

2

Marktordening gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG) (32393).**

De **voorzitter**:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.



De heer **Putters** (PvdA):

Mijnheer de voorzitter. Er is haast geboden om in 2012 de zorguitgaven enigszins beheersbaar te houden in de overgang naar een nieuw bekostigingssysteem voor de ziekenhuizen. Daarom ligt dit wetsvoorstel nu voor en stemmen we er ook vandaag al over. De Tweede Kamer heeft het met algemene stemmen aangenomen en de ziekenhuizen hebben per convenant overeenstemming bereikt over hoe de kosten en volumegroei in 2012 beheerst moeten worden. "Allemaal voor elkaar", denk je dan. Toch wil de Partij van de Arbeid-fractie een paar fundamentele vragen stellen over hoe de minister de ontwikkeling van het zorgsysteem en de beheersing van de zorguitgaven voor zich ziet.

Als je full speed ahead gaat met de markt door uitbreiding naar 70% vrije prijzen, tegelijkertijd een enorm ouderwetse budgetkap van de Staat er bovenop zet en ook nog leunt op een soort corporatisme dat ziekenhuizen onderling doet afspreken dat ze opdraaien voor elkaars overschrijdingen en ze dus het nakijken hebben als ze zich netjes aan de budgetafspraken houden, dan komen de woorden van het VVD-Tweede Kamerlid Mulder toch bedreigend dichtbij, namelijk dat de minister een soort communistisch liberalisme aan het invoeren is. Hoe kijkt de minister tegen deze typering aan?

Het kabinetsbeleid lijkt zo de slechte kant van overheidssturing en marktwerking te combineren en heeft onvoldoende antwoord op de negatieve perverse effecten. Wij willen daarom vier zaken aan de orde stellen.

Het eerste onderwerp betreft de gespannen verhouding tussen budgettering en prestatiebekostiging. De PvdA-fractie vraagt zich af hoe lang dit soort volumeafspraken en budgetkortingen te combineren zijn met het scherper moeten inkopen van zorg op basis van de werkelijke behoeften van patiënten en de kwaliteit van zorg. Er is een grote kans dat het nu voorgestelde systeem een aantal perverse gedragseffecten oproept bij veldpartijen in verschillende richtingen. Er is de neiging tot omzetting, omdat collega-ziekenhuizen de overschrijdingen toch opvangen. Als je het beste jongetje van de klas bent, weet je zeker dat je de overschrijdingen van anderen moet gaan betalen. Ook bestaat het risico dat er opnieuw wachtlijsten ingesteld worden als het geld halverwege het jaar op is omdat de zorgvraag groter bleek, maar de productieafspraken het verder behandelen van die zorgvraag niet mogelijk maken. Daarnaast leidt de budgettering in de eerste lijn ertoe dat huisartsen patiënten sneller doorstu-

ren naar het ziekenhuis, dat daardoor nog meer druk op het volume zal ervaren. Het scenario dat oud-minister Klink recentelijk schetste, namelijk het opnieuw ontstaan van wachtlijsten omdat men budgetkortingen wil voorkomen, lijkt dichtbij. Immers, hoe onder dit regime nu de stap naar prestatiebekostiging op basis van realistische zorgbehoeften wordt gezet, zien wij nog niet.

Er is weliswaar een convenant met de ziekenhuizen afgesproken. Bij een forse uitbreiding naar 70% vrije prijzen en die kap van de overheidsbudgettering hebben de ziekenhuizen afgesproken, een slechts beperkte groei te accepteren en overschrijdingen onderling te vereffenen. De minister weet echter ook dat de koepelorganisatie niet zo gemakkelijk als vroeger namens alle leden spreekt. De belangen raken wat sneller tegengesteld, omdat de ziekenhuizen en hulpverleners ook de competitie met elkaar moeten aangaan. Bovendien zullen de ziekenhuizen die zich netjes aan de budgetten houden, vooral de klos zijn bij het moeten betalen voor ziekenhuizen die overschrijden. Hoe kijkt de minister naar wat het convenant voor individuele ziekenhuizen betekent? Wat doet de minister als zij in de problemen komen of vanwege de volumeafspraken inderdaad tot wachtlijsten overgaan? Hoe garandeert zij dan het wettelijk verzekerd recht op zorg? Welke aanwijzingsmogelijkheden heeft de minister daaromtrent richting de NZa en wanneer zal zij die gebruiken?

Intussen is er ook een brief ontvangen waarin de minister de aanwijzing aankondigt voor het instrument beschikbaarheidsbijdrage 2012. Het moet voor een aantal vormen van medisch specialistische zorg borgen dat de overgang van functiegerichte bekostiging naar prestatiebekostiging goed verloopt. Het lijkt erop dat de regering de beschikbaarheidsbijdrage reserveert voor die zorg waarvan de kosten voor afzonderlijke zorgprestaties in redelijkheid niet geheel kunnen worden toegerekend en in rekening kunnen worden gebracht bij individuele verzekeraars of verzekerden. Kan zij uitleggen wat dit instrument bijdraagt aan het voorkomen van de zojuist geschetste perverse gedragseffecten? En kan het voor zorgverzekeraars dan ook een middel zijn om daar iets aan te doen? Waarom zondert zij zorg bij zbc's, ggz-instellingen, centra voor long- en astmazorg en epilepsiecentra daar expliciet van uit? Wat betekent de maatregel dan voor verzekerden die daarop aangewezen zijn?

Een probleem dat zich tot slot in de spagaat tussen prestatiebekostiging op de markt en overheidsbudgettering voordoet, betreft de doorlooptijd van de financiële cijfers. Daarvoor willen wij nog aandacht vragen. De periode tussen het moment van overschrijding van het budget en het moment waarop de korting plaatsvindt om die overschrijding terug te halen, is echt veel te lang. Als je een been breekt, moet er in het ziekenhuis een dbc geopend worden, en ook weer gesloten. Na dat moment moet de maatschap ermee akkoord gaan. Vervolgens moet het in de administratie van de verzekeraar worden verwerkt, door de NZa worden gecontroleerd en op het bordje van VWS voor akkoord worden gelegd. Dan zijn we bij de afhandeling aangekomen. Dat proces kan meer dan een jaar duren en dat is echt te lang. Zo beheers je de kosten maar heel moeizaam. Het is in dat licht ook wat wrang om te benadrukken dat het vooral de patiënt en de verzekerde moet zijn die inzicht moet krijgen in wat de zorg echt kost. Het systeem brengt het zelf al niet bij elkaar. Helpt dit wetsvoorstel hier nu wel bij en, zo niet, wat gaat de minister dan daaraan doen?

Ik kom bij mijn tweede blokje. Dat betreft de publieke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en beschikbaarheid die volgens ons moet worden versterkt. Het nu voorgestelde systeem staat opnieuw ver af van de vraag naar zorg en de werkelijke oorzaken voor de almaar toenemende zorgvraag. En dat is niet alleen de vergrijzing. Dan gaat het ook om de technologische ontwikkeling, het omgaan met individuele en collectieve risico's en de overproductie die de markt neigt te genereren.

Voor de PvdA-fractie is het in de hand houden van de zorguitgaven uiteraard belangrijk, maar wellicht is het nog belangrijker om te bezien hoe we zorgvraag kunnen voorkomen en hoe we de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg op peil houden. Zorg is in onze ogen niet alleen een kostenpost, maar ook een investering in de samenleving. We moeten ervoor zorgen dat mensen weer sneller mee kunnen doen. Dan moet je ook weten of de zorg die ingekocht en uitgevoerd wordt, de goede zorg is. De minister pleegt al een tijd veel inzet op de ontwikkeling van een kwaliteitsinstituut. Gaat dat hiervoer uitkomst bieden? Er is een normenkader voor goede kwaliteit nodig op basis waarvan zorgprestaties kunnen worden afgesproken. Er zijn al tal van sites, zorgverzekeraars maken lijstjes, maar het is onduidelijk welke normen gelden.

De werking van een consistent normenkader voor goede zorg is volgens ons een publieke verantwoordelijkheid. Overheid en veld moeten daar samen voor zorgen, maar de minister moet haar verantwoordelijkheid daarvoor ook waarmaken. Wij betwijfelen of zij daarin slaagt binnen de context van dit beheersingsinstrument, dat vooral de uitgaven moet afremmen. Waarom zijn over de kwaliteit en het normenkader binnen het convenant met de ziekenhuizen bijvoorbeeld geen afspraken gemaakt, zoals dat binnen de ggz en in het ROM-akkoord wel gelukt is? Of ziet de minister daarbij ook voor zichzelf een verantwoordelijkheid weggelegd?

Ondertussen is wel steeds meer zichtbaar dat de zorgverzekeraars zich met de kwaliteit van zorgprestaties bemoeien, zoals de bekende lijst van de CZ Groep voor borstkankerzorg. Ook andere verzekeraars bewegen zich op dat pad bij de zorginkoop. Kan de minister aangeven hoe zij beoordeelt of de zorgverzekeraar daadwerkelijk de beste zorg selecteert en op welke criteria? Het is voor ons onduidelijk wie nu bepaalt wat goede zorg is. Het is cruciaal dat zorgvragers weten wat de norm is, dat zorgverzekeraars weten op basis van welke normen zij hun inkoop kunnen inrichten en dat zorgaanbieders en hulpverleners weten op welke kwaliteit ze de competitie moeten aangaan en beoordeeld worden. Hoe realiseert de minister dit voor 2012?

Als we ook hier het vergezicht erbij pakken, dan is de grote uitdaging natuurlijk om uiteindelijk de prestaties in de zorg meer in termen van outcome te beoordelen, in termen van toegenomen of afgenomen levensverwachting, de mate van gezondheidswinst en -verlies en kwaliteit van zorg en leven. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg benoemt dat ook in recente adviezen.

De nu voorgestelde wetgeving en het macrobeheersinstrument zetten naar ons idee geen enkele stap in die richting. Binnen dat kader wordt geen enkele stap in die richting gezet. Kan de minister daaraan toch meer aandacht besteden dan nu gebeurt? De dreiging is namelijk dat nu opnieuw systemen ontstaan die het voor burgers en voor zorgprofessionals ondoorgroendelijk maken hoe

besluiten genomen worden over het al dan niet mogen leveren van wat goede zorg genoemd wordt.

Mijn derde thema betreft de positie van de medisch specialisten. In de Tweede Kamer heeft de minister opnieuw de discussie gevoerd over de vraag of ook de medisch specialisten niet in loondienst moeten komen, om ook aan die kant de uitgaven beter te kunnen beheersen. Dat is op zichzelf vanuit het oogpunt van kostenbeheersing een terechte vraag van de Tweede Kamer, maar het is tegelijkertijd een vraag die al decennialang nauwelijks te beantwoorden lijkt, vanwege het feit dat de meeste medisch specialisten ook op goodwill uitgekocht moeten worden. Dat is een kostbare aangelegenheid die pas op langere termijn iets oplevert. Weliswaar is een amendement verworpen om te komen tot een loondienstconstructie, maar welke alternatieve routes ziet de minister om de belangen van medici en ziekenhuizen op één lijn te krijgen, voor zover ze dat niet zijn? Dat is vooral het belangrijkste voor ziekenhuizen en specialisten, zodat budgetafspraken nagekomen kunnen worden en uiteindelijk het belang van de patiënt leidend is.

De discussie over concentratie en specialisatie van zorg, die de minister terecht heeft geëntameerd om ervoor te zorgen dat artsen en instellingen doen waar ze goed in zijn en aan anderen laten waar ze minder goed in zijn, heeft in dit licht ook twee kanten. Wij vinden het een goede discussie die zowel over kwaliteit als over doelmatigheid van zorg gaat, maar het kan tegelijkertijd ook een trigger voor medici zijn om vooral hun eigen vakgebied verder te ontwikkelen en ook weer vraag te genereren. In private centers of excellence krijgen artsen daarnaast vaak betere financiële voorwaarden en betere arbeidsvoorwaarden. Hoe voorkomt de minister dat daardoor specialisten uit de reguliere basiszorg verdwijnen richting misschien ook meer commerciële, specialistische centra en voor opdriving van de kosten zorgen?

Mijn laatste onderwerp betreft de positie en functie-stapeling bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Met dit wetsvoorstel komt voor ons de toch wat lastige positie van de NZa opnieuw naar voren. De NZa is de toezichthouder die regels voor de gereguleerde markt moet stellen, opdat de aanbieders en verzekeraars onderling en met elkaar goed en eerlijk omgaan, opdat de patiënt voldoende informatie van een goede kwaliteit tot zich kan nemen over de zorg die geleverd wordt en opdat de markt zich verder ontwikkelt. Het is dus een toezichthouder die regels maakt, uitvoert en ook controleert.

Al bij de behandeling van de WMG heeft onze fractie de functieconcentratie als onwenselijk voor de langere termijn benoemd. Oud-VVD-minister Hoogervorst gaf aan dat het om een tijdelijke stapeling van functies ging, tot het moment dat we bij volledige vraagsturing aanbeveland zouden zijn. Dan zou de NZa opgeheven kunnen worden en zouden taken bij de NMa en de IGZ ondergebracht kunnen worden. In de politieke arena lijken de meesten dit alweer vergeten te zijn. Wat de zorgvraag precies is, is niet altijd duidelijk, noch welke kwaliteitsnormen gelden en wie deze vaststelt, noch welke rol de patiënt daar nu zelf bij speelt. Sterker nog, het kabinet beperkt de mogelijkheden om de patiënt zelf meer regie te geven waar hij of zij dat zou kunnen, bijvoorbeeld op het gebied van pgb's en eigen betalingen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Collega Putters vraagt de minister waar we naartoe gaan met de NZa. Hoe kijkt hij daar zelf tegenaan? Hij zegt dat

Putters

volledige vraagsturing een illusie lijkt te zijn. Welke richting zou het volgens hem op moeten gaan?

De heer **Putters** (PvdA):

Daar wil ik zeker iets over zeggen. Ik zal er later in mijn betoog nog wel het een en ander over zeggen. Ik denk dat het in de politieke arena, vooral ook in het debat in de Tweede Kamer, veel meer zou moeten gaan over de vraag, hoe ver het middel van vraagsturing nu daadwerkelijk reikt en hoe dat op deelmarkten van de gezondheidszorg zijn uitwerking heeft. Je zou een scherper onderscheid moeten maken tussen onderdelen waar de markt zijn werk kan doen, waar vervolgens de normale toezichthouder, bijvoorbeeld de NMa, ook gewoon zijn rol zal spelen, en waar dat niet mogelijk is. Ik vind dat je beter een aantal taken bij de NMa en de IGZ kunt onderbrengen dan dat je de NZa uiteindelijk laat bestaan. Dat hebben we ook altijd gezegd bij de WMG. We zullen niet uitkomen op een volledige vraagsturing. Als je steeds meer functies gaat stapelen bij een toezichthouder die daar uiteindelijk wel van uitgaat, dan leidt dat tot perverse effecten. Ik hoor graag hoe de minister hiertegen aankijkt.

Uitkomen op volledige vraagsturing lijkt dus een illusie omdat veel patiënten daarvoor te afhankelijk van professionals zijn, maar ook omdat het beleid van de regering dat hier en daar tegengaat. In plaats van de conclusie te trekken dat er nooit volledige vraagsturing zal zijn, en de rol van de NZa dus wellicht veranderd moet worden, krijgt de NZa er nog de opdracht bij om als sterkere rem op de zorguitgaven te functioneren. Wij menen dat verdere machtsconcentratie bij de NZa, vanuit een naïef geloof dat de markt hierdoor maakbaar zal zijn, onverstandig is. De vraag is voor welke positie de minister kiest met de NZa. Staat de reële zorgvraag van patiënten centraal, zijn de prestaties van instellingen leidend bij de keuzes op de zorgmarkt of wordt gestuurd op de lengte van de wachtlijst en het beperken van budgetkortingen? Welke NZa overleeft? Het "politburo" dat het voormalige COTG was door de uitgaven te beheersen via talloze straffe budgetparameters, of de bondgenoot van de patiënt die inzichtelijk maakt op basis van een gedeeld normenkader waar de beste zorg voor de beste prijs geleverd wordt? Met de nu voorliggende wet wordt ons niet duidelijk waar de minister op aankoerst. Graag horen wij waar wij volgens haar staan in de transitie naar vraagsturing, of wij bij volledige vraagsturing uitkomen en wat dat betekent voor de positie van en functiestapelings bij de NZa.

Voorzitter. Ik rond af. Het nu voorgestelde beheersmodel zal maximaal drie jaar gelden, maar nu al is toegezegd aan de Tweede Kamer dat met de NZa gekeken wordt of er een "vriendelijker" model met minder bureaucratie voor 2013 en de jaren daarna bedacht kan worden. Wat het woord "vriendelijker" in dit verband betekent, is nog wat onduidelijk. Er zal toch een oplossing gevonden moeten worden voor die tegenstelling tussen de straffe budgetbeheersing aan de ene kant en de inkoop op basis van reële hulpbehoefte van patiënten aan de andere kant. Gaat dat nieuwe model die uitkomst bieden en met welke uitgangspunten? Er is volgens ons een scherper onderscheid nodig tussen de zorgvormen die wel en niet op korte en langere termijn geliberaliseerd zouden kunnen worden. Het is volgens ons volstrekt onverantwoord om nu zo'n sprong in de vrije prijsvorming te maken, zeker onder een regime van dergelijke budgetbeheersing, als er niet meer afspraken over bijvoorbeeld kwaliteit en transparantie worden gemaakt.

Het gaat vandaag vooral over de ziekenhuizen, maar wij zien ook dat de afstemming met de eerste en derde lijn beter moet. Het model moet daarom ook rekening houden met verschuivingen tussen de lijnen van zorg en met de werkelijke behoeften van patiënten. Het nu voorliggende wetsvoorstel gaat ons dat niet brengen. Het model van 2013 wel? Wij wachten met belangstelling, maar ook met enige vertwijfeling, de reactie van de minister af.

□

De heer **Flierman** (CDA):

Voorzitter. Namens de CDA-fractie dank ik de regering voor de beantwoording van onze vragen in de memorie van antwoord. Dit wetsvoorstel gaat over een belangrijke problematiek: de beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. De regering hoopt die problematiek aan te pakken door de marktwerking in de gezondheidszorg uit te breiden met als doel uiteindelijk tot prestatiebekostiging te komen. De regering verwacht dat marktwerking tot meer kwaliteit en tot meer efficiency zal leiden: meer waar voor je geld, simpel gezegd. Tegelijkertijd wordt een aantal instrumenten geïntroduceerd om de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg op macroniveau te beheersen. Op zichzelf kan de CDA-fractie deze gedachtegang, met name die ten aanzien van de impact van de markt op prijs en kwaliteit, onderschrijven. Toch heeft mijn fractie nog wel een aantal vragen over de beheersing van de totale kosten en de volumecomponent, over de uitwerking van het beheersinstrument en over de werking op het niveau van individuele instellingen. Net als de PvdA-fractie kijkt mijn fractie graag naar de toekomst van dit systeem.

Voorzitter. De totale kostenontwikkeling in de zorg is simpel gezegd de uitkomst van de formule $p \times q$, prijs maal hoeveelheid. Met de maatregelen die de minister nu neemt, wordt naast kwaliteitsverhoging vooral beoogd de factor p omlaag te brengen. In een echte markt zou de q zich met de vraag kunnen ontwikkelen en zien we eigenlijk graag dat de uitkomst van $p \times q$ toeneemt. Dat is economische groei. In de zorg ligt dat echter anders. De totale groei moet worden beheerst in het kader van de beheersing van de overheidsuitgaven. Daarom moet ook de factor q worden beheerst en daartoe heeft de minister met het veld afspraken over een beheerste volumegroei gemaakt: exclusief loon- en prijsbijstellingen 2,5% per jaar. Ik complimenteer de minister met die afspraken; als deze haalbaar zijn, dan kan daarmee het jaarlijkse ritueel van procederen tussen minister en veld worden voorkomen. Als het lukt om de volumegroei tot het genoemde percentage te beperken, kan ook het zogenaamde macrobeheersinstrumentarium, dat nu als ultimum remedium wordt neergezet, buiten werking blijven. Dat zou helemaal een mooi succes voor deze minister zijn en ik gun dat haar graag.

Zo ver is het echter nog niet. De afgelopen jaren beliep de volumegroei in de zorg jaarlijks nominaal zo'n 6% à 7%. Met een vergrijzende bevolking en toenemende mogelijkheden zal de vraag naar zorg niet snel verminderen, integendeel. Om de uitkomst van de som $p \times q$ jaarlijks niet meer dan 2,5% te laten groeien, zal de efficiencywinst in de factor p alle verdere vraagstijging boven 2,5% moeten compenseren. Dat is een jaarlijkse efficiencytaakstelling van ten minste zo'n 4%, cumulatief. Is dat haalbaar, zo vraagt mijn fractie zich af, en zo ja, op welke aannames is dat dan gebaseerd? De regering kan overigens helpen

Flierman

om de efficiencywinst mogelijk te maken door ook in deze sector een drastische vermindering van regelgeving en administratieve lastendruk na te streven. Wij horen daar in deze sector eigenlijk niet zo veel over, maar het lijkt me wel een aandachtspunt. Ik hoor hierop graag de reactie van de minister.

Als de volumegroei uiteindelijk toch structureel groter blijkt te zijn dan nu voorzien, heeft dit dan consequenties voor het beheersmodel. Welke alternatieven zijn er dan? Moeten we dan denken aan andere maatregelen om de factor q , de totale vraag naar zorg, voor zover die dan nog als deel van de collectieve sector wordt beschouwd, te beheersen? De minister heeft hierover ongetwijfeld nagedacht en we zijn benieuwd of zij haar gedachten daarover vandaag met ons wil delen.

Tot zover de werking van het systeem op macroniveau. Interessant is ook de uitwerking op het niveau van de individuele instelling en tussen de instellingen. Een ziekenhuis dat bijzondere kwaliteit tegen goede prijzen levert, mag volgens de benadering van de regering in volume meer dan de trendmatige 2,5% groeien. Terecht, zou ik zeggen. Die groei kan de contracterende verzekeraar dan bij minder presterende instellingen compenseren. De regering wijst in de memorie van antwoord terecht nog eens op de belangrijke rol van verzekeraars in dit systeem. De hiervoor beschreven aanpak veronderstelt echter een volledig inzicht in beter en minder goed presterende instellingen bij de verzekeraars en de mogelijkheid om een eventuele groei daadwerkelijk elders te compenseren. De vraag is of dit op die manier gaat werken. Mijn fractie vraagt zich af of er niet eerder sprake zal zijn van regionale, verzekeraargebonden deelmarkten waarbij een volledig transparante markt nog niet aan de orde is. Ook op dit punt hoor ik graag de reactie van de minister.

Voorzitter. De CDA-fractie heeft voorts gevraagd naar de ongewenste effecten van het beheersinstrumentarium; ziekenhuizen dekken zich in tegen kortingen door alvast extra volumegroei te realiseren. De minister erkent dat risico maar ziet ook andere mogelijkheden voor instellingen om te anticiperen, zoals extra efficiënt werken. Dat is mooi, maar dan neemt een instelling de straf voor overschrijdingen door anderen alvast voor lief. De minister zegt dat er ook gedacht kan worden aan prijsverhogingen, zonder volumegroei. Die zin in de memorie van antwoord heb ik twee keer gelezen om te zien of er echt stond wat ik dacht dat er stond en dat is het geval. Dat lijkt mij helemaal curieus. Dat kan toch niet de bedoeling zijn in de ogen van de minister? Dat zou namelijk betekenen dat dezelfde zorg duurder wordt zodat er meer geld in de kas van het ziekenhuis vloeit waarmee dan te zijner tijd de overschrijding gecompenseerd kan worden. Dat lijkt mij allemaal niet de bedoeling.

Er is in de voorbereiding van de wetgeving met het veld gesproken over onderzoeken om ongewenste overschrijdingen meer gericht aan te pakken. Hoewel voor 2012 geen deugdelijk alternatief beschikbaar kon zijn, blijft mijn fractie zeer geïnteresseerd in de mogelijkheden om die alternatieven te ontwikkelen. Zo'n alternatief zou immers niet alleen slecht presterende instellingen gericht "straffen", maar ook de goed presterende instellingen extra ruimte geven. Is de minister bereid om toe te zeggen dat zij in overleg met het veld met kracht naar deze meer gerichte alternatieven blijft zoeken en ons op de hoogte houdt?

De vraag blijft wat een instelling, gegeven haar zorgplicht, doet als ze een overschrijding ziet aankomen. De-

gressieve tarieven worden als suggestie genoemd en die kunnen een optie zijn, maar evengoed is denkbaar dat niet-urgente behandelingen worden uitgesteld. Daarmee staan we aan het begin van een nieuwe wachtlijstproblematiek. Dat is ook volumebeheersing, maar van een ongewenste soort dunkt me.

Voorzitter. Mijn fractie steunt onverminderd de ingezet lijn, maar ziet ook risico's en ongewenste prikkels in relatie tot het model. Ik hoor daarop graag de reactie van de regering.

Over het beheersmodel voor de medisch specialisten kunnen in essentie dezelfde vragen worden gesteld. Ik beperk mij tot drie. Ten eerste moeten de specialisten en de bestuurders van de instellingen gezamenlijk tot afspraken komen over de verdeling van het budget voor medisch specialistische zorg. Als men er niet uitkomt, dan is de ultieme consequentie dat het ziekenhuis verantwoordelijk is en de specialisten niet via maar aan het ziekenhuis moeten declareren, waarmee onder meer hun ondernemerschap op de tocht staat. Ik vraag mij af of ik dat goed heb begrepen.

Ten tweede; zodra specialisten in een ziekenhuis gezamenlijk het van tevoren afgesproken volume aan zorg hebben bereikt, wordt de vergoeding voor de meerdere verrichtingen niet aan hen uitbetaald, maar in het zorgverzekeringsfonds gestort. Welke prikkel is er dan nog voor de specialisten om die zorg te leveren? Licht ook hier niet een nieuwe wachtlijstproblematiek op de loer, in combinatie met een hausse aan vakantievierende specialisten in december?

Ten derde wordt in de memorie van antwoord van de regering verwezen naar nadere besluitvorming, voor 2015, over de positie van de medisch specialisten. Het lijkt erop dat daarbij het einde in zicht komt van de positie van de specialist als vrij beroepsbeoefenaar; deze komt in elk geval ter discussie te staan. Ook hierover hoor ik graag meer van de minister.

Voorzitter. Mijn laatste vraag betreft de beschikbaarheidsbijdrage voor bijzondere functies. Deze bijdrage is bedoeld om bijzondere functies in de zorg, die niet via de reguliere financiering worden bekostigd, zoals spoedeisende hulp en brandwondenzorg, in stand te houden. Dat is alleszins begrijpelijk. Op onze vraag of de regering op deze manier een zekere differentiatie in het zorglandschap wil nastreven, zeg maar concentratie van bepaalde specialistische functies in academische ziekenhuizen en enkele algemene topklinische ziekenhuizen, antwoordt de regering dat dit niet de bedoeling is tenzij de zorgverzekeraars dat via hun contracteringsbeleid realiseren. In de recentelijk ontvangen voorhang lees ik op dat punt geen andere inzichten, terwijl ik dat toch een verrassend antwoord vind. Ik kan mij namelijk enerzijds voorstellen dat de regering juist op dit punt een sturende rol wil behouden. Anderzijds kan ik mij voorstellen dat juist deze minister meer vertrouwen heeft in de markt dan in de politiek. Ik ben benieuwd naar haar antwoord.

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Frijters-Klijnen, die haar maidenspeech zal houden.



Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Voorzitter. "Als men ziet wat juist is, en het nalaat, is dat een gebrek aan moed". Langs de lijn van dit openings-

citaat zie ik vandaag de behandeling van de wet aanvulling instrumenten bekostiging. Dit wetsvoorstel voorziet in adequate instrumenten voor de Nederlandse Zorgautoriteit die ook voor een volgend kabinet van groot belang kunnen zijn om eventuele voornemens te realiseren. De kwaliteit van de zorg in Nederland is goed, maar kan altijd beter. Henk en Ingrid – jazeker, wij koesteren hen – kunnen daarvan alleen maar profiteren. Het regeerakkoord meldde al dat kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld in de zorg, vaker in slimme vernieuwingen zit dan in geld en regels. Zo ziet de PVV-fractie ook het voorliggend wetsvoorstel. Het idee is dat zorgaanbieders meer marktconform gaan werken en consumenten bewuster en actiever gaan kiezen tussen verschillende zorgverzekeraars en polissen. Mijn fractie vindt prestatiebekostiging een goede manier om de zorgvraag te financieren. Boter bij de vis: je krijgt waarvoor je kiest. Op termijn zou dit de kwaliteit van de zorg moeten verbeteren en een besparing moeten opleveren.

Het gaat hier om kaderwetgeving, waarbij de invulling in belangrijke mate via algemene maatregelen van bestuur en andere uitwerkingen vorm krijgt. Deze regulering is vooralsnog ook volgens mijn fractie noodzakelijk om de solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit in de zorg te waarborgen. Samen met de minister ziet de PVV-fractie dat er een juiste weg is ingeslagen. Hiermee heb ik het eerste gedeelte van mijn openingszin "als men ziet wat juist is" vorm gegeven.

Voorzitter. Mijn fractie maakt zich wel zorgen over de volumestijging. De minister zet hiervoor gedurende de overgangsfase een begrenzingsinstrument in zodat overschrijdingen van het macrobudget teruggehaald kunnen worden. Volgens mijn fractie gaat hiervan een verkeerde prikkel uit. Tijdens de overgangsfase zal er een oplossing moeten komen. Ik bedoel daarmee dat er overeenstemming moet komen over het spanningsveld tussen marktwerking en regulering. In de commissie VWS heeft de PVV-fractie gevraagd of blijvend wordt gezocht naar een alternatief voor het macrobeheersinstrument. In haar memorie van antwoord geeft de minister aan dat dit op dit moment een aantal belangrijke praktische en juridische bezwaren oproept. Gezien het krappe tijdpad tot 1 januari 2012 en de nog lopende onderhandelingen over de contractering acht de Nederlandse Zorgautoriteit het specifieke voorstel van Zorgverzekeraars Nederland niet haalbaar vóór 2012. Wel geeft de minister aan dat zij het met de Nederlandse Zorgautoriteit eens is dat voor 2012 het generieke macrobeheersinstrument moet worden gehanteerd, terwijl tegelijkertijd alternatieven voor 2013 nader moeten worden onderzocht.

In de voorhangbrief van 22 november jongstleden informeert de minister de Kamer over het toe te passen instrument voor 2012. Mijn vraag aan de minister is dan ook: kunnen wij het als een harde toezegging van haar kant beschouwen dat zij ons blijvend zal informeren over haar zoektocht naar eventuele alternatieven en de daaruit voortvloeiende maatregelen? Als dit niet zou worden gedaan, kan nooit het optimale nagestreefd worden. Het tweede gedeelte van mijn openingszin "en het nalaat" acht ik hiermee afgerond.

Mensen hebben recht op de beste zorg die er is. In Nederland is de zorg over het algemeen goed toegankelijk. Ik heb het al eerder genoemd: ook de kwaliteit is goed, maar kan altijd nog beter. De PVV-fractie kan het niet genoeg herhalen. En de kosten – die onevenredig oplopen – moeten beter worden beheerst. Deze wijziging van de wet

is een goede aanzet hiertoe. De minister memoreerde het al in haar bijdrage tijdens het debat in de Tweede Kamer. Zij gaf hierbij aan dat de Wet marktordening gezondheidszorg een neutrale wet is die enkel de instrumenten verschaft voor het maken en uitvoeren van beleid. Het doel daarbij is het toezicht op en de ontwikkeling en de ordening van zorgmarkten te regelen. Het beoogde resultaat is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel en beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. Eigenlijk dus een soort van kist met instrumenten die door de Nederlandse Zorgautoriteit kunnen worden ingezet.

Volkomen helder is dat de zorgautoriteit een cruciale rol in de uitvoering gaat spelen met de minister als dirigent. De instrumenten moeten wel worden gestemd, anders klinken er valse tonen. En de werkelijke kunst van het dirigeren bestaat niet zozeer in het aangeven van de maat, als wel in het overtuigen van de spelers van de gewenste interpretatie en hen motiveren. Tot de vereisten voor een goede dirigent behoren een ijzeren wil, grote stressbestendigheid, overredingskracht, moed, en naast een goede slagtechniek – al dan niet met dirigeerstokje – een uitstekende conditie. Onze fractie dicht de minister deze eigenschappen toe. En "een gebrek aan moed" kan haar zeker niet worden verweten. Daarmee is mijn openingszin compleet: "als men ziet wat juist is, en het nalaat, is dat een gebrek aan moed". En in de samenhang van de zinsdelen zie ik het initiatief van de minister om de uitdaging om vooruit te gaan, te herstellen waar nodig en beslissingen te nemen.

Ik rond af. Wij kunnen ons vinden in de voorliggende wetswijziging. Wel zullen wij er nauwkeurig op blijven toezien dat hiermee de beoogde effecten worden behaald, namelijk verbetering van zorgkwaliteit in samenhang met kostenbesparing. Overigens, en dit wil ik u niet onthouden, niet alle oneliners worden door onszelf verzonden. De wijsheid aan het begin van mijn betoog is afkomstig van de Chinese filosoof Confucius, die al ver voor Christus deze wijze woorden sprak.

De voorzitter:

Mijnheer Confucius is dan een verre voorloper van de PVV.

Mevrouw Frijters, ik mag u van harte gelukwensen met uw maidenspeech bij de behandeling van het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG. Door uw ervaring in de gezondheidszorg voelt u verwantschap met de ordening van de bijzondere sector die de gezondheidszorg is. In het vrijwilligerswerk, met name voor De Zonnebloem, zag u de gevolgen van personeelsgebrek bij zorginstellingen en maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende vereenzaming van ouderen. U hoort bij de nieuwe lichter Eerste Kamerleden die onlangs hun entree in de politiek hebben gemaakt. Voor u bracht het jaar 2011 een dubbele vuurdoop: in maart werd u voor uw partij, de PVV, gekozen in de Provinciale Staten van Noord-Brabant – u bent daar ook vicefractievoorzitter – en in mei bent u in deze Kamer gekozen.

Uw loopbaan tot nu toe laat verschillende fasen zien. Na het gymnasium volgde u een beroepsopleiding diëtik. U was een aantal jaren werkzaam als diëtiste en als onderwijsgevende voedings- en dieetleer. Vervolgens was u werkzaam op het terrein van gemeentelijke public relations en voorlichting, en op het terrein van de recreatieve publieksvoorlichting. Op wat latere leeftijd volgde u een rechtenopleiding aan de Open Universiteit, die u met een bachelorsdiploma heeft afgerond. Uw cv laat gevarieerde

Frijters-Klijnen

bestuurlijke functies zien, waaronder enige jaren het voorzitterschap van een operettevereniging en het secretarischap van de culinaire hanzemarkt Twente.

In een interview hebt u gezegd dat u de politiek dichter bij de burger wilt brengen en dat u daarmee wilt beginnen in uw eigen provincie, dichter bij de Brabanders dus. U ziet het als een uitdaging om via wetgeving en de parlementaire controle op het regeringsbeleid een en ander te verbeteren aan de omstandigheden die u op de werkvloer van de samenleving hebt waargenomen. Ik wens u toe dat uw sterke sociale betrokkenheid ook in deze Kamer vruchten mag afwerpen.

Ik feliciteer u nogmaals van harte. Ik schors de vergadering een ogenblik om de leden de gelegenheid te geven, u te feliciteren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Voorzitter. De Wet marktordening gezondheidszorg werd in deze Kamer behandeld op 3 en 4 juli 2006. Ook toen was ik al woordvoerder voor mijn fractie en het debat werd gevoerd met minister Hoogervorst, de toenmalige minister van VWS. Het was een warme avond die 3 juli 2006. Ik herinner me het als de dag van gisteren, want die dag werd mijn kleinzoon Jesse geboren en direct na mijn bijdrage in eerste termijn ben ik spoorlags naar Amsterdam vertrokken om met hem kennis te maken.

Jesse is nu vijf jaar en dus is ook de Nederlandse Zorgautoriteit die met de WMG werd geïntroduceerd vijf jaar: een uit de kluiten gewassen kleuter die in zijn korte leven toch al redelijk volwassen en geaccepteerd is geworden als de marktmeester in de zorg. Hier zijn overigens de nodige kanttekeningen bij te maken, maar dat heeft collega Putters al gedaan. De WMG is een neutrale wet die enkel de instrumenten verschaft voor het maken en uitvoeren van beleid met als doel het toezicht op en de ontwikkeling en ordening van zorgmarkten te regelen en de kostenontwikkeling in de zorg te beheersen.

Met het voorliggende wetsvoorstel krijgt de NZa een aantal nieuwe instrumenten voor haar gereedschapskist die zij nodig heeft om die kostenontwikkeling te beheersen. Hoewel de instrumenten als ultimatum refugium – ik weet niet hoe je die term tegenwoordig moet uitspreken – door de minister worden aangeduid is de kans dat ze de komende jaren moeten worden ingezet niet nul omdat er een grote transitie in de zorg met veel onzekerheden en variabelen met betrekking tot de kostenontwikkeling van budgetfinanciering naar prestatiebeloning gaat plaatsvinden. In plaats van stuck in the middle een vlucht naar voren.

Mijn fractie heeft aan de overzijde het wetsvoorstel gesteund en zal dat vandaag hier ook doen. We vinden dat hiermee de overheid waar blijft maken dat ze een rol behoort te spelen bij de borging van de publieke belangen in de gezondheidszorg, zoals toegankelijkheid, kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid. Dat doet de overheid door de NZa een uitbreiding van haar instrumentarium te verschaffen. Wij vinden het geen goed idee, de markt haar eigen gang te laten gaan. Eigenlijk vinden wij de zorg helemaal niet geschikt voor de markt maar de argumenten daarvoor zal ik nu niet allemaal herhalen.

Wij hebben nog wel een aantal vragen en overwegingen met betrekking tot de voorgestelde instrumenten, die

ik de minister graag wil voorleggen. Ik betrek daarbij, gezien de nauwe samenhang, ook het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012–2015 zoals dat in juli tussen de minister en de ziekenhuizen, de UMC's, de zbc's en Zorgverzekeraars Nederland is afgesloten.

Het belangrijkste nieuwe instrument dat de NZa kan inzetten, is het macrobeheersinstrument. Dit kan ingezet worden vanaf 2012 als blijkt dat de kostenontwikkeling het afgesproken groeipercentage overstijgt. Graag vernemen wij van de minister hoe hoog nu precies het afgesproken groeipercentage over 2012 en volgende jaren mag zijn. Ik vraag dat omdat er nogal wat verschillende percentages de ronde doen, die hoger of lager zijn al naar gelang de positie van de woordvoerder in het veld. Ook is verwarrend of het nu over uitgaven of over kosten gaat, terwijl er ook geregeld over volumegroei wordt gesproken.

De grootste opgave hierbij is natuurlijk hoe de groei van de kosten en uitgaven inzichtelijk gemaakt kan worden. Als uitgangspunt geldt het Budgetair Kader Zorg, dat jaarlijks wordt vastgesteld en dat aangeeft hoeveel er een volgend jaar bij kan komen voor de zorg. Om de groei over een jaar inzichtelijk te maken, zijn daarnaast cijfers nodig van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Het zal een majeure klus worden om alle informatie die daarvoor nodig is op tijd boven tafel te krijgen. Niet voor niets heeft de minister in de Tweede Kamer aangegeven dat er een taskforce financiële informatievoorziening wordt ingezet om de informatievoorziening te verbeteren, want zonder goede informatie is bijsturen en beheersen een hopeloze missie, zoals de afgelopen jaren ook steeds is gebleken.

Hoewel mijn fractie blij is dat alle partijen doordrongen zijn van het belang van goede informatievoorziening vragen wij ons toch af hoe dat in 2012 zal gaan. Voor ziekenhuizen geldt dat de meeste op dit moment nog weinig zicht op de kostenontwikkeling hebben voor volgend jaar en veel ziekenhuizen zullen ook deze maand een voorlopige begroting 2012 moeten presenteren. De overgang van dbc's naar DOT's is met veel onzekerheid omkleed en de onderhandelingen en contractering met het oog op vergroting van het B-segment tot 70% zijn nog lang niet afgerond. Voeg daarbij de kapitaallastenproblematiek en het moeten werken met budgetplafonds voor specialisten, dan is het wel duidelijk dat veel ziekenhuisbestuurders slapeloze nachten moeten hebben. Ziekenhuizen moeten de eigen broek ophouden en hebben de laatste jaren veel energie gestopt in doelmatigheid, gastvrijheid, veiligheid, kwaliteit en het verbeteren van de concurrentiepositie. Er is veel meer aandacht dan voorheen voor het in kaart brengen van de sterke en zwakke kanten van een ziekenhuis en via sterkte-zwakteanalyses worden de feeders en bleeders in kaart gebracht. Dat bewustzijn past bij ziekenhuizen die actief zijn in de zorgmarkt en bestuurders moeten ook wel want de kans dat een ziekenhuis omvalt is niet denkbeeldig.

Mijn fractie wil graag van de minister antwoord op de volgende vragen.

Wanneer moeten ziekenhuizen inzicht hebben in de kostenontwikkeling? De minister geeft aan, ervan uit te gaan dat de contractering voor 1 april is afgerond, zodat tegen de zomer bekeken kan worden of het mbi moet worden ingezet. Hebben we het dan over 2012 of 2013? En acht de minister het reëel dat bestuurders dan ook al inzicht kunnen hebben in de kostenontwikkeling en denkt zij overigens dat zorgverzekeraars dat dan ook al hebben? Vooral de invoering van DOT's en het feit dat pas gedurende het jaar duidelijk zal worden wat de consequen-

Slagter-Roukema

ties ervan zijn voor individuele ziekenhuizen – waarbij uitschieters van plus en min 5% verwacht worden – geeft veel financiële onzekerheid en maakt dat veel begrotingen nu met onzekere variabelen te maken hebben. Ook zijn er nog de losse eindjes uit het afgesloten dbc-tijdperk. Tegen de zomer zal er een impactanalyse invoering DOT's worden uitgevoerd? Kan dat nog leiden tot bijstelling van de transitievergoedingen?

In hoeverre werken zorgverzekeraars samen om inzicht in de uitgaven te kunnen geven? Gaat het dan ook om bedrijfsgeheimen? Willen ze dat inzicht wel geven? Wat voor middelen heeft de minister om verzekeraars daar toch toe te dwingen?

Wanneer moet er duidelijkheid zijn over eventueel af te bouwen capaciteit, een situatie waarin een ziekenhuis een beroep kan doen op het herstructureringsfonds. Dit fonds wordt toch in het leven geroepen door zorgverzekeraars? Wie beslist of er geld wordt uitgekeerd? Hoe komen de criteria tot stand? Worden hier ook patiënten- en cliëntenorganisaties bij betrokken en regionale overheden?

Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord noemt de mogelijkheid om te komen tot enerzijds spreiding en anderzijds concentratie. Willen ziekenhuizen afspraken maken over de taakverdeling onderling, dan staat de NMa al gauw in de weg. Is er al overleg gaande tussen de veldpartijen en NMa en NZa over de vraag hoe hiermee om te gaan? De minister heeft over deze materie een brief toegezegd. Is die al onderweg?

Hoe reëel acht de minister de kans dat ziekenhuizen – om hun financiële positie gezond te houden – zelf keuzes gaan maken in te leveren zorg? Mijn fractie vreest voor het afstoten van onrendabele zorg, zoals zorg voor hoogbejaarde patiënten met multimorbiditeit, ten gunste van de rendabele zorg, zoals orthopedische ingrepen die op steeds jongere leeftijd en zonder wachtlijsten worden gedaan. Heeft de NZa ook instrumenten in haar kistje om deze ontwikkeling te monitoren en eventueel in te grijpen? Voor veel ziekenhuizen bevatten de feeder- en de bleedergroepen dezelfde categorieën patiënten. Het is niet uitgesloten dat zij dezelfde keuze zullen maken.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord afgesproken dat ze op basis van kwaliteit en doelmatigheid substitutie naar de eerste lijn zullen bevorderen. Hiermee is het voor een ziekenhuis misschien mogelijk, kosten te beheersen. Het zal echter een stijging van kosten in de eerste lijn veroorzaken. Meer taken betekent meer ondersteuning en dat kost nu eenmaal ook wat. Is de minister van plan het macrobeheersinstrument ook in de eerste lijn in te zetten?

Ziekenhuizen hebben zich vastgelegd op een inspanningsverplichting van 2,5% groei en geen resultaatverplichting omdat dat haaks op de zorgplicht staat. Zorgverzekeraars geven ook aan dat deze plicht voor alles gaat. Wat is de betekenis van deze afspraak? Kan er sprake zijn van een soort hardheidsclausule waarop ziekenhuizen of zorgverzekeraars een beroep – en waar dan wel? – kunnen doen? Er zijn natuurlijk situaties denkbaar zoals een griepdemonie of een ontzettend groot ongeluk, met als gevolg een plotse kostenstijging voor een ziekenhuis.

Kunnen alleen ziekenhuizen getroffen worden door de generieke korting van het macrobeheersinstrument of ook ggz-instellingen of verpleeghuizen? En individuele specialistenmaatschappijen?

Welke ruimte is er nog om een nieuw zbc te openen? Komt daar ook een spreiding- en concentratiebeleid voor? Wie zou dat dan moeten vormgeven?

Specialisten kunnen via het ziekenhuis declareren. Is daarvoor dwingend nodig dat eerst de nieuwe model-toelatingsovereenkomst wordt getekend of kan dat ook zonder?

De kans dat een ziekenhuis gaat omvallen wordt met alle onzekerheid over het in stand kunnen houden van het totale aanbod en de bijbehorende financiën groter. De kans dat dit gebeurt in een minder rendabel gebied zoals Noordoost-Groningen is groter dan dat dit ergens in het westen van het land gebeurt. Is er al een begin gemaakt met het in kaart brengen van cruciale functies die hoe dan ook binnen de daarvoor geldende normen bereikbaar moeten zijn en blijven?

Ik denk dan natuurlijk aan traumazorg en verloskundige zorg. Wil je die echter beschikbaar en bereikbaar en van goede kwaliteit blijven houden, dan zijn er een heel aantal aanpalende functies te noemen die ook niet weg moeten vallen en zal er hier en daar geld bij moeten, is de mening van mijn fractie. Hoe geeft de minister hierbij invulling aan haar taak, publieke belangen te borgen? Mijn fractie heeft begrepen dat het instrument beschikbaarheidsbijdrage hier niet voor kan worden ingezet. Wat is daar de motivering achter? Overigens hebben wij de voorhang voor dit instrument deze week ontvangen. Deze staat geagendeerd voor onze commissievergaderingen van volgende week.

Voorzitter. Zoals u merkt heeft mijn fractie nog veel vragen over de met dit wetsvoorstel te introduceren instrumenten voor de NZa. Wij zijn vooral bezorgd dat in de toekomst zorg dichtbij van goede kwaliteit voor kwetsbare patiënten met multimorbiditeit niet meer voorhanden zal zijn.

En tot slot is onze zorg dat alle discussies over de kostenstijgingen in de zorg het zicht vertroebelen op wat goede zorg – wanneer we erop zijn aangewezen – ons allemaal oplevert. Dat levert ons namelijk op dat wij langer gezond leven, met dank aan een bedrijfstak die een economische motor van betekenis is.

Ik wacht de beantwoording door de minister met belangstelling af.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Slagter, ik kom nog even terug op uw opmerking over de uitspraak van ultimum refugium. Volgens mij is het zo dat wanneer iets in de Woordenlijst der Nederlandse Taal is opgenomen, je het in het Nederlands mag uitspreken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Dat dacht ik zelf ook al.

De voorzitter:

Misschien zou in de gezondheidszorg "ultimum remedium" een passender uitdrukking zijn.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Voorzitter. Dank dat u ons ook taalkundig zo bij les houdt. Ik feliciteer om te beginnen graag mevrouw Frijters-Klijnen met haar maidenspeech en met de confucianistische en dus Oost-Aziatische bijdrage aan onze rijke plurale culturele traditie. Mooi.

Het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg is terecht een belangrijk punt van aandacht van dit kabinet. We stellen namelijk met elkaar steeds hogere eisen

Ganzevoort

aan die gezondheidszorg en verwachten dat de medische zorg ons zo lang mogelijk zo gezond mogelijk zal houden. Maar tegelijkertijd mag dat niet te veel kosten. Dat heeft iets dubbelhartigs: enerzijds is de zorg een bloeiende sector die veel bijdraagt aan het welbevinden van mensen, anderzijds is het een ongewenste kostenpost. Met die dubbelhartigheid spoort dat dit kabinet een gematigde groei van de zorgbestedingen nastreeft. Dat is op zichzelf goed, maar daarmee is de vraag niet beantwoord wat we nu eigenlijk wel en niet van de gezondheidszorg verwachten.

Er is nog een tweede ambivalentie en die heeft te maken met de financiële prikkels. De discussie over marktwerking en budgetbekostiging kan uitnodigen tot ondoelmatigheid, maar prestatiebekostiging kan ook weer uitlokken tot overbesteding. Zeker wanneer zorginstellingen en zorgverleners direct financieel beloond worden, kan de verleiding groot zijn. Daarom gelooft mijn fractie niet dat marktwerking hét antwoord is. Het kan wel helpen om uit te dagen tot efficiency, maar als die winst dan weer weglekt naar private partijen of dure bestuurders en specialisten, helpt het ons niet verder. Veel regie wordt nu gelegd bij de verzekeraars, maar die hebben ook gewoon hun economische belangen.

Het is zeer de vraag of de gezondheidszorg zich wel leent voor een vergaande marktwerking. Patiënten zijn geen consumenten. Ze willen goede en toegankelijke zorg, veelal in een duurzame relatie met een behandelaar dicht in de buurt. Wij kunnen wel leven met een beperkte marktwerking, met checks en balances en onder systeemverantwoordelijkheid van de overheid. Het voorliggende wetsvoorstel bouwt daarop voort. Toch liggen hier wel vragen.

Allereerst is het de vraag of de regering die systeemverantwoordelijkheid wel goed kan invullen. Deze vraag is ook door de Rekenkamer scherp op tafel gelegd omdat haar analyse laat zien dat de minister de ontwikkeling van de zorguitgaven onvoldoende kan monitoren en al evenmin kan bijsturen en bovendien geen goed zicht heeft op de oorzaken van de overschrijdingen. Daar wordt aan gewerkt, antwoordt de minister, maar we zijn er nog niet. De kritische conclusies van de Rekenkamer over bijvoorbeeld tariefmaatregelen schuift de minister terzijde, niet op grond van aanvullend onderzoek, maar door de analyse zelf ter discussie te stellen. Zij gelooft namelijk in haar maatregelen, maar dat is nog niet genoeg om het vertrouwen te geven dat zij het nu wel onder controle heeft. Juist in een zo complex systeem als de gezondheidszorg is een sterke scheidsrechter nodig die buitengewoon kritisch is op de spelers en die het opneemt voor de patiënten die van de zorg afhankelijk zijn en voor de burgers die het uiteindelijk allemaal betalen. Vertrouwt de minister niet te veel op instellingen en verzekeraars die winst willen maken en beroepsgroepen die extra verdienen als ze meer doen? Graag een reactie van de minister.

Wat zijn in het huidige systeem en in het systeem waar zij naartoe werkt de potentiële perverse prikkels en hoe adequaat worden die geredresseerd? Deelt zij de mening van mijn fractie dat het hebben van een winstoogmerk eigenlijk niet past bij organisaties die in de gezondheidszorg met publieke middelen worden gefinancierd? En wat wil zij doen om de inkomens van specialisten echt in de greep te krijgen? Hoe voorkomt ze waterbedeffecten tussen eerste en tweede lijn? En klopt het beeld dat ik krijg uit het veld dat zowel de ziekenhuizen als de huisartsen hun handen aftrekken van de chronisch zieken, omdat ze

onrendabel zijn? Mevrouw Slagter noemde dit ook. Hoe voorkomt de minister dergelijke effecten van de prikkels die ze neerlegt? En nog een heel praktische vraag: hoe verloopt de overgang van dbc naar DOT? Klopt het dat in die transitie nog zoveel onduidelijk is dat de declaraties pas veel later kunnen worden afgehandeld en zijn daar in de bevoorschotting maatregelen voor genomen?

Een tweede vragenveld betreft de inhoudelijke visie op de gezondheidszorg. In dit wetsvoorstel draait alles om de financiële sturing en kaders, maar daarachter gaat het natuurlijk om de vraag hoeveel en welke zorg collectief moet worden georganiseerd en gefinancierd. Moet alles wat kan? Dat zijn buitengewoon lastige en pijnlijke afwegingen, maar ze moeten wel gemaakt worden. De medische mogelijkheden zijn enorm toegenomen, maar betekent dat ook dat ze altijd moeten worden toegepast, ook als de gezondheidswinst heel beperkt is en de kosten heel hoog? Natuurlijk, wie persoonlijk voor die keuze staat, zal misschien geneigd zijn om alles te proberen. En ook artsen hebben, gelukkig misschien, een natuurlijke neiging om zo veel mogelijk voor mensen te doen. Maar moet dat altijd? Betekent toegankelijkheid van de zorg ook dat alle denkbare zorg en ingrepen worden geleverd? Dat zijn uiteindelijk geen financiële vragen meer, maar principiële en zorginhoudelijke vragen. Ik vraag de minister of zij daar een visie op heeft. Zo nee, wie heeft die visie dan wel en hoe verhoudt die visie zich tot de budgettaire afwegingen?

De Duitse socioloog Ulrich Beck heeft in zijn analyse in Risikogesellschaft aandacht gevraagd voor het gegeven dat onze technische vooruitgang en de dominantie van de economische logica niet hebben geleid tot een vermindering van risico's, maar tot een verplaatsing daarvan. Met de toename van medische mogelijkheden lijkt het misschien of we alles in de hand hebben, maar dat is schijn. We blijven aanlopen tegen de risico's die nu eenmaal bij het leven horen. Die zijn te verleggen en te verplaatsen, maar niet uit te bannen. Dat betekent, aldus Beck, dat de technologische en economische logica niet allesbepalend kunnen zijn en dat er publieke, politieke en morele correcties op nodig zijn. Dat wil dus ook zeggen dat voor het ordenen van de gezondheidszorg een economisch en juridisch kader als hier voorligt onvoldoende is. In haar reactie op het rapport van de Rekenkamer geeft de minister dit terecht ook aan als zij constateert dat de bevindingen van de Rekenkamer alleen gaan over de financiële kant en niet over de direct daarmee samenhangende dimensies van kwaliteit en toegankelijkheid. Maar tegelijkertijd stuurt de minister toch primair via financiële kaders, ook in het voorliggende voorstel. De principiële vraag wat toegankelijkheid en kwaliteit betekenen en of die ook intrinsiek begrensd moeten kunnen worden, blijft daarmee liggen. We praten over wat er wel en niet in het basispakket moet worden opgenomen en hoeveel procentuele groei er mag zijn, maar niet over de vraag wat de waarde van goede zorg is en wat goede zorg ons waard is.

Het aanvaarden van de risico's en beperkingen van het leven is een thema dat we in de wijsheidstradities van deze wereld vaak tegenkomen, juist ook gekoppeld aan de verantwoordelijkheid en zorg voor de ander. Het gaat dan steeds om de berusting om te aanvaarden wat we niet kunnen veranderen, om de moed om te veranderen wat we wel kunnen veranderen; en om de wijsheid om het verschil hiertussen te zien. Dat zijn niet alleen existentiële afwegingen die aan de orde zijn bij het gesprek tussen arts en patiënt, het zijn ook principiële vragen als we op

Ganzevoort

politiek niveau nadenken over de ordening en begrenzing van de zorg.

Voorzitter. Ik rond af. De leden van mijn fractie kunnen op hoofdlijnen wel leven met het voorliggende voorstel, extra instrumenten voor de bekostiging op te nemen in de marktordening van de gezondheidszorg. Maar dat voorstel betreft alleen maar de buitenkant van de zorg. Een toekomstbestendige zorgvisie zal ook over de binnenkant moeten gaan en ik hoor graag van de minister hoe zij daarover denkt.



Mevrouw Dupuis (VVD):

Voorzitter. Ik merk op dat alleen het gesproken woord telt.

Het voorliggende wetsvoorstel heeft een titel die de lading niet dekt. Er wordt immers gesproken over "marktordening", maar de marktordening is halfslachtig en daardoor waarschijnlijk niet of beperkt effectief. De VVD-fractie is positief over vormen van marktwerking in de gezondheidszorg, maar daarmee nog niet over dit wetsvoorstel, hoewel wij wel inzien dat er iets moet gebeuren. Maar wat?

Om te beginnen bevat het wetsvoorstel, zoals ook andere fracties hebben betoogd, een perverse prikkel. Bij overschrijding van het afgesproken volume door instellingen kan immers een generieke korting achteraf worden toegepast die voor allen geldt. Wie het volume niet laat groeien, wordt dan gestraft voor hetgeen andere instellingen aan overschrijdingen hebben gepleegd. Extra bezwaarlijk zal deze verrekening achteraf zijn voor de kleine, in opbouw zijnde zelfstandige behandelcentra, de zbc's, die enerzijds al zwaar gedupeerd worden door de geringe toegestane uitbreiding van volume, maar die dan ook nog achteraf mee moeten betalen voor overschrijdingen van de "grote jongens".

Over de beperking van de zbc's is de VVD-fractie sowieso enigszins verontrust. Het zou immers goed zijn voor de marktwerking als er op de markt van de gezondheidszorg tegenspelers functioneren, zoals een aantal goedlopende, vaak nog opstartende zbc's, die door grotere efficiëntie en door snellere behandeling tegen een lagere prijs, echt concurrerend zijn. Het is in het belang van de zorgvragers als dit tegenwicht ruimte krijgt, maar in feite wordt het ontstaan en het voortbestaan van zbc's alleen maar moeilijker gemaakt. Graag wil de VVD-fractie daarom van deze liberale minister weten of zij nu wel of niet positief denkt over zbc's, en of zij bereid is om deze ruimte te geven, of althans de zorgverzekeraars in die zin te instrueren. Daar zit immers eigenlijk de macht.

Vervolgens wil de VVD-fractie graag horen van de minister of zij denkt het juiste instrumentarium in handen te hebben, wanneer zij aan de aanbodzijde het volume, de verrichtingen, probeert te beheersen. Het komt ons voor dat een beheersing aan de vraagzijde daar dan ook bij past, maar hierover wordt door de minister niet gerept. Aan de vraagzijde is tot nu toe vrijwel niets, of eigenlijk helemaal niets, gedaan aan beperking van het volume. Het eigen risico optrekken zal niet werken. Immers, hierdoor wordt de hulpvrager nog steeds niet geconfronteerd met de reële kosten van de gezondheidszorg, en voelt hij het ook niet in zijn portemonnee als hij zich tot de gezondheidszorg wendt. De fractie heeft bij het voorlopig verslag over de wet inzake de uitbreiding van het eigen risico deze kwestie ook aan de orde gesteld. Er is immers voldoende wetenschappelijk onderzoek dat duidelijk maakt

dat beperking van de kosten mogelijk is zonder gevolgen voor de volksgezondheid als er aan de vraagzijde betalingen of eigen bijdragen worden gevraagd.

Ik snijd nog een kwestie aan. De VVD-fractie vraagt zich af hoe het nu gaat met de zaken rond de huisartsen die uit protest allerlei verrichtingen niet langer wensen uit te voeren, verrichtingen die dan uiteraard naar de veel duurdere tweede lijn moeten worden doorgesluist. Zijn deze meegenomen bij het plafond van maximaal 2,5% volumeverhoging? Volgens alle berekeningen zijn de ziektekostenverzekeraars, dus uiteindelijk wij allemaal, op die manier veel duurder uit. Is het wel verstandig van de minister om het conflict met de huisartsen zo op de spits te drijven? De fractie vreest bovendien het ontstaan van wachtlijsten.

Ten slotte is er nog een ander punt, namelijk de kwaliteit van de verrichtingen in de gezondheidszorg. De VVD-fractie gelooft in een betere kwaliteit bij een lager volume. Tweedelijns geneeskunde is immers meer iatrogen, ziekteverwekkend, als men zich niet houdt aan de indicatiediscipline. Eigenlijk heeft de heer Ganzevoort van GroenLinks iets dergelijks opgemerkt, overigens zonder deze term te noemen. De dbc's, waarop wij nog hadden kunnen hopen, hebben op geen enkele wijze de indicatiediscipline vergroot. Graag zou de fractie van de minister vernemen hoe zij denkt de indicatiediscipline wel te doen vergroten. Wat verwacht zij in dit opzicht van de verzekeraars, en welke opties zou zij zelf nog willen overwegen? Te denken valt bijvoorbeeld aan een verplichting – dat is voor liberalen altijd vervelend, maar het moet dan toch zijn – van medical audit binnen of tussen maatschappen. Hoe denkt de minister hierover?

Hoe dan ook, net zoals diverse collega's hebben betoogd, zitten er nog wat kanttekeningen aan dit wetsvoorstel. Wij hadden liever een andere poging tot marktordening gezien maar, om met oud-minister Jan de Koning te spreken: als het niet kan zoals het moet, moet het maar zoals het kan.

Wij wachten het antwoord van de minister met belangstelling af.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik stel vast dat geen van de leden meer het woord wenst in eerste termijn.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 12.22 uur tot 13.30 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik mis de heer Holdijk. Ik zeg dat naar aanleiding van een opmerking in het College van Senioren dat ik de vorige keer bij de stemmingen niet lang genoeg heb gewacht, waardoor mevrouw Van Bijsterveld een sprint moest trekken om haar stemverklaring te kunnen afleggen. Mij dunkt dat ik nu na het tijdstip van 13.30 uur redelijk genoeg ruimte heb gegeven. Ik stel daarom voor dat wij nu toch verdergaan met onze agenda.