

Notulen van de openbare vergadering van de gemeenteraad, gehouden op 3 november 2008 om 12.00 uur in het gemeentehuis te Emmeloord.

Aanwezig zijn: de dames H. Binksmā-Martens (VVD), M.T.B. Droog-Smit (CDA), J. Faber-Sloothēer (PvdA/GroenLinks), H. van Mook (PvdA/GroenLinks), S.J. Schrijver-Brouwer (PvdA/GroenLinks) en de heren J.W. Bakker (PvdA/GroenLinks), P.N. Blauw (VVD), L.G.M. Hermus (CDA), H.R. Kalk (CDA), L.H.M. Lammers (ONS), H.L. Meijering (CDA), T. Nijdam (PvdA/GroenLinks), D. Pausma (ONS), A. Poppe (CU-SGP), P.J. Sanderse (CDA), J. Simonse (CU-SGP), H.H. Suelmann (CDA), H. Torenbeek (CDA), T. Tuinenga (PU), J.J. van der Velde (CDA) en R.F. Wassink (CU-SGP)

Voorzitter: de heer W.L.F.C. ridder van Rappard, burgemeester

Wethouders: de heren J.M. van der Est (PvdA/GroenLinks), A.H.T. van Meijel (CDA), W.J. Schutte (CDA), L.G. Voorberg (CU-SGP) en F.K. Zeilstra (PvdA/GroenLinks)

Griffier: de heer J.M. Even

Gemeentesecretaris: de heer H. van Boven

Afwezig: de dames E. van Elk (PU), A.J. Geluk-Geluk (VVD) en J.W. Sparreboom-van der Spoel (VVD) en de heren E. van de Belt (Fractie Van de Belt) F. Boundati (PvdA/GroenLinks), W.C. Haagsma (PU), G.J. Veldkamp (CU-SGP) en J. Visser (CU-SGP)

I. Opening

De **voorzitter**: Dames en heren, ik open deze vergadering. Welkom, ook de mensen op de publieke tribune. Ik begrijp dat we een omroep in ons gezelschap hebben. Veel interesse voor een belangrijk onderwerp.

Het college heeft de heren Lodewick en Geenen gevraagd om het advies, dat 27 oktober jl. aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis hebben uitgebracht, ook in uw kringen toe te lichten, omdat de adviezen die zijn uitgebracht en wat daarmee wordt gedaan uitermate belangrijk zijn voor de Noordoostpolder. Wij denken dat het goed is om u als gemeenteraad ook de informatie te geven van de heren, die het onderzoek zelf hebben gedaan en die ook al uw eventuele vragen kunnen beantwoorden. Het zijn onderzoeken, waarbij het college niet echt is betrokken, maar die vanuit de deskundigheid van de heren in opdracht van een hele brede groep, die daarvoor de verantwoordelijkheid draagt, hebben plaatsgevonden. Dat is de agenda voor vandaag. We hebben niet het normale verslag, vragenuur en dat soort dingen. Ik wil de bijeenkomst dus hiermee openen.

De orde van dienst is als volgt. De heren Lodewick en Geenen zullen het rapport toelichten. Dan is er een mogelijkheid voor u om daarover vragen te stellen: verduidelijkende vragen en alles wat u van hen wilt weten. Als u daarna richting het college nog iets wilt zeggen of met het college in gesprek wilt gaan, dan sluit ik dat stukje even af en dan mogen de heren uiteraard blijven zitten. Voor de politieke verantwoordelijkheid is natuurlijk het college aan zet en niet de beide heren. Die komen hier slechts om hun advies toe te lichten.

II. Vaststelling agenda

De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

III. Mededelingen

Er zijn geen mededelingen.

IV. Agendapunten:

1. Bespreking rapport "Ziekenhuiszorg in de polders: een herontwerp"

De **voorzitter**: De heer Lodewick heeft de overheadprojector nodig, dus die zal zo nu en dan die kant opgaan. Mijnheer Lodewick aan u het woord.

De heer **Lodewick**: Ik denk dat het goed is om te beginnen met een hele korte uiteenzetting over wat een ziekenhuis eigenlijk is en wat de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg in de laatste vijftig jaar zijn geweest om de context, waarbinnen de ontwikkelingen in de Noordoostpolder plaatsvinden, goed te kunnen begrijpen. Ik denk dat dat heel erg belangrijk is. Een ziekenhuis is een voorziening waar medisch specialistische zorg aan de patiënten wordt aangeboden. Dat aanbod kan op verschillende manieren plaatsvinden. Dat kan gebeuren via een spreekuur. Dan heb je een polikliniek. Daar kunnen allerlei specialismen hun diensten aan patiënten aanbieden. Een polikliniek kan heel klein zijn: dat kan één specialist zijn, maar dat kunnen ook twintig verschillende soorten specialismen zijn. Dat is afhankelijk van de vraag vanuit de bevolking. Ik kan me voorstellen dat je elke dag een spreekuur van een plastisch chirurg hebt, wanneer er heel veel mensen zijn die een plastisch chirurg willen spreken. Wanneer er maar heel weinig vraag naar plastische chirurgie is, dan kan met een spreekuur in de week worden volstaan. Dat is de polikliniek. Uit poliklinieken komen activiteiten voort. Dit betreft meestal onderzoek: functieonderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek. Dat is een tweede laag. Die kun je daaraan toevoegen. Dat hoeft niet. Je kunt op een gegeven moment een polikliniek doen, terwijl het onderzoek op een andere plaats gebeurt. Dat gebeurt op veel plaatsen in Nederland. Dat is dus de tweede laag: de diagnostiek, het functieonderzoek en ga maar zo door. Het is mogelijk dat je om mensen te behandelen mensen wilt opnemen. Dat kun je op drie verschillende manieren doen. Dat kun je doen in dagbehandeling. Dat betekent dat mensen 's morgens naar het ziekenhuis en 's middags weer naar huis gaan: in een dag uit en thuis. Heel veel verrichtingen/behandelingen kunnen in dagbehandeling plaatsvinden, omdat de ontwikkeling in de medische technologie zo ver is gevorderd, dat waarvoor je vroeger vijf, zes dagen moest worden opgenomen, je vandaag de dag één dag wordt opgenomen. Een knieoperatie/kijkoperatie was vroeger een traject van twee weken. Als je nu een kijkoperatie doet, doe je dat in twee uur. Dat zijn ontwikkelingen in de medische technologie, die het mogelijk maken om de verpleegduur aanzienlijk te verkorten. De gemiddelde verpleegduur is de laatste vijftig jaar dramatisch gedaald. Toen ik nog een korte broek aan had, was de gemiddelde verpleegduur een maand. Mensen lagen gemiddeld een maand in het ziekenhuis. Nu is de gemiddelde verpleegduur zes dagen. Van de opgenomen patiënten is ongeveer een derde in dagbehandeling, wordt derde voor een paar dagen opgenomen en wordt een derde langer dan een week opgenomen. Ik noemde de dagbehandeling. Een volgende laag is dat je mensen meerdere dagen opneemt. Dat betekent dat je ze van maandag tot en met vrijdag opneemt. In het weekeinde is het ziekenhuis dan gesloten. Dat is een short stay verblijf: een kort verblijf van een aantal dagen. Voor heel veel ingrepen kun je dat prima doen. De laatste laag is het ziekenhuis in zijn totaliteit: 365 dagen per jaar 24 uur per dag open. Dat is het full swing ziekenhuis. Als ik het in mijn verhaal over ziekenhuis heb, heb ik het over het laatste: het full swing ziekenhuis. Als ik andere behandelingen bedoel dan zal ik dat ook zeggen. Dan zeg ik dat het een short stay opname of een dagbehandeling is. Er zijn veel ontwikkelingen in de medische technologie geweest en er zijn ook veel ontwikkelingen geweest ten aanzien van de mate, waarin alle burgers – en dus ook de specialisten – bereid zijn om zich voor het ziekenhuis beschikbaar te stellen.

In mijn jeugd - ik ben opgegroeid in Maastricht - was er een klein ziekenhuis, dat door drie of vier specialisten werd gerund, omdat ze bereid waren om bijna 365 dagen per jaar gedurende 24 uur voor de patiënten beschikbaar te zijn. Het is vandaag de dag natuurlijk volstrekt ondenkbaar dat er nog een dokter is die bereid is om dat te doen. Het gevolg daarvan is dat er meer specialisten nodig zijn. Waar er in mijn jeugd in datzelfde ziekenhuis vijf specialisten waren, lopen er nu 150 rond. Dat is nodig om de zevenmaal 24 uur af te dekken. Het is een 24 uursbedrijf. Dat betekent dat je mensen gedurende de week moet inroosteren om ervoor te zorgen dat ze niet meer dan 45/50 uur per week op die manier worden ingezet. Dat betekent dat je vier tot vijf mensen nodig hebt om één specialistenplaats te bezetten, wanneer je dag en nacht beschikbaar moet zijn. Dat geldt ook voor verpleegkundigen. Als je een verpleegafdeling hebt die zevenmaal 24 uur per dag open is, heb je vier of vijf personen nodig om één werkplaats 24 uur per dag te bezetten. Het is niet onbelangrijk om u dat te realiseren, want dat zal in het verloop van de discussie terugkomen, als je kijkt wat dat voor de ziekenhuiszorg in Nederland betekent. Ik heb hier een sheet die ik u graag wil laten zien. Het heeft te maken met de ontwikkelingen van ziekenhuizen in Nederland. In mijn jeugd waren er in Nederland meer dan 200 ziekenhuizen. U ziet een beetje aan de kleuren hoe groot die ziekenhuizen waren. Er waren er slechts een of twee groter dan 700 bedden. In 1951 waren er 100 ziekenhuizen kleiner dan 125 bedden. Van deze 100 ziekenhuizen is geen enkel ziekenhuis als zelfstandig ziekenhuis over. Die zijn opgenomen in grotere gehelen. Je ziet dat die ontwikkeling peilsnel gaat. In 2008 is geen enkel ziekenhuis kleiner dan 125 bedden. Dat heeft te maken met de ontwikkeling in de arbeidsverhoudingen, het feit dat specialisten niet bereid zijn 24 uur per dag te werken. Daarom moesten de kleinere ziekenhuizen tot een groter geheel worden samengevoegd, omdat je dan meer patiëntenaanbod had waardoor het ook rendabel werd. Je kunt je natuurlijk voorstellen dat je geen specialist op één opgenomen patiënt kunt zetten, want dat betekent dat je vier of vijf specialisten nodig hebt om die ene patiënt vast te houden. Je zal voor een bepaald specialisme een bepaald volume moeten hebben om het aantal specialisten te rechtvaardigen. Dat volume wordt bepaald door het aantal patiënten en het aantal patiënten wordt bepaald door de omvang van de bevolking. Je ziet nu dat in 2002 - dat is de laatste peildatum - het aantal grote ziekenhuizen spectaculair groeit. Dat gaat ten koste van de kleine ziekenhuizen. Zelfs ziekenhuizen kleiner dan 500 bedden zie je verdwijnen. De prognose is dat in 2020 het aantal ziekenhuizen in Nederland naar ongeveer vijftig is teruggebracht. Dat zijn ziekenhuisorganisaties, die op meerdere locaties zitten. Daar komen we zo nog over te spreken. Dat is de ontwikkeling die is voorspeld en op dit moment duidelijk gaande is. Dat heeft niet alleen met de veranderde arbeidsverhoudingen te maken, maar ook met de ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg, omdat daar in grote mate sprake is van specialisaties. In mijn jeugd, in 1950, deed het ziekenhuis het met twee chirurgen en twee internisten. De interne geneeskunde is sindsdien ontwikkeld in interne geneeskunde, longgeneeskunde, cardiologie, hematologie en ga zo maar door. De chirurgie is ontwikkeld in algemene chirurgie, urologie, orthopedie en plastische chirurgie. Binnen de chirurgie is er dan weer borstchirurgie, buikchirurgie en traumatologie. Dat zijn allemaal specialistische ontwikkelingen die tot gevolg hebben dat de ziekenhuizen steeds groter moesten worden, omdat men voor één longpatiënt natuurlijk geen longarts kan aantrekken. Dit betekent dat het aantal ziekenhuisorganisaties de laatste vijftig jaar kleiner is geworden, terwijl het aantal ziekenhuislocaties bijna hetzelfde is gebleven. Die ontwikkeling zie je zeer nadrukkelijk: de veranderende arbeidsverhoudingen en de superspecialisatie in specialismen die nog steeds doorgaat, waardoor de tendens ontstaat grotere maatschappen chirurgie te maken waardoor binnen die maatschappen specialisatie kan plaatsvinden. Dat zijn zeer belangrijke ontwikkelingen. Vandaag de dag is een maatschap van twintig tot dertig chirurgen in een full swing ziekenhuis, waar bijna alles kan, heel normaal. Ik vind het belangrijk om die ontwikkeling in de ziekenhuiszorg te schilderen, omdat u dan wellicht meer begrip krijgt voor de achtergrond van ons advies, want tegen deze achtergrond hebben wij ons advies uitgebracht.

De IJsselmeerziekenhuizen betreffen kleine ziekenhuizen; ziekenhuizen die net in de paarse categorie vallen.

Kleine ziekenhuizen hebben het niet makkelijk, omdat een aantal behandelingen daar niet kan worden gedaan. Je kunt in een klein ziekenhuis geen thoraxchirurgie (operaties aan hart en longen) doen. Je kunt in een klein ziekenhuis geen traumatologie doen, omdat een kerstboom aan specialisten nodig is om dat verantwoord te doen. Je kunt in een klein ziekenhuis geen transplantaties doen. Dat zijn allemaal gevolgen van het feit dat men een kleine schaal heeft. Dat is op zich niet erg, want je kunt de meeste patiënten in een kleiner ziekenhuis prima opvangen. De stelregel is dat in een ziekenhuis met de basisfuncties 80% van de problematiek kan worden opgevangen. Dat betekent dat de mensen die in de 20%-categorie vallen, naar een ander ziekenhuis moeten. Dat zijn volgens Nederlandse begrippen altijd grotere tot zeer grote ziekenhuizen. Als je nu naar de IJsselmeerziekenhuizen kijkt, is de constatering dat er sprake is van een klein ziekenhuis, omdat je niet alles kunt doen. Het aantal specialismen en het aantal specialisten zijn beperkt. Dat betekent dat je niet alles kunt aanbieden en dat je voor een aantal specialismen geen 24 uurszorg kunt leveren. Als je de maat bij vier formatieplaatsen per specialisme legt, dan kunt u zelf bepalen welke specialismen in de IJsselmeerziekenhuizen verantwoord 24 uurszorg kunnen leveren. Dat zijn er niet veel. Dat betekent voor de specialisten die niet aan dat criterium voldoen, dat er alleen maar mogelijkheden zijn voor dagbehandeling en poliklinieken, want ook voor een short stay moet je 24 uur per dag in de lucht zijn. Je hebt een aantal specialisten nodig om in een short stay activiteiten aan de bevolking te kunnen aanbieden. U zult begrijpen waarom wij tot de conclusie zijn gekomen dat in Lelystad sprake is van een klein basisziekenhuis met een beperkt aantal basisspecialismen, toen wij deze lat naast de IJsselmeerziekenhuizen legden. Dan praat je over interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie en verloskunde. Als je het woord verloskunde als klinische functie – 24 uur per dag in de lucht – uitspreekt, heb je ook kinderartsen nodig. Een verloskundige afdeling zonder kinderarts is geen verloskundige afdeling. Het aantal kinderen dat vandaag de dag wordt opgenomen, is zo gering dat je voor het kindergeneeskundig spreekuur met een of twee kinderartsen kunt volstaan. Voor de 24 uursbeschikbaarheid voor de verloskundige functie zijn vier kinderartsen nodig. Daarvoor is gewoon geen empooi. Het heeft niet alleen te maken met geld. Dat wil ik zeer nadrukkelijk zeggen. Het heeft niets met geld te maken. Al zou je er € 10 miljoen inpompen, dat maakt helemaal niets uit, want het gaat over de kwaliteit van de zorg. Als er één patiënt is opgenomen en vijf specialisten daarmee doende zijn, hebben de betrokken specialisten veel te weinig kans om ervaring met bepaalde ziektebeelden op te doen. Het aanbod van ziektebeelden is zo gering dat de kwaliteit van de specialistische zorg, de verpleegkundige zorg en alle ondersteunende troepen daarachter onvoldoende is om het niveau van die zorg op peil te houden. Wij kwamen in ons advies voor de Noordoostpolder dus tot de conclusie dat er sprake kan zijn van poliklinieken. Wat mij betreft poliklinieken op meerdere plaatsen, want het is een beetje de vraag wat men als ziekenhuis wil en waar die balans begint en eindigt en waar deze doorslaat. Wanneer zich bijvoorbeeld voor een neurochirurg één patiënt per week aandient, dan vind ik het onzinnig dat die neurochirurg naar de patiënt toegaat, want het kost dan erg veel tijd om die ene patiënt te ontmoeten. Dat gaat ten koste van anderen. Als je per week 100 patiënten voor de internist hebt, dan kan het goed zijn dat de internist naar die patiënten gaat. Wanneer 100 patiënten uit Emmeloord behoefte aan een internist hebben, kun je zeggen dat ze naar het spreekuur van het ziekenhuis moeten, maar je kunt evengoed zeggen dat je dat ziekenhuis voor de patiënten uit Emmeloord naar Emmeloord (of naar Urk, Dronten of waar dan ook) verplaatst. Het heeft te maken met de economie van de schaal of je dat wel of niet doet en in hoeverre je bereid bent om je diensten te verlenen, maar ook hoever je kunt gaan om je diensten te verlenen, want de consequentie van het feit dat je ergens anders je diensten verleent dan in het ziekenhuis waar je eigenlijk werkt, is dat je op dat moment niet in dat ziekenhuis aanwezig bent en dat ziekenhuis dus kwetsbaar wordt, omdat de specialisten op een andere plek zijn. Wanneer men in Lelystad vier internisten heeft en één internist in Dronten, één internist in Urk en één internist in Emmeloord tegelijkertijd spreekuur gaan doen, is er geen internist in Lelystad. Dat kan dus niet. Men moet de poliklinieken dus op meerdere plaatsen doen. Dan heb je in feite dit soort criteria.

Als je naar de diagnostische voorzieningen kijkt, dan komt er een beetje hetzelfde verhaal als ik daarstraks heb verteld: naarmate men meer klanten heeft, wordt het uit financiële overwegingen en kwaliteitsoverwegingen verantwoord om een röntgenafdeling, een laboratorium en functieafdelingen aan te bieden. Een röntgenafdeling waar slechts vijf foto's per dag worden gemaakt, komt financieel, maar ook kwalitatief niet uit, omdat een laborant, die slechts vijf foto's per dag maakt, zijn vaardigheid niet op peil kan houden.

Als je vraagt of er in de Noordoostpolder plaats is voor een short stay ziekenhuis/basisziekenhuis, dan zeg ik dus nee. Dat heeft te maken met het feit, dat de omvang van de bevolking dermate klein is, dat je daar tegen de achtergrond van de argumenten, die ik net heb genoemd, nooit in staat zult zijn om een full swing basisziekenhuis van de grond te tillen. Vandaar dat we hebben gezegd, dat je in Emmeloord niet naar een basisziekenhuis moet streven. Je moet daar streven naar optimale poliklinische voorzieningen: als het uit kan met de diagnostische voorzieningen en ga zo maar door. Dat heeft consequenties: de vraag is waar de bevolking van de Noordoostpolder dan naartoe moet als er sprake is van een opname. U bent dan aangewezen op omliggende ziekenhuizen. Dan heb je te maken met Sneek, Meppel, Heerenveen, Zwolle, Harderwijk en Almere. Men ziet op dit moment al dat de bevolking afhankelijk van waar men woont de keus maakt: er gaan mensen naar Meppel, er gaan mensen naar Heerenveen, er gaan mensen naar Zwolle en er gaan mensen naar Almere. Het aantal klanten dat het ziekenhuis in Lelystad nog binnen weet te krijgen is niet zo heel erg groot. U heeft dat in mijn rapport kunnen zien. Op pagina 17 ziet u dat het aantal patiënten, dat nog naar Lelystad gaat, afhankelijk van het specialisme tussen de 40% en 50% ligt. Voor de vier grotere plaatsen in het wervingsgebied van het ziekenhuis in Lelystad hebben we dat in diagrammen weergegeven. Je kunt op basis daarvan zeggen dat de rest van de bevolking naar andere omliggende ziekenhuizen gaat. Wanneer iedereen in de Noordoostpolder die een ziekenhuis nodig heeft, echt naar een ziekenhuis in Emmeloord en niet meer naar de omliggende ziekenhuizen gaat, zal men het nog niet klaarspelen om in Emmeloord een full swing ziekenhuis te realiseren. Ik denk dat het goed is dat u zich dat realiseert. Dat stelt hoge eisen om voor een heel goede ambulancevoorziening te zorgen. In Nederland is de tijd die nodig is om in een ziekenhuis te komen, op 45 minuten gesteld. In 2007 is een rapport van het RIVM over de bereikbaarheid van ziekenhuizen door middel van ambulances verschenen. Dan zie je in feite dat je in deze streek en ook aan de andere kant van het Keteldiep binnen 45 minuten in een ziekenhuis kan zijn. Er zijn gebieden in Nederland waar ze slechter worden bediend, kan ik u verzekeren. Dan moet u het rapport van het RIVM maar eens lezen. Dat is heel interessante lectuur voor mensen die met het ziekenhuis zijn begaan. Dat betekent dus dat je voor de verloskundige zorg en de acute zorg op omliggende ziekenhuizen bent aangewezen en dat je in de Noordoostpolder op een goede ambulancevoorziening bent aangewezen.

Ik denk dat ik tot zover voldoende heb gezegd over de achtergrond van mijn advies. De ervaringen met en de kennis van de medische specialistische zorg en de ontwikkeling van de ziekenhuizen in de laatste vijftig jaar, hebben we daarin natuurlijk verdisconteerd. Dat leidt tot de opvatting die in mijn advies aan de orde komt. Er zijn in Nederland meer dunbevolkte gebieden of gebieden waar kleine ziekenhuizen bestaan, waar exact dezelfde discussie plaatsvindt als hier in de Noordoostpolder en Lelystad.

De **voorzitter**: Zijn er nog vragen over deze sheet?

De heer **Nijdam**: De uitleg van de heer Lodewick is duidelijk. Ik proef toch nog een beetje het verhaal van mevrouw Le Grand, die dat hier destijds allemaal heeft neergelegd: de innovatie in de zorg en dat soort zaken. Ik wil hier toch de volgende stelling neerleggen, dat marktwerking in de gezondheidszorg slecht is. Marktwerking is niet heilzaam voor de patiënt en leidt tot hogere kosten. Ik zie ook een van uw bevindingen op pagina 28. Ik heb het dan over het ontstane tekort van € 20 miljoen.

Ik weet niet precies hoeveel het is.

De **voorzitter**: De bedoeling van deze ronde is dat u vragen aan de heer Lodewick stelt.

De heer **Nijdam**: Pagina 28 gaat toch over het rapport?

De **voorzitter**: Ja. Als u met de raad of het college in discussie wilt, zijn stellingen daarvoor het geëigende middel. Als u vragen heeft, waarvoor u de kennis van de heren nodig hebt, formuleer het dan als vraag.

De heer **Nijdam**: Dat is altijd wat lastig. Als ik vraag: 'Hoe kijkt u tegen deze ontwikkeling aan en hoe bedreigen ze een en ander voor de toekomst van de tweedelijnszorg in Nederland?', dan weet de heer Lodewick denk ik niet waarover het gaat. Zo werkt dat denk ik niet. Ik wil eerst een opmerking maken over die markt. Die markt zal zich meer op de lucratieve zorg gaan richten, waarin snel geld is te verdienen, met het gevolg minder samenwerking, meer bureaucratie en een afname van zorgkwaliteit. Dan is mijn vraag: Hoe kijkt u tegen deze ontwikkelingen aan en hoe bedreigend is een en ander voor de toekomst van onze tweedelijnszorg in Nederland? Dat is een vraag.

De heer **Lodewick**: Dit probleem heeft niets met marktwerking te maken. Helemaal niets. Nul komma nul. Al een jaar of twintig geleden zijn deze eerste discussies begonnen in andere streken, waar sprake was van kleinere ziekenhuizen. De ontwikkeling van de problemen van kleinere ziekenhuizen. Nogmaals, die locaties zijn niet verdwenen, maar het aantal organisaties is kleiner geworden. De afgelopen vijftig jaar hebben veel fusies plaatsgevonden. Dat heeft niets met marktwerking te maken. Ik denk wel dat je kunt zeggen dat de marktwerking een rol kan spelen in de oplossing die je nu in deze concrete situatie gaat zoeken. Het ontstaan van het fenomeen, dat u hebt te maken met een dunbevolkt gebied met relatief weinig patiënten en een heel klein ziekenhuis, dat je niet meer 24 uur per dag, zeven dagen per week, bemand krijgt, dat heeft niets met marktwerking te maken.

De heer **Nijdam**: We mogen het niet met elkaar eens zijn. Ik ben het daarmee ook niet eens. Dan wil ik mijn verhaal even afmaken. Het gaat in uw rapport duidelijk over adherentie in onze provincie en dat Lelystad, die het bestaansrecht wil houden, hiervan afhankelijk is. Als dat geen marktwerking is.

Poli's in afgeslankte vorm in Dronten, Urk en Emmeloord blijven noodzaak, zegt u. Hoe kijkt u bijvoorbeeld aan tegen het oostelijk gebied in de Noordoostpolder als het om een poli in Vollenhove gaat, vanuit Meppel gerealiseerd, en op termijn – maar dat is nog niet zeker – vanuit het noordelijk gedeelte, vanuit Heerenveen en Lemmer? Is dat dan marktwerking? Is dat dan een gevecht om patiënten? Hoe moet ik dat dan zien? U geeft dat zelf al aan in uw rapport: er is in Emmeloord geen ruimte meer voor een basisziekenhuis, hoe smal dan ook.

De **voorzitter**: Ik grijp toch even in mijnheer Nijdam. Ik zou het op prijs stellen als we de heren vragen stellen die met hun rapport hebben te maken. Zij hebben een rapport bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis neergelegd. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis moet daaruit conclusies trekken, een standpunt innemen en vervolgens met anderen kijken wat er dan moet gebeuren. Als u nu de scenario's schildert en de heren vraagt wat zij van de scenario's vinden, dan hebben zij daarover een mening, maar hun werk bestaat er nu juist uit, dat zij verschillende adviezen hebben gegeven en het nu aan het ziekenhuis overlaten. Hoe interessant hun mening over scenario's en de varianten daarvan ook is, ik wil iets concreter naar het onderzoek, naar hun advies. U vraagt nu een soort bespiegeling in de toekomst.

De heer **Nijdam**: Met alle respect. De heer Lodewick zegt dat de markt er totaal niets mee heeft te maken. Ik heb ook niet gezegd dat deze situatie alleen door marktwerking is ontstaan. Het heeft ook met cultuur en slecht management etc. te maken. Het gaat erom of het niet tijd is dat in Nederland ter discussie wordt gesteld, dat het niet langer wenselijk is dat de marktwerking in met name de tweedelijnszorg wordt toegepast. Ik hou ermee op. Ik heb de vragen gesteld die ik wilde stellen en ik heb de dingen gezegd die ik wilde zeggen, zonder inhoudelijk op het rapport in te gaan, want daaraan heb ik eigenlijk weinig behoefte. Ik zie meer uit naar de toekomst. Dat horen we vanmiddag misschien dan ook, want de heer Lodewick is er duidelijk over wat de toekomst van ons ziekenhuis is. Dat is hier vanmiddag duidelijk gezegd. Dank u wel.

De heer **Lodewick**: Ik zal geen uitspraak doen of er wel of geen marktwerking moet zijn, maar die marktwerking is er natuurlijk al zolang er ziekenhuizen zijn. Er is wat dat betreft niets nieuws onder zon, alleen is de financiering heel anders geworden. Toen ik in 1980 ziekenhuisdirecteur was, werd er elke dag over adherentie gesproken. Waar komen onze patiënten vandaan? Wij noemden dat toen adherentie, want je mocht toen niet in markttermen praten. Dus je verzor er een ander woord voor. Het moeilijke woord adherentie is in feite natuurlijk gewoon marktaandeel. Wij waren als directie wekelijks bezig om te kijken waar patiënten vandaan kwamen en waar wij markt verloren. Als wij markt verloren, gingen wij naar huisartsen toe om daar te praten. Wat dat betreft is de competitie tussen ziekenhuizen om het beter te doen dan de ander en om te groeien er al zolang als er ziekenhuizen bestaan. Ik denk dat het eigen is aan elke organisatie om de intrinsieke behoefte/wens te hebben om te groeien/floreren. Dat heeft de harmonievereniging, dat heeft de tennisvereniging en dat heeft een ziekenhuis dus ook.

Mevrouw **Faber**: Ten eerste dank voor het heldere rapport, want daar waren we heel blij mee. Ik ga toch even een klein beetje door op het zorgpunt dat de heer Nijdam aangeeft. Dat heeft toch te maken met die adherentie, de scenario's, die u schetst en het advies dat u geeft om meerdere poliklinieken in onze regio te gaan realiseren. Dat roept bij mij wel de vraag op of we dan de cliënten/de inwoners van de Noordoostpolder/Urk onder die poliklinieken gaan verdelen en of we daarmee het risico lopen dat die poliklinieken zo klein zijn en allemaal maar zo'n klein deel van die bevolking gaan bedienen, dat dat misschien ook weer kwaliteitverlies gaat opleveren. Ik denk dat dat ook een beetje verpakt zat in de stelling van de heer Nijdam. Dat is dus wel een vraag over de scenario's, die u voorstelt.

De heer **Lodewick**: De vraag is helder. Het is een beetje in de toekomst kijken, maar het zal niet zo zijn dat er meerdere ziekenhuizen hier een volwaardige polikliniek in de lucht kunnen houden. Dat is een beetje een kengetal in Nederland. Je hebt ongeveer een bevolking van 40.000 mensen nodig om een ziekenhuispolikliniek zowel financieel als kwalitatief in leven te kunnen houden. Als hier meerdere ziekenhuizen een polikliniek zouden beginnen, kan het gebeuren dat al die poliklinieken in feite heel weinig voorstellen. Als je de krachten zou bundelen en één polikliniek zou maken, dan zou daar wellicht röntgenonderzoek etc. bij kunnen. Ik denk dat de financiële gevolgen van het in stand houden van een polikliniek voor een individueel ziekenhuis een blok aan het been zal zijn, als die niet alle patiënten aan zich weet te binden. Wat dat betreft kan er beter één partij zijn, die zich verantwoordelijk weet voor de poliklinieken, dan dat er meerdere partijen zijn. Dat ben ik wel met u eens. De komende periode zal wel duidelijk worden welk ziekenhuis daarin stapt en het vertrouwen van de bevolking en de huisartsen op zo'n manier weet te winnen, dat over twee tot drie jaar alle patiënten van de Noordoostpolder naar die polikliniek gaan.

De heer **Simonse**: De sheet heeft ons net laten zien dat we van 2002 tot 2020 nog een sterke vermindering van ziekenhuizen zullen krijgen. In de maatschappij zien we dat we de laatste vijftien jaar de zaak op allerlei terreinen aan het centraliseren zijn. Denk even aan het onderwijs, grote scholengemeenschappen etc.

Als ik dit er nu naast zet, dan zit het toch een beetje in het spanningsveld van noodzaak en wenselijkheid. U begrijpt denk ik wat ik bedoel. Ik begrijp ook wel dat die ziekenhuizen steeds groter moeten worden, maar er kan misschien een punt in de nabije toekomst komen, dat wij in Nederland zeggen dat wij juist voor het kleinere, voor het misschien kwalitatief betere kiezen. Wat is uw visie daarop? Is het reëel om dat zo te stellen?

De heer **Lodewick**: Ik denk dat de ontwikkeling van de grotere ziekenhuizen doorgaat. Dat wil niet zeggen dat die ziekenhuizen ook groot zijn in gebouwen. Je ziet dat de grote ziekenhuizen, de ziekenhuizen van 900/1000 bedden, aan het deconcentreren zijn. Die vragen zich natuurlijk af of ze alle patiënten naar dat gebouw moeten laten komen of dat het volume van bepaalde patiëntengroepen zo groot is, dat ze ook kunnen deconcentreren/locaties kunnen maken op plekken van het ziekenhuis af, waar ze de bevolking goed kunnen bedienen. Die ontwikkeling zie je gebeuren. Ik denk dat de behoefte aan een superspecialisatie zich doorzet. Dat zie je in deze kringen en dat zie je ook aan de behoefte bij de bevolking. Ik hoorde van mijn ouders dat hun huisarts een blindedarm er vroeger op de keukentafel uithaalde. Dat wilt u ook niet meer. U wilt dat ook laten doen door iemand die dat met goed personeel in een veilige OK doet. De ziekenhuizen groeien. Ik denk dat de fusies doorgaan. Het is mijn overtuiging dat het aantal ziekenhuislocaties ook zal toenemen. Je ziet ook – en dat is het interessante/positieve aan marktwerking – dat er een aantal initiatieven is, waarbij grote volumes in separate klinieken worden aangeboden. Je praat dan over categorale ziekenhuizen, bijvoorbeeld een orthopedische kliniek of een oogheeskundige kliniek. Die hoeven natuurlijk niet allemaal fysiek onderdeel van dat grote ziekenhuisgebouw uit te maken. Die kun je rustig uit dat ziekenhuis halen, omdat dat ook meestal zeer planbare zorg is. Je kunt zo'n activiteit heel goed afzonderen en in een aparte voorziening/locatie onderbrengen. Je blijft dan wel met het punt zitten, dat je relatief veel mensen nodig hebt op het moment dat je de 24 uurszorg met verpleegkundigen en specialisten moet afdekken. Je hebt op zo'n buitenactiviteit dus een groot volume nodig om het verantwoord te maken om daar de bemensing zevenmaal 24 uur te garanderen.

De heer **Lammers**: U heeft het over grootschaligheid en tegen die achtergrond heeft u ook het rapport uitgebracht. Dat is een interessante constatering: met name als je dan kijkt wat de adherentie is, want naast de financiële aspecten speelt natuurlijk ook de geografische situatie die van belang is. U stelt dat de maximaal haalbare adherentie 64.000 bedraagt. Hierin is de potentiële adherentie van de omringende gemeenten, zoals Kampen en Lemmer, niet meegenomen. Uit eerdere inventariserende gesprekken met de gemeenten is gebleken dat het grootste deel van die gemeenten bij een basisziekenhuis in Emmeloord een beroep op die voorzieningen kan gaan doen. Dan zou je ongeveer aan 13.000 inwoners moeten denken. Dat is ook in het rapport, dat vorig jaar door de raad in samenwerking met KNMG is opgesteld, in de verschillende scenario's ten aanzien van die verzelfstandiging naar voren gekomen. Ik doel dan op de scenario's vier en vijf, u wel bekend. U stelt nu wel dat een basisziekenhuis in Emmeloord mogelijk kan zijn, maar hoe verklaart u dan mede in het licht van mijn bovenstaande opmerking, dat het bijvoorbeeld in andere ziekenhuizen wel lukt? Ik denk dan aan de kerstdagen in Dirksland en Sionsberg in Dokkum. Weliswaar staan die ook onder financiële druk en wordt naarstig gezocht naar extra specialismen die compensatie kunnen geven. Dat is misschien een scenario dat in de toekomst in Emmeloord mogelijk kan zijn, als u denkt aan misschien een mammaecentrum voor Nederland of iets in die trant. Hoe kijkt u daar tegenaan? In uw rapport is de adherentie 64.000. Wij zeggen dat daar nog 13.000 bij kan, als je nog even kijkt, plus de vergelijking met de andere twee ziekenhuizen.

De tweede vraag. Het Antonius is inmiddels de zorg in deze regio aan het opbouwen. U heeft dat met snelbouw kunnen zien. Bent u niet van mening dat het beter zou zijn als het IJZ zich geheel in de Noordoostpolder zou terugtrekken om aldus de zorgopbouw van Sneek te kunnen versnellen en dus de komende tijd niet het scenario ingaat, waarin je meerdere poliklinieken van meerdere aanbieders op meerdere locaties krijgt?

Zou het in deze fase met inachtneming van deze hectiek voor beide ziekenhuizen en de bevolking niet beter zijn om die zorggrenzen duidelijk vast te stellen? Tot zover mijn eerste vragen.

De heer **Simonse**: Voorzitter, het is me ontgaan dat we ook al op het rapport mochten ingaan. Ik heb die vragen derhalve nog even laten liggen en mijn beurt is naar de heer Lammers doorgeschoven. Staat u mij toe dat ik straks ook nog een paar vragen stel?

De **voorzitter**: Ik denk dat we er allemaal vanuit zijn gegaan dat iedereen het rapport heeft gelezen. De heer Lodewick heeft nagelaten om het rapport nog een keer te vertellen, maar met name ingezoomd op de specifieke situatie die voor de Noordoostpolder aan de orde is. Het hele rapport en zijn inleiding zijn aanleiding voor u om vragen te stellen. Ik kom zo weer bij u terug.

De heer **Lodewick**: Prognoses van bevolkingsaantallen zijn relevant, maar de vraag is wanneer je dan de conclusie trekt dat er sprake moet zijn van een voorziening op die al bestaande bevolking en wat dan het moment is dat je besluit dat er nu sprake is van een noodzaak voor een ziekenhuisvoorziening in de Noordoostpolder. Ik denk dat je dat zelfs bij dit soort bevolkingsaantallen niet meer zal lukken. U noemde een paar kleine ziekenhuizen en die hebben op dit moment een gigantisch groot probleem om als zelfstandige organisatie te blijven voortbestaan. Ik denk dat het ze niet zal lukken. Zij zijn er nog, maar ik denk dat het niet lukt om vanuit niets een full swing ziekenhuis te realiseren. Je kunt zo'n voorziening natuurlijk met een mammaekliniek aanbieden, maar dan praat je naar mijn mening niet meer over een ziekenhuis, maar over een categoriaal ziekenhuis. Die zijn heel levensvatbaar. De Sint Maartenskliniek in Nijmegen is natuurlijk een prachtig categoriaal ziekenhuis met zeer hoogwaardige orthopedische zorg. Als die zou gaan deconcentreren en ook in de Noordoostpolder een dergelijke voorziening wil maken, denk ik dat dat perfect is. Dat moeten we doen. Als er voldoende aanbod is en al die mensen niet naar Nijmegen hoeven, vind ik dat prima, maar daarmee heb je in de Noordoostpolder geen ziekenhuis. Dan heb je een orthopedische kliniek. Datzelfde kun je met oogheelkunde doen. Er zijn meer van die specialismen waarvoor je een dergelijke categorale voorziening kan realiseren, omdat er sprake is van een groot volume en eenvoudige ingrepen. Voor die combinatie kun je makkelijk een categorale voorziening aanbieden. Daarmee heb je geen ziekenhuis. Een ziekenhuis is een voorziening waar patiënten ongeacht hun klachten terecht kunnen. Je kunt bij orthopedie niet terecht met longproblemen. Het is best interessant om daarnaar te kijken, maar ik vind het een ander probleem.

De heer **Lammers**: Ik bedoelde het vanuit de samenwerking van bijvoorbeeld Dokkum met het ziekenhuis in Leeuwarden.

De heer **Lodewick**: Op die manier zoeken ze een grotere schaal. Daarmee los je het probleem van de orthopedie op, maar het probleem dat je vier of vijf internisten nodig hebt, los je niet op. Of je moet een zo grote orthopedische kliniek hebben, dat je daarvoor heel veel internisten nodig hebt om de mensen voor de operatie goed na te kijken, maar dan kun je daar allerlei andere specialisten weer niet onderbrengen. Wat dat betreft is het interessant om die mogelijkheden een keer te bekijken, maar ik denk dat het niet het goede antwoord is voor een echt volwaardig ziekenhuis.

Moet het IJsselmeerziekenhuis zich terugtrekken? Om hier een volwaardige voorziening te krijgen, zou ik ook het verzoek aan elk omliggend ziekenhuis willen richten: Meppel, Heerenveen, Almere en Zwolle moeten hun handen hiervan allemaal afhouden. Dan heb je een adherentie van 100%. Dan kun je hier denk ik ongetwijfeld poliklinieken met diagnostiekvoorzieningen en goede dagbehandelingsmogelijkheden realiseren. Het is mijn volle overtuiging dat je ook dan geen full swing ziekenhuis zult realiseren. De realiteit is dat de Noordoostpolder door kleine ziekenhuizen wordt omgeven.

Meppel, Sneek, Heerenveen, Lelystad en Harderwijk zijn kleine ziekenhuizen en hebben allemaal een voortbestaanprobleem: zij zijn allemaal op zoek naar een grotere schaal om de problemen die ik heb geschilderd, het hoofd te bieden. De vraag is wie dat gaat lukken en wie dat niet gaat lukken. Er zullen ongetwijfeld ziekenhuizen zijn die daarin succesvol zijn. Dat heeft dan met marktwerking te maken.

De heer **Lammers**: Komen de acute zorg, waarover u in uw rapport spreekt, plus de spoedeisende eerste hulp met de in het rapport geconstateerde differentiatie niet in gevaar als je juist wilt dat de bijvoorbeeld moeder- en kindzorg, SCH en 24C de basiselementen zijn om misschien tot herstel van de zorg te komen?

De heer **Lodewick**: Dat is zeker spannend. Ik denk dat de ontwikkelingen inmiddels zo zijn, dat er heel veel gebieden zijn waar de ziekenhuiszorg voor patiënten niet zo eenvoudig toegankelijk of bereikbaar is, zodat die altijd lang duurt, ook vanwege de concentratie van ziekenhuizen. Dat betekent dat er ook een parallelle ontwikkeling in de ambulancevoorziening heeft plaatsgevonden. Ik durf de stelling te verdedigen dat je beter af bent met een goede ambulance, dan met een slechte eerste hulp. Dan heb je wel het gevoel dat je in een ziekenhuis bent, maar het stelt niets voor, terwijl de stabiliserende handelingen die het ambulancepersoneel kan verrichten, van zeer hoog niveau zijn. Het is in feite een vooruitgeschoven post van een goed ziekenhuis. Je zult ook naar andere middelen moeten kijken. Nederland is geen eiland. Er zijn gebieden binnen Europa, ook in zeer ontwikkelde landen, kijk naar Zweden en Frankrijk, waar überhaupt geen sprake is van een ziekenhuis. Zelfs niet binnen een uur tot anderhalf uur. Daarop zul je wellicht moeten anticiperen door daar in spoedgevallen bijvoorbeeld eerder andere vormen van vervoer in te zetten, bijvoorbeeld helikoptervervoer. Dat gebeurt natuurlijk al met de traumahelikopter, die nu in heel Nederland operationeel is. Dat zal wellicht alleen maar groeien, zeker in de dunner bevolkte gebieden.

De heer **Simonse**: Ik heb een vraag mijnheer Lodewick. Op pagina 13 van het rapport staat het volgende: er kan niet gesproken worden over een oplossing voor de IJsselmeerpolders als geheel. De situatie – met een streep onder situatie – in het noorden en het zuiden is zodanig verschillend, dat naar regio-oplossingen moet worden gewerkt. Waarop doelt u met het woord situatie? Ik heb sterk gedacht dat mijnheer Lodewick hier naast alle verschillen die al bestaan, misschien het cultuurverschil bedoelt. Zit ik daarmee op het juiste spoor?

De heer **Lodewick**: Ja, dan bent u heel warm. Los van de emoties, de cultuurverschillen en wat allemaal heeft meegespeeld, was de fusie tussen Lelystad en Emmeloord een heel goed idee van de toenmalige mensen. Het is alleen op een heel slechte manier uitgevoerd. We moeten het maar een andere keer aan de borreltafel hebben over waardoor dat is gekomen, maar het feit dat twee kleine ziekenhuizen elkaar weten te vinden, waarbij de continuïteit van de zorg toch kan worden gegarandeerd, was op zich een heel goede oplossing. Gebleken is dat het Keteldiep zo diep is, dat dat een brug te ver is om naar elkaar toe te gaan. Puur vanuit de inhoud geredeneerd, zou het een heel goede oplossing zijn, want de afstand Emmeloord Lelystad is natuurlijk van een andere orde dan de afstand Emmeloord Sneek.

De heer **Simonse**: Op pagina 14 zegt u het volgende: de IJsselmeerziekenhuizen hoeven zich niet per definitie terug te trekken. De adherentie ligt weliswaar bij de kritische grens. Die wordt uiteraard door de patiëntenstroom bepaald. Is dit door de fysieke komst van AZS de afgelopen week – dan bedoel ik de locatie Urkerweg – misschien alweer een achterhaalde uitspraak?

De heer **Lodewick**: Ik denk het niet. Ik denk zelf dat het en voor Sneek en voor Lelystad niet mogelijk zal zijn om hier een poliklinische voorziening van een beetje niveau in leven te houden.

Dat betekent dat zo'n voorziening voor elk van deze organisaties, wanneer deze naast elkaar zouden functioneren, ook in financieel opzicht een molensteen om de nek is. Die krijg je ook niet bemand. Wat dat betreft zal het interessant zijn om te kijken welk ziekenhuis dat gaat winnen. Dat heeft wel met de markt te maken. We hebben met 35 groepen mensen gesproken: van huisartsen, verloskundigen, ambulancepersoneel en patiëntgroeperingen tot allerlei andere mensen. Dan zie je dat een deel van de huisartsen uit Urk zeer nadrukkelijk zegt dat zij zaken met Lelystad willen doen. Ik kan me dat ook heel goed voorstellen, want als je naar de afstand Urk Lelystad kijkt, is dat van een andere orde dan de afstand Urk Sneek. Ik kan me goed voorstellen dat mensen, die aan de randen van de Noordoostpolder wonen, graag naar Meppel en Heerenveen gaan. Je zult die 100% adherentie, 100% marktaandeel nooit verwerven. Dat betekent dus dat je misschien tevreden moet zijn met een poliklinische adherentie van 80% tot 90%. Dat kan naar mijn overtuiging alleen gebeuren door één ziekenhuis op langere termijn levensvatbaar te doen zijn.

De heer **Geenen**: Ik wil daar toch even iets op zeggen. Alle antwoorden, die de komende maanden/jaren zullen worden gevonden, zullen zich verweven rond de vraag of we het nu hebben over een spreekuurafdeling, een spreekuurafdeling met vormen van diagnostiek of wat daarbij komt. Als het over uw vraag gaat, kunt u bedenken dat het misschien wel een streekziekenhuis is, dat hier een spreekuurafdeling en de diagnostiek voor zijn rekening neemt. Dat hoeft nog niet uit te sluiten dat de oogartsen van de IJsselmeerziekenhuizen hier misschien spreekuur houden, omdat daarvoor voldoende patiënten zijn. Wij kunnen het antwoord niet geven op dat soort nuances en de keuzen die de ziekenhuizen daarover al dan niet in samenwerking gaan maken. Dat zal de tijd moeten leren.

De heer **Simonse**: Ik begrijp dat u het antwoord niet kunt geven. Als ik het nu eens zo stel. Stel dat er een private investeerder is, die in IJZ gaat investeren en de handen met AZS ineen zou slaan. Geeft u dat meer kans?

De heer **Geenen**: Dit is speculeren over kansen en mogelijkheden die mensen wel en niet onderkennen en de hoeveelheid geld die ze daarmee denken te verdienen en de zorg die ze daarvoor denken te leveren. Het feit dat u het kunt bedenken, betekent dat er ook andere mensen over nadenken.

De heer **Simonse**: Een laatste vraag. Eigenlijk bent u daarop al een beetje ingegaan. Het gaat namelijk over pagina 18: regio Emmeloord wordt poliklinisch voor een groot deel door Sneek bediend. Is het daarom verkieslijk om daarnaast nog naar een nieuwe poli in Urk of eventueel een nieuwe poli in Emmeloord te streven? U stelt namelijk op pagina 19 heel terecht dat er een mogelijke verschuiving optreedt als de locatie Emmeloord - en dat is uiteraard IJZ - verder wordt afgebouwd.

De heer **Lodewick**: Ik denk dat de activiteiten van de IJZ moeten worden afgebouwd. Ik heb in ons advies gesteld, dat de IJsselmeerziekenhuizen er verstandig aan doen om de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis van de hand te doen. Dat gebouw is veel te groot voor de activiteiten die er nu zijn. Dit betekent dat je naar andere huisvesting op zoek moet gaan, als die poliklinieken worden gehandhaafd. Dat even ter zijde.

Of je een spreekuur organiseert en waar je dat doet, hangt puur af van de aantallen patiënten die je daar wilt ontmoeten en of je als specialisme de mogelijkheid hebt om aan het verzoek tegemoet te komen. Op het moment dat de internist spreekuur doet in Urk, Dronten of waar dan ook, dan is hij niet op de plek waar hij zijn patiënten heeft liggen. Dat betekent dat er anderen moeten zijn om dat op te vangen, als daar wat met patiënten gebeurt. De mate waarin je poliklinieken organiseert, de omvang van die poliklinieken en hoe vaak er spreekuur wordt gehouden, moeten van situatie op situatie worden bekeken.

De heer **Geenen**: Mag ik daarop wat aanvullen? Het kan voor de bedbezetting van het volwaardige basisziekenhuis, zoals dat in Lelystad is gedacht, belangrijk zijn om patiënten daarnaar toe te leiden. Dat doe je door bijvoorbeeld spreekuur in de periferie te houden. Daarom staat er ook in het rapport dat het voor de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad van wezenlijk belang kan zijn om spreekuren te houden: ook in de Noordoostpolder, ook in Dronten. Datzelfde belang hebben andere kleine ziekenhuizen echter ook. Dus zul je zien dat ze proberen die patiëntenstroom zo te leiden dat ze ook het klinische bedrijf overeind kunnen houden. Als dat ze niet lukt, zullen ze naar short stay of dagbehandeling terug moeten. Dan krijgt u ongeveer het scenario, waarover we het net hebben gehad en dat u ook kon bedenken.

De heer **Tuinenga**: Over het rapport op zich hebben wij niet veel vragen. Het is een duidelijk rapport. Wij hebben zeer veel vraagtekens bij de vraag hoeveel poliklinieken je rond dit gebied moet verzamelen. In de afgelopen jaren is wel duidelijk geworden, dat de patiënt een duidelijke rol in de ontwikkeling speelt. Door de marktwerking in de ziekenhuiszorg heeft de patiënt een van de machtigste wapens in handen. Zij kiezen uiteindelijk welk ziekenhuis en welke polikliniek zij gaan bezoeken of door welke arts ze willen worden behandeld. Ik vraag me dan ook af of je die patiëntenstromen kunt beïnvloeden.

De heer **Lodewick**: Ja en nee. Er zijn gebieden waar ik in Nederland in de ziekenhuiswereld heb gewerkt, waar patiëntenstromen zo duidelijk een bepaalde richting uitgingen, dat je die niet kreeg omgebogen. Dat had ook te maken met andere relaties, die patiënten hadden. Je bent niet alleen patiënt, maar je bent ook burger. Je gaat naar school, je gaat naar de markt, je gaat naar de schouwburg, je gaat naar de bioscoop. Die oriëntaties horen vaak bij elkaar. Als je in een bepaald dorp de keus hebt uit meerdere ziekenhuizen, ga je vaak naar het ziekenhuis op de plek waar je ook naar de markt gaat. Daar rijden ook de bussen op. Daarop is alles afgestemd. Wat dat betreft zijn er vaak redelijk vaste relaties. Tegelijkertijd kan het voor patiënten heel interessant zijn om toch naar een ander ziekenhuis te gaan, omdat daar betere zorg is, vriendelijkere zorg is, beter georganiseerd. Dat zie je toch gebeuren. Ziekenhuizen die in staat zijn de hele patiëntenlogistiek te verbeteren, waarbij je met een bepaalde klacht met één bezoek aan het ziekenhuis na een paar uur buiten bent, weet wat je hebt en wat de behandeling is, snoepen daarmee heel veel cliënten weg bij anderen. Het kan zijn dat het ziekenhuisproduct op een gegeven moment zo interessant wordt, dat de patiënt zijn culturele verankering naar de stad, waarmee misschien zijn voorouders al zaken deden, laat vallen en toch naar dat ziekenhuis gaat. Dat hangt af van wat het concurrerende ziekenhuis heeft te bieden.

De heer **Tuinenga**: Dat is dat stukje marktwerking. Ik vraag me af of je dat in rapporten kunt vastleggen: hoe een ziekenhuis of polikliniek op zo'n moment acteert. Het blijkt namelijk de afgelopen tijd dat het IJsselmeerziekenhuis wat dat betreft toch wat heeft afgedaan en dat het Antonius juist zijn best gaat doen om hier die voet aan de grond te krijgen.

De heer **Lodewick**: Ja, het kan dus wel.

De heer **Blauw**: Dit rapport lezende dacht ik aan een situatie van ongeveer 25 jaar geleden toen ik een rapport las van Heerenveen, waar een gelijksoortig adviesbureau als Boer & Croon de mogelijkheden had verkend om daar een hoogwaardig voetbalteam te creëren. De conclusie van dat rapport was eenduidig: dat ga je nooit redden in een plaatsje van 20.000 inwoners, want de investeringen die je daarin doet, moet je in ieder geval nooit dulden. Vervolgens heeft iemand dat opgepikt en gezegd: ik zal laten zien dat het wel kan. Vervolgens heeft Heerenveen een stadion en een eredivisieteam, enz. Tegen die achtergrond heb ik uw rapport gelezen. U had een aantal opdrachtgevers en ik neem aan dat die opdrachtgevers zich ook kunnen vinden in de adviezen, zoals die in het rapport zijn gegeven. Dat met betrekking tot de status van dit rapport.

Ik heb inmiddels begrepen dat de Raad van Bestuur/de Raad van Toezicht dat wel heeft gedaan. Ik geloof dat de opdrachtgevers het daarmee eens zijn.

In tweede zin zijn wij hier toch wel in grote verwarring. Wij hebben in 2002 het rapport Kraaijeveld gehad en vervolgens hebben wij nog een aantal rapporten gehad: van de heer Hermans, KPMG, het plan van aanpak van Brinkman, mevrouw Le Grand en nu uw rapport. Ik heb die rapporten nog eens snel doorgekeken. Dan raak ik echt in totale verwarring en dan is mijn vraag aan u: wat geeft ons nu de overtuiging dat dit rapport van u de zaken juist wel bij het goede eind heeft? Het rapport Kraaijeveld-Wouters van de commissie, waarvan u ook deel uitmaakte, heeft ons ongeveer € 20 miljoen in een ziekenhuis gekost. Nu ligt er een ander rapport met een conclusie, waarmee we het volledig eens zijn: in eerste instantie dat die ziekenhuizen moeten worden ontvlochten. Bij de andere conclusies uit het rapport zetten wij grote vraagtekens. Ik vraag nogmaals: wat geeft u de overtuiging dat u het deze keer wel bij het rechte eind heeft?

De derde vraag is al aan de orde geweest met betrekking tot poli's. Wij vinden het eigenlijk twijfelachtig dat u aan de ene kant zegt dat een poli groot genoeg moet kunnen zijn om kwaliteit te kunnen leveren en u tegelijkertijd in uw advies aangeeft, dat de IJsselmeerziekenhuizen maar moeten proberen met Sneek te gaan concurreren en vervolgens ook nog een poli in Urk moeten neerzetten. Ik vind dat paradoxaal, maar daarover hebben we het al gehad. Uw advies is voor mij wat dat betreft echt onbegrijpelijk.

U heeft in uw inleiding gezegd dat het niet mogelijk is om in deze gemeente een full swing ziekenhuis neer te zetten/te onderhouden, ook als iedereen hier naar een ziekenhuis zou gaan. Ik heb niet begrepen wat u nu precies met een full swing ziekenhuis bedoelt. Ik denk dat we daarover van mening verschillen. Als u daarmee bedoelt dat het een ziekenhuis is, waarbij bijvoorbeeld ook thoraxchirurgie kan worden verricht, zijn we het daarover wel eens. Als we het hebben over een gewoon basisziekenhuis met als kern spoedeisende hulp, acute opvang, moeder- en kindzorg en wat daarvoor nog meer nodig is, dan denk ik dat we het fundamenteel oneens zijn. Ik wil graag van u weten wat wij onder een full swing ziekenhuis verstaan.

Ik ken twee situaties naast Nederland: één in de Verenigde Staten en de andere in Spanje. Beide landen zijn groot met een groot platteland. Met name in Amerika zijn bijna 2000 ziekenhuizen met minder dan zestig bedden. Die functioneren in dorpen in samenhang met andere ziekenhuizen. Chirurgen en specialisten werken ook in diverse klinieken. Dat gebeurt ook in Spanje. De vraag is waarom u dat in Nederland niet ziet zitten en waarom u dat niet heeft meegenomen. Wat u zegt dat niet mogelijk is, gebeurt gewoon in een toch niet helemaal onderontwikkeld land als Amerika. Ik weet dat uit ervaring, want ik kom daar regelmatig.

Dan over de reorganisatie, waarmee wij bij de IJsselmeerziekenhuizen misschien te maken krijgen. U stelt in uw rapport voor dat een participant de zeggenschap over de IJsselmeerziekenhuizen koopt. Ik begrijp dat niet en daarom vraag ik uitleg. Ik begrijp dat u niet suggereert dat een participant voor een kapitaalinjectie eigendom verkrijgt. Die situatie is mij niet duidelijk. Als dat wel zo is, wie houdt dan het eigendom? Tweede vraag op dat gebied is misschien voor de heer Geenen. U suggereert dat er een mogelijkheid bestaat dat er een schuldsanering plaatsvindt. Als ik naar de balansen van het afgelopen jaar kijk, kan het niet anders dan dat dat gebeurt. Is het College Sanering bereid om die schuldsanering zodanig op zich te nemen dat een ziekenhuis/die stichting ook voort kan? Wat zijn daarvan de gevolgen voor eventuele premies, terugbetalingen enz.? Is wat u voorstelt überhaupt mogelijk in het geval dat het College Sanering daar niet instapt?

Ik heb nog één vraag. U trekt de conclusie dat de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht hebben gefaald. Wij zijn het daarmee volledig eens. Wij zijn daarvan allang overtuigd en u zegt dat ook.

Trekt u ook conclusies met betrekking tot het bestuursmodel van zorgstichtingen in het algemeen? Wij hebben daarover al een aantal jaren geleden ook richting de Tweede Kamer vragen gesteld. Wij denken namelijk dat de kern van het probleem naast alle andere problemen in de periferie is dat het bestuursmodel zondanig is ingericht, dat met name de Raad van Toezicht een onaantastbaar gremium is, waarop de stakeholders absoluut geen grip hebben. Ware dat wel zo geweest, dan hadden wij als stakeholders en ook vele andere stakeholders misschien kunnen ingrijpen. Dat is niet gebeurd. Toen de crisis daar was, is de Raad van Toezicht uiteindelijk weggestuurd. U zegt daarover in uw rapport niets. Dat was misschien ook geen opdracht. Ik wil wel graag weten of u dat bestuursmodel ook in de toekomst als het juiste bestuursmodel van een zorgstichting ziet of u daarin ook meer openheid wilt zien.

Een laatste opmerking, maar dat is helemaal aan u. Het rapport geeft mij de indruk dat het op toch wel heel kille berekeningen is gestoeld. In deze situatie zal het ook wel niet anders kunnen. Wij staan daarin toch iets anders. Tegen die achtergrond willen wij ook ageren. Wij zien min of meer onafhankelijk van de berekeningen ook nog een zorgplicht in een gebied. Wij missen in uw rapport eigenlijk de inventiviteit om de mogelijkheden te verkennen om hier toch een vorm van tweedelijnszorg te creëren, waarvoor wij absoluut wel mogelijkheden zien, maar niet in traditionele zin.

De heer **Geenen**: We nemen eerst even het technische gedeelte voor onze rekening. De transitie, want daarover hebben we het dan. Er is geen eigendom, er is een stichting. Ik neem aan dat u weet dat daarin geen aandeelhouders of wat dan ook zitten. Er is ooit een maatschappelijk kapitaal bij elkaar gebracht en daarvan is een ziekenhuis geëxploiteerd, dat daarvoor werd gefinancierd. Dat brengt werkkapitaal mee en uit dat werkkapitaal is een eigen vermogen opgebouwd. Zo is die stichting uiteindelijk aan het geld gekomen of, zoals bij de IJsselmeerziekenhuizen, het geld kwijtgeraakt, dat er nu op de balans staat. We hebben gezegd dat er vele mogelijkheden zijn om de bedrijvigheid van die stichting over te dragen. De stichting is de rechtspersoon en het bedrijf is het ziekenhuis. Ik ga niet alle varianten noemen die daarbij denkbaar zijn. We kwamen al snel tot de conclusie dat in alle varianten waarin nieuwe rechtspersonen moeten worden opgericht, apart een nieuwe toelating of een uitbreiding van de toelating moet worden geregeld of waar een vereniging van onroerend goed aan de orde is, moesten worden uitgesloten, omdat daarvoor niet de tijd was. De tijd was voor ons rapport tot 28 oktober 2008 en voor de conceptaanwijzing die het ziekenhuis had gekregen, tot 1 november 2008 gelimiteerd. De exploitatie liep tot 15 oktober 2008 en is nu met een infuus van Achmea tot 7 november 2008 voortgezet. Als we dan kijken naar wat er nu feitelijk gebeurt, is dat niet meer dan dat de financier zegt dat hij er geld in wil stoppen, maar dan ook het volledige bestuur dat dan uit de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht bestaat en daarmee de macht wil. Dus geld in ruil voor macht. Dan stappen de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur in ieder geval in personele zin op en daarin komen dan andere aan de geldgever gelieerde mensen te zitten. Dat is het model dat het snelst in tijd kon worden gerealiseerd en dus ook voor de IJsselmeerziekenhuizen is geadviseerd.

Dan komt uw vraag over de sanering. Ik zal daarover geen flauwe opmerkingen maken, maar het antwoord staat in het rapport.

De heer **Blauw**: Ik heb uw antwoord in het rapport gelezen en ook de manier waarop dat eventueel moet worden terugbetaald, maar het is me niet helemaal duidelijk.

De heer **Van Geenen**: Het heeft mij gaandeweg het proces ook verrast. Ik zeg u dat eerlijk. Ik kan wel heel deskundig worden genoemd, maar dat wil niet altijd zeggen dat ik het ook ben. In de WTZi, de Wet toelating zorginstellingen, wordt in artikel 17.18 voor de minister de ruimte geboden om de sluitingsbeslissing geheel of gedeeltelijk vast te stellen.

Als hij dat deed, was dat voor het College Sanering aanleiding om een saneringsregeling op gang te brengen om de transitiekosten, namelijk de kosten die met het verminderen van het aantal bedden samenhangen, en het eventuele afstoten van het onroerend goed gesubsidieerd te krijgen. In 2005 zijn door een uitvoeringsbesluit alle instellingen in de cure uitgesloten: alle curatieve instellingen. Dat zijn in feite alle ziekenhuizen en categoriale instellingen/categoriale ziekenhuizen. Het uitvoeringsbesluit is ongeveer de nekslag voor het College Sanering geweest. Sinds dat er is, is er op grond van die sluitingsbeslissing geen werk meer voor de gemachtigden. Dat uitvoeringbesluit kan alleen worden teruggedraaid als er een nieuwe algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld. De minister is dat niet op eigen gezag van plan en het wachten op een actie van de kant van de Kamer of nader inzicht van de minister of zijn ambtenaren neemt een termijn in acht die in ieder geval voor het IJsselmeerziekenhuis veel te lang zou zijn. Dan maak ik even een stap extra. Misschien – het staat tussen de regels door en daarom is het ook zo uitgebreid beschreven – kan het uitzicht op zo'n wijziging, namelijk dat de minister toch zo'n algemene maatregel van bestuur gaat vaststellen, voldoende zijn om alsnog een bod voor faillissement uit te brengen. Er staat in het rapport een heleboel tussen de regels. Goede verstanders zullen dat uitstekend begrijpen.

De heer **Blauw**: Mocht dat zo zijn en daardoor een opschoning van de balans ontstaan, wie betaalt die rekening dan uiteindelijk?

De heer **Geenen**: Op het moment dat die saneringsregel speelde, werd niet zozeer de balans opgeschoond, maar werden de transitiekosten gesubsidieerd. Het opschonen van de balans gebeurt door de Nederlandse Zorgautoriteit, het voormalige College van de Gezondheidszorg. Er zijn nog regelingen beschikbaar, waardoor boekhoudkundige ingrepen ten aanzien van de balansposities door de tijd heen kunnen worden gedaan: wanneer op de lange termijn veel kosten moeten worden gemaakt, kunnen die kosten naar voren worden gehaald, waardoor deze in de nacalculatie kunnen worden afgerekend. Zodra die kosten zijn afgerekend, is de liquiditeit toegenomen. Dat is een heel technisch verhaal. Dat kan allemaal. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft die regelingen allemaal in kaart gebracht, zodat belangstellenden daarvan kennis kunnen nemen.

Dan uw vraag over waar het geld vandaan komt. Het geld van de saneringsregeling, die niet meer van toepassing is, komt uit de AWBZ-gelden/bij het College voor Zorgverzekeringen vandaan. Die vindt u als het goed is ook op uw polisblad, inclusief het bedrag dat daarvoor staat. Bij elkaar opgeteld, maakt het uiteindelijk weinig verschil. Wat de NZA voor een instelling gaat doen, zal uiteindelijk altijd door de zorgverzekeraar worden betaald. Dat zal dus op een of andere manier bij alle verzekerden van die verzekeraar terecht komen. Ik heb nog geen zorgverzekeraars getroffen die, net zoals met automobielverzekeringen, afhankelijk van de regio waarin je woont, een toeslag op de premie rekenen, maar misschien dat er een zorgverzekering is die met dit als voorbeeld nu een voorstel in de richting van zijn verzekerden gaat doen. Het komt dus uiteindelijk gewoon uit uw eigen portemonnee.

Ik kom dan op een deel van uw eerdere vraag. Dat is ook technisch. Je ziet nu dat het Antoniusziekenhuis duidelijk met de Friese verzekering bezig is om hier ook tot meer marktaandeel te komen. Als ik de Stentor lees, dan is daarvan nadrukkelijk sprake. Dat zal dus ook afhangen van hoe Achmea en al die andere zorgverzekeraars die hier verzekerden hebben rondlopen, daarmee willen omgaan en hoeveel geld zij daarvoor willen inzetten: of ze dat ten laste van de algemene premie laten komen of dat ze extra risico's voor de bewoners van de Noordoostpolder gaan inbouwen.

De **voorzitter**: Ik krijg een berichtje dat onze geluidsinstallatie niet helemaal doet wat die moet doen. Ik vraag de sprekers enig volume te betrachten om daarmee uw eigen versterking te zijn. Dat helpt altijd een beetje extra.

De heer **Lodewick**: U vergelijkt voetballen met gezondheidszorg. Er zijn activiteiten die in onze samenleving door een heel goede marketing en door veel financiële impulsen tot grote bloei kunnen komen. Je kunt voetbalclubs tot grote hoogte brengen, als je er maar geld inpompt. De gezondheidszorg is wat dat betreft toch een beetje anders. Je kunt niet meer patiënten maken dan er zijn. Je kunt statistisch eenvoudig uitrekenen hoeveel patiënten op een bevolking van 100.000 patiënten in een ziekenhuis belanden en waarvoor ze in dat ziekenhuis belanden. Dat zijn allemaal achtergronden die wij gebruiken bij de vraag of er plaats is voor een voorziening.

Dan de tweede vraag. Gegeven het feit dat die patiënten er zijn, wie gaat die patiënten helpen? Is dat organisatie A, B, C, D of E? Dan ontstaat een vorm van competitie die al zo oud is als die organisaties bestaan, en nu door de introductie van de marktwerking een aparte impuls krijgt.

Als ik het heb over een full swing ziekenhuis dan bedoel ik natuurlijk geen ziekenhuis waar hartchirurgie en transplantaties plaatsvinden. Dan bedoel ik geen academisch ziekenhuis, maar een basisziekenhuis met een aantal specialismen die u zelf heeft genoemd. Dan wil je hebben dat daar sprake is van spoedeisende eerste hulp, verloskunde, gynaecologie, interne geneeskunde, chirurgie en neurologie. Als dat de basis van een algemeen minimaal ziekenhuis is, betekent dat dat je vijf anesthesisten, vijf chirurgen, vijf internisten, vijf gynaecologen en vijf kinderartsen nodig hebt, afgezien van de rest van het personeel, dat je nodig hebt om het ziekenhuis 24 uur per dag, zeven dagen per week en 365 dagen per jaar in de lucht te houden. Daarvoor heb je een x-aantal patiënten nodig. Natuurlijk is ook in de gezondheidszorg sprake van bedrijfsgroei en de economie. Dat kun je niet ontkennen. Tegelijkertijd heb ik proberen aan te geven dat een andere invalshoek wat mij betreft even belangrijk is. Dat heb ik ook in ons rapport proberen helder te krijgen. Je moet als professional een aantal patiënten/problemen/diagnoses zien om daarmee ervaring op te doen. Met één kankerpatiënt per jaar doe je geen ervaring met kankerpatiënten op. Daar moet je er duizenden voor hebben. Een cardioloog heeft mij verzekerd dat je een electrocardiogram/hartfilmpje pas kunt lezen als je er 15.000 per jaar leest. Dat betekent dat je daarvoor een bepaalde hoeveelheid patiënten nodig hebt. Je hebt een bepaald volume nodig om ervaring op te doen en op niveau te blijven, dit los van de vraag of je het acceptabel vindt dat er in een ziekenhuis van zestig bedden vijf anesthesisten rondlopen die één operatie per dag doen. Dat vind ik niet alleen financieel, maar ook maatschappelijk onverantwoord. In het buitenland is alles anders. Dat weet u ook. Ik vind het niet helemaal correct om dat met Nederland te vergelijken. Ik woon in Nederland. 10 meter over de grens is er in Tongeren een fantastisch ziekenhuis met 100 bedden. In de volksmond gaat half Maastricht daarnaartoe. Daar zijn specialisten die bereid zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week, beschikbaar te zijn. Dat zijn specialisten die tegen hun patiënten zeggen dat ze op vakantie gaan, maar dat ze hen moeten bellen als er problemen zijn. Die specialisten ken ik in Nederland niet. Geen enkele. Ik vind het waanzin dat je 24 uur per dag beschikbaar bent. Ik wil een uitgeruste dokter aan mijn bed hebben. Dat wilt u ook. In de Nederlandse verhoudingen willen we geen specialisten die zeven dagen per week 24 uur per dag beschikbaar zijn. Een jaar of tien geleden hebben we ook de assistenten/artsen in opleiding tot specialist in bescherming genomen: ook die moesten 24 uur per dag beschikbaar zijn. Daaraan hebben we met een arbeidstijdenbesluit paal en perk gesteld. Artsassistenten mogen ook maar 40 uur per week beschikbaar zijn. Zij worden ingeroosterd. Dit heeft de wereld veranderd. In feite geldt dat voor alle beroepen binnen een ziekenhuisorganisatie die je zevenmaal 24 uur per dag in de lucht moet hebben. Het is absoluut niet zo dat het gaat om een hoeveelheid geld. Het fundament van het probleem zult u niet oplossen, omdat u ten principale over onvoldoende patiënten beschikt om hier zo'n full swing ziekenhuis te realiseren.

Er zijn inderdaad veel rapporten geschreven. Heeft het rapport Lodewick gelijk? Ik heb al die rapporten ook gelezen. Ik weet wel dat die rapporten met nuances allemaal dezelfde kant opwijzen.

Allemaal worstelen ze met het probleem hoe je met de ziekenhuiszorg in een heel dun bevolkt gebied omgaat. Ik ken de rapporten van Zeeland. Ik ken de rapporten van Drenthe. Ik ken ze allemaal. In al die regio's wordt geworsteld met dezelfde problematiek. De wens vanuit de bevolking om zo dicht mogelijk bij huis een fantastisch ziekenhuis te hebben, dat is een gerechtvaardigde wens. De realiteit is echter dat dat in Nederland en de Nederlandse verhoudingen niet mogelijk is. Dat is mijn overtuiging. Er zijn mensen gezien die beweren dat ze zowel in Lelystad als Emmeloord een zelfstandig full swing ziekenhuis kunnen neerzetten. Ik wil die mensen vragen hoe ze dat gaan doen. Ik geloof er helemaal niets van.

U had het over het bestuursmodel. Ik vind niet dat ik daarvan iets moet vinden. Er zijn in Nederland nu nog 85 ziekenhuizen. Die hebben vrijwel allemaal de stichtingsvorm. Gebleken is dat die voldoet, maar dat er situaties zijn waarbij dat fout is gegaan. Er zijn discussies gaande om dat bestuursmodel te veranderen met de vraag aan wie dat toezichthoudend orgaan verantwoording aflegt. Moet er geen toezichthouder op de toezichthouder zijn? Ik wil mij vandaag niet met u aan die discussie wagen.

Ik geloof dat ik zo al uw vragen heb beantwoord.

De heer **Blauw**: Ik houd u graag een keer aan die goede borrel. Dat vind ik ook heel gezellig.

Wij vinden eigenlijk dat het benoemingsrecht en ontslag of voordrachten vanwege de Raad van Toezicht niet bij de Raad van Toezicht moeten rusten. Het colportagemodel zou eruit moeten. Toezicht op toezicht op toezicht moet niet nodig zijn. Het colportagemodel zou uit de zorgstichtingen behoren te gaan. Daarmee bereik je een zekere mate van affiniteit, die er nu niet is. Dat is even een opmerking.

Mijn eerste vraag was of de opdrachtgevers zich aan uw advies hebben geconformeerd of het daarmee in ieder geval eens zijn. Dat heb ik in het rapport niet kunnen lezen. Ik neem aan dat dat zo is.

De heer **Geenen**: Er waren acht opdrachtgevers. Die hebben zich in grote lijnen achter dit rapport geschaard. Ieder had daarbij bepaalde kanttekeningen, maar de opdrachtgevers hebben het advies in grote lijnen aanvaard. Een belangrijk element daarvan is dat de Raad van Bestuur op dit moment bezig is met de uitwerking van het advies om te bezien in hoeverre er partijen zijn die in ruil voor zeggenschap een kapitaalinjectie aan het ziekenhuis willen geven. Dat traject loopt tot 7 november 2008. Als het traject goed loopt, hebben we over een week iemand/een organisatie/een bedrijf, die dat kapitaalinjectie geeft, zijn de financiële problemen van de IJsselmeerziekenhuizen voor een belangrijk deel opgelost en kan worden begonnen met een operatie die conform het advies leidt tot een situatie zoals we nu hebben beschreven. Als het 7 november 2008 om welke reden dan ook niet is gelukt om die kapitaalinjecteur te vinden, dan rest maar één andere oplossing en dat is surseance van betaling. Daarmee waren alle opdrachtgevers het eens.

De heer **Blauw**: U zegt in uw rapport dat een surseance van betaling tot een failliet zou moeten leiden. Dat is niet in alle gevallen zo. U zegt wel dat dat hier zo is. Kan een doorstart vanuit de surseance mogelijk zijn of ziet u dat niet als een mogelijkheid?

De heer **Geenen**: Surseance van betaling is een moeilijk woord voor uitstel van betaling. Dat uitstel moet dan wel worden verkregen. Dat krijg je van de rechtbank op het moment dat er uitzicht op alsnog betalen is.

De heer **Blauw**: In het geval van een crediteurenakkoord wordt de balans lichter en wordt de doorstart daarmee makkelijker: of zie ik dat verkeerd?

De heer **Geenen**: Ja, er zou een akkoord kunnen worden gesloten, maar daarover ga ik niet speculeren. We hebben de hele tijd in dubio gezeten wat er gebeurt: zou het voor de instelling verstandig zijn of om eerst surseance aan te vragen, waarbij de bewindvoerders daarna heel snel tot de conclusie moeten komen dat uitstel gewoon tot afstel en dus een faillissement leidt of dat er direct door de instelling faillissement wordt aangevraagd? Dat is een afweging waarover wij ons niet hebben gebogen. We hebben er misschien wel een mening over, maar het is verder aan het bestuur om dat met zijn adviseurs op een ordelijke manier bij de rechtbank te deponeren. Surseance of faillissement maken op zichzelf niet veel verschil. Wij hebben gesuggereerd dat door de instelling bij de rechtbank in ieder geval de naam van een bewindvoerder/curator wordt voorgesteld die ervaring heeft met het doorstarten van organisaties/instellingen. Die zijn er. Die hoeft niet uit dit arrondissement te komen. Als die gevonden wordt en door de rechtbank wordt aangesteld, kan het ziekenhuis nog gewoon blijven doordraaien. Inmiddels zijn alle gegevens die belangstellenden voor eventuele koop voor faillissement nodig hebben, in die data-room geweest. Wanneer wordt uitgegaan van de hypothese dat zij geen bod hebben uitgebracht, is er sprake van surseance of faillissement. Dan is die dataroom niet veranderd. Ja, de balans was iets korter, maar dat is een techniek, die ik niet ga uitleggen. Het zal de curator/bewindvoerder er alles aan zijn gelegen om nieuwe belangstellenden te vinden voor precies hetzelfde bedrijf, maar met een andere schuldenpositie. Dan wordt het geld in ieder geval niet in de volle omvang door de premiebetaler, AWBZ of zorgpremie betaald. Achmea en de plaatselijke middenstand zullen dan een duidelijke veer moeten laten en nogal wat personeelsleden zullen dan een forse veer moeten laten, omdat die niet allemaal door de nieuwe eigenaar zullen worden overgenomen. Er zal een strenge selectie aan de poort worden gehouden. Dan krijg je een heel andere soort verkoop met een heel andere lading en een heel andere beleving. Die zal zich hier ter plaatse nog meer manifesteren dan de verkoop voor faillissement zou betekenen. De verwachting is dus dat het ziekenhuis in ieder geval zal blijven doorfunctioneren en razendsnel vanuit surseance of faillissement toch weer zal worden verkocht.

De heer **Kalk**: Voorzitter, ik ben op zoek naar nieuwe punten, maar ik heb toch nog een vraag over dat toezicht. Dat heeft ook met de actualiteit te maken. Het rapport was nog maar koud verschenen of de Raad van Toezicht pakte zijn biezen. Het rapport was wat betreft het toezicht dat was gehouden, ook vlijmscherp. Dat was niet van deze tijd. U ziet nu de landelijke politiek een oproep aan de gemeenten en provincies doen om zich intensiever met ziekenhuizen te bemoeien: iets meer te doen dan het zijn van stakeholder en wellicht ook een kwaliteitszetel in de Raden van Toezicht in te nemen. Mijn vraag is – ook vanuit de expertise die u zelf heeft – hoe u daartegenaan kijkt. Dat horizontaal toezicht zou goed op orde moeten zijn. Wij hebben hier in Nederland gekozen voor verticaal toezicht daarop vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarop viel ook nogal wat af te dingen. Dat is in de loop der jaren wat verbeterd. In plaats van dat men in Den Haag naar ons kijkt, moet het toch juist zo zijn dat men in Den Haag dat verticale toezicht op ziekenhuizen via de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de wetgevingssfeer goed organiseert? Nu wordt vanuit Den Haag de bal weer bij ons gelegd: de gemeenten en de provincie zouden in het toezicht iets moeten, maar wij waren stakeholder. Ziedaar de dilemma's. Ik nodig u uit om daarvan vooruitlopend op die borrel vanuit uw expertise iets te vinden. Het is wel een discussie die actueel is. Kijkend naar de vervolgstappen op het rapport zie je ook dat er met de partijen die nu worden uitgenodigd, afspraken over het interne en externe toezicht zullen moeten worden gemaakt.

De **voorzitter**: Misschien even een energieopmerking wat mij betreft. De discussie die ik aanzwengel, is zeker met de kennis, kunde en ervaring die wij de afgelopen jaren hebben opgebouwd, een heel interessante. Dat ben ik helemaal met u eens, alleen voor de problematiek van de IJsselmeerziekenhuizen op dit moment is die niet interessant. Ik zeg dat even.

De heer **Kalk**: Vandaar mijn laatste opmerking dat het juist wel interessant is, want we zitten in die tiendagenperiode.

Je ziet dat voor de belangstellende partijen een aantal vervolgstappen is geformuleerd. Daarin staat expliciet dat er rondom dat toezicht keuzen moeten worden gemaakt. Als er een warme doorstart plaatsvindt, kunnen we ons afvragen of we daar politiek iets moeten. Ik ben zo vrij dat hier wel even aan de orde te hebben.

De heer **Lodewick**: Er zijn in Nederland de afgelopen tien jaar vele rapporten verschenen over toezichthouders, hoe een toezichthouder zich behoort te gedragen en wat hij te doen en te laten heeft. Dat zou tot gevolg moeten hebben dat de kwaliteit van het toezicht substantieel verbetert. Ik denk dat dat op sommige plaatsen ook zeker gebeurt, maar hier is het in ieder geval niet gebeurd. In de Raad van Toezicht zaten niet de minste mensen. Mijn stellige overtuiging is, dat welk constructie je ook bedenkt, dat geen garantie is dat daarmee het toezicht verbetert. Het gaat om de mensen die dat werk doen. Ik kan u verzekeren dat toezicht houden geen gemakkelijke opgave is. Het zijn vaak van die functies die slechts een aantal uren per maand in beslag nemen, maar ik verzeker u dat toezicht houden een vak is. Dat doe je niet erbij, maar in plaats van. Dat is gewoon werken. Ik heb een boek geschreven over 'Ziekenhuizen veranderen', waarin ik een hoofdstuk aan het functioneren van Raden van Toezicht wijdt. Daarop is veel aan te merken. Dat is mijn ervaring in alle ziekenhuizen die ik van binnen heb mogen bekijken. Tegelijkertijd heb ik me heel goed gerealiseerd dat geen enkel model, geen enkel reglement of wat dan ook de garantie geeft dat het toezicht alleen daardoor zal verbeteren. Het gaat uiteindelijk om die vijf of zeven mensen die in die Raad van Toezicht zitten en daar al dan niet goed hun werk doen.

De heer **Torenbeek**: Voorzitter, ik heb als laatste fractie nog het woord en het valt niet mee om nog vragen te verzinnen, maar er zijn toch nog wat blijven staan. Ik zal ze kort stellen.

De heer Lodewick heeft gesproken over de benodigde adherentie om een basisziekenhuis te krijgen. U zegt dat je daarvoor een x-aantal cliënten/bewoners nodig hebt. Ik wil weten wat u iets concreter bij x denkt.

Mijn tweede vraag. Op pagina 20 van het rapport wordt boven punt 3.4 gesteld dat de adherentie van de Noordoostpolder voor de IJsselmeerziekenhuizen van wezenlijk belang blijft. Op pagina 30 stelt u dat een doorstart van het ziekenhuis van Lelystad met het afstoten van de locatie Emmeloord, maar met voortzetting van de poliklinische activiteiten, is onderzocht. Een paar regels verder is dat in uw visie verliesgevend. Hoe kan dat met elkaar overeenstemmen? Aan de ene kant is het van wezenlijk belang en tien pagina's verder is het verliesgevend.

Mijn derde vraag gaat over de schuldenlast en de ontwikkeling van de plannen voor een mogelijke voortzetting van de zorg. Heeft de overheid daarin naar uw mening een taak? Zo ja, welke overheid/overheden en op welke wijze?

Ten slotte, voorzitter. Er staat ook een slotzin in het rapport. Ik zal mijn aandacht daaraan nog wijden, omdat wij de laatste fractie zijn. Er staat op pagina 35: als er een derde adviesronde nodig is, na de commissie Kraaijeveld in 2002 en Lodewick in 2008, zal die alleen nog kunnen gaan over de ontmanteling van het ziekenhuis in Lelystad. Daarmee zegt u dat dit het ultieme rapport is. Dat klinkt mij nogal dreigend in de oren. Is dat ook zo bedoeld?

De heer **Lodewick**: Het is niet het ultieme rapport, maar het is inmiddels wel één uur geworden. Het is geen vijf minuten voor twaalf. Het is erop of eronder. Dat geldt voor de ziekenhuisvoorzieningen in de Noordoostpolder en voor de ziekenhuisvoorzieningen aan de andere kant. Als het werkelijk niet lukt om deze move en alle voorwaarden daarvoor te maken, dan is mijn stellige overtuiging dat het voortbestaan van de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad tot de onmogelijkheden zal gaan behoren.

Dan zullen beide polders op de ziekenhuizen in de omgeving zijn aangewezen. Dat is ook wel mogelijk, omdat de bereikbaarheid van die ziekenhuizen volgens de norm die we daarvoor in dit land hebben, dermate goed is, dat je eigenlijk noch in Lelystad, noch in Emmeloord een ziekenhuis nodig hebt. Over de noodzakelijkheid van een ziekenhuis is geen discussie. Het is niet nodig, maar het is wel gewenst. Als de dingen die wij schetsen, er echt toe leiden dat over een aantal jaren weer een groep mensen moet onderzoeken hoe het verder moet, denk ik dat je zoveel kansen hebt verspeelt, dat je het niet meer waard bent om over een ziekenhuis te beschikken.

Ik heb gezegd "een x-aantal inwoners". Ik ben de hele tijd bang geweest voor de vraag hoeveel is x. U stelt hem. Als ik praat over een ziekenhuis met alle basisspecialismen praat ik toch zeker over een bevolking van 150.000 tot 200.000, in die orde van grootte. Daarbeneden begin je met een afstrepactiviteit, waarbij je moet concluderen dat er geen bepaalde omvang voor een bepaalde ziekenhuisfunctie is en dat je die dus moet schrappen. Dan begin je dus met een 'light scale'-scenario. De adherentie van de polders is voor elk omliggend ziekenhuis van wezenlijk belang. We hebben dat daarstraks al aangegeven. Het zijn allemaal wat kleinere ziekenhuizen: Harderwijk, Heerenveen, Meppel, Sneek, Lelystad. Zij hebben die patiënten keihard nodig om te overleven/in stand te blijven. Dat heeft niets met marktwerking en alles met de kwaliteit van de zorg te maken. Op het moment dat de IJsselmeerziekenhuizen vandaag zeggen dat zij geen activiteiten in de Noordoostpolder meer hebben, betekent dat dat ook de IJsselmeerziekenhuizen in zeer zwaar weer komen, omdat ze een aantal voorzieningen niet overeind zullen kunnen houden. Dat geldt voor Sneek, dat geldt voor Harderwijk, dat geldt voor Meppel en dat geldt voor Heerenveen. Als die adherentie verliezen, zullen ze in slecht weer terechtkomen. De andere kant van diezelfde medaille is dat je bij voorkeur zou zien dat er één partij is die de volle adherentie krijgt. Dan kan het tenminste een echt ziekenhuis worden. De andere realiteit is weer dat dat nooit gebeurt. De bevolking aan de randen zal altijd naar andere ziekenhuizen gaan. Ik woon zelf in Maastricht. Ik weet uit de cijfers en van de borrels die ik regelmatig heb, dat 10% van de bevolking van Maastricht het maar niets vindt in Maastricht en naar Heerlen gaat. In Heerlen gebeurt precies hetzelfde. Ook daar is het gras in Maastricht groener dan het Heerlense gras. Wat dat betreft is er altijd uitstroom van patiënten. Dat is al zolang als er ziekenhuizen bestaan.

U had ook nog een vraag over de overheid. In hoeverre moet de overheid zich nu daadwerkelijk met individuele ziekenhuizen gaan bemoeien? Ik denk dat je dat niet moet willen. Je moet wel uitspraken over beschikbaarheid van ziekenhuiszorg doen. Ik denk dat je je als overheid op heel glad ijs gaat begeven op het moment dat je je op het ijs van de beschikbaarheid van ziekenhuizen/gebouwen/locaties begeeft, en ook in een groot spanningsveld komt met degenen die de zorg gaan leveren. In zijn algemeenheid zou ik als overheid er wel nauwlettend op toezien dat de zorg goed beschikbaar is. In Nederland hebben we die 45 minutengrens. Vervolgens kun je kijken naar de kwaliteit van de zorg. De inspectie is steeds indringender bezig om toezicht op de kwaliteit van de zorg te houden. Ik denk dat je als overheid wel een actieve rol hebt, zolang je aan die randvoorwaarden voldoet. De overheid moet zich niet inlaten met het functioneren van een concreet ziekenhuis, want dan kan de raad natuurlijk door het parlement worden vervangen.

De heer **Lammers**: Voorzitter, betekent dit dat de heer Lodewick de scenario's van KPMG eigenlijk van tafel veegt, als hij getallen van 150.000 inwoners noemt, en zeker die verzelfstandiging als optie niet haalbaar acht?

De heer **Lodewick**: Je kunt in Emmeloord een fantastische orthopedische kliniek neerzetten. Als je daarmee heel Oost-Nederland orthopedisch weet te bedienen, is dat fantastisch. Dat kan. Als het gaat over een ziekenhuis met een eerste hulp en de basisspecialismen die ik heb genoemd, dan denk ik dat je in die orde van grootte uitkomt. Onder de 100.000 kom je onder de 150 bedden terecht. Ik denk dat je dat vandaag misschien nog zal lukken, maar morgen zeker niet meer.

De heer **Geenen**: Mag ik nog een aanvulling op de beantwoording geven? U was even in verwarring gebracht door het feit dat het IJsselmeerziekenhuis in dit rapport toch nog wel degelijk een polikliniek in de Noordoostpolder zou moeten houden en dat tegelijkertijd is uitgerekend dat dit verliesgevend zou zijn. Dat kan ik me voorstellen, maar het antwoord is er toch. Wij hebben gezegd dat het IJsselmeerziekenhuis vanuit Lelystad weloverwogen spreekuur in de Noordoostpolder zou kunnen houden om de patiëntenstroom naar de klinische faciliteiten in Lelystad te leiden. Wat wij hebben uitgerekend, is de voortzetting van de poliklinische activiteiten van de IJsselmeerziekenhuizen, zoals deze er nu zijn. Daarvan is uitgerekend dat dit een verliesgevende zaak is en dat ze dat in ieder geval moeten stoppen. Dat is de nuance die daarin is aangebracht. Als u daarin ook een waarschuwing in de richting van Sneek wilt lezen, dan ga ik u niet tegenhouden.

De **voorzitter**: Dames en heren, ook met een blik op de klok, zijn er nog onderwerpen belangrijk om daarvoor de tijd te nemen? Zijn er vragen van uw kant die u aan de heren wilt hebben gesteld?

De heer **Nijdam**: Ik wil nog een vraag stellen aan de heer Geenen. Ik heb begrepen dat Achmea bij investeringen door Achmea grote zeggenschap in de IJsselmeerziekenhuizen moet krijgen. Achmea haalt in dit gebied natuurlijk ook nogal wat premies op. Er is natuurlijk ook een markt te verdelen onder de zorgverzekeraars. Hoe kijkt u daartegenaan? Stel dat de inwoners van de Noordoostpolder hier toch een redelijk goede zorg en in ieder geval die twee zaken die de heer Blauw ook al heeft genoemd, willen houden en zich massaal op Friesland gaan richten. Dat is ook een optie. Dat is ook marktwerking.

De heer **Geenen**: Ik weet niet waar u bent verzekerd, maar als u bij Achmea bent verzekerd, lijkt het me handig daar gewoon bij te blijven. Wat zeker niet is gesuggereerd, is dat Achmea met een heleboel geld in dit ziekenhuis gaat zitten. We hebben in de gesprekken aan verschillende partijen, deels onze opdrachtgevers en ook dit gemeentebestuur, gevraagd, waarom zij het niet zelf kopen. Dat was een wat confronterende vraag, maar het leverde ook een heel aardige discussie op. Achmea heeft net als deze gemeente gezegd dat dat niet tot zijn kerntaken behoort en er andere partijen zijn die dit op zich zouden moeten nemen. Voor Achmea heeft het wel mogelijke consequenties wie de toekomstige koper wordt, afhankelijk van de manier waarop die erin zit en het rendement dat hij eventueel uit het bedrijf wil halen. In die zin heeft Achmea een buitengewoon belang bij eventuele voorzieningen hier om toch zijn zorgplicht naar zijn verzekerden te kunnen waarmaken. Eén ding: als u de algemene voorwaarden van welke verzekeringsmaatschappij dan ook leest, zult u daarin niet lezen dat ze verplicht zijn om zorg in Emmeloord aan te bieden. Ze zijn verplicht om zorg op acceptabele afstand aan te bieden. Achmea kan een nieuw contract met de exploitant van zorgvoorzieningen hier afsluiten. Ik neem aan dat Achmea ook al zo'n contract heeft met het Antoniusziekenhuis met een vestiging in Emmeloord. Dan is er niets aan de hand.

Mevrouw **Droog**: Ik heb nog een vraag over de poliklinieken. U heeft aangegeven dat de poliklinieken, zoals die hier nu vanuit het RIZ het zijn, niet winstgevend zijn. Die zijn niet rendabel. In de regio is een ontwikkeling van nieuwe modellen van zorg te zien. Is het ook mogelijk dat met meerdere poliklinieken vanuit verschillende ziekenhuizen gebruik van één diagnostisch centrum wordt gemaakt? Dat je die samen beheert? Zijn daarvan voorbeelden?

De heer **Geenen**: Mij zijn ze in ieder geval niet bekend. Als mensen elkaar kunnen vinden, levert dat meestal iets moois op. Heb ik voldoende antwoord gegeven?

De heer **Blauw**: U heeft eerder gesproken over een categoriaal specialisme, bijvoorbeeld orthopedie, dat een bovenregionale functie zou hebben. Ziet u, als mensen elkaar kunnen vinden, eventueel mogelijkheden dat enkele van die specialismen met een bovenregionale functie in samenhang met een ziekenhuis wel een rendabiliteit kunnen opbren-

gen? Ik denk dat het in een geheel van een ziekenhuis zeker rendabel kan zijn, als het sec rendabel kan zijn.

De heer **Lodewick**: Ik wil daarover geen uitspraak doen. Ik heb al aangegeven dat ingrepen die heel veel voorkomen en relatief eenvoudig zijn, niet per se in een full swing ziekenhuis hoeven worden gedaan. Die kun je ook categoraal aanbieden. Dan heb je het inderdaad over orthopedie. Dan heb je het over oogheelkunde. Oogheelkunde is echter eigenlijk allemaal dagbehandeling.

De heer **Blauw**: Zijn die planbare disciplines niet juist interessant?

De heer **Lodewick**: Ik ben op zoek naar 24 uursvoorzieningen. Als je allemaal planbare categorale ingrepen hebt, dan heb je nog geen ziekenhuis. Het gaat mij om die 24 uurszorg. Hoe krijg je voor elkaar om 24 uur per dag specialisten en verpleegkundigen zodanig in de lucht te houden, dat ze bezig zijn, ervaring opdoen en ook nog betaalbaar zijn.

De heer **Blauw**: Van de financiële kant kan ik me voorstellen dat je dan een bredere basis hebt en de bereidheid voor zo'n afdeling, die geld kost. Als er dan vier afdelingen zijn die geld opbrengen, houd je het geheel toch bij elkaar. Dat is wat ik eigenlijk zoek. Ik kan me voorstellen dat er financieel gezien dan een bredere basis zou zijn.

De heer **Lodewick**: Dan zou je bereid moeten zijn om de winsten van die categorale organisaties in een verliesgevend ziekenhuis te stoppen. Ik weet niet of je daarvoor participanten vindt.

De heer **Blauw**: Als we participanten kunnen vinden die in de IJsselmeerziekenhuizen gaan investeren, dan zijn er misschien ook nog wel een paar die hierin willen investeren.

De heer **Lodewick**: Wie weet?

De **voorzitter**: Ik wil dit deel van de bijeenkomst met uw welnemen afsluiten. Het is altijd heel moeilijk om conclusies te trekken, maar mijn conclusie zou zijn dat de sluiting van het Dokter Jansenziekenhuis een feit lijkt en de vraag is wat de patiënten gaan doen. Dat betekent ook dat er veel aanbieders van zorg zullen komen. Als je dan vanuit het beste voor de Noordoostpolder/ons gebied redeneert, moet je eigenlijk zeggen dat er één aanbieder moet zijn die de poliklinische klus zo veel mogelijk probeert neer te zetten. We hebben alleen aan de andere kant begrepen dat er meer aanbieders komen en dat vele varkens de spoeling wel eens dun zouden kunnen maken en dat dat dan weer heel moeilijk is te regelen. Wat dat betreft denk ik dat de onzekerheid over de kwalitatieve invulling van de tweedelijnsgezondheidszorg in ons gebied nog wel een tijdje bij u zal voortbestaan. Dat stemt ons allemaal denk ik best een beetje somber. Dat is volgens mij, geluisterd naar de beantwoording en de discussie, wel een conclusie.

Dames en heren, ik schors de vergadering.

Schorsing.

De **voorzitter**: Dames en heren, ik heropen de vergadering.

Even de status van het hier en het nu. De heren Geenen en Lodewick hebben hun advies toegelicht. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis zal daarover in het weekeinde van 7 en 8 november 2008 een besluit nemen. Dan is er begin volgende week om deze tijd duidelijkheid: we weten dan wat daar is gebeurd. Dan kunnen we daarop reageren. We kunnen heel lang het rapport nog eens overdoen, maar dat lijkt me niet wenselijk. Mijn vraag is of er vanuit uw kant nog behoefte is om iets tegen het college te zeggen.

Dan kan dat. Als u zegt: wij wachten af en kijken welke beslissing de Raad van Bestuur van het ziekenhuis neemt en wat er dan gebeurt, stellen wij het met de scenario's die zich dan ontwikkelen, uiteraard op prijs dat we goed met elkaar in contact blijven en dat we weten wat er gebeurt. Dat kan ook een scenario zijn.

Naar mijn idee moeten we de problematiek van het ziekenhuis niet nu nog een keer bespreken, want dat voegt op dit moment denk ik niet veel toe. Misschien ontnem ik u nu het enthousiasme voor het gesprek, maar dat is niet de bedoeling. Ik probeer het wel wat te structureren.

Even de orde van opmerkingen. Is dat goed? Iedereen het ermee eens dat we dat kort proberen te doen?

De heer **Torenbeek**: Voorzitter, we hebben zojuist gehoord wat de deskundigen hebben gezegd. Dat baart ons zorgen, want duidelijk is wat ze hebben gezegd. Het is de vraag hoe het zal moeten met de zorg in de Noordoostpolder. U zei het net al, het is ook voor een groot deel afwachten wat er het komende weekeinde gaat gebeuren. De zaak is complex.

Wat ons na wat we vanmiddag hebben gehoord het meest zorgen baart, is de concurrentie die tussen de diverse ziekenhuizen bestaat en zal ontstaan als het om de poliklinische en klinische zorg gaat, want in die concurrentie gaat het tenslotte wel om mensen. We hebben daarover nagedacht en het woord is vanmiddag al vragenderwijs gevallen. Het CDA wil horen hoe het college daarop reageert. Het CDA wil in het belang van de bevolking dat er onderzoek wordt gedaan naar de mogelijkheid om de verschillende 'marktpartijen' in deze zorg bij elkaar te brengen. Die verschillende ziekenhuizen hebben toch ook wel in de gaten dat het zo niet goed gaat en ze toch adherentie verliezen. Volgens dit rapport kunnen de IJsselmeerziekenhuizen weer aan adherentie winnen, als de IJsselmeerziekenhuizen aan kwaliteit gaan winnen. Dat gaat weer ten koste van Sneek, enz. Ons lijkt dat er een mogelijkheid voor alle partijen en met name voor de Noordoostpolder is, dat er een stuk samenwerking/een gezondheidscentrum komt, waarin de partijen elkaar niet beconcurreren, maar elkaar versterken. Ik wil de oproep aan het college en via de wethouder aan de marktpartijen doen om zo mogelijk in die richting te werken.

De heer **Blauw**: Voorzitter, wij staan nu en volgende week nog meer voor een hele nieuwe ontwikkeling en een hele nieuwe tijd met betrekking tot de tweedelijnszorg. Ik denk dat we dan langzamerhand ook een stuk geschiedenis achter ons moeten laten. Ik denk dat er aan de andere kant van de brug nog heel veel lelijks gaat gebeuren. Dat is nu eenmaal zo in dit soort situaties. Ik wil hier nu alleen maar zeggen dat wij in de komende tijd eens een keer met zijn allen moeten filosoferen over de vraag waar wij nu met dit onderwerp in de toekomst naartoe gaan en in hoeverre de gemeente daarin wel of niet een rol kan spelen. Ik zou u willen aangeven: breng al die partijen bij elkaar, maar laten we ook gewoon point blank filosoferen over wat wij daarmee als raad en als college willen. Hopelijk kunnen we dan met betrekking tot het opbouwscenario in de komende jaren met de partijen die dat ook willen, op één lijn gaan zitten, wat we het afgelopen jaar niet altijd hebben gedaan. Wat mij betreft hoeft het niet op stel en sprong, maar ik wil wel degelijk een keer filosoferen over welke richting wij nu willen kiezen. Dat kan best een keer in december 2008 of januari 2009, wanneer we er klaar voor zijn. Dat zou mijn suggestie zijn.

De heer **Tuinenga**: In grote lijnen sluit ik me daarbij aan. Ik denk dat in de komende maanden duidelijk moet worden gekeken wat de eventuele mogelijkheden zijn. Ik heb onlangs in de vraagstelling naar de heer Lodewick ook al aangegeven, dat de keus van de bevolking in principe al niet meer bij de IJsselmeerziekenhuizen ligt. Er moet dus gewoon wat anders worden bedacht.

Wat dat betreft denk ik dat het goed is om daarnaar in de komende maanden serieus te kijken en dan maar hopen dat je daaruit met elkaar als raad een lijn kunt halen. Dat je zegt: dat is het doel.

De heer **Lammers**: Wij onderschrijven niet alle conclusies in het rapport. We vinden het teleurstellend dat er met betrekking tot het zorgaanbod een gedifferentieerd beeld is gebracht. We lopen straks het risico dat we voor hoofdpijn naar een polikliniek op Urk moeten en voor een elleboog misschien wel naar Kraggenburg of Vollenhove, als daar een centrum moet komen. Mijn fractie denkt dat die gedifferentieerdheid niet goed is voor de Noordoostpolder. Ik denk dat wij met zijn allen juist op een centraal zorgaanbod moeten inzetten. Het spel zal denk ik hard en zakelijk worden gespeeld. Het is dan voor ieder hier afwachten of de beste partij met de beste bedoelingen en met het beste scenario voor een zorgstel daaruit rolt. Het zou natuurlijk goed zijn dat die aansluiting kan vinden bij zijn constructie, maar in ieder geval met het Antonius in Sneek, die zich hier al heeft willen vestigen en die het risico al is aangegaan om een stuk zorgkwaliteit te leveren.

De heer **Van der Velde**: Voorzitter, mag ik daarop even reageren. Dit wekt de illusie dat wij invloed zouden hebben op hoeveel poliklinieken hier komen. Dat hebben wij helemaal niet. Iedereen is vrij hier zorg aan te bieden en het gaat erom wie dat doet en wie dat gaat doen. Daarop hebben wij geen invloed. Ik vind het dan jammer dat de heer Lammers aangeeft dat wij met zijn allen achter de tafel gaan zitten en bepalen wie hier straks wel en geen polikliniek mag openmaken. Dat is niet goed.

De heer **Nijdam**: Voor mijn gevoel hebben we er wel invloed op, mijnheer Van der Velde. We moeten die zaak dan aan het kabinet teruggeven en zeggen dat we de gezondheidszorg in Nederland weer gaan nationaliseren. Dan kun je ook invloed hebben.

De heer **Lammers**: Daar hebben we toch niets aan?

De **voorzitter**: Er zijn dus een heleboel variaties mogelijk.

De heer **Lammers**: Ik ben blij met die brede kijk, maar ik denk dat de heer Van der Velde mijn opmerking verkeerd interpreteert. Ik heb niet gezegd wie of wat dat zou moeten doen. Ik zeg alleen dat het goed zou zijn als. Die nuance breng ik wel aan.

Ik deel niet de mening van de CDA-fractie dat we nu al in een prematuur stadium moeten gaan kijken welke marktpartijen hier het beste met elkaar overweg zouden kunnen om voor cohesie in samenwerking te zorgen.

De heer **Van der Velde**: Dat is jammer, want dan zou je juist met één polikliniek toe kunnen.

De heer **Lammers**: Dat is het bezwaar dat ik heb: dat in de conclusies, die in het rapport zijn getrokken, juist nog de mogelijkheid wordt geboden voor de eis, dat ik zeg dat hier een polikliniek moet worden neergezet. Dat signaal geven wij in ieder geval niet af. De mening van mijn fractie is: maak een nieuwe start en doe dat in combinatie met de beste zorgaanbieder in de Noordoostpolder op dit moment.

De heer **Torenbeek**: Dat betekent dat de heer Lammers zegt dat je de IJsselmeerziekenhuizen geen gelegenheid moet geven om hier poli te houden. Ik kan niet anders begrijpen dan dat u wilt aangeven dat de overheid, ofwel het college, ofwel de heer Zeilstra, tegen de IJsselmeerziekenhuizen moet zeggen dat zij hier voortaan geen poli meer mogen houden. U noemt zichzelf altijd liberaal. In mijn visie is een liberaal altijd iemand, die zich tegen overheidsbemoediging verzet. U stelt mij als liberaal diep teleur.

De heer **Lammers**: Als u het rapport goed had gelezen, had u die opmerking niet geplaatst, want er wordt over gesproken dat de kwaliteit van het zorgaanbod van de IJZ over een hele lange weg weer op peil wordt gebracht.

De heer **Torenbeek**: Nee, binnen een jaar moet het bij de twintig beste ziekenhuizen horen. Dat is een van de idealen van dit rapport.

De heer **Lammers**: Geloof u maar in dat sprookje. Wij hebben daarin al jaren geen geloof gehad en dat is ook bewezen. Daarom zetten wij in op die partij die daartoe wel in staat is gebleken.

De heer **Torenbeek**: Wij ook, maar wij willen als overheid andere partijen niet verbieden om hier hun werk te doen. Dat is een overheidsbemoediging, waar wij als CDA absoluut tegen zijn.

De **voorzitter**: De heer Blauw deed een oproep aan ons allemaal om na de toch divergerende opvattingen, die er in de raad leven over wat we achter ons hebben liggen, in de toekomst te kijken hoe we daarmee met elkaar omgaan, misschien van ons af te leggen wat wij achter ons hebben liggen en toch te proberen iets te verzinnen. De discussie waarmee u nu bezig bent, probeert daaraan al een invulling te geven. Ik vond het zo verstandig van de heer Blauw, dat we hiervan even afstand nemen. Na 10 november a.s. is er een realiteit op tafel, waarmee we wat kunnen en moeten. Ik wil proberen dit soort debatten wat te verkleinen. Het punt is gemaakt.

De heer **Lammers**: Ik deel de mening dat wij moeten afwachten wat er straks uit de koker komt. Dan is het moment om daarover met de raad en de commissie te debatteren.

De heer **Simonse**: Voorzitter, het is nu makkelijk daaraan nog een zinvol woord toe te voegen. Ik ben het in grote lijnen eens met hoe u het net samenvatte. Ik denk inderdaad dat voortschrijdend inzicht heeft laten zien dat wij ook vanmiddag nog een heleboel hebben kunnen leren en dat er nog een heleboel vakjes zijn opengegaan, waarvan we zeiden dat dat misschien ook nog een mogelijkheid kan zijn. Ik doel dan met name op wat de heer Torenbeek ook heeft genoemd: samenwerking. Het kan best nuttig en nodig zijn dat dat punt voor de nabije toekomst heel belangrijk gaat worden. Niet makkelijk, want ieder heeft zich zo in zijn stellingen ingegraven en in zijn uitspraken, die bijna canoniek aan het worden zijn. Ik denk dat we voor de toekomst toch erg bij die samenwerking zijn gebaat.

De heer **Wassink**: Voorzitter, ik heb een heel eenvoudige vraag. Wat gaat de wethouder tussen nu en 8 november 2008 nog doen? Gaat hij inderdaad achteroverleunen en kijken wat er dan gebeurt en dan reageren of heeft hij tussendoor vanuit dit rapport nog iets in zijn agenda staan?

Mevrouw **Faber**: Ik wil in de eerste plaats melden dat ik het een heel plezierige bijeenkomst met die beide heren vond. Het was prettig dat zij heel duidelijk in hun antwoorden waren. Ik heb de vraag welke rol de wethouder de komende week kan spelen. Ik denk dat wij met de vragen, die wij hebben gesteld, al een beetje hebben aangegeven hoe wij naar de toekomst kijken. Ik denk dat we met de realiteit moeten dealen en voor onszelf niet te veel wolkjes moeten bedenken.

Wethouder de heer **Zeilstra**: Ik denk dat het duidelijk voor de hand ligt dat we met elkaar nog een discussie van wat filosofische aard moeten voeren, in die zin dat je duidelijk wat aan elkaar kunt bieden.

Als het gaat om de concrete vraag welke acties je onderneemt, kan ik daarover heel duidelijk zijn.

Vanochtend heb ik tweemaal uitvoering telefonisch overleg met de Raad van Bestuur van Meppel gehad. 5 november a.s. heb ik samen met het college van Urk overleg met het Antoniusziekenhuis, 6 november a.s. heb ik overleg met de vertegenwoordigers achter de IJsselmeerziekenhuizen. Met andere woorden: de reden dat ik deze acties onderneem, is om goed zicht op de materie te krijgen. Ik vind dit een duidelijk rapport en wij hebben, als degenen die in Den Haag aanwezig waren, ook gezegd dat wij hieronder een streep wensen te zetten in de zin, dat wij ons hierin kunnen vinden met de aanvulling die beide heren over wat wel en wat niet hebben gegeven. Als één ding duidelijk is, dan is het dat we behoefte aan die duidelijkheid hebben. Even inspelend op de opmerking van de heer Torenbeek: het overleg dat ik met de raad van besturen voer, is gericht op wat nu daadwerkelijk de mogelijkheden van samenwerking zijn, omdat je zit met de vraag over de bundeling van krachten binnen de kaders die de heer Lodewick heel duidelijk heeft aangegeven. Dat is een belangrijke vraag. Heel duidelijk daarbij is, dat de 'strijd' tussen het ziekenhuis en onze omgeving al gaande is en dat iedereen behoefte heeft om zijn adherentie vast te stellen. Dat betekent dat het een scenario wordt, waarbij iedereen probeert ergens een polikliniek in welke breedte of smalte dan ook te realiseren, of dat je gaat zeggen dat wij met elkaar een aantal krachten kunnen bundelen. Het uitgangspunt van waaruit het college opereert, is nog steeds het belang van onze inwoners om zo veel mogelijk te kunnen realiseren wat we hier in de meest brede zin poliklinische dan wel klinische faciliteiten kunnen realiseren. Dat is het belang dat wij hebben. Daarover nog eens nadrukkelijk met elkaar van gedachten wisselen, is duidelijk. Achterover hangen is niet het punt waarom het van mijn kant draait. Er dient gewoon actie te worden ondernomen, want nu kun je beïnvloeden. Dat is ook het enige dat we kunnen. Dat moeten we ook niet nalaten. Zeggenschap hebben we niet: de spelers bepalen het zelf.

De **voorzitter**: Heeft u behoefte aan een tweede ronde of kunnen we deze discussie hiermee afsluiten? Afsluiten? Mag ik dan van de gelegenheid gebruikmaken om een mededeling te doen die wij uit Lelystad hebben gekregen? U weet dat er een aantal partijen is dat het kabinet over de situatie met de IJsselmeerziekenhuizen heeft bevraagd. Op 6 november a.s. is er ook zo'n spoeddebat. De gemeente Lelystad wil bussen laten rijden om belangstellenden/inwoners/betrokkenen naar Den Haag te vervoeren om dat debat mee te maken. De vraag is of de Noordoostpolder daarbij wil aanhaken en of er vanuit de Noordoostpolder interesse is. Iedereen is wijs genoeg om daarvan zelf gebruik te maken, maar ik en wethouder Zeilstra hebben overleg gehad of we dat al dan niet willen meeorganiseren. Onze wijze van zien is dat de belangen van Emmeloord en Lelystad langzamerhand dermate uiteenlopen, dat het samen optrekken voor ons geen helderheid meer biedt. Als we moeten constateren dat het Dokter Jansenziekenhuis gesloten zal worden, dan is de vraag wat die gemeenschappelijke actie voor zin zal hebben. Wij zien daarin vanuit dat collectief weinig toegevoegde waarde. Raadsleden en/of anderen kunnen contact met de gemeente Lelystad opnemen, als ze dat willen. Wij kunnen niet voor de medemens beslissen, maar het lijkt ons niet aangewezen om daar collegebreed/gemeentebreed naartoe te gaan. Nogmaals, als u dat wilt, kunt u contact met de afdeling Voorlichting van gemeente Lelystad opnemen. Dan kunnen dingen worden gecombineerd en is de organisatie in één hand. Als er mensen van de Noordoostpolder meegaan, worden wij het met Lelystad wel erover eens, waar de rekening van die bus naartoe gaat.

V. Sluiting

De **voorzitter**: De extra vergadering is gesloten.

Aldus vastgesteld in de vergadering van 18 december 2008.

De griffier,

De voorzitter,