

Vergaderjaar 2013–2014

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 126**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 2 juli 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 24 april 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2014 met de antwoorden op vragen van de commissie over de invoering van integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 114).**

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

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

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

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

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Neppérus en Schut-Welkzijn,

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

Aanvang 11.24 uur.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg. Ik heet de Minister, degenen die haar ondersteunen en de aanwezige collega's welkom. Er geldt een maximale spreektijd van twee minuten en ik sta per persoon één interruptie toe.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Een specialist hoort bij het ziekenhuis. De Minister wil dit bevorderen door de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Wij vinden dit een goed uitgangspunt, maar volgens ons is dit onvoldoende, omdat de echte problemen ten aanzien van de inkomenspositie van specialisten hiermee niet worden opgelost. Kan de Minister aangeven waarom het niet verstandig zou zijn om de specialisten onder te brengen onder de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector en om een maximum te stellen aan de honoraria van specialisten? Waarom brengen we de specialisten niet gewoon in loondienst, zoals bij het onderwijs, de politie en andere sectoren?

Kan de Minister ook ingaan op de regiomaatschappen? Net als de Minister en andere fracties vinden wij regiomaatschappen ongewenst, maar zouden we op dat punt niet stringenter moeten optreden? Hoe ziet de Minister dit?

De Minister zegt dat er integrale tarieven worden ingevoerd, maar als er gecontracteerd wordt op basis van het totale budget van het ziekenhuis, zijn we het zicht kwijt op wat een specialist verdient. We zouden het heel goed vinden als toch per ziekenhuis gemonitord kan worden welke totale kosten zijn gemoeid met de specialistensalarissen en welk concreet inkomen een specialist heeft. Hoe gaat de Minister dit monitoren, zodat we dat per ziekenhuis en in totaliteit kunnen zien?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Vanaf 1 januari is het de bedoeling dat ziekenhuizen gaan onderhandelen met medisch specialisten over hun salaris en dat er één integrale bekostiging komt. Dat is op zich een prima richting, maar het CDA maakt zich nog wel zorgen over enkele zaken. Medisch specialisten krijgen een nieuwe werkrelatie met het ziekenhuis. De Belastingdienst heeft allerlei afspraken met de Minister gemaakt over fiscale aspecten, zoals de btw-aftrek. Op papier ziet het er allemaal prima uit. We hebben alle documenten van de Minister gekregen. In de praktijk zien we echter dat het vaak anders gaat, bijvoorbeeld met betrekking tot de VAR voor zzp'ers en het feit dat bepaalde zelfstandige geneeskundige diensten moeten worden gefactureerd aan ziekenhuizen, terwijl de afspraken daarover met de Belastingdienst eerst anders waren. Op papier ziet het er prima uit, maar kan de Minister verzekeren dat de Belastingdienst straks in de uitvoering niet iets anders gaat bepalen? Er zijn allerlei modellen met de Belastingdienst bedacht, waardoor de huidige vrijgevestigde medisch specialisten toch zelfstandige ondernemers blijven. Daar zit het risico aan vast dat de belastinginspecteur straks bepaalt hoe de organisatie van het ziekenhuis eruitziet. Het is natuurlijk ongewenst dat we alleen aan de hand van die vier modellen een ziekenhuis zouden mogen inrichten. Kan dit de bestuurbaarheid van ziekenhuizen in de weg zitten? Wil de Minister bij de monitoring die zij

met de invoering van de integrale bekostiging instelt, dit punt meenemen ten behoeve van de evaluatie?

Ook het CDA maakt zich zorgen over een onwenselijke toename van de inkomens van medisch specialisten als gevolg van het loslaten van het plafond voor de totale beloning. Het lijkt mij goed dat er toch een soort maximum of inzicht via monitoring blijft bestaan. Waarom kan de Minister het plafond toch niet behouden? Is het mogelijk om met die monitoring per ziekenhuis een overzicht te krijgen van de totale beloning?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het invoeren van integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg biedt mogelijkheden om de belemmeringen voor taakherschikking weg te nemen, inkoop op kwaliteit en prijs te bevorderen en de belangen van de ziekenhuizen en specialisten op een lijn te brengen. Gelet op de korte spreektijd, zal ik me beperken tot drie korte vragen.

Om de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg te beheersen, is mijn fractie voorstander van een gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument, zodat de budgetkortingen bij de grootste overschrijders terechtkomen. De invoering van dit instrument wordt uitgesteld tot na 2015. D66 wil voorkomen dat van uitstel afstel komt. Ik hoor graag van de Minister of zij doorgaat met de ontwikkeling hiervan.

Ik constateer dat het invoeren van integrale tarieven gepaard gaat met een aantal fiscale veranderingen. Het lijkt D66 heel goed om deze nieuwe fiscale situatie nauwkeurig in de gaten te houden en binnen twee jaar te evalueren. Ik ben daarom blij dat de Minister dit in de beantwoording van onze Kamervragen heeft toegezegd. Wil zij daarbij ook kijken naar de manier waarop de Belastingdienst uitvoering geeft aan de afspraken over wanneer een specialist wordt aangemerkt als ondernemer?

De commissie-Meurs verwacht dat een grote groep vrijevestigde specialisten als gevolg van de invoering van de integrale tarieven zal overstappen naar een loondienstverband. Ik hoor graag of de Minister een nulmeting wil uitvoeren en de ontwikkeling hiervan wil monitoren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Voor een groot gedeelte kan ik mij aansluiten bij de voorgaande sprekers. De integrale bekostiging en tarifiering brengen een aantal veranderingen met zich mee. Mijn eerste vraag betreft de regiomaatschappen, die ook in het regeerakkoord worden genoemd. De Minister heeft al eerder gezegd dat zij het belangrijk vindt om die tegen te gaan. Welke stappen zet zij precies en wanneer kunnen we de resultaten daarvan zien?

Mijn tweede vraag betreft het inkomensplafond. De medisch specialisten, ook degenen die in loondienst werken, vallen niet onder de WNT. Wat vindt de Minister een redelijk honorarium waarmee kan worden voorkomen dat medisch specialisten straks allemaal aan de top gaan zitten? Wat vindt zij daarvan en hoe wil zij daar toezicht op houden?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De PvdA-fractie vraagt terecht naar de maximale honorering. Als er ruimte is om het totaalplafond te behouden voor het totaal van de salarissen van medisch specialisten, vindt de PvdA dat dan een goed idee?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik begrijp niet helemaal wat u bedoelt; sorry.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft nu met de medisch-specialistische sector afgesproken dat er een maximum aan salarissen wordt uitbetaald aan medisch specialisten. Zij houdt nu ook elk jaar in de gaten of dat maximum niet overschreden wordt. Zou het niet goed zijn om dit toch te behouden om controle te hebben op de toename van de

salarissen van medisch specialisten, zoals mevrouw Bouwmeester ook aangaf?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik begrijp de vraag nu. Ik ben het daar zeer mee eens. Sterker nog: als je kunt differentiëren in tarieven – of het nou gaat om inkomen of om declaraties – vindt steeds het bijzondere effect plaats dat er wordt gedeclareerd aan de bovenkant. Dat hebben we ook in de ggz gezien: iedereen zat in het toptarief. Het risico is dus dat alle inkomens aan de bovenkant gaan zitten. De vraag is of dat een gewenste ontwikkeling is. Je moet dus zeker een maximum houden. Of zegt de Minister dat zij een bepaald tarief redelijk vindt en dat zij daar via de NZa of op een andere manier in wil gaan sturen? Ik ben het dus met mevrouw Bruins Slot eens, maar ik heb daar een extra vraag bij.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is prima. Het is goed dat ook de PvdA vindt dat we het maximum voor het totaal moeten behouden, maar vindt u dat dat redelijke inkomen moet aansluiten bij de WNT en dat dus de balkenendenorm moet gelden, zoals we het nu noemen? Of kijkt de PvdA naar een andere normering?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een terechte vraag. Het is geen geheim dat de PvdA vindt dat alle artsen gewoon in loondienst moeten zijn, daar waar zij werken voor de publieke zaak. Het is ons echt een doorn in het oog dat sommige mensen echt heel veel verdienen, waarbij er ook nog verschil is tussen oudere medisch specialisten en jongere medisch specialisten. Maar goed, we hebben daarover afspraken gemaakt. We volgen daarin de commissie-Meurs en er zijn enkele maatregelen genomen. Zij vallen nu dus niet onder de WNT, maar het risico bestaat dat zij gaan declareren in de top en dus allemaal op het maximum gaan zitten. Mijn vraag aan de Minister – misschien is dat ook uw vraag – is wat zij redelijk vindt en hoe zij wil voorkomen dat iedereen meteen aan de top gaat zitten.

De heer **Van Gerven** (SP): De PvdA kent ongetwijfeld de motie van 20 juni 2012 van collega Leijten. In die motie werd ertoe opgeroepen om voor de artsensalarissen het maximum van een ministerssalaris te laten gelden in het kader van de WNT. De PvdA heeft die motie toen gesteund, en terecht. Als wij die motie vandaag opnieuw indienen, gaat de PvdA die dan steunen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een leuke vraag, want ik denk dat de heer Van Gerven het antwoord weet. Zoals ik al zei, is het geen geheim dat wij het liefst zouden hebben dat artsen in loondienst werken, niet alleen vanwege het inkomen maar ook vanwege de aanspreekbaarheid en een aantal andere aspecten. Als je dat in een regeerakkoord zou hebben gezet, zou dat praktisch niet uitvoerbaar zijn, want je hebt ook te maken met goodwill en een aantal andere rechtsposities. Je kunt niet ineens zeggen dat er een nieuwe situatie is. We hebben daarom bekeken wat daarna de beste oplossing is. De commissie-Meurs heeft gezegd dat je op een aantal manieren kunt stimuleren dat artsen in loondienst komen, bijvoorbeeld door de fiscale mogelijkheden voor vrij ondernemerschap te beperken. Op die manier willen wij de inkomens van medisch specialisten beperken. Als de heer Van Gerven de motie nog eens indient, zullen we die dus niet steunen, omdat dit praktisch niet mogelijk is en omdat we in het regeerakkoord een andere weg hebben afgesproken.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat laatste weten we natuurlijk, maar dit kan natuurlijk wel. Laten we er geen doekjes om winden: je kunt het salaris van mensen in loondienst natuurlijk aan een bepaald maximum binden. De principiële vraag is of specialisten in Nederland meer zouden moeten

of mogen verdienen dan het maximumsalaris van een Minister. Vindt de PvdA dat een specialist in principe niet meer zou moeten verdienen dan een Minister en dat dat dus het maximum zou moeten zijn? Vindt de PvdA dat we daar linksom of rechtsom naar moeten streven?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Excuus, ik denk dat ik mezelf moet herhalen. Dit overleg gaat over integrale bekostiging en medisch specialisten. Voor dit overleg heeft de SP al gezegd dat zij hoe dan ook een motie gaat indienen omdat zij een statement wil maken. Dan maakt het dus niet meer uit wat hier wordt besproken. Dat mag; dat is het goed recht van een partij. Ik herhaal dat wij principieel vinden dat medisch specialisten die voor de publieke zaak werken, om een aantal redenen – die redenen gaan verder dan alleen het inkomen – in loondienst moeten werken. Dat is praktisch niet mogelijk en we hebben in het regeerakkoord een andere weg gekozen. We doen wel degelijk iets, namelijk door via de commissie-Meurs allerlei fiscale mogelijkheden te beperken die ten onrechte worden toegekend. Heel veel medisch specialisten zijn namelijk helemaal geen ondernemer, omdat zij gewoon in een ziekenhuis werken. Er zijn ook nog enkele andere punten. We doen er dus wel iets aan, maar niet op uw manier. Het is uw goed recht om hier nog twintig moties over in te dienen en hier nog twintig statements over te maken, maar ik blijf bij wat ik nu heb gezegd. We zijn het er echter wel over eens dat het een goed uitgangspunt is dat die inkomens naar beneden moeten. De fiscale voordelen voor medisch specialisten worden ingeperkt op basis van de adviezen van de commissie-Meurs. Als een medisch specialist eigenlijk in dienst is van één ziekenhuis en als alles vaststaat, is hij namelijk helemaal geen vrije ondernemer maar is hij eigenlijk gewoon in loondienst. Dan zou hij dus ook niet die fiscale voordelen moeten hebben, simpelweg omdat ook andere Nederlanders die voordelen niet krijgen. Het lijkt er echter op dat er toch een gaatje in de wet is waardoor medisch specialisten nog wel degelijk gebruik kunnen maken van die fiscale faciliteiten. Ik heb begrepen dat hierover overleg is geweest met de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten, VWS en Financiën. Ik zou graag willen weten wat de uitkomst van dat overleg is en ik zou graag de garantie van de Minister willen krijgen dat er met één maat wordt gemeten. Als een medisch specialist in één ziekenhuis werkt en dus niet voldoet aan de criteria voor het vrije ondernemerschap, moet hij die fiscale voordelen niet krijgen. Wij willen graag dat dit wordt gemonitord om te zien wat er in de praktijk gebeurt.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Voorzitter. Ik voel me vereerd, want ik spreek voor het eerst als lid van de commissie voor VWS. Dat vind ik mooi, want de zorg gaat mij zeer aan het hart. De VVD vindt het een goede zaak dat patiënten en zorgverzekeraars vanaf 2015 niet meer apart voor de zorg en de honoraria van de medisch specialisten hoeven te betalen. Straks wordt alles namelijk in één tarief ondergebracht. Deze vereenvoudiging creëert een gelijk speelveld tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde artsen. Voor de VVD blijft het een vrije keuze voor een arts of hij in loondienst wil werken of zich vrij wil vestigen. De vrijgevestigde specialisten moeten straks wel daadwerkelijk investeren en risico lopen als ondernemer. Daarbij is voor de VVD van belang dat de kwaliteit en de patiëntveiligheid van de zorg geborgd moeten zijn. Hoe kan de Minister borgen dat de medisch specialist enerzijds ondernemer kan blijven en anderzijds individueel aanspreekbaar blijft op geleverde kwaliteit en patiëntveiligheid, ook als hij zich bij een maatschap aansluit? De VVD is ervoor dat zorgaanbieders die hun best doen en de kosten beheersen, niet worden gestraft voor de verspilling door andere zorgaanbieders. Daarom pleiten we voor differentiatie van het macrobeheersingsinstrument. Daar is de Minister in haar brief op ingegaan. Zij heeft

aangegeven dat de sector liever collectief wil korten dan individueel. Dat was te verwachten, maar ik vraag me af of we niet toch tot een soort differentiatie van de macrobeheersing kunnen komen, zodat de wensen van zowel het CDA als de VVD kunnen worden ingewilligd. De Minister heeft aangegeven dat zij gesprekken voert om aan deze wensen tegemoet te komen. Hoe staat het daarmee?

De VVD is zeer voor de taakherschikking die nu wordt gestimuleerd door de integrale tarieven. Doordat verpleegkundig specialisten en physician assistants zelf indiceren, uitvoeren én declareren, is het wel de vraag of de aanbodgestuurde vraag, zoals die zich in het verleden in de ggz heeft voorgedaan, kan worden voorkomen. Hoe worden de daar getrokken lessen geborgd en is er een tegenwicht? In welke mate worden deze nieuwe aanbieders bijvoorbeeld gecontracteerd door verzekeraars?

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Na de invoering van DOT en de afschaffing van de risicoverevening is de invoering van integrale tarieven een volgende cruciale stap in de ontwikkeling van de bekostiging van medisch-specialistische zorg. De invoering van integrale tarieven zal op drie manieren leiden tot het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Ten eerste. Het proces van zorginkoop wordt verder verbeterd. Op steeds meer gebieden gaan verzekeraars aan de slag met selectieve zorginkoop. Invoering van integrale tarieven is de volgende stap in dit proces. Het geeft verzekeraars en instellingen de mogelijkheid om nog strakkere afspraken te maken over kwaliteit en doelmatigheid, zonder dat partijen worden belemmerd door separate en door de overheid gereguleerde honorariumtarieven.

Ten tweede. De afgelopen jaren hebben we actief ingezet op taakherschikking door een bredere inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de medisch-specialistische zorg mogelijk te maken. In de huidige bekostigingssystematiek zitten echter belemmeringen die de inzet van deze beroepsuitoefenaars daadwerkelijk tegenhouden. Het is ontzettend belangrijk om de taakherschikking toch te realiseren. Met het wegvallen van de honorariumcomponent voor medisch specialisten hebben verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid om breder te onderhandelen over kwaliteit en doelmatigheid van behandelen, maar ook over de vraag wie er wanneer de beste behandeling kan geven. Ook andere beroepsgroepen kunnen dan op die manier worden ingezet.

Ten derde. Een ontzettend belangrijk argument is de gelijke gerichtheid van medisch specialisten en instellingen. De huidige regulering heeft tot gevolg dat de belangen van instellingen en specialisten niet altijd gelijk oplopen. Dat zet een onnodige rem op het realiseren van doelmatigheid en kwaliteit binnen de instellingen. Met de overstap naar integrale tarieven krijgen instellingen en specialisten een gelijk belang in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Met de invoering van de integrale tarieven wordt een systeem gecreëerd waarin de verzekeraar onderhandelt met de instelling over het totale tarief. Met de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord en de afschaffing van de risicoverevening hebben verzekeraars er belang bij om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Instellingen op hun beurt zullen moeten onderhandelen met hun medisch specialisten over hun vergoeding, waarbij ook de inzet van andere beroepsgroepen mogelijk wordt gemaakt. Mijn verwachting is dat we met de invoering van integrale tarieven zodoende een belangrijke volgende stap naar meer kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg zetten.

Ik heb geprobeerd de gestelde vragen te groeperen. Een belangrijke vraag, die door meerdere Kamerleden is gesteld, is waarom we niet alle specialisten in loondienst dwingen. Het rapport van de commissie-Meurs

is daar helder over. Wij hebben dat rapport gevolgd. Ik vind het beleidsmatig niet wenselijk om alle specialisten in loondienst te dwingen; ik vind dat medisch specialisten zelf de keuze moeten kunnen maken welke werkvorm het beste bij hen past.

Ook is gevraagd of we de medisch specialisten niet onder de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) moeten brengen. Wij hebben daarvan afgezien. Daaraan lag een vrij logische redenering ten grondslag. Er zijn vrijgevestigde medisch specialisten – die mogen gewoon hun beroep uitvoeren – en er zijn medisch specialisten in loondienst. Zou je zeggen «als je in loondienst bent, ga je onder de WNT vallen», dan krijg je grote verschillen tussen de specialisten in loondienst, die onder de WNT vallen, en de vrijgevestigde specialisten. Dit zou leiden tot een vlucht uit loondienst. Dat vind ik zeer ongewenst; ik vind het wenselijk als mensen echt de keuze hebben om in loondienst te gaan of niet. Je kunt de WNT natuurlijk van toepassing verklaren op medewerkers met een arbeidsovereenkomst. Een dergelijke maatregel zal een rechterlijke toetsing doorstaan, maar het inkomen van vrijgevestigde specialisten valt moeilijk te normeren. Dat kan alleen bepaald worden als de resultante van de omzet minus de kosten, maar die kosten laten zich niet normeren of eenduidig formuleren. Enerzijds ligt er het rapport van de commissie-Meurs, dat ook in het regeerakkoord wordt genoemd, en anderzijds ligt er dit belangrijke argument betreffende een beweging die we allemaal niet willen. Daarom hebben we besloten om er afspraken over te maken.

Er is gevraagd wat ik een redelijk honorarium vind. We hebben niet voor niets in het regeerakkoord afgesproken dat er een taakstelling van 100 miljoen wordt verbonden aan de medisch-specialistische zorg. Met andere woorden: medisch specialisten moeten met elkaar 100 miljoen van hun salaris inleveren. Dat gebeurt ook. Bovendien laten CBS-cijfers wat betreft de salarisontwikkeling een dalende trend zien voor de individuele honorering van vrijgevestigde medisch specialisten. Een vrijgevestigd medisch specialist realiseerde in 2009 een omzet van € 259.200, in 2010 een omzet van € 213.600 en in 2011 een omzet van € 189.600. Die omzet daalt dus. Dit is een belangrijke notie; er leeft, soms onderhuids, het idee dat de salarissen maar stijgen en stijgen en stijgen, maar feitelijk zit het anders in elkaar.

Wij gaan hierop monitoren. De NZa heeft opdracht gekregen om die monitor in te richten. Een variant waarbij uitgesplitste honorariagegevens, onder andere salaris en praktijkkosten, beschikbaar komen, heeft daarbij de voorkeur. Deze variant ligt nu intern bij de NZa voor. Verwacht wordt dat de interne besluitvorming van de NZa eind april kan worden afgerond. Dat is dus al heel snel. Voor de zomer zal ik de Tweede Kamer informeren over de monitor en over de gegevens die door deze monitor beschikbaar komen.

Er is gevraagd of het plafond voor medisch specialisten kan worden gehandhaafd. Dat zou destructief zijn. Als je overgaat naar integrale tarieven maar je handhaaft ook een plafond, ga je niet echt over naar integrale tarieven. Dat moet je niet doen. De verzekeraars zullen in hun contracten moeten sturen op integrale tarieven, zodat je vervanging krijgt van de medisch specialist door andere, goedkopere, krachten, zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants. Zij hebben hier ook een belang bij. De risicoverevening, zeker de macronacalculatie, is afgeschaft. Dat is een grote prikkel. Verder gaan we het stapsgewijs en ex post verder afschaffen. We hebben daarover afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. Ik zal het specialistendeel laten monitoren door de NZa, zodat wij kunnen volgen wat er daarmee gebeurt. Zo kunnen we de vinger aan de pols houden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt terecht dat de gemiddelde omzet de afgelopen jaren is gedaald. Aan de andere kant kan straks uit de

monitor blijken dat de omzet en ook het salaris weer stijgen. Immers, de onderhandelingen zouden ertoe kunnen leiden dat medisch specialisten aanzienlijk meer gaan verdienen. Wat is er daarom op tegen om toch nog dat plafond te hanteren? De Minister moet immers nog steeds elk jaar die bezuiniging van 100 miljoen halen.

Minister **Schippers**: Een van de belangrijkste argumenten voor de invoering van integrale tarieven is de gelijke gerichtheid van de belangen. Voor die gelijke gerichtheid heb je integrale tarieven nodig en een verzekeraar die alleen onderhandelt met het ziekenhuis. In de praktijk blijkt er een grote hobbel te bestaan die taakherschikking in de weg staat. Die hobbel valt hiermee weg. De verwachting is juist dat onderdelen van het werk dat eerst naar de medisch specialisten ging, naar physician assistants en nurse practitioners zullen gaan. Je krijgt dus een heel andere verdeling van de werkzaamheden. Daarvoor moet de verzekeraar zijn werk kunnen doen, in een nieuw systeem waarin hij integraal onderhandelt met één blok. Er moeten dan geen schotten meer zijn. Die schotten halen we juist weg; dat is de essentie van dit voorstel. Als we het schot er weer tussen zetten, beschouwt men een deel van de werkzaamheden toch weer als «zijn» deel. Dat is echter niet het geval: er is maar één deel, namelijk het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan zeggen dat er op bepaalde plaatsen een nurse practitioner wordt ingezet omdat dat goedkoper en efficiënter is, en omdat zij het bovendien beter doet. Op die manier kan een ziekenhuis de medisch specialist op een kleiner gebied misschien wel meer tijd aan andere zaken laten besteden. Zo krijg je herschikking binnen het ziekenhuis. Dat willen wij. Ik wil dat kader dus juist niet, vanuit de andere kant dan van waaruit mevrouw Bruins Slot redeneert.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft het over een schot. Dat is het echter feitelijk niet; feitelijk is het gewoon een richting die de Minister samen met de sector geeft aan de salarisontwikkeling. Daarbij komt er ook gewoon een monitor. De vraag is dus wat de formele belemmeringen zijn. Zijn er echt formele belemmeringen, of zijn de belemmeringen die de Minister nu noemt, vooral belemmeringen die uitgaan van verwachtingen?

Minister **Schippers**: Het is andersom. Ik vind het een destructief voorstel, want de essentie is dat we naar een situatie gaan waarin ik bij wijze van spreken in het restaurant één rekening betaal, waar de kok ook bij in zit. En de kok is belangrijk, want hij maakt het eten klaar waarvoor ik naar dat restaurant ga. Toch zit hij erbij in, en niet apart. In het geval van de ziekenhuizen hebben we door dat schot zo'n barrière opgericht dat de taakherschikking volstrekt onvoldoende van de grond komt. Hierdoor wordt een veel logischere verdeling van het geld in het ziekenhuis geblokkeerd. Ik wil de schotten dus weg hebben. We zullen monitoren, dus we kunnen met elkaar bekijken wat er gebeurt. Als er iets gebeurt wat we echt onwenselijk vinden, kunnen we altijd bekijken hoe we daarop reageren. Ik kom dus tegemoet aan uw vrees. Maar ik wil het schot heel graag weghalen, om te kunnen bekijken of alle mogelijkheden die nu niet van de grond komen, dan wel van de grond komen.

De heer **Van Gerven** (SP): Om het duidelijk te krijgen: betekent de monitor dat de Kamer zicht houdt op de omzet per ziekenhuis? Of houden we alleen zicht op het totale verhaal?

Mijn tweede vraag is als volgt. De Minister zegt dat als we ontschotten er als vanzelf taakherschikking ontstaat, en dat de salarissen dan ingedamd zullen worden. Kan het echter ook niet zo zijn, zeker als regiomaatschappen zich ontwikkelen, dat de macht van de specialisten zo groot wordt dat zij zich toch een groter deel van de ziekenhuiskoek toe-eigenen,



en dat de taakstelling dus ten koste gaat van andere delen van het ziekenhuis?

Minister **Schippers**: Ik heb gezegd dat ik bij de Kamer nader terugkom op de vraag wat er precies in de scan zit. Ten aanzien van wat er nu ter besluitvorming voorligt, kan ik zeggen dat je een algemene ontwikkeling ziet in de marktscan, dus niet per ziekenhuis, maar algemeen. We hebben nu ook al een algemeen kader. Dat kunnen we dan vergelijken met de daadwerkelijke ontwikkeling van de medisch-specialistische component in de toekomst.

Wat regiomaatschappen betreft verschillen de heer Van Gerven en ik niet zozeer van mening, ondanks zijn totaal andere aanvliegroute. Als je regiomaatschappen krijgt die zo machtig zijn dat zij kunnen bepalen hoe het gaat en wat ze betaald krijgen, heb je een zeer onwenselijke situatie. Ik ben er zeer op gebrand om die situatie in de kiem te smoren, al moet ik zeggen dat toen ik in de materie dook, die kiem wat ouder bleek te zijn dan ik had gedacht. Regiomaatschappen zijn namelijk niet van de laatste tijd; zij bestaan al langer dan ik had gedacht.

Zoals de heer Van Gerven weet, hebben wij onderzoek laten doen naar de vraag hoe we het kunnen doen. Dat staat ook in het regeerakkoord, want daar is het terecht ook als onwenselijk betiteld. In december heb ik de Kamer een brief gestuurd. De NZa is van mening dat er transparantie moet zijn en dat daarnaast de maatschap een eigen toelating als instelling voor medisch-specialistische zorg zou kunnen krijgen. Dat is een denkbare richting. In dat geval zou je eigenstandig productieafspraken kunnen maken en declareren. Dan kun je ook de regelgeving die wij hebben, van toepassing verklaren.

In het wetsvoorstel waarmee ik voor aanstaande zomer naar de Kamer kom, zal dit vallen onder aanmerkelijke marktmacht. Daarnaast kijken we naar de mogelijkheden om de regiomaatschappen te ontbundelen. Dat is wel een heel lelijk woord: om ze te ontmantelen. De ACM stelt overigens dat regiomaatschappen de verantwoordelijkheid zijn van de raad van bestuur en dat die het ontstaan van aanmerkelijke marktmacht moet tegenhouden, maar dat de ACM zelf ook kan optreden. Mij lijkt het belangrijk om te constateren dat we allemaal tegenstander zijn van niet door kwaliteit ingegeven, praktische samenwerking via regiomaatschappen om zo macht uit te kunnen oefenen en partij te zijn. Voor de zomer kom ik met een stuk naar de Kamer waarin ik uitgebreid zal uitleggen hoe we dit gaan aanpakken, waarom we dit zo gaan aanpakken en waarom we denken dat die aanpak effectief is.

De PvdA heeft gevraagd naar de voortgang. Dit jaar zal de NZa een nulmeting doen naar het aantal regiomaatschappen. Dat vergroot de transparantie en dan weten we waar we staan. De aanmerkelijke marktmacht wordt aangescherpt in het voorstel waarmee ik voor de zomer zal komen. Dan kan ook de NZa tegen die aanmerkelijke marktmacht optreden. De ACM heeft nu nog geen kartelafspraken ontdekt, maar heeft uit een rondgang wel begrepen dat de raden van bestuur verschillende regiomaatschappen hebben tegengehouden omdat zij ze ongewenst vonden. Ik kom hier uitgebreid voor de zomer bij de Kamer op terug. Dan kunnen we ook bekijken welke maatregelen opportuun zijn.

De **voorzitter**: De heer Van Gerven met het tweede deel van zijn interruptie.

De heer **Van Gerven** (SP): Het loopt door elkaar heen, de beantwoording en de interruptie. Ik begrijp toch nog niet helemaal waarom je niet een integraal tarief kunt berekenen, dus een tarief waarbij een verzekeraar een bepaalde afspraak met een ziekenhuis heeft, en als onderdeel van die afspraak zegt dat maar een bepaald gedeelte van de kosten mag gaan naar specialistische kosten, dus naar het honorarium van de specialisten.

Ik maak even een vergelijking met de discussie die wij gisteren voerden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Toen werd er voorgesteld om een maximum aan overhead vast te stellen wanneer we met een instelling een afspraak maken om zorg te leveren. Dan is er dus sprake van een overheadnorm. Waarom zouden we niet ook een specialistennorm kunnen vaststellen wat betreft de kosten in de afspraken die een verzekeraar maakt met een ziekenhuis, waarbij het uiteindelijk toch gaat om een integraal tarief dat je afspreekt?

Minister **Schippers**: Het is een beetje een herhaling van zetten. Ik vind het destructief voor het voorstel. Als je zoiets vanuit de overheid doet, heb je toch een kader. We weten allemaal hoe mensen werken en hoe vol passie zij zijn voor hun vak. Zulke kaders gaan dan als maximum werken. Dan zeggen ze toch «dat is ons geld», terwijl ik dat niet wil. Ik wil niet dat er «ons geld» is voor medisch specialisten; ik vind dat er geld moet zijn voor ziekenhuizen. En als geld uit dat kader juist naar physician assistants of verpleegkundig specialisten moet, moeten we dat gaan doen. We weten allemaal dat als de overheid zoiets vast gaat stellen, het toch het kader wordt van de medisch-specialistische zorg. Ik ben dus bang voor het omgekeerde van wat de heer Van Gerven beoogt, namelijk dat men dit maximaliseert. Daarom ben ik er voorstander van om de kaders juist weg te halen, om zo ervoor te zorgen dat de taakherschikking van de grond komt en we een gelijk gericht ziekenhuis hebben, waarin artsen, verpleegkundigen en het ziekenhuis dezelfde belangen hebben. In het kader van de monitor is gevraagd hoeveel specialisten zullen overstappen naar loondienst. Ik zeg een nulmeting toe. Dan kunnen we dit goed volgen.

Er is gevraagd of ik wil monitoren hoe de Belastingdienst de gemaakte afspraken op papier nakomt. Dat kan ik niet, want het gaat over individuele situaties die op basis van geheimhouding niet kunnen worden ingezien. Ik ben wel bereid om in algemene zin te volgen of de modellen in de praktijk goed werken. Dat zeg ik toe.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat toe, maar rapporteert ze dat ook aan de Kamer?

Minister **Schippers**: Ja, uiteraard, dat zeg ik u toe.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Oké. Anders is het geen formele toezegging, natuurlijk.

Minister **Schippers**: Even voor de helderheid, mocht ik het straks weer vergeten: alles wat ik toezeg op het punt van de monitor, zal ik aan de Kamer rapporteren, zodat de Kamer kan volgen wat er gebeurt naar aanleiding van deze belangrijke stap. Ik zie het namelijk echt als een belangrijke stap.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind het een belangrijke toezegging; dank daarvoor. Ik zit echter nog wat door te denken. Als het een geheime overeenkomst is, in hoeverre valt er dan te monitoren?

Minister **Schippers**: Je kunt monitoren maar er zitten allerlei bedrijfseconomische en andere aspecten bij die nu eenmaal voor iedereen in het land gelden, dus ook voor medisch specialisten. Ook zij hebben gegevens die niet publiek zijn. Maar in het algemeen kunnen wij het wel volgen, zeker ook die modellen. Dat zullen we dan ook doen. Wij zullen daarover rapporteren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik formuleer het iets scherper. Stel, je bent arts en je werkt voor één ziekenhuis; dan ben je feitelijk geen vrije

ondernemer, dan loop je geen risico en heb je dus ook geen recht op fiscale faciliteiten. Op de een of andere manier moet dit duidelijk zijn. Er moet dan niet toch een slimme arts kunnen komen die denkt: ik ga eenmaal per week naar de buurvrouw en dan ben ik opeens wel een vrije ondernemer. Dat gaatje zat in de wet en dat kunnen we niet controleren zolang het een geheime overeenkomst is. Er moet voor gezorgd worden dat aan de ene kant medisch specialisten die vrije ondernemer zijn en risico lopen, wel de voordelen hebben waarop zij recht hebben, maar dat aan de andere kant het «omdat het kan»-gedrag van mensen die feitelijk geen recht op die voordelen hebben maar die er toch gebruik van maken, wordt geëlimineerd. Dat kan echter niet zolang de Minister zegt dat het geheim is. Dan geven we gewoon op hoop van zegen een vrijbrief. Ik wil hier een toezegging over krijgen, anders moet ik er straks weer ingewikkelde moties over indienen.

Minister **Schippers**: Ik ga niet over moties, maar dit gaatje wordt aan deze kant van de tafel helemaal niet herkend. Mevrouw Bouwmeester zegt ook dat er overleg is over dit gaatje. Ook dat wordt door ons niet herkend. Toch gek, want wij zijn een van de partijen ... We hebben twee modellen afgesproken, met twee varianten per model. Deze afspraak is gemaakt met de Staatssecretaris van Financiën, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en VWS. Ik heb deze afspraak in december aan de Kamer toegestuurd. In die brief werden de fiscale punten uitgewerkt. Langs deze lijnen wordt gewerkt. De leden weten echter dat je weliswaar lijnen kunt afspreken, maar dat je ook te maken krijgt met individuele situaties. Daarvoor hebben we in dit land belastinginspecteurs. Zij oordelen op basis van de lijnen. De lijnen die we met elkaar hebben uitgezet, zijn hartstikke helder; ik herken helemaal geen gaatjes. Als dat wel zo was, zouden we ze dichten. Ik moet u zeggen dat Financiën hier geharnast in zit, want men was het daar spuugzat dat mensen geen risico liepen maar zich wel ondernemer noemden. Financiën heeft hier bovenop gezeten. We hebben dus strakke afspraken met elkaar gemaakt, maar zoals voor ieder persoon in Nederland geldt, is het ook in dit geval zo dat de belastinginspecteur uiteindelijk beoordeelt of je in het frame past. Die individuele afweging maakt hij over de belastingaangifte van mevrouw Bouwmeester en ook over die van de medisch specialisten.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Mij is het helder. Volgens mij is het zo dat vrijgevestigde specialisten zich kunnen formeren in een maatschap of individueel aandeelhouder kunnen worden van het ziekenhuis. Dat heb ik begrepen uit de brief. De VVD is er voorstander van dat dit mogelijk blijft. De enige vraag die ik er nog bij heb, is in hoeverre de individuele specialist aanspreekbaar is, ook door het bestuur van het ziekenhuis, op kwaliteit en patiëntveiligheid. Dat is namelijk een punt van aandacht; wij horen uit de praktijk dat die elementen in het gedrang zouden komen. Ik krijg graag een geruststelling van de Minister.

Minister **Schippers**: Daarin verandert helemaal niets; het blijft zoals het nu is. Daar is dus geen wijziging in ten opzichte van de huidige situatie. De artsen die nu in een maatschap werken, zijn al volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk dat zij leveren en voor de patiëntveiligheid die daarmee gemoeid is. Dat zullen zij ook blijven.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Het is dus zo dat de raad van bestuur van een ziekenhuis een soort toegangsovereenkomst heeft gesloten met een medisch specialist, ook als deze zich in een maatschap bevindt?

Minister **Schippers**: De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor het beleid in het ziekenhuis. Dat is nu zo en dat blijft zo. Binnen die

eindverantwoordelijkheid zijn er afspraken gemaakt, zowel met mensen in loondienst als met de maatschappen, over kwaliteit en veiligheid. Uiteindelijk is de raad van bestuur verantwoordelijk, ook voor degene die in loondienst is, voor het beleid en de kwaliteit. Iedereen heeft echter een eigenstandige, professionele verantwoordelijkheid voor het eigen handelen in die schakeling. Dat zal niet anders zijn in de nieuwe situatie. Wat betreft de eerste opmerking van mevrouw Schut het volgende. De essentie van de verandering is dat als medisch specialisten écht risico lopen, net als een mkb'er, zij net zo behandeld worden als een mkb'er. Lopen zij geen risico, dan worden zij behandeld alsof zij in loondienst zijn.

De **voorzitter**: Hierover is gisteren met de Staatssecretaris drie uur lang gesproken.

Minister **Schippers**: Het is dan ook heel essentieel. We gaan hierin veel strakker worden, oneindig veel strakker dan wij waren. Dan kom ik te spreken over het MBI.

De **voorzitter**: Er is eerst nog een vraag over mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De voorzitter kijkt heel moeilijk, maar ik heb een belangrijke vraag over patiëntveiligheid. Vooropgesteld moet worden dat het merendeel van de artsen gewoon goed zijn werk doet en mensen beter wil maken. Dat is de grote groep. Er is echter een kleine groep waarmee weleens iets misgaat. We hebben er eerder over gesproken dat als het misgaat in een maatschap, artsen elkaar soms de hand boven het hoofd houden. Dat gaat zo in een maatschap; je bent dan financieel afhankelijk van elkaar. In dat kader is gevraagd of, als er dingen misgaan en mensen elkaar de hand boven het hoofd houden waardoor men elkaar niet aanspreekt, je de maatschap als geheel verantwoordelijk zou moeten stellen voor de patiëntveiligheid. Wat is de stand van zaken? Het zou immers tot een mooi intern zelfreinigend vermogen in de maatschappen leiden.

Minister **Schippers**: De stelling dat het in een maatschap anders zou gaan dan in een loondienstsituatie, kan ik niet onderbouwen. We hebben wel veel gedaan op dit terrein. In voorgaande debatten hebben we elkaar vaak aangesproken dat het toch niet zo kan zijn dat artsen elkaar de hand boven het hoofd houden. Er is sprake van intervisie en openlijk melden. We hebben heel veel gesprekken hierover gevoerd in het kader van debatten over patiëntveiligheid en kwaliteit. Het veld en de medische specialisten hebben zelf allerlei veranderingen getroffen, waardoor men elkaar veel makkelijker en veel regelmatig aanspreekt op elkaars functioneren. Het is ook veel beter in het beleid vastgelegd dat men dat op regelmatige basis doet. Dat geldt voor loondienstsituaties evenzeer als voor maatschappen. De inspectie kijkt niet of het een maatschap is of loondienst; zij beoordeelt gewoon iedereen op kwaliteit, op wat men doet en presteert. We zijn de afgelopen jaren dus veel strakker geworden hierop.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben het eens met de Minister dat er stappen zijn gezet op dit punt. Dat is hartstikke positief. Nogmaals, het merendeel doet het goed, maar een klein deel heeft nog een duwtje in de rug nodig. Wanneer je in loondienst bent, ben je niet financieel afhankelijk van je collega. Wanneer je in een maatschap zit, ben je ook financieel afhankelijk van het inkomen in de maatschap. Daarom zit het daar wel degelijk anders. Mijn vraag in dezen is nog niet beantwoord. We hebben het destijds gehad over de vraag of je de maatschap als geheel verantwoordelijk moet stellen voor de kwaliteit die de maatschap levert. Dan

krijg je namelijk een intern zelfreinigend vermogen. Wat is de stand van zaken op dit punt? De wet zou er namelijk voor moeten worden gewijzigd.

Minister **Schippers**: De Orde van Medisch Specialisten heeft echt al grote stappen gezet op het terrein van intervisie, elkaar aanspreken en dit regulier inbedden in de organisatie. Als je overgaat naar integrale tarieven, zijn de veranderingen in een ziekenhuis al heel erg groot, zelfs zonder dat je de wet verandert. Met bekostiging kun je immers veel veranderen. Bij overgang naar integrale tarieven maakt het ziekenhuis afspraken met de verzekeraar over wat en hoeveel er moet worden geleverd en van welk kwaliteitsniveau het geleverde is. Vervolgens maakt het ziekenhuis afspraken met zowel de mensen in loondienst als de maatschap, waarbij kwaliteit en patiëntveiligheid een steeds grotere rol spelen. Juist deze bekostigingswijziging zal een enorme impact hebben op de afspraken over kwaliteit en patiëntveiligheid die het ziekenhuis maakt met de maatschappen.

De **voorzitter**: De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**: Ik kom te spreken over het MBI. De suggestie werd gewekt dat het veld en ikzelf het er een beetje bij laten zitten en denken: we komen niet veel verder met een algemeen, generiek MBI, dus laat maar hangen. Dat is zeker niet waar. Het is ook niet waar dat in het veld iedereen voorstander is van een generiek MBI, want je kunt je voorstellen dat de ziekenhuizen die zich netjes houden aan de contractering en aan het volume, er weinig voor voelen om te moeten inleveren omdat de buurman zich niet aan deze zaken houdt. Het veld heeft dus wel zeker belang bij een gedifferentieerd MBI.

Ik heb de Kamer de triple-A-onderzoeken gestuurd. Voordat we vervolgonderzoek op vervolgonderzoek doen, willen wij eerst bekijken wat er in die onderzoeken nog aan strenge informatie zit waarmee we iets kunnen om een en ander daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Het is dus niet zo dat we ermee zijn gestopt. Ik onderschrijf volledig het belang om het gedifferentieerd te kunnen doen. Het is echter wel belangrijk dat het juridisch haalbaar is, want anders sneuvel je alsnog. Per januari 2015 gaat het niet lukken. Ik zeg toe dat ik de Kamer na de zomer uitgebreider informeer over de wegen die wij bewandelen om het echt voor elkaar te krijgen.

Overigens waarschuwde de commissie-Baarsma al voor de complexiteit. Die onderzoeken hebben de problemen blootgelegd rondom het model dat ik samen met de veldpartijen had besproken. Ik doel op het model waarbij je aansluit bij contractering door zorgverzekeraars. Aanbieders die in zo'n contract een contract met omzetbegrenzing afsluiten en zich daaraan houden, zouden geen MBI-korting krijgen. Zoals de leden hebben kunnen lezen, is redelijk gehakt gemaakt – ik zeg het even in wat huiselijke taal – van de houdbaarheid van dat model, dat mij toch een aardig model leek. Maar goed, misschien moet ik het iets genuanceerder zeggen, in de trant van: er zijn wat problemen gerezen rondom dit model.

De **voorzitter**: Zo klinkt het weer ambtelijk en diplomatiek. Mevrouw Schut heeft er een vraag over.

Mevrouw **Schut-Welkzijn** (VVD): Het lijkt mij niet eenvoudig om ongecontracteerde zorgaanbieders onder dit model te moeten brengen. Daar moet dan weer voldoende budget voor zijn en je moet het bovendien allemaal van tevoren regelen. Het is dus geen eenvoudige taak, maar het is wel echt een streven van de VVD om de goeden niet onder de kwaden te laten lijden. Het is goed dat de Minister er na de zomer op terugkomt.

Minister **Schippers**: Het is een zoektocht. Ik ben er ook zelf nog niet over uit wat het antwoord zou kunnen zijn. Het is echter wel heel belangrijk dat we het gedifferentieerd doen, anders moet namelijk de één bloeden voor de ander, iets wat we allemaal onterecht vinden.

Ik kom te spreken over de supply-induced demand. We moeten in het geval van de zorg altijd zorgen hebben hierover. Vanaf 2015 hebben we te maken met het declareerrecht van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Er is bewust voor gekozen om dit gelijk te laten lopen met de invoering van de integrale tarieven. We geven daar dan daadwerkelijk de mogelijkheden voor, zoals ik zojuist al uitlegde.

Er ontstaat dan een situatie waarin de verzekeraar echt zijn countervailing power moet inzetten. De verzekeraar zal tegenwicht moeten bieden. Als na verloop van tijd de verpleegkundig specialisten in aantal toenemen, komen er enorm veel meer mensen die kunnen declareren. Deze verpleegkundig specialisten zijn echter wel veel minder duur dan de medisch specialisten die declareren. Uiteindelijk ligt de sleutel bij de zorgverzekeraars. Ik moet zeggen dat zij de lessen van de ggz wel geleerd hebben. Ik durf het bijna niet te zeggen, maar doe het toch: aanpassing van artikel 13 zou hierbij enorm helpen. Maar ik wil niets uitlokken, mijnheer Van Gerven!

De **voorzitter**: De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**: Nee, de Minister is klaar.

De **voorzitter**: Goed. De heer Van Gerven heeft onder voorbehoud een VAO aangevraagd, te houden om 13.15 uur. Gaat dat door, mijnheer Van Gerven?

De heer **Van Gerven** (SP): Daar zal ik nog even over nadenken. Ik laat het AO even op mij inwerken. De Minister heeft toezeggingen gedaan op het gebied van de monitor. Ik moet nog even bekijken of alles naar wens is of dat we toch nog iets via een motie willen inbrengen. Ik laat het heel snel weten via de griffie.

Minister **Schippers**: Ik wil nog even opmerken dat ik nog voor de zomer uitgebreid aan de Kamer zal schrijven wat er precies in de monitor zit, zodat de Kamer kan meelesen en misschien daarop kan reageren.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat had ik begrepen, voorzitter.

De **voorzitter**: Goed. Wij horen dus spoedig of het VAO doorgaat. Als het doorgaat, zal het om 13.15 uur gehouden worden, na de regeling van werkzaamheden.

Ik dank de Minister en de collega's en sluit dit algemeen overleg.

Sluiting 12.15 uur.