dat doorverwijzing naar de tweede lijn steeds minder nodig is. Met name de chronische zorg voor diverse aandoeningen zou hierdoor veel dichter bij de patiënt beschikbaar komen. In mijn ogen moeten vooral zorgverzekeraars en zorgaanbieders er voor zorgen dat de gewenste verschuiving van zorg richting de eerste- of anderhalvelijn gaat plaatsvinden.

In mijn visie kan concentratie van hoogcomplexere zorg met relatief weinig patiënten noodzakelijk zijn om de gewenste kwaliteit te realiseren en de kosten te beheersen. Deconcentratie van laagcomplexere zorg met relatief veel patiënten is nodig om voor deze vorm van zorg de kwaliteit en toegankelijkheid te verbeteren en ook daar de kosten te beheersen. Alleen op deze wijze kan er een robuuste zorginfrastructuur worden gerealiseerd.

² Het Financieele Dagblad, 6 februari 2012.