

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

**Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

Nr. 206

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 4 mei 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 6 april 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 februari 2011 betreffende de invoering van dbc's op weg naar transparantie (DOT's) en de ontwikkelingen in het B-segment (29 248, nr. 167);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 april 2010 betreffende de overgangsregeling kapitaallasten cure (29 248, nr. 115);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2010 betreffende de kapitaallastenproblematiek (29 248, nr. 114);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 maart 2011 betreffende de prestatiebekostiging van ziekenhuizen «Zorg die loont» (32 620, nr. 6);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 maart 2011 betreffende de nadere uitwerking voorhang beheersmodel Medisch Specialisten (29 248, nr. 170);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2011 betreffende de uitvoering van drie moties, ingediend tijdens het VAO zwangerschap en geboorte van 17 februari 2011, over het openhouden van de afdeling verloskunde in Almelo en Meppel, over een plan van aanpak inzake het tekort aan gynaecologen en over het niet zetten van onomkeerbare stappen (32 279, nr. 19);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2011 betreffende de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg (ten behoeve van het AO van 6 april) (32 620, nr. 8);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2011 betreffende het nader advies van de NZa inzake het beheersmodel medisch specialisten (29 248, nr. 171).**

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).  
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Ladders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

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

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

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

**Voorzitter: Wiegman-van Meppelen Scheppink**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Smilde, Gerbrands, Dijkstra, Van der Veen, Leijten, Mulder, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Voortman en Arib,

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

De **voorzitter**: Ik open de vergadering en heet alle aanwezigen van harte welkom.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. In essentie komt het erop neer dat wij over een reeks van jaren willen borgen dat een burger de zorg krijgt die precies bij hem past: niet te veel, niet te weinig, niet in de tweede lijn als het in de eerste lijn kan en binnen die tweede lijn zo doelmatig mogelijk. Over het algemeen brengt doelmatigheid kwaliteit met zich mee. De CDA-fractie wil dat de zorgvraag centraal staat en niet het antwoord op de vraag welke zorg aan de mensen wij ons financieel kunnen veroorloven. Zij maakt daarom de kanteling van aanbodgericht naar vraaggestuurd. De eerste stappen hebben we gezet met de invoering van de Zorgverzekeringswet. In de ziekenhuiszorg hebben we al een geleidelijke uitbreiding van de vrije onderhandelingsruimte gekregen. De afgelopen periode hebben we echter gemerkt dat er een vervolgstap nodig is. Die vervolgstap wordt nu gezet. Het vorige kabinet had er al plannen voor, maar deze werden door de val van het kabinet verhinderd. Daardoor hebben we een vol jaar niets gedaan. Het is dan ook plezierig dat het nieuwe kabinet zo snel met plannen is gekomen. De CDA-fractie steunt de kabinetsplannen in grote lijnen, maar zij wil duidelijkheid over de volgende vier punten. Zijn de DOT's (dbc's op weg naar transparantie) voldoende uitgewerkt? Is het overgangsmodel goed en strak geregistreerd? Daarover bestaan immers onzekerheden. Hoe staat het met de volumegroei en de risicoverevening?

De overstap van dbc's (diagnose-behandelcombinatie) naar DOT's ziet er op papier veelbelovend uit en is aantoonbaar verbeterd. Ook de ziekenhuizen geven aan dat er bij het proefdraaien goede resultaten zijn. Bij de dbc's was het nog wel eens mogelijk om via de dbc-keuze de prijsopbrengst te beïnvloeden. Hoe zit dat met de DOT's? Zijn de DOT's voldoende stabiel en kunnen ziekenhuizen goed voorbereid hieraan meedoen? Dat geldt met name voor de zorgzwaartecomponent van DOT en de gevolgen hiervan voor de UMC's (universitair medische centra). Ik kom op het transitie-model ziekenhuizen. Natuurlijk is een overgangsgeregeling wenselijk, al was het alleen maar om de onzekerheden in 2012 het hoofd te kunnen bieden. De minister zegt dat het transitiebedrag niet geldt voor de reguliere omzetriscico's. Nu het budgetdeel wegvalt, heerst er echter onzekerheid over de inkomsten. Lopen we niet het risico dat ziekenhuizen hun omzet juist willen vergroten, opdat zij enigszins aan de veilige kant zitten? De minister voorziet een overgangperiode van twee jaar. Op grond waarvan kiest zij voor die twee jaar? Zou die periode korter of langer kunnen? Waarom zou die eventueel langer moeten zijn? De minister kondigt een nieuw macrobeheersingsinstrument aan: een soort omzetheffing. Heeft de minister op tijd de cijfers om dat instrument in te zetten? Het verkrijgen van data en cijfers in de zorg is altijd een ingewikkeld probleem. Je moet zeker weten dat je met de goede cijfers kunt werken. Het is een ultimatum remedium, maar wel het mechanisme dat een en ander in bedwang kan houden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde zei dat de zorgvraag bepaalt en niet de financiën. Dat is een mooi uitgangspunt. Hoe beoor-

deelt zij dan het macrobeheersingsinstrument dat bij volumeoverschrijdingen afdraagt? Hoe verhoudt zich dat tot haar opmerking dat de zorgvraag bepaalt en niet de financiën?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voor het CDA is dat echt «the last resort», de laatste strohalm, de uiterste stok achter de deur. Eerst proberen we zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars risicodragend te maken, aangezien het ook in hun belang is ervoor te zorgen dat de juiste zorg met een goede kwaliteit wordt verleend: niet te veel en niet te weinig. Dat mechanisme proberen we in gang te zetten. We hebben echter ook te maken met de weerbaarheid van de dagelijkse praktijk. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) mag groeien, maar dat geschiedt soms harder dan ons lief is. De overheid zal dat derhalve op een of andere manier, linksom of rechtsom, in de hand moeten houden. Daarom steunt het CDA deze plannen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het blijft mij puzzelen dat mevrouw Smilde zegt dat de zorgvraag bepaalt en niet de financiën. Zij moet ergens in haar hoofd ook een budget hebben waaraan die zorgvraag dient te voldoen. Hoe denkt mevrouw Smilde dat een en ander betaald wordt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, ik heb in mijn hoofd niet een budget, maar de volumegroei binnen het BKZ die wij in de regeerperiode hebben afgesproken. Een en ander moet zich binnen dat kader bewegen. Wij moeten bekijken hoe zich dat verhoudt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag ik concluderen dat mevrouw Smilde gewoon vanuit een budgetsystematiek werkt? Zegt zij: niet de zorgvraag bepaalt, maar ook de financiën? Zij stelt eerst een budget vast. Dat is het BKZ waar we binnen moeten blijven.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja, dat BKZ is volledig macro. Daarbinnen kunnen afspraken worden gemaakt. In die zin zie ik geen budget zoals we dat nu hebben gehad, maar natuurlijk moeten we kaders stellen. Met betrekking tot de overheidsfinanciën zou het erg onverantwoord zijn als we dat niet doen. Ik zie daarbinnen dus een maximale ruimte.

Voorzitter. Welke verantwoordelijkheden krijgen ziekenhuizen en zorgverzekeraars precies om te komen tot een volumegroei die binnen het BKZ blijft? Ik noem bijvoorbeeld de degressieve tarieven. Is er straks inderdaad sprake van vermindering van ziekenhuiszorg of wordt deze verschoven tussen de ziekenhuizen? De precieze beheersing van een volumegroei is het CDA nog niet duidelijk. De minister wil afspraken maken met ziekenhuizen, maar die afspraken zijn er nog niet. Indien we dat macrobeheersingsinstrument niet willen instellen, is het buitengewoon belangrijk dat er wel afspraken komen. Gisteren hebben we een brief gekregen waarin verschillende partijen hun goede wil tonen. Maak derhalve vooral afspraken. Wat gebeurt er echter als die afspraken niet worden gehaald? Voor de kapitaallasten is er al een overgangsregeling. Voor 2012 en 2013 worden nieuwe maatregelen aangekondigd, omdat ook hier weer een overgangsregeling moet gelden. Kan deze soepel verlopen? Wat zijn inmiddels de mogelijkheden voor ziekenhuizen om te investeren? Kunnen we die door deze maatregelen ook bevorderen?

Dan kom ik op de prijssegmenten. Het kabinet stelt voor het vrije onderhandelingssegment uit te breiden tot 70%. Tot voor kort leken veldpartijen meer gecharmeerd van een geleidelijke uitbreiding naar 50% en vervolgens naar 70%. Waarom meent de minister dat deze grote stap mogelijk en nodig is? Zijn de veldpartijen hier klaar voor? De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft twee criteria voor de overheveling van zorgproducten naar het vrije segment: de producten moeten voldoende medisch herkenbaar zijn en er mag geen sprake zijn van machtsonevenwichtigheden in de marktverhoudingen. Het laatstgenoemde is toch veelal

een momentopname? Aan welke criteria wordt dat getoetst? Zowel in het gereguleerde segment als in het vrije segment kan gebruikgemaakt worden van degressieve tarieven. Wat betekent de zorg die deels via het vaste segment wordt bekostigd? Is die lijst van genoemde functies een limitatieve opsomming? Wie bepaalt wat tot het vaste of gereguleerde segment behoort?

Dan kom ik op de voorhangbrief inzake het beheersmodel medisch specialisten. Het is goed dat de minister afspraken heeft kunnen maken met ziekenhuizen en medisch specialisten. Mijn fractie steunt het kabinet om vanaf 2015 integrale tarieven in te voeren. Zij vraagt zich wel af of die afspraken in 2011 allemaal vastgelegd kunnen worden. Er moeten immers nog heel wat toelatingsovereenkomsten worden gewijzigd. Is die goede wil er inderdaad? Hoe zit het met aanvullende afspraken over het beperken van de groei? De minister heeft met de medisch specialisten afspraken gemaakt. Een en ander hangt echter ook af van afspraken die zij nog moet en hopelijk ook zal maken met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het CDA verneemt daarop graag een antwoord.

Het B-segment groeit naar 70%. Hoe kunnen er afspraken worden gemaakt voor een maximale honoreringscomponent per instelling, zolang er nog geen sprake is van die integrale tarieven? De medisch specialist kan in de transitiefase kiezen voor het VIA-beheersmodel, maar ook is er de mogelijkheid voor het vrije ondernemerschap en loondienst. Wie bepaalt wat het wordt? Om praktische redenen adviseert de NZa de solopraktijken en privéklinieken niet onder het beheersmodel te laten vallen. Kan de minister dat nader toelichten? De NZa zegt dat de strategische substitutie laag wordt ingeschat omdat er sprake is van onverzekerde zorg. Kan de minister aangeven hoe een en ander zit als de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) is aangenomen?

De NZa zal de productieveverschuivingen tijdig en nauwkeurig in beeld moeten krijgen om jaarlijks de honorariumgrens per instelling te kunnen vaststellen. Lukt het om die gegevens te krijgen? Geldt daarvoor ook het T+2-traject? Krijgt de Kamer alle cijfers op tijd binnen, zodat zij daarover tijdig goede afspraken kan maken en onderhandelingen kan voeren?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik begrijp heel goed dat die cijfers voor mevrouw Smilde belangrijk zijn. Vormen die voor haar een harde randvoorwaarde om in te stemmen met het pakket zoals dat hier voorligt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik wacht eerst het antwoord van de minister af. Het is wel een belangrijke randvoorwaarde. Vanmiddag kom ik nog op de risicoverevening terug, omdat het CDA daarover ook een aantal vragen heeft. Mijn fractie meent dat er geen alternatief is. Daarom stel ik deze vraag ook. Het CDA wil daarop goede antwoorden krijgen, omdat we deze stap wel moeten zetten.

De **voorzitter**: Mevrouw Smilde zegt dat er geen alternatief is. In de brieven die de oud-minister heeft gestuurd zag ik wel een variant, namelijk het stap voor stap faseren. Dat is een groot verschil met de rigoureuze stap die de huidige minister voorstelt, ook wel de big bang genoemd.

Mevrouw **Smilde** (CDA): In een aantal opzichten is deze stap iets groter. De vorige minister wilde het B-segment uitbreiden naar 50% en de huidige minister wil een uitbreiding naar 70%. De CDA-fractie heeft in het verleden ook die 70% genoemd, maar zij hangt inderdaad aan fasering. Daarnaast zag het transitie-model er enigszins anders uit. De vorige minister wilde in 2010 een hele reeks belangrijke stappen nemen en een en ander per 2011 invoeren. Dat was dus ook een heel snel traject. In februari 2010 heeft de Kamer daarover een brief gehad. Ik heb niet voor niets de vraag gesteld over die overgang van 50% naar 70%. Wat is de

reden voor die grote stap? We hebben, ook bij kleinere uitbreidingen, altijd van de NZa gehoord dat het schonen van verschillende producten heel lastig was. Misschien heeft het daarmee te maken. Het CDA wil weten waarom we die stappen op deze wijze nemen. De stap moet echter wel worden gezet.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Inhoudelijk is de PVV-fractie het geheel eens met de eindoelen van de minister. Prestatiebeloning in de zorg houdt wat haar betreft namelijk in dat je kunt groeien als je goede zorg verleent en dat je kunt krimpen als je het op onderdelen niet goed doet. Je kunt immers niet overal goed in zijn. Zorgaanbieders zullen derhalve moeten bepalen wat zij wel en vooral ook niet kunnen blijven aanbieden. Het ligt voor de hand dat complexe en niet vaak voorkomende zorg zal worden geconcentreerd, waardoor ervaring en expertise op dat specifieke terrein worden opgebouwd. Basiszorg en diagnostiek dienen daarentegen altijd in de buurt aangeboden te worden. Wij zien de brief «Zorg die loont» als een aanzet tot de noodzakelijke verschuiving in het zorgaanbod. Die dynamiek komt de kwaliteit en de patiënt ten goede. Alle partijen uit het veld hebben in onze optiek de kans en tijd gehad om zich hierop voor te bereiden. De marktscan van de NZa toont aan dat de prijsontwikkeling de laatste jaren heel gematigd is geweest met in 2010 zelfs een kostendaling van 3%. De NZa vindt daarom dat het B-segment kan worden uitgebreid naar 70% tot 85%. De minister houdt dus de ondergrens aan van het advies van de NZa. Dit lijkt de PVV een verstandige keuze. Het biedt de ruimte om te onderhandelen over een groot aantal behandelingen, hetgeen de noodzakelijke verschuiving in het zorgaanbod zal bewerkstelligen. Tegenover de prijsdaling stond echter in 2008 en 2009 een omzetgroei van 7%. In het convenant dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft gesloten met de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) committeren beide zich tot een beperkte omzetgroei van 2,5% per jaar. Dit is bijzonder ambitieus en hier heeft de PVV kanttekeningen bij. Er moet immers variatie in volume mogelijk zijn tussen instellingen. Als door differentiatie en specialisatie een instelling kan scoren op prijs-kwaliteitverhouding, moet een zorgverzekeraar de mogelijkheid hebben bij deze instelling 20% meer in te kopen en bij de andere dus 20% minder. Zo blijft het volume gelijk en krijgen we toch noodzakelijke verschuivingen in het zorgaanbod. De PVV wil hierover duidelijkheid. Kan de minister aangeven of deze verschuiving in omzet per instelling mogelijk is?

De minister geeft ook aan dat een belangrijke voorwaarde voor deze groeibeperking is dat de wachttijden onder de Treeknormen blijven. Wat gebeurt er als de wachttijden weer oplopen? In de laatste scan hebben we kunnen zien dat voor een groot aantal onderdelen de wachttijden alweer boven de Treeknormen zitten. Gaan we die 2,5% dan opschroeven naar 3%? Wat zijn de acties die we daarvoor nemen?

De PVV-fractie ziet het beheersmodel medisch specialisten als een noodzaak om de forse overschrijdingen van voorgaande jaren te voorkomen. Tegelijkertijd moet er ook onder dit systeem de mogelijkheid zijn om kwaliteit beter te belonen. Welke zekerheid heeft de minister dat specialisten geprikkeld blijven om tot betere prestaties te komen? Welke zekerheid heeft de minister dat er geen wachtlijsten zullen ontstaan, doordat de arbeidsproductiviteit van de specialisten daalt? Wat gebeurt er als door het beheersmodel medisch specialisten de wachtlijsten oplopen? De PVV ziet ook hier een probleem ontstaan dat te maken heeft met het verschuiven of het verhogen van een bepaald zorgaanbod. In het beheersmodel wordt per instelling door de NZa vooraf een vast budget vastgesteld voor honoraria van medisch specialisten. Een instelling die zich specialiseert of betere kwaliteit levert, waardoor er meer productie gedraaid wordt, moet ook tussentijds personeel kunnen aannemen om

verder te groeien. Hiervoor is echter geen budget beschikbaar. Er kunnen verschuivingen optreden tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, maar ook tussen ziekenhuizen onderling. De NZa heeft hierover inmiddels een advies uitgebracht. Daarop wil ik graag een inhoudelijke reactie van de minister. Hoe garandeert zij deze dynamiek in die verschuivingen?

Vanmiddag spreken we over de bekostiging van dure medicijnen. Het nieuwe beheersmodel medisch specialisten geeft de raden van bestuur van een instelling de vrijheid om over 15% tot 25% van de honorarium-omzet te onderhandelen en afspraken te maken over kwaliteit, veiligheid en andere zaken. Hoe groot acht de minister de kans dat er binnen deze marge ook druk op de medisch specialisten wordt gelegd om minder dure medicatie voor te schrijven of dure spécialités te vervangen door generieke geneesmiddelen, waardoor de kosten in bedwang worden gehouden? Kortom: hoe is het gesteld met de autonomie van de medisch specialisten?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een quizvraag. Van wie is de quote: «Het is van belang dat wij ook in 2011 vooral inzicht krijgen in de vraag in hoeverre de zorg verbetert en de wachtlijsten verminderen als gevolg van de marktwerking. Wij hebben altijd gezegd dat er voldaan moet worden aan een aantal randvoorwaarden.»?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik schat in dat die van mevrouw Agema is geweest.

Mevrouw **Leijten** (SP): Heel goed. Is aan die randvoorwaarden voldaan?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De daling van de kosten is zichtbaar. De PVV heeft randvoorwaarden gesteld aan de inzichtelijkheid van kwaliteit. In het systeem waarin wij zaten, werden ziekenhuizen niet geprikkeld om openbaarheid te geven over de kwaliteit. Mijn fractie denkt dat door de invoer van dit systeem en het meer risicodragend maken van de zorgverzekeraars – zij moeten dan immers wel op kwaliteit inkopen – het inzichtelijk maken van de kwaliteit sneller zal verlopen. Dat geluid krijgt de PVV-fractie ook vanuit de ziekenhuizen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Treeknormen worden in de helft van de poliklinieken voor allergologie, revalidatie, reumatologie en maagdarmziekten overschreden. Een derde van de ziekenhuizen overschrijdt de normen voor borstverkleining, borstvergroting, buikwand-, heup- en knieoperaties. In de academische ziekenhuizen wordt bij de helft van de behandelingen de norm overschreden. Dit is een samenvatting van een rapport dat ik zo presenteer. De PVV-fractie stelde twee randvoorwaarden: vermindering van het aantal wachtlijsten en verbetering van de kwaliteit. De eerste heeft niet plaatsgevonden en de tweede is niet inzichtelijk gemaakt. De PVV heeft een van haar voorzichtige principes over marktwerking weggegeven en rent samen met de minister de afgrond in als de sluisen worden opengezet. Ik vind het erg jammer dat mevrouw Gerbrands niet wat meer op de lijn zit die haar fractie bij de begrotingsbehandeling aanhield. De PVV zei toen: «We hebben randvoorwaarden gesteld. Daar is niet aan voldaan.» Mevrouw Gerbrands geeft carte blanche en daar begrijp ik helemaal niets van.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik snap dat de SP ernstig teleurgesteld is in het feit dat de PVV de stap voorwaarts wel maakt. Ik heb duidelijke vragen gesteld over de wachtlijsten en over de verwachting met betrekking tot het ontstaan van die wachtlijsten. Ik heb nog nergens een stempel op gezet. Ik wil eerst de antwoorden van de minister.



Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik zou ook hier een quiz van kunnen maken, maar dat doe ik niet. De PVV-fractie heeft eerder in haar verkiezingsprogramma aangegeven geen voorstander te zijn van meer marktwerking, meer risicodragendheid van de zorgverzekeraars en uitbreiding van het B-segment in de ziekenhuiszorg. Zij zegt nu een sprong vooruit te maken. De PVV was tegen al deze ontwikkelingen die hier vandaag worden voorgesteld. Mevrouw Gerbrands geeft aan dat die wachtlijsten voor haar heel belangrijk zijn. Hoe hard is die voorwaarde voor de PVV?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Mijn collega heeft bij de begrotingsbehandeling reeds de discussie gevoerd over de vraag waarom de PVV nu wel besloten heeft om mee te gaan in de uitbreiding van het B-segment en de verdere marktwerking. Het lijkt me niet zinvol om dat over te doen. De voorwaarden aangaande de wachtlijsten zijn voor de PVV heel erg belangrijk. Daarvoor zullen dus ook goede antwoorden en goede oplossingen moeten komen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Daar zal ik de PVV aan houden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Door het CDA werd gesteld dat het gaat om de patiënt. In het hele zorgstelsel en alles wat wij doen staat de patiënt vanzelfsprekend centraal. Geld speelt echter ook een heel grote rol. Wij komen dat elke keer weer tegen in de debatten die wij voeren. Het lukt ook dit kabinet niet om de alsmaar stijgende zorgkosten te stoppen. Sterker nog: ze nemen alleen maar toe, dit jaar met 0,75 mld. en volgend jaar zelfs met 1,25 mld. Er is sprake van de ene overschrijding na de andere. We hebben het dan nog niet gehad over de tegenvaller van vorig jaar, toen er door de overheid 1,4 mld. te veel aan zorg is uitgegeven. Vorige week vrijdag kwam daar nog 1 mld. extra bij. Als het zo doorgaat, staat de teller eind 2012 op 4,4 mld. extra zorgkosten in krap drie jaar tijd. In tegenstelling tot wat zij in hun verkiezingsprogramma stelden, besparen de VVD en het CDA dus geen 3 mld. op zorg. Nee, zij geven gedurende de eerste helft van hun regeerperiode al 4,4 mld. extra daaraan uit. De D66-fractie betreurt dit. Zij wil dat dit kabinet het zorgstelsel zodanig hervormt dat de generaties na ons ook nog kunnen rekenen op goede zorg.

Dit debat gaat over de prestatiebekostiging van ziekenhuizen. Die moet ertoe leiden dat de kwaliteit van de zorg verbetert en de kosten ervan omlaaggaan. D66 steunt het kabinet in het verder vormgeven van die prestatiebekostiging. Als we willen weten of ziekenhuizen kwaliteit bieden en we hen daarop willen afrekenen, moeten we ook weten welke prestaties ze leveren. Weten we echter of een ziekenhuis het goed doet of wanneer het beter zou kunnen? Ik vrees van niet. Als ik diabetes zou hebben, zou ik zo snel mogelijk willen weten welke insulinetherapie het beste bij mij past. Ik zou ook willen weten wat ik moet doen om mijn bloedsuiker op peil te houden of wat ik moet doen als dat niet lukt. Als het mijn arts lukt om mij bij te brengen op welke wijze ik mijn diabetes goed kan regelen, blijkt dat vanzelf uit de driemaandelijke bloeduitslagen. Als ik een en ander volhoud, voorkom ik eventuele complicaties op latere leeftijd, zoals slecht werkende nieren of blindheid, en heb ik kans op een langer leven. Die goede bloeduitslagen en het uitblijven van complicaties zeggen iets over de prestaties die mijn ziekenhuis levert. Het zijn kwaliteitsindicatoren van de behandeling. Zo kan een zorgverzekeraar mijn ziekenhuis vergelijken met een ander ziekenhuis. Vanaf 2007 is voor 80 aandoeningen gewerkt aan dergelijke indicatoren, maar slechts 6% daarvan is klaar. De minister wil dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen vanaf 2012 over 70% van de medisch specialistische zorg onderhandelen. De prijs die betaald wordt is straks afhankelijk van de prestaties die men levert. Hoe bepaalt men de prijs als we niet voldoende gegevens hebben



over de uitkomsten van behandelingen of als die gegevens onbetrouwbaar zijn en niet met elkaar vergeleken kunnen worden? Wat gaat de minister hieraan doen?

D66 vindt het belangrijk dat de concurrentie tussen ziekenhuizen eerlijk tot stand komt. De zorgverzekeraars moeten in samenspraak met hun verzekerden bepalen waar zij de ziekenhuizen op willen afrekenen. Nu bepalen de ziekenhuizen dat vaak zelf, wat leidt tot discussie en belangenverstrengeling. Hoe gaat de minister dat tegen? Hoe geeft zij de verzekerde, de patiënt, meer inspraak in hetgeen deze wil weten over een behandeling in een ziekenhuis?

Er zijn nog te veel medici die in hun eigen praktijk het wiel opnieuw uitvinden. Dat heet praktijkvariatie en kost enorm veel geld. Uit onderzoek van Plexus blijkt dat het terugdringen van praktijkvariatie een besparing van 7% tot 9% op zorgkosten oplevert. Ik heb het dan over enkele miljarden. Hoe gaat de minister die praktijkvariatie en de kosten die daarmee gemoeid zijn terugdringen?

D66 wil dat huisartsen veel meer gaan samenwerken met medisch specialisten. Zij kunnen los van de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis prima samenwerken in zogenoemde zorgnetwerken dichtbij de mensen thuis. Ik zeg nog net niet: de huisarts of de cardioloog komt naar u toe deze zomer, maar ik zou dat een hele verdienste vinden. We zien die ontwikkelingen al hier en daar. De kwaliteit van de zorg verbetert en de kosten kunnen omlaag.

Dit kabinet heeft zich voorgenomen om meer keten-dbc's te ontwikkelen. Ik zie daar nog niet zo heel veel van terug. Wat gaat de minister doen om dure medisch-specialistische zorg goedkoper te maken? Is zij bereid om die specialist uit het ziekenhuis te halen en in de buurt of de wijk in te zetten? In Hoorn lukt het de zorgverzekeraar en het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland niet om een goede keten-dbc af te spreken. Wat kan de overheid nog doen als patiënten hiervan de dupe dreigen te worden? Graag ontvang ik daarop een reactie van de minister.

Als we optimale concurrentie tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelklinieken wensen, dan moet er iets gedaan worden aan de verdeling van de honoraria van de medisch specialisten. Anders komen nieuwe initiatieven niet tot stand. De honoraria worden immers gekoppeld aan de ziekenhuizen en de instellingen waar een specialist werkzaam is. Hoe reageert de minister op dit probleem?

Zorgverzekeraars worden risicodragend. Vanmiddag spreken we daarover verder. D66 vindt dat een goede zaak. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor veel beter hun regierol op zich nemen. Ik denk bijvoorbeeld aan het efficiënter organiseren van spoedeisende hulpdiensten zoals Univé, VGZ, IZA en Trias (UVIT) voor ogen hadden. Bovendien kunnen de verzekeraars eisen stellen aan de zorg die ze inkopen. Als je echter vanaf 2012 risicodragend wordt, in datzelfde jaar 70% van de in te kopen ziekenhuiszorg moet uitonderhandelen terwijl je niet meer over een vangnet beschikt, de ex-postcompensatie, en het bedje vooraf onvoldoende gespreid is, de ex-anteverevening, dan wordt er heel veel van je gevraagd. Vanmiddag komen we daarop terug. Ik krijg wel het beeld voor ogen dat de minister met haar ingrijpende beslissingen alle tekorten waarmee ik mijn betoog begon wil wegpooien, als ware zij een olifant in een porseleinkast. D66 meent dat hervormen absoluut nodig is, maar dat zorgvuldigheid daarbij zeer essentieel is. De overheid moet in dat opzicht betrouwbaar zijn. Wat is derhalve het einddoel van de minister in 2015 betreffende de alsmaar stijgende zorgkosten? Welke concrete tussen-doelen met betrekking tot de prestatiebekostiging heeft zij zich in de komende jaren, 2012, 2013 en 2014, gesteld?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Na de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is dit het belangrijkste debat over het stelsel. Leiden de voorgestelde maatregelen van de minister tot een doelmatiger

zorg die ook de PvdA wil? Mijn fractie concludeert dat dat niet het geval is. Ten eerste is er sprake van oncontroleerbare kostenstijgingen, en ten tweede bevinden partijen, met name de zorgverzekeraars die tegenwicht zouden moeten bieden, zich nog niet in die positie. Ook de PvdA-fractie maakt zich zorgen over de stijgende kosten. Voor alle duidelijkheid: ook zij is voorstander van transparantie en betere en toetsbare kwaliteit van de zorg. Om die reden heeft zij ook het voordeel van de twijfel gegeven betreffende de prestatieindicatoren en de dbc's.

De PvdA is uitdrukkelijk tegenstander van het feit dat vanuit een ideologische gedrevenheid de werkelijkheid en de weerbarstigheid van de zorg wordt ontkend en dat risicovolle avonturen bij mislukking financieel afgewenteld worden op de burgers in de vorm van hoge premies of een verkleind basispakket. Mijn fractie heeft daarover grote zorgen. Zij vindt dat elke euro aan de zorg besteed moet worden, maar uiteindelijk gaat het in de zorg om de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Die relatie is niet te vatten in getalletjes. De thuiszorg met zijn stopwatchzorg moet ons daarvoor voldoende gewaarschuwd hebben. Het in maat en getal neerleggen van gezondheidszorg heeft ook zijn grenzen.

Ook de PvdA realiseert zich dat kosten stijgen en dat je moet trachten dat tegen te gaan. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er in de gezondheidszorg nu al zo'n 2 tot 3 mld. bezuinigd kan worden als voorzieningen beter op elkaar afgestemd zouden worden. Dat geldt vanaf de eerste lijn tot aan de UMC's. De minister denkt dat een en ander bereikt zal worden door de thans voorgestelde maatregelen, waaronder met name die concurrentie. Er is sprake van een drietal maatregelen: invoering van de DOT's, uitbreiding van de vrije prijsvorming en aanpassing van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Met die DOT's wordt nu het derde registratiesysteem binnen de ziekenhuizen ingevoerd. Wat betekent dat voor de historische vergelijkbaarheid? Weten we überhaupt nog wel hoe een en ander zich ontwikkeld heeft? Gaat er bij de conversie van de dbc's naar de DOT's geen relevante informatie verloren? Wat is het plan B als blijkt dat die conversie tijdens of, nog waarschijnlijker, na de transitieperiode mislukt is en dat inderdaad sprake is van die informatieachterstand? Wat gaat de minister dan doen? Tot nu tot wordt alleen op basis van simulatie gewerkt. In het PwC-rapport dat vanmiddag aan de orde komt, wordt gesteld dat de risicoverevening door de komst van de dbc's slechter toepasbaar was. Er was immers te weinig informatie. Hoe schat de minister dat in als met die DOT's aan de slag wordt gegaan? Wat betekent de invoering van de vrije tarieven voor de kapitaallasten? Zullen ziekenhuizen uit zorg en onzekerheid over die kapitaallasten hun prijzen niet verhogen? Heeft de NZa nog steeds per 1 juli 2011 het gehele DOT-pakket vastgesteld? Wat gebeurt er als dat niet lukt?

De PvdA heeft steeds aangegeven dat uitbreiding van vrije prijsvorming alleen moet plaatsvinden als je zeker weet wat het voorgaande jaar is gebeurd. De laatste informatie die we hebben is dat de prijzen met 3% zijn gestegen, maar de omzet met 7%. Op basis daarvan zou je geen uitbreiding moeten nastreven. Hebben we recentere informatie waaruit blijkt dat een en ander wel mogelijk is? Een groot probleem dat door anderen gesignaleerd is, is dat we pas na drie tot vier jaar weten wat de werkelijke kosten zijn. De minister vindt ook dat dat veranderd moet worden. De PvdA denkt niet dat dat in een handomdraai gebeurt. Wat zijn de consequenties, ook voor de transitieperiode, als je pas na twee of drie jaar constateert dat er bijvoorbeeld sprake is van volumeoverschrijding? Wat gaan we dan doen? De minister heeft de WMG achter de hand als instrument waarmee zij de budgetoverschrijding kan aftoppen. Wanneer is die budgetoverschrijding bekend? Wie garandeert dat die WMG juridisch houdbaar is? Als dat niet het geval is, neem ik aan dat de minister het met mij eens is dat we hiermee moeten stoppen.

De markt heeft de neiging om omzet te maken. Dat hoort bij de markt. In de zorg hebben we vastgesteld dat je ook een tegenmacht moet organi-

seren. Die wordt gevormd door de zorgverzekeraars. Hoe schat de minister het gedrag in van ziekenhuizen die weten dat ze geconfronteerd worden met generieke kortingen? Zal ieder ziekenhuis niet proberen zo veel mogelijk omzet te draaien om vervolgens – als het geconfronteerd wordt met de generieke korting – die korting zo klein mogelijk te houden? Hoe wordt een overschrijding van het budget vastgesteld? Met andere woorden: het is toch handig voor de ziekenhuizen om van tevoren te weten hoeveel budget ze hebben, zodat ze van tevoren kunnen kijken of er sprake is van budgetoverschrijding? Dat geldt ook voor de zorgverzekeraars. De Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) geeft dat ook aan in haar brief. Hoe moet ik mij een en ander voorstellen? Is het budget bekend op het moment dat er onderhandeld wordt? Hoe ziet men dat per ziekenhuis?

Ook de positie van partijen is heel belangrijk. Die zorgverzekeraars moeten dus een tegenmacht vormen. De Kamer heeft een brief gekregen van de gezamenlijke partijen. Ik dacht even dat deze afkomstig was van de bond van slagers die hun eigen vlees keuren. In die brief wordt gezegd dat men voorstander is van prestatiebekostiging en DOT's. De PvdA is dat ook. Vervolgens wordt er niet genoemd of die zorgverzekeraars wel of niet bereid zijn met risicoverevening om te gaan. Wat ik nog erger en werkelijk stuitend vind, is dat in die brief wordt aangegeven dat men in de transitieperiode wil nagaan wat de rol van partijen zou kunnen zijn. Vijf jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet – nota bene nadat er een halfjaar is onderhandeld tussen ministerie, zorgverzekeraars en anderen – moet men nu nog in de transitieperiode vaststellen wat de rol van partijen is. De rol van partijen is uitermate belangrijk. Ik wil daar derhalve graag een antwoord van de minister op.

In die brief staat één goed ding. Volgens het Centraal Planbureau (CPB) moeten de ziekenhuizen straks onafhankelijk vaststellen wat de kosten zijn. Enerzijds geeft dat aan dat men niet al te veel vertrouwen in het ministerie heeft. Anderzijds vindt de PvdA dat een goede zaak. Een en ander sluit aan op de motie-Van der Veen c.s. over de invulling van de basiszorg (32 500-XVI, nr. 27). De PvdA heeft de minister gevraagd om van tevoren duidelijk te maken aan welke eisen de zorg zou moeten voldoen, zowel qua omvang als qua organisatie. Dan weten we ook waar we naartoe werken. De PvdA vindt het een taak van de overheid om vast te stellen waar je over tien jaar wilt zijn en om te kijken hoe je daar wilt komen. In de spoeddebatten rond de spoedeisende hulp (SEH) heeft zij reeds aangegeven dat overschrijding uitdrukkelijk een verantwoordelijkheid is van de overheid en niet van de zorgverzekeraars. Hoe vaart de minister met de uitvoering van de motie over de invulling van basiszorg? Vindt zij het ook niet verstandiger om eerst die motie uit te voeren en vervolgens te bekijken hoe je een en ander kunt bereiken?

De snelheid waarmee de ontwikkelingen in gang worden gezet is onverantwoord. Voordat er maatregelen worden genomen, moet spijkerhard worden vastgesteld dat de WMG daadwerkelijk toepasbaar is. Alvorens de maatregelen worden ingevoerd, moet volstreekte duidelijkheid bestaan over de rol en verantwoordelijkheid van partijen. Dat dat tot nu toe niet is gelukt, is een uitermate slecht teken. Het kan niet zo zijn dat achteraf niemand verantwoordelijk is en dat de kosten van het experiment bij de verzekerde worden gelegd.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De PvdA is alleen voor uitbreiding van het B-segment als zij gegevens krijgt. De NZa heeft gezegd dat de stap verantwoord is. Wat vindt de heer Van der Veen daarvan? Wanneer zouden we dan stappen kunnen zetten? Hoe denkt de heer Van der Veen over de invoering van de prestatiebekostiging als zodanig? Het afgelopen jaar is immers niets gebeurd. We hebben gemerkt dat alles tot stilstand is gekomen en dat er helemaal geen oplossing is. Hoe kunnen we hier volgens de PvdA mee omgaan, als we deze plannen niet uitvoeren?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is niet zo dat we de plannen niet uitvoeren. Datgene waarmee wij bezig zijn, versnelt. In het B-segment wordt reeds onderhandeld over de vrije tarieven. Dat is ook heel mooi. Dan kun je ook eens zien hoe dat gaat. Daar zit echter juist mijn zorg. Uit de laatste cijfers die mijn fractie van de NZa heeft ontvangen, blijkt 3% prijsdaling en 7% omzetstijging. Met andere woorden: er wordt veel meer geproduceerd dan men aanvankelijk dacht. Er is niet voor niets sprake van een budgettaire overschrijding.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Die 7% heeft betrekking op het A- en B-segment.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb het over 7% omzetstijging. Ik vraag de minister gevraagd waaruit die overschrijding van het budget bestaat. Heeft deze te maken met kwaliteitsverbetering of heeft deze andere oorzaken? De minister kon toen geen antwoord geven, omdat zij dat niet wist. Als je constateert dat er sprake is van een omzetstijging die je van tevoren niet had verwacht en dat je niet weet waaraan die budgetoverschrijding ligt, dan weet je toch niet wat er aan de hand is? Als je met een groot veranderingsproces bezig bent, is het toch volstrekt normaal dat je pas de volgende stap zet zodra je vrij precies weet wat de voorgaande stap is geweest? Ten tijde van het vorige kabinet heeft mijn fractie een motie ingediend. Volgens mij heeft het CDA die motie ook gesteund. De PvdA heeft de oud-minister toen gevraagd zich te baseren op de gegevens van het jaar daarvoor, alvorens hij zou overgaan tot uitbreiding van het B-segment. Dat is uitermate verstandig. Dan ben je ook niet met roekeloze avonturen bezig. We weten een en ander gewoon niet. Dan moet je het niet doen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wat vindt de heer Van der Veen überhaupt van de voorstellen voor de overgang naar prestatiebekostiging? Hij zegt dat deze enkel gefaseerd moeten plaatsvinden; niettemin zullen we toch stappen moeten doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In het vorige kabinet heeft ook mijn fractie gezegd voorstander te zijn van inzicht in kwaliteit van de zorg. Je omschrijft zorgproducten binnen grenzen – die grenzen heb ik ook aangegeven – in de vorm van prestatieindicatoren en productomschrijvingen. Op dat punt wil de PvdA de minister minimaal het voordeel van de twijfel geven. Ongeacht de vraag of je in het ene of in het andere systeem werkt, is het uitermate handig om te weten wat er geleverd wordt en wat de kwaliteit van het product is.

De heer **Mulder** (VVD): Vorig voorjaar kreeg de Kamer een heroverwegingsrapport waarin werd geconstateerd dat het huidige zorgstelsel stuck in the middle zit tussen aanbodgestuurd en de gereguleerde marktwerking. De heer Van der Veen heeft een groot aantal vragen. Eigenlijk is zijn conclusie om een pas op de plaats te maken. Als je nu stuck in the middle zit en je maakt een pas op de plaats, waar sta je dan daarna?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb wel eens het voorbeeld van de lemmingen gebruikt. Die lemmingen zijn allemaal aan het rennen. Eén gaat er stilstaan en zegt: jongens, laten we even stoppen en kijken waar we heen gaan. Hij krijgt van zijn collega's te horen: we zijn stuck in the middle, doorgaan! Dat is ook een vorm van stuck in the middle die je niet wenst. Stuck in the middle houdt in dat je heel precies moet kijken op welke wijze je verder moet gaan. Het vertonen van lemminggedrag is absoluut heel slecht als je stuck in the middle zit. Als je alsmaar harder en sneller gaat in de veronderstelling dat het dan goed gaat, loop je de afgrond in. Daarmee ga je vele risicovolle avonturen aan, omdat je niet meer weet waarmee je bezig bent.

De heer **Mulder** (VVD): Het nadeel van stuck in the middle is dat je ook een prijs betaalt als je de situatie laat zoals die is. Voor jouw euro krijg je niet de zorg die je zou kunnen krijgen. De PvdA wil blijven staan waar we staan, stuck in the middle, en geen stap vooruitkomen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is echt flauwekul. Mijn fractie zegt: kijk waarmee je bezig bent, kijk goed of datgene wat je van plan was ook gerealiseerd wordt en kijk vervolgens hoe je verder gaat. Het gaat immers om heel grote publieke belangen. Als je vijf jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet en na een halfjaar onderhandelen constateert dat de zorgverzekeraars in de transitieperiode zullen bekijken wie waarvoor verantwoordelijk is en dat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de budgetoverschrijdingen bij de ziekenhuizen, dan ben je toch geheel niet bezig op de weg die je had uitgezet? Het is dan toch geen schande om te bekijken wat er wel en niet gelukt is? Het is volstrekte flauwekul dat de PvdA stilstaat en niets wil. Ook in het vorige kabinet heeft mijn fractie voorgesteld om stapje voor stapje te kijken of we tot een doelmatige zorg kunnen komen. Zij is echter reëel. Als zaken anders lopen dan gedacht, moet je dat ook erkennen. De heer Mulder moet dan niet de flauwe opmerking maken dat we stuck in the middle zitten en dat er helemaal niets gebeurt. Daarmee doet hij het veld bovendien veel onrecht aan. Gelukkig gebeurt er heel veel in het veld, ook op het gebied van kwaliteit.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De resultaatverantwoordelijke eenheid is een pilot met een opdracht: efficiënter werken. Het ondernemingsplan is erop gericht om te werken met volumegroei. De afspraak is dat de winst mag worden ingezet voor de resultaatverantwoordelijke eenheid. De vraag is of dit komt uit een verslag van Philips of van een modern ziekenhuis. Dit komt uit een verslag van een medisch stafconvent van een modern ziekenhuis. Dit gaat dus over de zorg. Wie heeft hier nou baat bij? Dat is in ieder geval het adviesbureau dat aan tafel zat en dat de resultaatverantwoordelijke eenheid helpt met het vermeerderen van de omzet en de dokters uitlegt hoe zij aan omzetverhoging kunnen doen. Waar is hier de patiënt? Dit is geen medisch stafconvent dat de SP graag ziet. Dat zal de minister wel begrijpen. Het moet immers gaan om de patiënt. Wat zijn zijn behoeften en welke behandeling is nodig? Vindt de minister het goed dat er in een medisch stafconvent wordt gesproken over de wijze waarop de omzet gemaximaliseerd wordt? Is dit de zorg die zij voor ogen heeft? In haar vorige rol als Kamerlid verdedigde deze minister met hand en tand de toenmalige minister die de marktwerking invoerde. Dat is nu zo'n vijf jaar geleden. Waarom kijken we niet even goed waar we staan? Is de zorg beter? Ik wil graag de rapporten die dat bevestigen. Is de zorg efficiënter? De bureaucratie kost een heleboel. Zij leidt tot fysieke bureaus in het ziekenhuis in plaats van bedden en tot veel gesjeesde jongens van adviesbureaus die niets doen voor de patiënt. Ik noem dat in ieder geval niet efficiënt. Is de zorg goedkoper? Nee, want de omzet stijgt 2% harder dan in andere jaren. Iedereen tamboereert altijd op het vermeende succesverhaal van de marktwerking. Zijn de wachtlijsten weg? Nee. Iedereen had dat al kunnen weten, want het stond in het NZa-rapport dat de Kamer in februari 2011 ontving. De SP-fractie heeft eens op een rij gezet waar alles wordt overschreden. Zij vindt de cijfers schokkend, zowel in het A-segment als in het B-segment. De omzet stijgt, de kosten stijgen en de wachtlijsten stijgen. Waarom vindt er geen evaluatie plaats? Wat zijn de zegeningen van die marktwerking? De SP zag één zegening: de specialistensalarissen rezen de pan uit en die worden nu onderworpen aan een macrobudget. De NZa stelt dat het lastig is om dat allemaal in te voeren. De Kamer heeft daarover gisteren nog een brief gezien. Wat gaat de minister precies doen? Welke afspraken zijn er gemaakt? Op het moment dat je het verdienen van geld voorop gaat stellen voor een ziekenhuis en het ziekenhuis tegelijkertijd meer risico laat dragen op



het terrein van kapitaallasten en dure medicijnen, verplaatst de focus van de ziekenhuizen zich van behandeling en patiëntgenezing naar omzetgroei. De minister erkent dit ook. Naarmate zij het water laat koken en koken, legt ze het deksel op de pan. Ze gaat erop zitten en introduceert een macrobeheersinstrument. Ze gaat korten zodra de omzet te veel stijgt. In jargon heet dit een perverse prikkel. Deze leidt tot het maken van meer winst in de hoop dat je geld overhoudt voor het moment waarop de zeis er weer overheen gaat. Daar wil ik wel een antwoord op. Erkent de minister dat een ziekenhuis dat de groei matigt, dat de zorgbehoefte wel vervult maar niet koerst op omzetsijging in dit zorgstelsel, de dupe zal worden van concurrenten die gigantisch op omzetmaximalisatie gaan zitten? Om die reden zal het macrobeheersinstrument worden ingevoerd. Bij de begrotingsbehandeling heb ik de minister het voorstel van de vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) gegeven. Zij had beloofd hier voorstel voor een beschikbaarheidstoelage te bekijken. In haar brief komt zij daar totaal niet op terug. De SAZ stelt dat de veranderingen zullen leiden tot het verdwijnen van negentien ziekenhuizen. Wil de minister dat? De kwestie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) laat zien waar een en ander toe leidt op het moment dat geld vooropstaat. Daar dreigt de afdeling Immunologie voor bijzondere afweer- en longziekten te worden gesloten, omdat deze te duur is en de specialisten lastig zijn. Laatstgenoemden helpen hun patiënten namelijk door dik en dun en behoren tot de absolute top. Nu gaat de afdeling dicht. De patiënten die hun hoop hebben gevestigd op deze zorg worden verwezen naar andere ziekenhuizen die mogelijk de expertise van het AZM kunnen inroepen, maar daar sluit nu juist de expertisefdeling. Dit is de bijl aan de wortels van de academische zorg in Nederland. Ik vraag de minister pal te gaan staan, zodat niet ook andere afdelingen van academische ziekenhuizen vanuit financiële overwegingen zullen volgen. De brief van de minister heet «Zorg die loont». Maar voor wie? Zorg die loont, is zorg die geneest en goed behandelt en waarvan de kwaliteit goed is. Het verslag van het medisch stafconvent dat ik net voorlas gaat daar niet over. Dat gaat over omzetverhoging. In het programma Buitenhof riep de minister op pragmatisch te zijn en het niet meer te hebben over de ideologische discussie van de marktwerking. Ze gaat echter wel vol gas vooruit en koerst aan op de afgrond. Deze schipper heeft de koers slechts naar één punt gericht en heeft de schippershondjes van de PVV inmiddels aan boord. Als zij werkelijk zo pragmatisch is, dan zou zij op dit moment kijken of we op koers liggen of dat we de koers moeten wijzigen. Daarmee blijven we niet in de ideologische tunnelvisie zitten. Concurrentie gaat op dit moment over de rug van de patiënten en premiebetalers. Een en ander wordt niet goedkoper. De wachtlijsten dalen niet en de specialistische zorg bij het AZM gaat dicht. De winnaars zijn de premiejagers. De SP-fractie wil graag samen met de minister dat de zorg verbetert. Zij vraagt haar terug te keren op haar schreden, te bekijken wat er van de door haar bejubelde marktwerking is terechtgekomen en vervolgens pas volle vaart vooruit of terug te gaan.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Vandaag hebben we een van de belangrijkste debatten over de zorg. Het gaat over de prestatiebekostiging, de risicoverevening, dure medicijnen: alles zit er vandaag in. We zitten stuck in the middle met het zorgstelsel en we moeten vooruit. Daarvan hebben we al een aantal signalen gezien. Verzekeraar CZ ging vorig jaar doen waarvoor verzekeraars zijn: het inkopen op kwaliteit. CZ kwam daarna met normen. We hebben ook gezien dat de prijzen per behandeling voor de zelfstandige behandelcentra (zbc), oftewel de klinieken, dalen. Die gereguleerde marktwerking begint te werken. De afgelopen weken had ik wel een zekere teleurstelling te pakken toen ik alle brieven van de verzekeraars zag. Deze vroegen zich af of het niet allemaal een stapje minder snel kan, omdat zij risico gaan lopen. Een verzekeraar die

bang is voor risico is eigenlijk gelijk aan een zwemmer die bang is voor water. Een aantal vertegenwoordigers van de verzekeraars zit op de tribune. Ik zou deze personen willen aanraden om te doen waarvoor zij op aarde zijn en dat ook mede te delen aan hun hoofdkantoor.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De heer Mulder spreekt hier de verzekeraars aan, maar die mogen natuurlijk niet reageren. Volgens mij is geen enkele verzekeraar tegen toename van de risicodragendheid. De verzekeraars raden ons echter aan om een en ander wel op een zorgvuldige manier te doen. Ik vind het jammer dat de heer Mulder op deze manier het standpunt van de verzekeraars weergeeft.

De heer **Mulder** (VVD): De verzekeraars zijn niet op hun mondje gevallen. Die reageren wel. Daar ben ik niet zo bang voor. Misschien moet ik mijn stem iets nuanceren. Wellicht moet ik niet zeggen dat de verzekeraars bang zijn voor water, maar dat zij koudwatervrees hebben. Misschien willen zij een en ander wel, maar zijn zij een beetje bang. Ik ben dan iets genuanceerder, maar het punt staat.

De **voorzitter**: Namens de ChristenUnie wil ik het volgende opmerken. Als ik de verschillende brieven lees, merk ik niet zozeer koudwatervrees. Ik proef veel meer de behoefte dat verzekeraars willen doen waartoe zij op aarde zijn. Zij moeten echter wel weten wat zij exact kunnen doen. Zij moeten weten wat de kwaliteit van bepaalde zorg is en op welke wijze zij die kwaliteit goed kunnen inkopen. Mevrouw Dijkstra heeft het percentage van 6 genoemd. 6% is wel heel erg weinig als je voor 70% vrije tarieven wilt invoeren.

De heer **Mulder** (VVD): Daarom begon ik ook positief. Een aantal verzekeraars weet immers precies waar het om gaat, namelijk om inkopen op kwaliteit. Is dat te meten? Blijkbaar wel. De praktijk wijst uit dat een specialist of een ziekenhuis die een bepaalde behandeling vaker uitvoert het beter kan. Wat is dan de absolute kwaliteit? Wanneer is iets heel goed? Je weet nooit wanneer het absoluut goed is. Je weet echter wel dat het steeds beter gaat. Het gaat om die dynamiek. Volgens mij kunnen verzekeraars dat wel en hebben zij even een duwtje nodig om in dat water te springen. Natuurlijk hoop ik dat die 6% kostendaling nog verder doorzet. We moeten verzekeraars daarom in een dusdanige positie brengen, dat zij dat ook gaan bewerkstelligen. Vanmiddag bespreken we het voorstel dat verzekeraars meer risico gaan lopen.

De **voorzitter**: Is kwaliteit voor de VVD enkel een kwestie van het aantal keren dat je een behandeling uitvoert? Is dat het enige?

De heer **Mulder** (VVD): Nee, er zijn veel meer aspecten van kwaliteit. Een belangrijke meter daarvoor is het aantal keren dat je iets doet. Je zult dan zien dat het beter gaat. Natuurlijk gaat het ook om de outcome. Is een patiënt na een jaar beter? Ook dat kun je nagaan. Kwaliteit heeft meerdere aspecten: klanttevredenheid valt ook daaronder. De volumenorm is een heel belangrijk aspect, aangezien die een verklarende factor voor kwaliteit is. Als je iets vaker doet, wijst de praktijk uit dat je het beter kunt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder is een van de weinigen in Nederland die erin gelooft dat we de kwaliteit al volledig in indicatoren hebben gevangen. Tot nu toe loopt het nog niet zo hard. De heer Mulder is er heel positief over. Verzekeraars heten niet voor niets zorgverzekeraars. Een verzekeraar die zijn werk doet, doet aan risicoselectie. Hij probeert zo veel mogelijk klanten binnen te krijgen en zo weinig mogelijk schade uit te keren. Roept de heer Mulder de verzekeraars op om dat gedrag te gaan vertonen?



De heer **Mulder** (VVD): Misschien moet de heer Van der Veen wat aan zijn oren laten doen. Ik heb dat helemaal niet gezegd. We hebben een systeem dat gebaseerd is op een acceptatieplicht en niet op premiedifferentiatie. Die uitgangspunten staan buiten kijf. Er is derhalve geen selectie aan de orde. Ik kan de heer Van der Veen geruststellen met de mededeling dat ik dat niet gezegd heb en ook niet zal zeggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Vanmiddag komen we op die hele vereveningssystematiek terug. Die is er juist voor bedoeld om alle verzekeraars in gelijke positie te zetten. Als je een dure verzekerde hebt, krijg je meer geld dan wanneer je een goedkope verzekerde hebt. Verzekeraars zeggen dat zij dat nog niet volledig voor elkaar hebben. Daar hebben zij groot gelijk in. De minister is van plan om dat gedeelte af te schaffen. Dat betekent dat verzekeraars grotere risico's lopen, met name als zij een slecht verzekerdenbestand hebben. Vindt de heer Mulder dat een goede ontwikkeling?

De heer **Mulder** (VVD): We zijn nu eigenlijk een paar uur vooruit in de tijd. Dit betreft het onderwerp van vanmiddag. In het PwC-rapport staat dat er geen aanwijzingen zijn dat verzekeraars dergelijke selecties maken. Zij zijn bijvoorbeeld bang voor reputatieschade.

De **voorzitter**: Vanmiddag gaan we hierop door.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil even doorgaan op de dbc's en de DOT's, oftewel de prestatiebekostiging. Die 4 000 DOT's waarop we moeten uitkomen zijn nog niet af. Er is bijvoorbeeld nog geen rekening gehouden met de zorgzwaarte van complexe zorg, en de te leveren prestaties zijn nog niet gedefinieerd. Bij heel veel aandoeningen kan alleen maar bepaald worden of er wachttijden waren en of hulpverleners op tijd en aardig waren. Die uitkomsten hebben we echter niet. We beschikken slechts over 6% van de uitkomstindicatoren. Hoe denkt de heer Mulder dat we een en ander op korte termijn – dat wenst de minister immers – op een goede manier voor elkaar krijgen?

De heer **Mulder** (VVD): We zitten stuck in the middle en we moeten vooruit. Mijn fractie verwacht dat dat per 1 januari zal lukken. In algemene zin geldt natuurlijk dat je, los van de ideologie, steeds goed moet kijken naar de inrichting van het zorgstelsel. Je moet steeds willen bijsturen en niet met ogenkleppen op naar de werkelijkheid kijken. Er is eigenlijk geen blauwdruk voor het zorgstelsel. Je moet derhalve goed blijven kijken of een en ander echt lukt. Je moet hierop zeer alert zijn. De VVD heeft op dit moment de verwachting dat het kan lukken. Laten we het derhalve doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Zoals bekend is D66 het eens met de uitbreiding van het B-segment en in principe ook met de plannen die voorliggen. Je moet daar wel heel zorgvuldig mee omgaan. Ik maak me enigszins zorgen over het feit dat de heer Mulder zegt: we gaan ervan uit dat, we rekenen erop dat. Is de heer Mulder het met mij eens dat het belangrijk is dat dit kabinet heldere doelstellingen formuleert op grond waarvan de Kamer en het hele veld elk jaar kunnen zien waar we moeten staan en wat we willen bereiken? Op die manier kunnen we ook zien hoe het werkelijk gaat. We kunnen dan op basis van feiten reageren en niet op basis van een verwachting, hoop of wens.

De heer **Mulder** (VVD): Ik ben het wat dat betreft eens met mevrouw Dijkstra. Je moet goed kijken naar de feiten. Ik heb ook de spanning geschetst. We moeten uit de situatie waarin we nu zitten. Je moet die stappen zetten, maar tegelijkertijd moet je dat ook zorgvuldig doen. Het gaat om die balans. Ik voel mee met mevrouw Dijkstra als zij zegt dat een

en ander zorgvuldig moet. Ik voel daarentegen ook mee met het standpunt dat we stuck in the middle zitten en dat we daaruit moeten. Mijn fractie wil stappen vooruit maken. We moeten daarbij echter de vinger aan de pols houden. Dat moet mevrouw Dijkstra aanspreken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is geen blauwdruk, maar we moeten wel snel vooruit. Ik vind dat behoorlijk ambigu. De heer Mulder begint heel ronkend. Hij geeft aan dat we vooruit moeten en dat zorgverzekeraars koudwatervrees hebben. Kan hij mij drie voordelen geven die de marktwerking in de afgelopen vijf jaar voor de patiënt heeft gehad?

De heer **Mulder** (VVD): We hebben bijvoorbeeld gezien dat de prijzen per behandeling van een aandoening dalen. Dat lijkt mij heel plezierig. Daardoor hoef je de zorgpremies minder snel te laten stijgen. Dat is een fundamenteel debat, waarbij ik van de SP eigenlijk veel meer verwacht dan enkel deze opmerking. Die zorgpremies stijgen door. Dat heeft niet eens zozeer met marktwerking te maken, als wel met vergrijzing, technologie en de patiënt die die technologie ook claimt. Je loopt het risico dat een gezond iemand zich op een gegeven moment afvraagt waarom hij steeds die zorgpremie moet betalen. De solidariteit neemt af als we niet op die kosten gaan letten. Marktwerking kan daarbij voor een deel helpen. Dat geldt idem dito voor kwaliteit. Ik heb dat reeds genoemd tijdens de discussie over het verhogen van de kwaliteit van borstkankeroperaties. Als je borstkanker hebt, lijkt het mij heel plezierig te weten dat de kwaliteit zo hoog mogelijk is. De prijzen per behandeling gaan omlaag en die behandeling wordt ook beter. Dat lijken mij twee heel belangrijke verbeteringen voor de patiënt. Ik vraag mij derhalve af waarom de SP daar zo tegen is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vroeg om drie voordelen van marktwerking voor de patiënt. De prijzen van de premies zijn niet gedaald: die stijgen. Wij hebben lange discussies over de vraag hoe je die premies kunt heffen. De SP is voor inkomensafhankelijke premies. Ik heb maar twee argumenten gehoord. De kwaliteit van die borstkankeroperaties was niet onomstreden. De patiënt werd eerder de stuipen op het lijf gejaagd. De heer Mulder mag ook twee voorbeelden geven, of één. Ik bemerk overigens dat de wachtlijsten niet meer genoemd worden. Die zijn inderdaad niet weg: die stijgen weer. Laat de heer Mulder mij één voordeel noemen die de marktwerking, zoals hij die heeft ingevoerd, in de afgelopen vijf jaar voor de patiënt heeft gehad.

De heer **Mulder** (VVD): Dit was zo'n debattrucje in de trant van: noemt u eens drie, twee of één voorbeeld. Ik heb er inmiddels twee genoemd. De prijs gaat omlaag en ik heb iets gezegd over de kwaliteit. Voorzitter. Automatisch kom ik ook op de wachtlijsten. Mevrouw Leijten heeft aandacht gevraagd voor scoliose, een aandoening aan de wervelkolom. De wachtlijsten daarvoor bedragen soms meer dan twee jaar. Dat komt door een gebrek aan marktwerking. Scoliose zit in het zogeheten A-segment. Daarvoor geldt een maximumtarief. Een aantal ziekenhuizen behandelt niet voor die prijs. Als je scoliose zou overhevelen van het A-segment naar het B-segment, komen vrije tarieven tot stand, gaat de prijs omhoog, wordt de scoliosebehandeling weer gedaan en wordt die wachtlijst voor scoliose korter. Gaat de minister dat ook doen? Daarmee gaan de prijzen omlaag, de kwaliteit gaat omhoog en de wachtlijsten nemen af. Dat zijn de drie voornaamste voordelen van marktwerking. Mevrouw Leijten zou een voorstander daarvan moeten zijn, zeker als zij het goede voor heeft met scoliosepatiënten.

De **voorzitter**: Ik vermoed dat u het ook vandaag niet met elkaar eens wordt.

De heer **Mulder** (VVD): Dat is heel jammer voor die scoliosepatiënten. Voorzitter. Dynamiek is belangrijk. De minister heeft dat ook aangegeven in haar brief over de ziekenhuizen. Mevrouw Gerbrands heeft daarnaast gevraagd hoe je ervoor kunt zorgen dat ook die specialisten getransfereerd kunnen worden van de ene zorgaanbieder naar de andere en dat zij een soort honorariumrechten met zich kunnen meenemen. Gisteren hebben we daarover nog een brief gehad van de minister met daarbij gevoegd een brief van de NZa. Wat gaat de minister nou precies doen en per wanneer gaat dat gebeuren? Die dynamiek is immers belangrijk. De minister wil het B-segment in 2012 uitbreiden naar 70%. De NZa meent dat het B-segment in 2014 ook naar 85% kan worden uitgebreid. Is de minister bereid om deze suggestie van het NZa op te volgen?

Dan kom ik op de WMG. Daar is min of meer sprake van een soort communistisch liberalisme. Aan de ene kant wil je de concurrentie aanjagen. Aan de andere kant staat er een soort hakbijl. Dit is een typisch voorbeeld van stuck in the middle. Hoe zit een en ander nu precies? Er is sprake van twee zielen in één borst. Dat geeft een soort prisoner's dilemma voor ziekenhuizen. Een ziekenhuis vreesst te worden gekort, zodat het maar snel zijn omzet vergroot. Dat doet het door de volumes en de prijzen te verhogen. Als het ziekenhuis dan wordt gekort, kan het dat ten minste opvangen in zijn marge. Ik kan mij voorstellen dat het macrobeheersingsinstrument er is. Als je collectieve middelen niet in de hand houdt, stijgen immers je verplichte premies. Daarentegen kan dat instrument precies de verkeerde prikkel geven. Juist de ziekenhuizen in de meest concurrerende omgeving, waar de marges al klein zijn, kunnen daarvan de dupe worden. Die ziekenhuizen moeten extra hun best doen om een goede kwaliteit voor een scherpe prijs te leveren. Zij zijn voornamelijk de dupe van zo'n maatregel. Wellicht maakt het de zorgaanbieders ook enigszins lui. De zorgverzekeraars kopen de zorg in, maar de rekening komt bij de ziekenhuizen. Is dat nu de goede prikkel? Kan dat niet anders? In de financiële bijlage van het regeerakkoord wordt ook gesproken over dit macrobeheersingsinstrument. Daarin staat dat eerst onderzocht moet worden of het werkt. Heeft de minister dat onderzoek gedaan? Mijn fractie zou dat graag zien. Als het onderzoek niet heeft plaatsgevonden, wil de VVD dat graag eerst laten uitvoeren. Dan weten we precies waar we in stappen en of een en ander echt het effect heeft dat men denkt. Het staat ook in het regeerakkoord, dus er zal wel een onderzoek zijn.

#### **Voorzitter: Arib**

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp het nu werkelijk niet meer. De minister voert dat macrobeheersingsinstrument in om te voorkomen dat er onnodige overschrijdingen plaatsvinden. Ik vind dat nog een van de weinige verstandige maatregelen. Zij doet dat omdat zij zelf ook niet alle geloof in de markt heeft en omdat zij niet verwacht dat die prijzen naar beneden gaan. Voordat de minister verdergaat, is het voor de PvdA een absolute voorwaarde dat er duidelijkheid bestaat over dat macrobeheersingsinstrument. De heer Mulder zegt hetzelfde: dat spreekt mij heel erg aan. Als dat macrobeheersingsinstrument niet werkt omdat het juridisch niet kan, moet deze operatie dan niet even worden stopgezet?

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van der Veen zegt een aantal dingen. Hij zegt dat een en ander juridisch niet kan. Ik heb dat ook gehoord van een oud-minister van Financiën, tevens voormalig Kamerlid namens de PvdA, die inmiddels uit de politiek is gestapt. Hij had het instrument eerst ingevoerd en achteraf gezegd dat het juridisch niet kan. Ik begrijp de vraag van de heer Van der Veen, ook al is die wat laat gesteld. De heer Van der Veen vraagt mij of ik pas op de plaats wil maken als een en ander niet werkt. Ik heb gezegd dat mijn fractie dat niet wil. Dan zitten we weer stuck in the middle. Het punt is natuurlijk dat we in een transitieperiode zitten:

we moeten iets. Ik begrijp dat ook wel. Idealiter zou je een systeem moeten hebben, waarbij de geregleerde marktwerking zodanig werkt dat de prijzen in bedwang zijn, mensen niet onnodig zorg gebruiken en het systeem zichzelf in evenwicht houdt. Daar moeten we naartoe. Als we dit doen, dan neem ik aan dat dat tijdelijk is, totdat die geregleerde marktwerking ook echt werkt. Dit is een typisch geval van stuck in the middle c.q. twee zielen in één borst. Ik heb het eerder al een enigszins lomp instrument genoemd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nu begrijp ik het werkelijk niet meer. Of de heer Mulder zegt dat het macrobeheersingsinstrument niet nodig is omdat we de hemel op aarde krijgen met mooie prijs-kwaliteitverhoudingen – je hoeft dan geen onderzoek te doen – of hij zegt dat het macrobeheersingsinstrument wel van belang is. In het laatste geval verricht je wel onderzoek opdat het instrument toegepast kan worden. Veel meer smaken bestaan er niet. Wat wil de heer Mulder nou eigenlijk? Waarom wil hij dat onderzoek?

De heer **Mulder** (VVD): Collega Van der Veen stelt de wereld wat zwart-wit. Dat is lastig in een transitieperiode. Idealiter wil je toe naar een geregleerde marktwerking die werkt. Tegelijkertijd wil je ook de kosten beheersen. Daarvoor heb je een instrument nodig. De vraag is of dit het goede instrument is. Heeft het niet juist tegengestelde effecten? De keuze voor dit instrument is deels te begrijpen. Tegelijkertijd ga ik ervan uit dat dit instrument tijdelijk is. Ik heb twee vragen voor de minister. Is dit het instrument met al de genoemde voor- en nadelen? In het regeerakkoord wordt ook over een onderzoek gesproken. Is dit een permanent instrument of moeten we er idealiter weer vanaf?

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder hoopt heel veel, maar ook de minister geeft aan dat die aanpassing van de WMG in principe een tijdelijke situatie moet zijn. Dat begrijp ik vanuit het oogpunt van de minister, want ze denkt dat het daarna allemaal wel goed komt. Maar juist in het begin is het heel erg belangrijk om die overschrijding te voorkomen. Ik begrijp het antwoord van de heer Mulder werkelijk niet. Ik wil ook wel eens twee dingen tegelijk, maar je kunt niet enerzijds zeggen dat die kostenbeheersing niet nodig is en anderzijds dat die wel nodig is. De heer Mulder heeft ook geen alternatieven. Ik kan me nog voorstellen dat hij die wet niet wil maar die overschrijdingen op een andere manier wil afhandelen. Hoe stelt de heer Mulder zich dat voor? We hebben het toch over de essentie.

De heer **Mulder** (VVD): We hebben het niet over de essentie van de voorstellen van de minister, maar over de essentie van het zorgstelsel. De wil bestaat om de kosten te beheersen. We constateren dat we in een situatie zitten waarin dat niet vanzelf gaat met een geregleerde markt. Daar willen we wel naar toe, maar in de tussentijd moet er iets gedaan worden om de kosten te beheersen. Tegelijkertijd bestaat er een zorgplicht. Het is heel ingewikkeld. Wat ons betreft gaan we uiteindelijk toe naar een systeem waarin die geregleerde marktwerking zijn werk doet. Als er dan overschrijdingen zijn en er te veel zorg is gevraagd, moet je kijken hoe dat geremd kan worden met een eigen bijdrage en een eigen risico. Dan ga je kijken naar het pakket. Dat is de kant die we opgaan. Het probleem is dat je dit niet een-twee-drie oplost. Elk systeem heeft zijn nadelen. Macrobeheersing heeft als voordeel dat je de kosten beheerst, maar kan als nadeel hebben dat je de verkeerde prikkels legt bij bijvoorbeeld de ziekenhuizen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De woorden «eigen bijdrage» viel. Ik heb gelezen dat de heer Mulder zegt dat een hogere eigen bijdrage op

gegeven moment de realiteit wordt. Dat heeft D66 allang voorzien. We hebben het voorstel gedaan om voor elke behandeling 25% eigen bijdrage te vragen met een plafond voor de lagere inkomens, en al naar gelang het inkomen een hoger plafond. In het bijzonder voor de hoogste inkomens kun je het plafond nog verhogen. Wat vindt de heer Mulder hiervan?

De heer **Mulder** (VVD): Laat ik eerst even teruggaan naar het artikel. Ik ben blij dat mevrouw Dijkstra dat heeft gelezen. Ik heb daarin het volgende punt gemaakt. De zorguitgaven gaan de komende jaren stijgen. Dat wordt een probleem, ook voor de solidariteit. We moeten nu al gaan nadenken op welke wijze we hiermee na deze kabinetsperiode omgaan. Het kan nog een tijd duren, maar op enig moment zal er een eind komen aan dit kabinet. Mijn vraag aan de minister tijdens de begrotingsbehandeling was te komen met een aantal scenario's voor de zorguitgaven voor de komende decennia. Ze heeft dit toen toegezegd. Ik ben benieuwd hoe het onderzoek loopt en wanneer we die scenario's krijgen. Als we die hebben, kunnen we bekijken wat deze precies voor het eigen risico en de eigen bijdrage betekenen. Deze discussie komt wat mij betreft pas na deze kabinetsperiode, als er nieuwe afspraken worden gemaakt in een regeerakkoord en al dan niet in een gedoogakkoord. We moeten dat punt nu wel benoemen. Als we dat niet doen, steken we onze kop in het zand.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik hoor twee dingen, namelijk scenario en dat we het precies moeten weten. Dat is volstrekt tegenstrijdig met elkaar. We spreken nu over ingrijpende hervormingen. Ik herhaal nog eens dat we hierachter staan. Juist nu is het is belangrijk dat we precies weten waarover we praten en dat de minister precies aangeeft waar ze wil staan in 2012, 2013 en 2014. Dan kunnen we goed monitoren of we inderdaad doen wat we willen. Is de heer Mulder het met me eens?

De heer **Mulder** (VVD): Het vervelende van de toekomst is dat je die nooit precies kent, vandaar die scenario's. En om precies te weten waar je staat moet je de vinger aan de pols houden. Dat heb ik al eerder gezegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb ook in de krant gelezen dat de heer Mulder vindt dat je tegenwoordig met je pinpas naar het ziekenhuis moet zodat je zelf weet wat een behandeling kost als je zorg nodig hebt. Daarmee geeft hij eigenlijk de schuld van de stijging van de zorgkosten aan de patiënt. Die moet maar niet zoveel zorg vragen. Hoe verhoudt dat zich tot het verslag van het medisch stafconvent dat ik voorlas? Hierin stond dat er een resultaatverantwoordelijke eenheid is die in een pilot een ondernemingsplan maakt dat voornamelijk gericht is op volumegroei. Dat is immers de prikkel die in dit systeem aangeboden wordt.

De heer **Mulder** (VVD): Inderdaad is een van de problemen dat de mensen niet weten wat de zorg op dit moment kost. Daarom heb ik dat voorstel gedaan in het artikel in de NRC. Men denkt dat de zorg twaalf keer de nominale premie kost, maar hierbij komen nog de kosten van de AWBZ, de inkomensafhankelijke premie en nog wat aan belasting. Als je de problemen wilt oplossen, moet je eerst de mensen ervan bewust maken dat zorg duur is. We betalen dit jaar 61 mld. Hierbij heb ik een eventuele overschrijding niet eens meegeteld. Bovendien moet je inderdaad goed kijken naar de volumes. Als je concurrentie aanjaagt, loop je het risico dat men op zoek gaat naar omzet. Daaraan kun je wel wat doen. Je kunt eens kijken naar de praktijkvariatie. Waarom is de kans dat je amandelen worden geknipt in de omgeving van Coevorden zes keer groter dan in Limburg? Waarom is de kans dat je aan een hernia wordt geopereerd in de omgeving Eindhoven vier keer zo groot als in Zeeland? Dat moet eruit. Als artsen normen hebben wat ze precies gaan doen bij een behandeling, kun je eventueel een omzetsijging tegengaan. Dat kun

je ook doen met eigen bijdragen. Die werken als een soort remgeld. Dat zijn methodes om wat te doen aan de zorgvraag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Remgeld als je ziek bent, dat vind ik pas pervers. Het is bekend dat de VVD op die koers zit. Ik stel vast dat de heer Mulder toegeeft dat de druk op omzetgroei inderdaad in dit systeem zit. Dat geeft het verslag van het medisch stafconvent ook aan. Daarin wordt niet meer gesproken over patiëntbehandeling, innovatie en opleidingsplekken, maar over volumegroei en winst die ingezet mag worden in de resultaatverantwoordelijke eenheid. Tegelijkertijd geeft de heer Mulder de patiënt de schuld van de stijging van de ziektekosten. Die mag voortaan met zijn pinpas naar het ziekenhuis. Dat is een omkering van zaken. Het is jammer dat de VVD in deze ideologische discussie deze koers heeft gekozen.

De heer **Mulder** (VVD): Ik zal alleen op het laatste reageren. Dat is een aantijging. We geven de patiënten helemaal niet de schuld door ze te laten pinnen. Het gaat ons in de eerste plaats om het vergroten van het kostenbewustzijn. Mensen zien zelden een rekening van het ziekenhuis. Als je niet weet hoeveel iets kost, krijg je geen prikkel om na te denken op welke manier iets zuiniger kan. Het gaat om het kostenbewustzijn. Het gaat er niet om om iemand, wie dan ook, de schuld te geven. De zorgstijging wordt verklaard door technologie en door de vergrijzing. Voorzitter. Met betrekking tot de volumebeheersing hebben we een brief van de minister gekregen waarin staat dat de verzekeraars, specialisten en ziekenhuizen nog met elkaar om de tafel zitten. Wat is de stand van zaken? Wanneer kunnen we de afspraken verwachten?

Ik heb het gehad over de prestatiebekostiging voor scoliose, maar wat betekent de prestatiebekostiging voor kindergeneeskunde? Mijn beeld is dat een ziekenhuis op kindergeneeskunde verlies maakt. Dat klopt ook wel. Als je een patiënt behandelt, voer je namelijk verrichtingen uit. Kinderartsen proberen juist zo min mogelijk verrichtingen uit te voeren op kinderen. Ze steken wel veel tijd in het geruststellen van de kinderen en hun ouders door te praten. Hoe komen de kinderartsen uit dit nieuwe model?

We gaan naar een prestatiebekostiging. Het BKZ dat in de begroting staat, is op input gericht. Er staat een regeltje voor ziekenhuizen. Moet het BKZ niet omgezet worden in een meer op output gericht stuk: dus niet zoveel geld voor ziekenhuizen, maar zoveel verrichtingen doen? Dan sluit het BKZ aan bij de weg die we, wat ons betreft, ingaan.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Terecht wordt vandaag in Trouw gesteld dat dit debat enorm belangrijk is voor de toekomst van de cure. Het debat heeft veel belanghebbenden zoals bleek uit de vele reacties die we gekregen hebben. De afgelopen jaren is er al veel gediscussieerd over vrije prijsvorming, de positie van zorgverzekeraars en het systeem van risicoverevening. Met uitzondering van de SP en de PVV zijn alle partijen voor meer risicodragendheid van zorgverzekeraars. De meeste partijen zijn niet per definitie tegen vrije prijsvorming. Wel verschillen ze over de mate waarin dit moet gebeuren en de randvoorwaarden.

De minister kiest voor een grote sprong, een big bang. Gezien haar politieke kleur is dat niet raar. Haar partij maande voormalig minister Klink al eerder tot meer snelheid. De grote vraag is wat de fracties in de Kamer hiervan vinden. Welke kant willen we op en op welke manier? Verschillende partijen hebben hier al naar voren gebracht dat de minister in één keer vanaf 2012 een aantal grote veranderingen teweeg wil brengen. Dat hoef ik verder niet toe te lichten. Ze zegt overleg daarover te hebben met verschillende partijen, maar dat blijkt niet uit de vele reacties die we krijgen. De ziekenhuizen vrezen dat 2,5% onvoldoende is om de groeiende zorgvraag op te vangen. De verzekeraars vrezen een te snelle afbouw van



de ex-postverevening. De patiëntenorganisaties vrezen een verminderde toegankelijkheid van de zorg en een verminderde keuzevrijheid. We delen die zorgen. Waar de VVD voormalig minister Klink altijd tot snelheid maande, vroegen wij vooral om zorgvuldigheid en duidelijke randvoorwaarden. Dat verhaal staat nog steeds. Een gezonde markt kan niet zonder een sterke overheid. Als risico's verlegd worden, moet de overheid duidelijk aangeven aan welke voorwaarden voldaan moet worden om rampen te voorkomen. Deze ontbreken in het voorstel. De minister heeft de snelkookpan tevoorschijn gehaald. Alle ingrediënten zijn erin gegooid maar het belangrijkste ontbreekt: water. Zonder water, goede waarborgen, zal de boel aanbranden en kun je nog maar weinig met de ingrediënten. Bedenk dat het gaat om ingrediënten die niet gemakkelijk te halen zijn: zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten. Als je ze kwijt bent, krijg je ze niet meer terug. Het aantal verzekeraars is de afgelopen jaren al afgenomen. We willen niet dat de keuzevrijheid verder wordt ingeperkt. Ook willen we niet dat verzekeraars gaan selecteren op verzekerden. Dat gaat ten koste van de solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen. Bovendien willen we niet dat ziekenhuizen uit voorzorg meer gaan vragen. Dat gaat ten koste van de betaalbaarheid. We ondersteunen het pleidooi van de CDA waarin gesteld wordt dat de kwaliteit van de zorg voorop moet staan en niet de prijs. We zien overigens meer in maatstafconcurrentie. We kunnen ons aansluiten bij de zorgen over de wachtlijsten die partijen hebben aangegeven. Als die langer worden ten gevolge van deze maatregelen, gaat ook dat ten koste van de toegankelijkheid. Zoals de minister haar plannen nu presenteert, kan het niet. Het is een big bang met het risico dat de planeten uitdoven. Dat risico willen we niet nemen. De VVD geeft aan dat het wel kan werken. Dat is voor ons niet voldoende. Je gaat niet vanzelf zwemmen als je in het water gegooid wordt. Ook in de pleidooien van de SP, PvdA, D66 wordt gevraagd om duidelijke randvoorwaarden te stellen. In mindere mate staat dat ook in de verhalen van CDA en PVV. De ex-postverevening kan pas geleidelijk afgeschaft worden als uit evaluatie blijkt dat de ex-anteverevening duidelijk is verbeterd. Is de minister bereid om een evaluatie uit te voeren voordat ze overgaat tot het afschaffen van de ex-postverevening? Het is ook niet duidelijk of 2,5% toename van de zorgvraag reëel is. Is de minister bereid het CPB een doorrekening te laten maken om te bekijken of dit percentage reëel is? Is de minister bereid om te bekijken of het B-segment niet beter uitgebreid kan worden door middel van maatstafconcurrentie? Kortom, we willen een duidelijke transitieperiode en sluiten ons aan bij wat de PvdA hierover gezegd heeft. We vragen ons af of we niet moeten kijken naar andere maatregelen om de betaalbaarheid te verbeteren. We denken bijvoorbeeld aan meer samenwerking van ziekenhuizen, het tegengaan van dubbele diagnostiek en het op elkaar afstemmen van zorgvoorzieningen. We willen dat het zorgvuldig wordt aangepakt. Het moet duidelijk zijn wat de randvoorwaarden zijn, waar we nu staan en waar we naartoe willen. Verschillende andere partijen hebben dit vandaag ook al aangegeven en daarbij sluiten wij ons graag aan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):  
Voorzitter. In de brief «Zorg die loont» zie ik veel terug van de zaken die het vorige kabinet in gang heeft gezet. We voelen er weinig voor vaak semantische discussies over marktwerking te voeren. Voor ons staat vandaag op de eerste plaats niet de vraag hoeveel procent vrije tarieven we willen. De belangrijkste vraag is hoe we de zorg zo inrichten dat het niet gaat om het maken van omzet, maar om de patiënt zo snel mogelijk beter te maken. Niet geld maar kwaliteit moet het leidende principe zijn. Wij zijn bereid om stappen te zetten en keuzes te maken. Daarvoor is een goede onderbouwing nodig. Met name de onderbouwing van de uitbreiding van het B-segment treffen we onvoldoende aan in de brief. Het



is alleen mogelijk verdere vrije prijsvorming in te voeren na een zorgvuldige evaluatie van voorgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. Volgens de NZa zijn de tarieven met 3% gedaald in het deel waarin nu al vrije prijzen van kracht zijn. Hierbij wordt niet vermeld dat dit de integrale tarieven betreft die voornamelijk zijn gedaald door overheidsaanpassing van de honorariumtarieven. Zorgverzekeraars zouden slechts 0,5% aan de tariefdaling hebben bijgedragen. Wat het begrip «marktwerking» ook precies inhoudt, het kan niet goed samengaan met een macrokader, het macrobeheersingsinstrument. Hinken op twee gedachten wringt in de praktijk omdat niemand – ook de verzekeraars niet – kan aangeven waar het minder of juist meer moet. Het volstaat niet alleen te stellen dat het minder moet. Er valt alleen te werken met het macrokader van de overheid als dat realistisch is. We vragen ons nadrukkelijk af of dat met 2,5% het geval is. Het CPB schat de groei hoger in. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop.

We willen een duidelijk antwoord op de vraag wie er verantwoordelijk is voor de overschrijdingen en op welke manier overschrijdingen voorkomen kunnen worden. De specialist in het ziekenhuis bepaalt in belangrijke mate het volume van de zorg in Nederland. Hij bepaalt of hij gaat behandelen. Hij kiest het type behandeling en de duur van de behandeling. Gezien de praktijkvariatie heeft hij kennelijk veel keuze. Daarom is het zo belangrijk dat het honorarium voor specialisten verbonden wordt aan doelmatige zorg. De financiële prikkels liggen nu verkeerd. Een individueel ziekenhuis waar geen of zeer beperkte groei is geweest, wordt bij een macro-overschrijding aangeslagen voor een evenredig gedeelte. Dit is een mooie beloning om die groei te beperken, maar niet heus. We zien liever maatregelen aan de voorkant. Inkooptrajecten moeten vooraf bewaakt worden en macrokortingen moeten worden gedifferentieerd waarbij rekening gehouden wordt met de kenmerken van het verzorgingsgebied. Ik hoor graag een reactie op deze suggestie.

Het is terecht dat er een overgangsmodel wordt ingevoerd: het transitiebedragmodel. Daartoe moet de zogenaamde schaduwomzet worden berekend. Dit is wat een instelling in 2012 vergoed gehad zou hebben onder de bestaande ziekenhuisbudgetsystematiek. Het is ons niet duidelijk op welke manier dat berekend moet worden terwijl de budgetbarometers in het B-segment verdwenen zijn. Een model moet zorgen voor zekerheden qua hoogte van een bedrag en het moment waarop partijen – ook de zorgverzekeraars – dat bedrag kennen. Het model moet voorspelbaar zijn. Is dit model wel voldoende voorspelbaar en biedt het voldoende zekerheid? We zijn bang van niet en we zijn bang dat het door het ministerie van VWS voorgestelde model te laat komt.

Ziekenhuizen gaan vanaf 2012 op basis van DOT produceren. Ze worden op die basis bekostigd en onderhandelen ook op die basis. Op dit moment hebben we nog maar net enig inzicht in DOT en kennen we de DOT-zorgproducten nog niet. In de oude systematiek is een jaar al niet meer geïnvesteerd. Een verleden met betrekking tot de registratie is er niet. We zien niet goed voor ons hoe we tijdig zorgprofielen kunnen opstellen, daaraan kostprijzen kunnen hangen en daarmee een betrouwbare basis voor offertes en onderhandelingen kunnen hebben. En dat moet dan meteen voor 70%. Dat is een behoorlijk risico ondanks het overgangsmodel. Wij willen een beter en duidelijker transitie-model.

Er is nog veel onbekend wat de NZa de komende maanden nog moet oppakken. De bekostiging van kaakchirurgie waar geen dbc's of DOT-producten zijn, de bekostiging van de spoedeisende hulp, de bekostiging van de intensive care (ic), de vergoedingsstructuur van de eerstelijnsdiagnostiek, de kapitaallastenvergoeding, het verdwijnen van de zorgvernieuwing, en dat alles in de context van invoering van de honorariumbudgettering, het doorvoeren van bezuinigingen en discussies over volumebeperking. Deze stapeling van onzekerheden – en daarmee van risico's – is te groot.

We kunnen ons best vinden in het eindplaatje waar dit kabinet voor staat. De voorgestelde weg ernaartoe vinden we een te risicovol avontuur. We stellen daarom het volgende voor. Laat de dbc's eerst overgaan in DOT's met een gelijkblijvend B-segment en een garantie op basis van de opbrengst van 2010. Ga daarna voorzichtig van start met de prestatiebekostiging en maximumtarieven. Laat daarna een evaluatie uitvoeren waarbij de systeemrisico's inzichtelijk worden gemaakt en beoordeeld. Dit moet dan inzicht bieden in de prijs- en productstructuur. Vervolgens kan het B-segment uitgebreid worden met alleen die producten waarvan de kwaliteit duidelijk vastgelegd is.

Op dit moment gaat 8%–10% van ons zorggeld op aan kapitaallasten. We zien graag dat de minister veel meer de regie neemt in de discussie over welke zorg waar wordt geboden. Met het uitbreiden van het B-segment wordt deze discussie veel te veel teruggebracht naar lokaal niveau. Duidelijke normen zijn nodig, bijvoorbeeld met betrekking tot bereikbaarheid. Samenwerking tussen zorgaanbieders en afstemming met zorgverzekeraars moet mogelijk gemaakt worden, zeker waar deze nu nog wordt belemmerd door mededingingsregels.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mijn motto is zorg die werkt. Iedere Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit die snel, goed, veilig en respectvol is. Dat geldt voor nu, maar ook voor de komende jaren en op de lange termijn. Er moet kwalitatief goede zorg beschikbaar zijn voor hen die dat nodig hebben. De afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet om de werking van het zorgstelsel te verbeteren. Het huidige zorgstelsel is nog niet toegerust om de uitdagingen van de toekomst zoals de toenemende zorgvraag, een houdbare groei van de collectieve uitgaven en het tekort aan zorgpersoneel als gevolg van de vergrijzing, goed op te kunnen vangen. De urgentie om maatregelen te nemen is groot. Op dit moment combineert het stelsel nog het slechtste van twee werelden. Het is te duur en daagt niet uit tot het leveren van betere kwaliteit. Het systeem zoals we dat nu hebben, heeft dan ook een prijs.

Prestatiebekostiging is een noodzakelijke stap om in de zorg meer waar voor je geld te krijgen. Maximale prikkels om te innoveren zijn nodig. De innovatie kan alleen uit het veld komen. Dat veld moet daartoe wel uitgedaagd worden. Voor nieuwe initiatieven die aantoonbaar leiden tot betere en doelmatigere zorg, moeten voldoende middelen beschikbaar zijn. Dat is geen vrijblijvende opgave gelet op de vergrijzing, de toenemende zorgvraag en de technologische ontwikkeling. Het is van het allergrootste belang dat we maximale doelmatigheid weten te bewerkstelligen opdat iedere zorggeuro echt iets oplevert. We willen allemaal dat de geleverde zorg nog beter wordt en dat de zorg betaalbaar blijft. Bovendien zorgt de toenemende krapte op de arbeidsmarkt ervoor dat we de sector moeten stimuleren om structureel de arbeidsproductiviteit en de doelmatigheid te verhogen. Zorgprofessionals moeten de ruimte krijgen om innovatieve oplossingen te vinden en ze moeten beloond worden voor die inspanningen. Prestatiebekostiging maakt dat mogelijk.

Mijn inzet is om vanaf 2012 een verantwoorde en zorgvuldige overgang te maken naar een eindmodel van belonen naar prestatie, vrije prijsvorming, keuze en dynamiek. Ik zeg er expliciet bij dat dit dus geen big bang is. Ik heb namelijk een ruime overgangperiode met overgangsmaatregelen. Uiteindelijk moet er minder bureaucratie komen, meer ruimte om in ziekenhuizen vernieuwing toe te passen en meer onderhandelingsruimte en risicodragendheid voor verzekeraars. Door beter inzicht in de kosten en de behandelingsresultaten zal de kwaliteit en de vernieuwing van de zorg aanzienlijk toenemen.

Ik stel vast dat alle veldpartijen het eindperspectief van de prestatiebekostiging onderschrijven. Alle partijen zijn het erover eens dat we niet verder kunnen gaan met de huidige wijze van bekostiging. Dat we stappen

moeten zetten is dus onomstreden. Ik vind dat we geen tijd moeten verliezen en die stappen in 2012 moeten zetten. Wat betekent dat concreet? Het invoeren van prestatiebekostiging bestaat uit een aantal onderdelen: het afschaffen van de bestaande ziekenhuisbudgetten; het invoeren van DOT's als vervanging van de huidige dbc's; het uitbreiden van de vrije prijsvorming, het zogenaamde B-segment; het uitbreiden van de risicodragendheid van verzekeraars; en het blijven borgen van de macrobeheersing van de uitgaven. Ik ga op elk van deze onderdelen nader in. Ik zal ook aandacht besteden aan de recente brief over de ontwikkelingen in het B-segment en de brieven van mijn voorganger over de kapitaallasten. Daarna zal ik ingaan op het beheersmodel van de medisch specialisten en mijn brief hierover. In het AO van vanmiddag ga ik in op de risicoverevening, de risicodragendheid van de verzekeraars en dure geneesmiddelen. Wat mij betreft is dit overigens een integraal onderdeel van de agenda betreffende de prestatiebekostiging.

De hoofdlijn van de ziekenhuisbekostiging vanaf 2012 is in essentie het afschaffen van het systeem van functionele bekostiging (FB). De invoering van de prestatiebekostiging betekent eerst en vooral het einde van de huidige functiegerichte budgetten. Afschaffing van de FB betekent een einde aan de huidige situatie waarin budgetparameters, die op zich geen relatie hebben met de geleverde prestaties en de kwaliteit, mede bepalend zijn voor de hoogte van het ziekenhuisbudget. Ik denk hierbij aan het aantal verpleegdagen, het aantal eerste polikliniekbezoeken etc.

Vanaf 2012 zal er sprake zijn van drie segmenten. Het eerste segment is het B-segment, een vrij segment. Daarin wordt vrij onderhandeld over prijs, volume en kwaliteit van geleverde zorg. Het tweede segment is het A-segment, een gereguleerd segment. Daarin wordt ook vrij over volumes en kwaliteit onderhandeld, maar er gelden maximumtarieven. Het vaststellen van maximumtarieven is dus het enige verschil tussen het vrije en het gereguleerde segment. Een aantal functies zal onder de prestatiebekostiging nog geheel of gedeeltelijk worden bekostigd via budgetten. Te denken valt bijvoorbeeld aan de traumahelikopters, de spoedeisende hulp in rurale gebieden. Met betrekking tot dit derde segment, het vaste segment, wil ik in 2012 zo veel mogelijk de huidige vergoeding aanhouden.

Sinds de invoering van de dbc's in 2005 is er heel veel ervaring opgedaan met de dbc-systematiek. Het B-segment is in stapjes uitgebreid naar ongeveer 34%. De laatste rapportage over de ontwikkelingen in het B-segment laat een gematigde prijsontwikkeling zien. In 2010 was er zelfs sprake van een prijsdaling. De NZa meldt in de marktscan ook dat er in het B-segment steeds meer selectief wordt ingekocht door verzekeraars. Selectief inkopen door verzekeraars is een ontwikkeling die nog maar net op gang gekomen is, maar het is de backbone van een goede werking van het systeem. Verzekeraars moeten zorgaanbieders die goede prestaties leveren, belonen door ze te contracteren.

Binnen een systeem van prestatiebekostiging zorgen vrije prijzen ervoor dat instellingen maximaal worden gemotiveerd om te innoveren. Door procesinnovaties kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld de zorgkosten beperken of de wachttijden verkorten. Ook kan een ziekenhuis door middel van medisch technologische innovatie doelmatiger werken of de kwaliteit van de geleverde zorg verhogen. Door vernieuwing kan zo'n ziekenhuis zijn positie ten opzichte van andere ziekenhuizen of andere aanbieders in de eerste lijn vergroten. Zoals ik net heb aangegeven is het hiervoor van belang dat de zorgverzekeraar selectief inkoopt. Per 2012 wil ik het B-segment dan ook maximaal uitbreiden. Uitgangspunt is dat de zorg die zich niet leent voor vrije prijzen uit het oogpunt van continuïteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid, maximumprijzen blijft houden. Rekening houdend met dit uitgangspunt vinden de NZa en de veldpartijen nu 70% van de zorg geschikt voor vrije prijsvorming per 2012. En dat ben ik voornemens te doen.

Bij de invoering van de prestatiebekostiging is het belangrijk dat de geleverde zorg op juiste wijze wordt beschreven in prestaties zodat verzekeraars en ziekenhuizen daarover goed kunnen onderhandelen. Het gaat om een goede onderhandelingstaal. Prestatiebekostiging stelt hoge eisen aan de productstructuur omdat elk gedeclareerd product daadwerkelijk leidt tot kosten voor de premiebetaler. Wat gedeclareerd wordt moet dan wel het goede product zijn en overeenkomen met de daadwerkelijke zorgactiviteiten. Ervaring in de afgelopen jaren had dbc's hebben geleid tot een lijst verbeterpunten. Zo zijn er nu te veel dbc's om over te onderhandelen. Zo is de stabiliteit van die dbc's nog niet optimaal. DOT-zorgproducten zijn beter medisch herkenbaar en uniform. De spreiding van kosten en werklast binnen een DOT-zorgproduct is kleiner dan bij een dbc. Ook het aantal zorgproducten waarover onderhandeld kan worden, neemt fors af van ruim 30 000 tot ongeveer 4000. Het is ook heel belangrijk dat producten onder DOT eenduidig en onafhankelijk van het ziekenhuis afgeleid worden uit de registratie. Er zijn dan minder mogelijkheden om voor een zwaardere en duurdere variant te kiezen dan nu het geval is bij dbc's.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat alle veldpartijen van mening zijn dat DOT een grote verbetering oplevert. Ze staan allemaal achter de invoering ervan. DOT is dan ook een belangrijke randvoorwaarde voor de invoering van de prestatiebekostiging. De Kamer heeft eerder aangegeven groot belang te hechten aan de invoering van DOT. Ze heeft expliciet gevraagd door te gaan met het stimuleren en schaduwdraaien. De rest van de agenda rondom de prestatiebekostiging heeft de Kamer wel controversieel verklaard. In mijn brief van 7 februari jl. heb ik geschreven dat fase 1 van de DOT-simulatie, het verbeteren van productiestructuur, is afgerond. Fase 2, de analyse van de macro-effecten en de financiële impact van DOT op verzekeraars en ziekenhuizen, vindt op dit moment plaats. Beide fasen vinden plaats in goede samenwerking met de veldpartijen. De conclusie is dan ook dat DOT op schema ligt om in 2012 ingevoerd te worden.

In mijn brief «Zorg die werkt» heb ik gesteld dat een van mijn beleidsdoelstellingen is het leveren van meer en betere zorg voor hetzelfde geld. Het beter belonen van prestaties door ziekenhuizen is één instrument om dat doel te bereiken naast het realiseren van betere kwaliteit, meer veiligheid, transparantie en het zorgen voor de juiste zorgverlener op de juiste plaats. Om het beter belonen van prestaties te bereiken, moet er veel in gang gezet worden. Dat gaat niet van de ene op de andere dag. Ik heb eerder geschetst wat er bij ziekenhuizen per 2012 op hoofdlijnen zal veranderen om dat mogelijk te maken. Om het stelsel echt naar behoren te laten werken moet ook de rol van de verzekeraars veranderen. Deze moeten meer dan nu gevolgen ervaren van het niet of onvoldoende belonen naar prestaties. Ook dat gaat niet van de ene op de andere dag.

Ik wil 2012 en 2013 daarom benutten om in een overzienbare tijdsperiode een verantwoorde overstap te maken naar het eindperspectief van ziekenhuizen die onderhandelen over de te leveren prestaties en kwaliteit met risicodragende verzekeraars. De overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging is een flinke stap die risico's met zich meebrengt voor alle betrokken partijen. Om die risico's beheersbaar te maken, tref ik overgangsmatregelen. Die moeten voldoende zekerheid bieden. Ik vind het essentieel dat in de transitieperiode sprake is van dynamiek in het stelsel waardoor ook in deze periode ziekenhuizen die het goed doen, kunnen doorgroeien en zorginstellingen die patiënten verliezen, kunnen krimpen. Ik wil de overgangsfase overzichtelijk houden, dat wil zeggen twee jaar. Twee jaar is een logische termijn omdat die enerzijds de ruimte biedt aan alle partijen om zich op de nieuwe situatie in te stellen.

Anderzijds is het dan ook helder dat de transitiefase eindig is en op afzienbare termijn beëindigd wordt. We moeten voorkomen dat we uiteindelijk in een jarenlange transitiefase terecht komen die een min of

meer structureel karakter krijgt. Ik zeg wel eens dat niets zo blijvends is in de zorg als tijdelijke maatregelen.

Bij de vormgeving van een overgangsmodel is het belangrijk om onderscheid te maken tussen systeemrisico's aan de ene kant en reguliere omzetrisico's aan de andere kant. Een overgangsmodel moet wel systeemrisico's ondervangen maar niet de reguliere omzetrisico's. Om systeemrisico's te verkleinen wil ik vanaf 2012 met een zogenaamd transitiebedragmodel werken. In dat model wordt een eenmalige koppeling gelegd tussen de omzet van een ziekenhuis onder volledige prestatiebekostiging en de omzet die het ziekenhuis bij een gelijke productie zou realiseren onder de bestaande ziekenhuisbudgetsystematiek, de zogenaamde schaduwomzet. Hiermee worden de grootste systeemshokken gedempt terwijl goed presterende ziekenhuizen ook in de transitiefase loon naar prestatie krijgen. De NZa werkt het transitiebedragmodel nader uit in consultatie met het veld. Om de toepassing van het overgangsmodel mogelijk te maken moet de WMG gewijzigd worden. De Kamer heeft daartoe vorige week een nota van wijziging en een nota naar aanleiding van het verslag ontvangen.

De rol van de verzekeraars is cruciaal voor het welslagen van de prestatiebekostiging. Het versterken van de prikkels aan de vraagzijde is een zeer belangrijk onderdeel van de te nemen stappen. Conform het regeerakkoord worden daarom de ex-postcompensaties in het risicosysteem verantwoord afgeschaft.

Ik voer de prestatiebekostiging in vanwege de financiële houdbaarheid van de zorg, nu en op lange termijn. Dankzij de invoering van de prestatiebekostiging ontstaat er namelijk meer stimulans bij aanbieders voor kwaliteit en doelmatigheid. De toenemende risicodragendheid aan de vraagzijde zorgt ervoor dat verzekeraars kritischer met ziekenhuizen onderhandelen en daarmee een belangrijke rol innemen bij het structureel beheersen van ziekenhuisuitgaven en het stimuleren tot doelmatigheid. Dat is de essentiële rol die de verzekeraars moeten spelen. Als we er geen vertrouwen in hebben dat ze die rol uiteindelijk gaan spelen, is het hele systeem zoals we het nu hebben opgezet, tamelijk duur. Dan kunnen we veel beter centraal gaan inkopen. Dat is veel efficiënter. Of we hebben een systeem waarin we geloven, waarbij zorgverzekeraars selectief inkopen op basis van kwaliteit en prijs en we vertrouwen dat ze dat goed doen, daarvan de risico's dragen en erop worden afgerekend. Of we doen dat niet en dan moeten we echt over naar een ander systeem. Dan is het veel te duur om het op deze manier te blijven doen.

In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen moeten ook afwegingen worden gemaakt over het vaststellen van de beste kwaliteit en doelmatigheid van zorg en op welke manier deze het best georganiseerd kan worden. Dat is niet gemakkelijk. Ik wil ziekenhuizen en verzekeraars aanvullend ondersteunen bijvoorbeeld bij het opstellen van richtlijnen. Dat is in de eerste instantie een verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals zelf. Dat moet ook zo blijven. Dat is tegen de achtergrond van de opgave waarvoor we staan, niet langer een vrijblijvende opdracht. Daarom wil ik komen tot de oprichting van een kwaliteitsinstituut dat dergelijke richtlijnen zelf met gezag kan vaststellen als deze niet spontaan tot stand komen. Ik zal de Kamer binnenkort informeren over mijn aanpak voor dit kwaliteitsinstituut.

Daarnaast ben ik in overleg met de veldpartijen om tot bestuurlijke afspraken te komen over beheerste volumegroei in de komende transitiejaren en over de manier waarop we de kwaliteit en veiligheid van zorg kunnen verbeteren. Hierbij gaat het ook om verdergaande specialisatie van het zorgaanbod bijvoorbeeld hoogcomplex zorg en structuuraanpassingen. Dergelijke veranderingen die cruciaal zijn voor de beheersbaarheid op langere termijn, zijn er niet van de ene op de andere dag. De partijen beseffen dit ook en zien daarom de meerwaarde van integrale meerjarige bestuurlijke afspraken om veranderingen door te kunnen



voeren. Vernieuwing is evenals doelmatigheid een belangrijk issue. Hoe houden we de volumegroei beheerst en voorkomen we tegelijkertijd dat er wachtlijsten komen? Vele commissieleden hebben hierover gesproken. Wachtlijsten en volumegroei hebben van alles met elkaar te maken. Hoe zorgen we ervoor dat de volumegroei genoeg, maar niet meer dan nodig is? De belangrijkste maatregel in deze context is de afbouw van de macronacalculatie en de ex-postmechanismen in de komende vier jaar. Daardoor wordt de zorgverzekeraar ook meer verantwoordelijk voor de volumebeheersing. Als een zorgverzekeraar niet zinnig en zuinig inkoop, zal de premie van die zorgverzekeraar veel harder stijgen dan die van zijn concurrent die dit wel doet. Bestuurlijke afspraken hierover zijn belangrijk en kunnen de benodigde rust bewerkstelligen. Ik heb de Kamer per brief al laten weten dat de gesprekken nog gaande zijn. Dit overleg kan overigens niet eindeloos duren. Het moet geen slepend overleg worden. Ik verwacht binnen afzienbare tijd enig resultaat.

Met deze integrale aanpak verwacht ik de beheersbaarheid op korte en lange termijn structureel te verbeteren, Mocht er ondanks alles toch sprake zijn van overschrijdingen, dan moeten die teruggehaald kunnen worden. Het is de verantwoordelijkheid van dit kabinet om de premiebetaler te beschermen in deze transitieperiode waarin de balance of power nog niet in evenwicht is. Omdat de ziekenhuisbudgetten vanaf 2012 afgeschaft zijn, kan er geen sprake meer zijn van budgetkortingen. Daarom wordt er een nieuw macrobeheersingsinstrument geïntroduceerd in de WMG. Dit werkt in de vorm van een omzetheffing achteraf. Als er sprake blijkt te zijn van een macro-overschrijding in een bepaald jaar, worden die naar rato van het marktaandeel over ziekenhuizen en zbc's verdeeld. Die moeten vervolgens een bedrag aan het Zorgverzekeringsfonds afdragen. Een beheersingsinstrument is per definitie niet iets waarvoor ziekenhuizen en verzekeraars op de banken gaan staan. Dat begrijp ik. Maar zeker in de overgangsfase naar de prestatiebekostiging is beheersing van de collectieve uitgaven een belangrijke verantwoordelijkheid van het kabinet. De noodzaak om – nu de financiële crisis achter ons ligt – de overheidsfinanciën op orde te krijgen en te beheersen, rust uiteraard ook op de ziekenhuiszorg. Daarom geldt dat eventuele overschrijdingen door het kabinet geretrancheerd moeten kunnen worden. Het macrobeheersingsinstrument zorgt daarvoor door de generieke toepassing dat elk ziekenhuis naar rato van het marktaandeel meebetaalt aan de overschrijdingen. Dit instrument laat de marktdynamiek op het gebied van instellingen ongemoeid. Het op een of andere wijze definiëren van de toepassing van het instrument naar bijvoorbeeld omzetgroei van instellingen doet hieraan afbreuk.

Met de overgang naar prestatiebekostiging zal ook de overgangsregeling kapitaallasten die in 2011 is vastgesteld, materieel in werking treden. De gegarandeerde vergoeding die ziekenhuizen onder het huidige regime voor hun kapitaallasten krijgen, wordt gedurende de overgangsregeling geleidelijk afgebouwd. De werkingssfeer van deze regeling beperkt zich vooralsnog tot de algemene en academische ziekenhuizen. Ik zal de NZa vragen deze regeling uit te breiden naar de categorale instellingen. Binnen een systeem van prestatiebekostiging maken de kapitaallasten in het vrije segment deel uit van de integrale prijzen die de zorgverzekeraars en zorgaanbieders afgesproken hebben. Voor het gereguleerde segment zal de NZa per 2014 een gedifferentieerde landelijke kapitaallastenvergoeding in de maximumtarieven opnemen. Hierbij wordt aangesloten bij de gemiddelde kapitaallasten in de sector. Voor 2012 en 2013 wordt nog vastgehouden aan de manier waarop op dit moment de kapitaallasten in de dbc-tarieven zijn verwerkt: een vaste percentuele opslag. Dus in 2012 en 2013 verandert er niets en blijven we het doen zoals nu. Daarna zal het op de manier gaan waartoe de Kamer al in 2011 heeft besloten. Ook de kapitaallasten in het vaste segment worden vergoed. Indien voor het uitoefenen van de functies in het vaste segment infrastructurele voorzie-

ningen of apparatuur noodzakelijk zijn, zal de NZa de kosten hiervan in de vergoeding meenemen.

Over de medisch specialisten heb ik de Kamer eveneens een brief gestuurd. Ik kreeg net een heel plezierig sms'je: de ledenvergadering van de NVZ is vanmorgen akkoord gegaan met het resultaat waarmee de specialisten al eerder akkoord waren gegaan. De afgelopen jaren hebben we te maken gehad met grote overschrijdingen bij de vrijgevestigde medisch specialisten. De oorzaak hiervan is gelegen in de huidige wijze van bekostiging. De tarieven voor de medisch specialisten in de huidige bekostiging bevatten fouten. Er zijn beperkte mogelijkheden voor beloning van kwaliteit en doelmatigheid. Er bestaan grote verschillen in beloning tussen de specialisten. Sinds mijn aantreden heb ik overleg gevoerd met de medisch specialisten en de ziekenhuizen. Met de OMS en de NVZ heb ik afspraken gemaakt over een beheerste uitgavenontwikkeling bij medisch specialisten. Tegen de achtergrond van die afspraken kunnen met het beheersmodel de beschikbare middelen eerlijker over specialismen en specialisten worden verdeeld. Dat schiet nu naar boven en naar beneden uit. Bovendien kunnen kwaliteit en doelmatigheid beter worden beloond. Het beheersmodel dient als tijdelijk overgangsmoedel naar een integrale bekostiging voor medisch specialistische zorg in 2015. Dan zit het integraal in de DOT. Het model biedt prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid. De raad van bestuur en de specialist maken binnen de instelling afspraken over de honoraria. Daardoor ontstaat er een evenwichtige relatie tussen de raad van bestuur en de medisch specialist. Ook is er ruimte voor een eerlijke verdeling van de honoraria onder specialisten. Een beheersmodel in de markt leidt inherent tot een beperking van gewenste dynamiek. Binnen de grenzen van het beheersmodel zijn echter wel mogelijkheden gemaakt om zo veel mogelijk dynamiek te behouden. Dit kan door een deel van het kader, 2,5% van de groeiruinste, voor het honorarium te reserveren en dit na afloop van het betreffende jaar op basis van bepaalde criteria te verdelen. De NZa werkt dit model momenteel technisch verder uit.

De DOT-productenstructuur houdt meer rekening met de zorgzwaarte dan de dbc-structuur. De complexiteit van zorg voor patiënten komt beter tot uiting in de zorgproducten doordat er rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de verpleegduur en de zwaarte van de operaties. Ook zorg die in de huidige dbc-structuur niet goed tot uitdrukking kwam, bijvoorbeeld zorg die in de UMC wordt geleverd, heeft binnen DOT een plek gekregen met behulp van expertproducten. De brandwondenzorg is hiervan een voorbeeld. In de doorontwikkeling van DOT wordt de mogelijkheid van het registreren van nevendiaagnoses onderzocht. Hierdoor kan in het systeem meer rekening worden gehouden met multimorbiditeit.

Meerdere commissieleden merkten op dat het overgangsmoedel geen volumerisico's dempt. Ze vroegen zich af of er niet gekozen moeten worden voor een overgangsmoedel dat dit wel doet. De allerbelangrijkste maatregel met betrekking tot het volume is de afbouw van de macronacalculaties en de ex-postmechanismen bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet zelf niet alleen verantwoordelijk zijn voor prijs en kwaliteit, maar ook voor volume. Vele leden hebben gezegd dat er een stimulan in het systeem zit dat een ziekenhuis ongelofelijk veel gaat produceren. Dat is zo, maar er moet ook nog ingekocht worden. Die inkoper moet gevoelig gemaakt worden voor het volume dat hij inkoopt. In het bijzonder de macronacalculatie grijpt in op het verschil tussen de realisatie en de ramingen. Een verzekeraar moet daarvoor zelf verantwoordelijk worden. De belangrijkste maatregel die in deze transitieperiode langzaam maar zeker steeds zwaarder wordt, is dat de zorgverzekeraar hiervoor verantwoordelijk is. Als centrale overheid kunnen we op landelijk niveau niet precies zien welk volume versus welke wachtlijst versus welke ziekte staat. Dat kun je wel in ingewikkelde modellen willen uitwerken, maar uitein-



delijk zal dat in de onderhandelingen tussen de zorgvrager – dat is de zorgverzekeraar die namens zijn patiënten de zorg inkoop – en de zorgaanbieder plaatsvinden. Wat we wel doen is met zijn allen een BKZ afspreken, maar in het BKZ en de huidige zorg zit veel ondoelmatigheid en spreiding. De heer Mulder gaf een aantal voorbeelden met betrekking tot herniaoperaties, maar je kunt het ook bij generieke medicijnen en spécialités zien. Op allerlei gebieden kun je de verschillen tussen de ziekenhuizen zien. Zolang er zo veel lucht in het systeem zit, moeten we eerst kijken naar de doelmatigheid van iedere uitgegeven zorgpremie-euro. Daarop moeten we eerst volop inzetten voordat we naar pakketten en eigen bijdragen gaan kijken. Het is toch je dure plicht om het systeem zo efficiënt mogelijk te laten functioneren. Daarop zijn deze maatregelen gericht.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister zegt dat er geen risico voor volumeoverschrijdingen bij de ziekenhuizen is. Die zullen niet extra gaan produceren vooruitlopend op de eventueel te verwachten generieke korting doordat de zorgverzekeraars er bovenop gaan zitten. Hoe weten de zorgverzekeraars, als ze met de ziekenhuizen onderhandelen, of deze binnen het te verwachten budget blijven? Als ze dat kunnen weten, waarom ligt het risico dan niet vanaf dag één bij de zorgverzekeraars? Als ze het volgend jaar kunnen weten, kunnen ze het ook dit jaar weten. Gaat er geen informatie verloren bij de overgang van de dbc's naar de DOT's waardoor je achteraf nog een keer extra het probleem van de volumeoverschrijding krijgt? Ik hoor graag een antwoord van de minister op deze vragen.

Minister **Schippers**: We zitten nu in de opbouw van het systeem. Vele commissieleden hebben gevraagd waarom we een systeem als de WMG nodig hebben als we zo sterk geloven dat de zorgverzekeraars de zorginkoop goed kunnen doen qua volume, prijs en kwaliteit. We zitten helemaal niet in een situatie waarin we geloven dat zorgverzekeraars de zorginkoop zo goed kunnen doen. Er zitten allerlei nacalculaties en ex-postvereveningen aan vast. Daarom heb ik ook gezegd dat ik helemaal niet naar een big bang ga. Ik zit niet volgend jaar in één keer in het eindmodel. We hebben juist een hele transitiefase opgezet waarin waarborgen zitten, bijvoorbeeld waarborgen voor de schatkist en de premiebetaler. Een van die waarborgen is de WMG, het instrument om dat geld terug te kunnen halen. Als de zorgverzekeraar nog niet voldoende in zijn rol zit tijdens de transitiefase, moeten we dat ook kunnen doen. Dat is absoluut noodzakelijk. Hoe weten we dat qua informatievoorziening? Ik ben het met de heer Van der Veen eens dat we een uitermate zorgelijk systeem hebben waardoor we veel te laat weten wat er in enig jaar is gebeurd. Dat vinden we allemaal al jaren. Toch zie je dat je er druk op moet zetten als je een systeem wil veranderen. Je kunt niet altijd zeggen dat we eerst dit en dan dat moeten doen en dan uiteindelijk in het eindmodel de sprong eens moeten wagen. Dan komen we nooit ergens. Ik moet altijd denken aan minister Borst die dbc's wilde invoeren. Dat heeft ze een aantal keren uitgesteld. Toen kwam minister Hoogervorst. Die heeft het ook een aantal keren uitgesteld. Als je wacht tot je een plaatje hebt waarop iedereen een rood krulletje heeft gezet, blijf je wachten. Dat komt er nooit. Uiteindelijk moet je het gewoon doen. We vinden met zijn allen al dat dit moet verbeteren.

De vraag hoe we de informatievoorziening beter op orde kunnen krijgen, nemen we inderdaad in ons overleg met zorgverzekeraars en ziekenhuizen mee. Parallel hieraan loopt er een werkgroep waarin onder andere ook het ministerie van Financiën zit. Dat vindt het ook verschrikkelijk om die informatie pas zo laat te krijgen. Zowel binnen de overheid als binnen de sector wordt gekeken hoe we de informatievoorziening sneller kunnen maken. Over het algemeen koopt een zorgverzekeraar overigens niet heel

verschillend in van het ene op het andere jaar. Vaak is er een redelijk stabiele groei of daling en zit er slechts enige incrementele verandering in de inkoop. De zorgverzekeraar kan dus vrij goed zien hoe datgene wat hij heeft ingekocht, zich in de loop van het jaar ontwikkelt. Ziekenhuizen kunnen dat ook zien. Er is een behoorlijke druk om het te veranderen. Dat is ook nodig. We vinden dit al jaren nodig, dus het moet gewoon een keer gebeuren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het gaat me iets te snel. De minister begint met een inleiding waarin ze heel nadrukkelijk de zorginhoud, de kwaliteit van de zorg, vooropstelt. De rol die de minister uiteindelijk kan spelen als al deze voorstellen doorgaan, bestaat alleen uit achteraf financieel ingrijpen. Ze kan niet sturen op de zorginhoud. Dat moet toch onbevredigend voelen, zeker omdat de minister zelf ook zegt dat er een kwaliteitsinstituut komt en dat er richtlijnen moeten komen die niet vrijblijvend zijn. Dat is een goed punt. Ik ben daarvan een enorme voorstander. De aanwezigheid van die richtlijnen zouden toch een voorwaarde moeten zijn om uiteindelijk de boel vrij te geven.

Minister **Schippers**: Als je alles stapelt als voorwaarde, kom je nooit tot een systeemwijziging. Het was opmerkelijk wat er gebeurde toen ik aantrad. Iedereen vroeg me waar we heen gingen en welke stappen we gingen nemen. We moeten het allemaal zorgvuldig doen, maar we maken al ongelooflijk lang pas op de plaats. Een systeem gaat eroderen als er geen ontwikkeling is. Dat is ook gebeurd. Laten we nu niet doen alsof het allemaal zo onverwachts is. We zijn in 2006 met dit systeem begonnen. De vorige minister heeft stappen genomen in dezelfde richting als ik nu doe. Ik zet de stappen van de vorige minister gewoon door. En de vorige minister zette de stappen van de minister voor hem weer door. We zitten dus in een vrij stabiele lijn waarin we stapsgewijs steeds verder gaan naar het beoogde eindmodel. Ook dat eindmodel is niet nieuw. Dat is in al die jaren niet veranderd. Ik neem niet opeens haakse bochten. Nadat er te lang een stilstand is geweest, zet ik een wat forsere stap in één keer met alle waarborgen van de transitie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik verwijt de minister ook geen haakse bochten. Ik hoor een beetje in het antwoord van de minister dat ze mij bijna verwijt dat ik allerlei voorwaarden wil stapelen. Ik wil de minister er juist op wijzen dat ze allerlei risico's aan het stapelen is. Ik vraag me af wat kwalijker is: het stapelen van voorwaarden of het stapelen van risico's waarbij je uiteindelijk steeds pas aan het eind van het jaar heel grof, ruw en bot financieel kunt ingrijpen door geld terug te eisen omdat de macrokaders wellicht zijn overschreden.

Minister **Schippers**: Ik verwijt niemand iets. We hebben een verschil van inzicht. Op dit moment wordt er ook zorg ingekocht. We moeten niet doen alsof ik de zorgverzekeraar opeens iets totaal anders laat doen. Hij koopt nu ook in op basis van prijs en kwaliteit. Ik vergroot het segment en verbeter de structuur. Dat doe ik niet persoonlijk. Dat heeft het veld zelf gedaan door de zeer zorgvuldige invoering van DOT. Ik voer alleen die verbeterde structuur in en breid het vrije prijssegment uit. De zorgverzekeraars kopen nu ook in op kwaliteit. Die kunnen nu ook zeggen dat ze bij het ene ziekenhuis niet voor het A-segment gaan kopen, maar dit liever bij een ander ziekenhuis doen. Dat systeem bestaat al. Het gebeurt alleen onvoldoende. Ik versterk de prikkels in het systeem om dit meer te laten gebeuren en het echt van de grond te krijgen. Als we gaan wachten totdat over een paar jaar alle resultaten binnen zijn, wordt het niet beter maar slechter.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat de geloofsbelijdenis van de minister ook een lengte kent. Zij zegt dat ze verdere stappen zet op de weg die Hoogervorst en Klink zijn ingegaan. Tegelijkertijd stelt ze vast dat ze vastzit in een liberaal moeras en dat ze een extra sprong naar voren moet maken zonder te weten waar we naar toe gaan. Waarom zoekt de minister niet eerst uit waarom die ontzettende volumegroei in of het A-segment of het B-segment heeft plaatsgevonden? Ik haal het niet uit de marktscan van de NZa over de specialistische zorg. Laten we die informatie eens op een rij zetten en dan kijken hoe we verder gaan.

Minister **Schippers**: Ik krijg een stuk, Wachtlijsten in de Nederlandse ziekenhuizen, aangeboden. Het is eigenlijk een aanklacht tegen wachtlijsten van de SP. Nu krijg ik de vraag wat ik ga doen aan die ontzettende volumegroei. Die twee dingen hebben wel met elkaar te maken. Volumegroei is zorgaanbod. Als je geen wachtlijsten wilt, moet je zorg aanbieden waar dat nodig is. We zien dat in delen van de zorg de kostprijs slecht is vastgesteld. Als je te weinig geld krijgt voor een bepaalde operatie, kan een ziekenhuis op gegeven moment beslissen die niet meer uit te voeren. Als we vrije prijzen hebben, zullen de kosten voor die operatie inderdaad stijgen, maar wordt hij wel vaker uitgevoerd. De wachtlijsten zullen daarmee dus verdwijnen. Dat spel vereist finetuning van de inkoop van de zorgverzekeraar bij de ziekenhuizen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is dus de geloofsbelijdenis. Als we het geloof, de ideologie van de minister, volgen, zouden er in de markt van vraag en aanbod, prijs en kwaliteit geen wachtlijsten zijn. Dan zouden er bijvoorbeeld voor de heup- en knieoperaties geen wachtlijsten meer moeten zijn. Nou, die zijn de afgelopen jaren juist gegroeid, terwijl dat wel de planbare en onderhandelbare operaties zijn die in die vrije prijsvorming konden. Die zijn dus gegroeid. Dat staat ook in het rapport. Dat is het dus niet. Waarom kijkt de minister niet eerst waar die volumegroei plaatsvindt, op welke manier we die kunnen beperken en of die volumegroei ook terecht is? De minister neemt nu een sprong naar voren. Ze zou ook kunnen leren van een andere sprong naar voren die door haar voorganger is genomen, namelijk met het epd. Met haar sprong naar voren zou ze wel eens een sprong tegen de muur of de afgrond in kunnen maken.

Minister **Schippers**: Dé volumegroei bestaat niet. Je hebt verschillende vormen van zorg. Bij de ene vorm van zorg neemt het volume niet heel sterk toe. Bij andere vormen gebeurt dit wel. Vandaag hebben we het over de ordeningsvraag. Wie bepaalt eigenlijk wat in het systeem? Dat is geen lege vraag zoals de heer Van der Veen zegt. Dat is een vraag die bij de stelselwijziging in 2006 is bepaald en die we stap voor stap verder invullen. Je hebt namelijk een patiënt die zich verzekert bij een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft acceptatieplicht en de verzekerde heeft een verzekeringsplicht. De zorgverzekeraar koopt namens zijn verzekerde zorg in bij zorgaanbieders. Dan is het handig als je bijvoorbeeld ervoor zorgt dat die zorgverzekeraar net zo veel risico loopt in de eerste lijn als in de tweede lijn. Dingen komen niet van de grond omdat je op het ene meer risico loopt dan op het andere. Als je er niets aan doet en het niet gelijktrekt, kun je van alles opbouwen maar vindt er geen verandering plaats. Uiteindelijk kijkt de zorgverzekeraar ook naar zijn eigen risicoprofiel. Als hij uiteindelijk in de eerste lijn en in de tweede lijn evenveel risico loopt, berust zijn keuze echt op prijs en kwaliteit en wat de patiënt al dan niet nodig heeft.

Voorzitter. Een volgend punt is het verlengen of verkorten van het overgangsmoedel. De NZa heeft in haar advies van eind 2009 gesteld dat ze een sterke voorkeur heeft om de transitieperiode zo kort mogelijk te houden. Ook voor mij is dat een belangrijk uitgangspunt. Ik wil niet dat de transitiefase een soort eindfase wordt omdat die zo lang duurt dat je er

bijna niet meer uitkomt. Eind 2009 vertaalde de NZa dit in een advies om de overgangstermijn drie jaar te laten duren. Daaraan lag ten grondslag dat de NZa die periode nodig vond om de productiestructuur zich helemaal uit te laten ontwikkelen, in te spelen op de kinderziektes en de tariefkwaliteit te kunnen verbeteren. Op alle punten is de afgelopen jaren al actie ondernomen en verbeteringen aangebracht door DBC-Onderhoud en de NZa. Daarnaast gaan DBC-Onderhoud, NZa en de veldpartijen aan de slag om via een tweejarig plan van aanpak de laatste specifieke knelpunten op te lossen. De NZa werkt ook aan een traject voor tariefsverbetering dat volgens de planning in 2014 moet zijn voltooid. Daarom staan deze partijen ook niet afwijzend tegen een transitieperiode van twee jaar.

Is er tijdig kwalitatief voldoende informatie over een overschrijding beschikbaar om het macrobeheersingsinstrument effectief in te kunnen zetten? In essentie verandert er niet veel aan de huidige situatie waar in jaar T+2 de uitgaven over het vorige jaar worden gemeten. Dit is overigens een belangrijk onderdeel in de gesprekken die we momenteel voeren met verzekeraars en ziekenhuizen. We laten tegelijkertijd een commissie bekijken hoe we hierin verbeteringsstappen kunnen zetten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dit komt eigenlijk overal terug: de historische gegevens en de tijdigheid hiervan. De minister zegt zelf dat ze hierin stappen wil zetten omdat we de afgelopen jaren hebben gemerkt dat we soms niet met T+2 maar met T+3 zaten. Op welke manier kunnen we ervoor zorgen dat we het inderdaad beperkt houden tot die T+2? Dat vind ik overigens al een hele termijn voor alles wat we zo nu en dan moeten opleggen.

Minister **Schippers**: We zijn erover in gesprek met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NVZ. Nu is het zo dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen soms nog in november 2010 contracten afsluiten voor het jaar 2010. Je kunt dus denken aan een maximumperiode waarin mag worden ingekocht. Het voorjaar is voor de inkoop. Dan sluit de inkoopperiode en weten we dus wat er is ingekocht. Het is ook belangrijk dat er veel eerder inzicht is in het onderhanden werk. Je kunt wachten tot alles is afgerond. Je kunt ook tussentijds veel meer inzicht krijgen. Dat moet je ook meenemen. Het onderhanden werk zijn de lopende behandelingen die nog niet gedeclareerd zijn. Ook dat is een heel belangrijke versnelling van de informatievoorziening.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De informatievoorziening is heel cruciaal. Wanneer weet je wat er op welk moment is gebeurd? Uit de brief van de minister blijkt dat er op dit moment ongeveer een periode van vier jaar overheen gaat om een aantal redenen. De minister zegt dat het door het instellen van een commissie gaat versnellen. Dat geloof ik niet. De realiteit zal zijn dat de prijzen die de zorgverzekeraars bij hun inkoop hebben gebruikt heel snel bekend zullen zijn. Die kun je inderdaad heel snel weten. Het grote probleem is dat je het volume niet kent. Het gaat dus om het meten van dat volume. De minister heeft net gezegd dat dat heel erg lastig is. Hoe denkt de minister die volumeontwikkeling in de gaten te kunnen houden? Het duurt nu vier jaar voordat we daarvan een beeld hebben. Wat maakt dat we het vanaf volgend jaar binnen één of twee jaar zien?

Minister **Schippers**: Als je de periode van inkoop beperkt, heb je al een stuk opgelost. Als je aan het eind van het jaar nog inkoop voor het lopende jaar, zit je met een probleem. Als je strakke afspraken maakt over het uitwisselen van onderhanden werk, krijg je veel beter en sneller inzicht in wat er daadwerkelijk is gebeurd. Dit is een belangrijk onderwerp in ons gesprek met ZN en de NVZ. Als we hierin niet samen tot een oplossing

komen, moeten we kijken hoe we als overheid een aantal maatregelen nemen om ervoor te zorgen dat die informatievoorziening sneller gaat. Dat is van het grootste belang. Het is niet zo dat we het een commissie maar eens laten bestuderen. Nee, een van de eerste dingen die ik heb gedaan toen ik minister werd, is een commissie waarvoor ook al eerder initiatieven waren, aan het werk te zetten. Die is nu een halfjaar onderweg. We komen daarin met voorstellen omdat het een belangrijk onderdeel is van het systeem zoals we dat met elkaar in gang willen zetten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Aan wat voor type maatregelen moet ik dan denken? Ik heb zelf de suggestie gedaan om aan de voorkant meer te controleren hoe de inkoop precies verloopt. Je kunt dan al een thermometer insteken om te bekijken of het volume heel sterk toeneemt of dat het redelijk en voorspelbaar is.

Minister **Schippers**: Ik heb er al twee genoemd: het verkorten van de periode waarin kan worden ingekocht en het sneller inzichtelijk maken van het onderhanden werk. Een derde maatregel die heel belangrijk is, is het verkorten van de dbc-declaraties. Deze maatregelen maken de informatieverstrekking een stuk sneller.

De vragen over de kapitaallasten heb ik in mijn inleiding al beantwoord. Over de uitbreiding van het B-segment wordt gevraagd of de genoemde 70% wel zorgvuldig is en of we niet naar 85% moeten gaan zoals de NZa als mogelijkheid aangeeft.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister zegt dat de vragen over de kapitaallasten al zijn beantwoord. Dat gevoel heb ik nog niet helemaal, tenzij de minister er nog op een ander moment op terug wil komen. Als je nagaat hoeveel geld er naar de kapitaallasten gaat, als je ziet dat door de uitbreiding van het B-segment de discussie sterk teruggebracht wordt naar een lokaal niveau, heb je dan niet eerst een discussie nodig? Moeten we niet eerst met elkaar bespreken hoeveel ziekenhuizen we eigenlijk in Nederland nodig hebben? Wat zijn de bereikbaarheidsnormen? Deze vragen heb ik in mijn eerste termijn gesteld. Moeten we hierover niet eerst nadere afspraken maken in plaats van ook hierbij de vrije tarieven los te laten en af te wachten wat er dan op lokaal niveau gebeurt?

Minister **Schippers**: Deze discussie is al gevoerd. Hierover zijn besluiten genomen door het vorige kabinet. Dat heeft besloten hoe we met die kapitaallasten omgaan. Een ziekenhuis stelt namelijk zelf vast of het gaat verbouwen of overgaat tot nieuwbouw. Dat betekent dat het daarvoor zelf ook de gevolgen moet dragen. Als je het Bouwcollege afschaft, schaf je het systeem af waarin we centraal gereguleerd hadden dat wij bepalen hoe groot een ziekenhuis wordt en hoeveel bedden er komen. Dat systeem is allang afgeschaft. Dit is geen nieuw besluit. Dit is een besluit dat na lange discussie in 2011 is genomen. Ik voer het in zoals het is besloten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik beaam dat dit deel van de discussie is afgerond. Er zijn besluiten genomen. Het gaat me nu om de toekomst. Een aantal discussies is nog niet afgerond. Dat zijn de discussies die in de vorige periode zijn begonnen naar aanleiding van de kwestie van de ziekenhuizen in Flevoland. Minister Klink heeft toen op gegeven moment het begrip «basisziekenhuis» geïntroduceerd. Toen is de vraag naar boven gekomen of we niet eerst veel duidelijker moeten hebben hoeveel ziekenhuizen er eigenlijk nodig zijn, alvorens te zeggen dat deze kwestie is afgedaan, dat we het gewoon moeten laten gebeuren en we wel zien welke ziekenhuizen het redden en welke er failliet gaan.

Minister **Schippers**: De besluiten over bouw, verbouw en nieuwbouw van ziekenhuizen ligt bij de ziekenhuizen zelf. Dat besluit is al enige tijd genomen. Ik ben niet van plan dat weer terug te draaien. Verzekeraars kopen zorg in en bepalen dus uiteindelijk welk ziekenhuis groeit. Als een ziekenhuis het goed doet en betere zorg levert, zal het groeien. Als een ziekenhuis het minder goed doet of te duur is, zal het patiënten verliezen. Ik heb wel ten aanzien van de continuïteit van cruciale zorg een speciale verantwoordelijkheid. De spoedeisende of andere cruciale hulp moet binnen een bepaalde afstand te bereiken zijn. Ik heb daarover een notitie toegezegd.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Laat ik het woord kapitaallasten even niet gebruiken, dat wekt verwarring. U noemt nu het risico dat er te weinig continuïteit van zorg zou kunnen zijn. Mijn vraag is juist of wij niet te veel capaciteit hebben. In het verleden is door de Kamer een motie aangenomen om de basiszorg inzichtelijk te maken. Volgens mij is die motie nog niet helemaal uitgevoerd en is het debat dus niet afgerond.

Minister **Schippers**: Dat was een heel uitgebreide motie, die niet in een paar weken kan worden beantwoord. Ik maak mij geen zorgen over de continuïteit van de zorg, maar ik kijk naar mijn verantwoordelijkheden in dit systeem. Wat moet ik doen als die verantwoordelijkheden moeten worden ingevuld? De cruciale zorg moet er zijn voor mensen in de verschillende delen van Nederland. Ik kom daarop terug in een notitie. Wat is acute zorg, cruciale zorg of basiszorg? Die onderdelen zal ik na verloop van tijd daadwerkelijk invullen. De relatie met de kapitaallasten vind ik moeilijk te leggen. Daarover hebben we in 2011 al het besluit genomen dat die bij ziekenhuizen liggen. Voorzitter. De Kamer vraagt hoe groot het B-segment moet zijn. De NZa heeft zich daarover gebogen en kwam met 70% tot 85%. Ik heb de NZa gevraagd welk deel van de zorg geschikt is voor vrije prijsvorming. Volgens de NZa is een uitbreiding van vrije prijzen voor 70% van de zorg goed mogelijk en het veld is het daarmee eens. Ik heb mij daaraan vastgehouden. Het is niet met een schaarste te knippen; het kan best zijn dat wij als wij klaar zijn op 75% zitten. Daarom staat er circa 70%. Als je kijkt naar de criteria van de NZa voor het vrije segment en die op een zorgvuldige en licht conservatieve manier toepast, kom je op circa 70%. Zo simpel is het.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De NZa zei volgens mij anderhalf jaar geleden dat er eerst een tussenstap van 50% genomen moest worden. Tot welk inzicht is zij gekomen dat die stap nu in één keer gezet kan worden?

Minister **Schippers**: Het bouwde zich op. De NZa bekijkt welke zorg geschikt is voor de vrije prijs. Eerst was het 50%, toen werd het 60% en nu is het 70%. De NZa schrijft ook over 85%.

De heer **Mulder** (VVD): De NZa geeft aan dat het percentage in 2014 naar 85% kan gaan. Is de minister voornemens het percentage van 70% de komende jaren uit te bouwen naar 85%?

Minister **Schippers**: Ik wil daar niet op vooruitlopen. Tegen die tijd moeten wij dat bekijken. Het lijkt mij onverstandig om te schuiven tussen 70% of 85%. Bind mij niet vast op een paar procenten; het gaat om circa 70%.

Voorzitter. Zorgproducten kunnen worden overgeheveld naar het B-segment wanneer ze stabiel zijn en de machtspositie tussen aanbieders en verzekeraars evenwichtig is. Zorgproducten die in 2012 nog niet in het B-segment vallen, zijn zorgproducten die vallen onder de Wet op



bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Vanwege de vergunning die nodig is voor het verlenen van deze zorg, is er sprake van een geconcentreerd aanbod en is de machtspositie niet in balans. Een andere categorie zijn de zorgproducten die nog verder moeten worden ontwikkeld, zoals kindergeneeskunde of grote delen van topklinische zorg. Dat is hooggespecialiseerde zorg waarvoor relatief dure en specialistische voorzieningen nodig zijn. Vaak is sprake van een geconcentreerd aanbod. Dit kan natuurlijk in de tijd veranderen; deze zorg kan stabiel worden of doorgroeien zodat de zorgproducten wel geschikt worden.

De Kamer vroeg of de lijst met zorgvormen die via het vaste segment bekostigd worden, kan worden gewijzigd. Ik beperk mij tot de invoering van de prestatiebekostiging bij ziekenhuizen. In het vaste segment zitten alleen zorgvormen die niet adequaat via zorgproducten en toevoegingen op die zorgproducten bekostigd kunnen worden. Daar is geen goede prestatiebekostiging op te maken. In de brief «Zorg die loont» staan alle zorgvormen genoemd waarvoor dit geldt. Ik ga daarbij uit van de invoeringstoets die de NZa hierover eind 2009 heeft uitgebracht. Ik beschouw dit daarom als een limitatieve lijst voor invoering van prestatiebekostiging.

Er moet veel gebeuren voordat het beheersmodel medisch specialisten kan worden ingevoerd voor 2012. De overheid moet bestuurlijke afspraken en de wijziging van het beheersinstrument afronden. Dit voorstel ligt bij de Kamer. De veldpartijen moeten nieuwe toelatingsovereenkomsten tussen ziekenhuizen en specialisten bepalen en afspraken maken over de verdeling van de honorariumgrens. De NZa moet de technische uitwerking doen: vaststelling van de instellingsgrens; advies van de mutatiemogelijkheden; omzetverschuiving en herijking tarieven. Er werd gevraagd of er in het komende jaar vrije tarieven voor honoraria in het B-segment komen. Ja, in 2015. Niet in de komende jaren. Uit overleg met partijen is gekomen dat ze op dit moment behoefte hebben aan maximumtarieven.

Er werd gevraagd wie bepaalt of een medisch specialist kan kiezen voor het VIA- of het AAN-beheersmodel, die bepalen of je vrije ondernemer of in loondienst bent. Je moet aan voorwaarden voldoen voor het fiscaal ondernemerschap. De twee belangrijke voorwaarden zijn het debiteurenrisico en de verdeelafspraken. De specialist kan in overleg met het ziekenhuis kiezen voor de ene of de andere variant. Alle vrijgevestigde specialisten vallen onder het model. De Kamer vroeg naar de samenhang tussen het beheersmodel van de specialisten en de bestuurlijke deal over volumegroei. In het beheersmodel van de medische specialisten zit dat percentage van 2,5. De ziekenhuizen en de specialisten hebben daar inmiddels voor getekend. Wij proberen om de zorgverzekeraars ook bij de volumegroei te betrekken. Die hebben daar alles mee te maken. Ziekenhuizen vragen terecht waar de verzekeraar blijft. De verzekeraar koopt in op de hoeveelheid zorg, net zo goed als hij op prijs en kwaliteit inkoop. Tot nu toe gebeurt dit nog niet. Ik hoop daar over niet al te lange tijd op terug te kunnen komen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Stel dat u niet tot afspraken komt, zet dat dan deze afspraken weer onder druk?

Minister **Schippers**: Nee, deze afspraken hebben wij gemaakt met partijen die zich daaraan hebben gecommitteerd. Medisch specialisten zijn natuurlijk de kern van het ziekenhuis. Zij doen de verrichtingen. Het is belangrijk dat zij zich verantwoordelijk voelen voor zinnige en zuinige zorg. Ik vind dat te prijzen. Wij willen graag de zorgverzekeraars bij dit maatschappelijke commitment betrekken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het zetten van deze eerste stap kan behulpzaam zijn bij de afspraken die u met de zorgverzekeraars en ziekenhuizen maakt.



Minister **Schippers**: Uiteraard.

Voorzitter. Er werd gevraagd of instellingen kunnen investeren. Ja, en dat doen ze ook.

Mevrouw Gerbrands vroeg hoe ik ervoor zorg dat wachtlijsten worden voorkomen. Wachtlijsten, volume en premies hebben allemaal met elkaar te maken. De basis van dit systeem is dat zorgverzekeraars genoeg inkopen om wachtlijsten te voorkomen en niet meer dan dat. Het gaat om zinnige en zuinige zorg. Dat is soms moeilijk op elkaar af te stemmen. Je kunt ook ineens een ontwikkeling krijgen die je niet had verwacht. Het veld heeft echter Treeknormen afgesproken, normen waaraan iedereen zich verbonden heeft als zijnde verantwoord en waarbinnen men moet blijven. Die normen staan nog steeds.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Wat gaan wij doen als die wachtlijsten gaan toenemen? Er zijn voor een aantal behandelingen langere wachtlijsten dan de Treeknormen aangeven. Wat als wij toenemende wachtlijsten zien door die groeibeperking van 2,5%?

Minister **Schippers**: Het gaat mij erom dat wij een systeem hebben dat ervoor zorgt dat de zorgpremie een maximaal rendement heeft. Wij hebben daar allerlei dingen voor afgesproken. Om te voorkomen dat er in Friesland ineens bepaalde zorg niet is, is er een zorgplicht ingevoerd. De verzekeraar heeft de plicht om voldoende zorg in te kopen voor zijn verzekerden. De andere kant van de medaille is dat je, als je heel veel zorg inkoopt, niet doelmatig omgaat met de premies van de verzekerden. Daarbinnen moet je een balans vinden. Iedereen die denkt dat een overheid dat beter kan, daag ik uit. In de budgetsystematieken en in de centraal gestuurde systematieken komt dit probleem ook terug. Het is een kwestie van finetunen, de vinger aan de pols houden en elkaar erop aanspreken.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik beweer niet dat de overheid er de hand in heeft. De wachtlijsten kunnen natuurlijk een direct gevolg zijn van de omzetbeperking van 2,5%. Hoe gaan wij dat monitoren? Hoe kan dat bijgesteld worden als blijkt dat de wachtlijsten ernstig toenemen?

Minister **Schippers**: Wij zien nu volumestijgingen, die op basis van demografische en technologische ontwikkelingen aan de ruime kant zijn. Wij willen dat die stijgingen niet uit de hand lopen. Is die volumestijging nodig of niet? Wij hebben in de afspraken en de convenanten met de medisch specialisten in de ziekenhuizen niet voor niets de Treeknormen opgenomen. Het evenwicht tussen volumebeperking en goede wachtlijsten zit daarin.

Mevrouw **Leijten** (SP): De SP heeft op een rij gezet hoe het zit met de Treeknormen. In de helft van de poliklinieken voor allergologie, revalidatie, reumatologie en maag- en darmziekten worden die overgeschreden. Een derde tot de helft van de ziekenhuizen overschrijdt de norm voor borstverkleining, borstvergroting, buikwandcorrectie en heup- en knieoperaties. In academische ziekenhuizen wordt bij de helft van de behandelingen de norm overschreden. Wat gaan wij daaraan doen?

Minister **Schippers**: Ik heb uw cijfers niet kunnen inzien omdat u ze hebt uitgedeeld tijdens uw termijn. Ik vind het wel zo fatsoenlijk om naar ieders termijn te luisteren. In de ordeningspauze heb ik geen tijd gehad om ze te lezen. Het is lastig om daarop terug te komen. Ik wil uw stuk bestuderen en daarop reflecteren. Het gaat erom welk systeem ervoor zorgt dat je het beste evenwicht hebt tussen niet te veel en niet te weinig. Mijn inzet is dat het vanuit het centrale niveau minder kan dan vanuit de sector zelf.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is vreemd. In uw brief van 2 februari staat dat de wachttijden zijn toegenomen en men er niet achter kan komen hoe dat kan. De SP onderzoekt het en kan er wel achter komen. In ons rapport staan cijfers die de NZa u had kunnen geven. In heel veel gevallen wordt de Treeknorm overschreden. Wat gaat u eraan doen?

Minister **Schippers**: Treeknormen zijn aanvaarde normen. Naar aanleiding van de brief en de constatering dat die worden overschreden, heb ik de NZa gevraagd uit te zoeken hoe dit zit. U verbindt dat aan het systeem zoals ik dat wil invoeren, maar vervolgens haalt u allerlei dingen doorelkaar. U haalt dingen uit het A- en B-segment en koppelt die allemaal maar aan marktwerking. Een aantal gevallen waar zich dit voordoet, heeft helemaal niets te maken met marktwerking, maar met het kunstmatig vaststellen van staatstarieven en niet met competitie of beloning naar prestatie. Er zit van alles in uw verhaal dat doorelkaar loopt. De NZa is het orgaan dat daar het beste naar kan kijken en ik heb daarvoor de opdracht gegeven. De NZa zoekt uit wat de onderliggende zaken zijn. Is het omdat er te weinig van een bepaald soort artsen is of gaat het om andere zaken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vroeg wat wij hieraan gaan doen en u komt met een jij-bak. Ik vind dat beneden het niveau van deze discussie. Het is wel erg in de lijn van de ideologische discussie die u voert. In het rapport staat dat ziekenhuizen aangeven dat het soms ligt aan het capaciteitsprobleem. Het A- en het B-segment worden wel degelijk uitgesplitst. De NZa stelt vast dat de wachttijden toenemen. De SP heeft dit in anderhalve maand uitgezocht.

De **voorzitter**: Uw collega's hebben ook geen tijd gehad om het rapport te bestuderen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij krijgen zo vaak bij begrotingsbehandelingen initiatieven waarop gereageerd moet worden. Dat gebeurt bij alle fracties. Het stond gisteren al op de website, dus het had al bestudeerd kunnen zijn.

De **voorzitter**: Ik wil dat iedereen aan het debat deel kan nemen en voorkomen dat het een een-tweetje wordt omdat collega's niet in staat zijn geweest om het rapport te bestuderen.

Minister **Schippers**: Ik stuur de NZa het rapport van de SP toe, zodat zij dat bij haar onderzoek kan betrekken.  
Voorzitter. Mevrouw Gerbrands vroeg welke randvoorwaarden voor kwaliteit er zijn. Wij zijn bezig om die kwaliteit beter inzichtelijk te maken en daar vaart in te brengen. Dat is de motivatie achter het kwaliteitsinstituut. De verantwoordelijkheid ligt nu primair bij de sector. Medisch specialisten bepalen voor hun gebied via de wetenschappelijke verenigingen wat de beste manier is om een ziekte te behandelen. Zij weten dat ook het beste. Zij zijn als het goed is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen, de internationale stand van zaken en weten of het beter is om een pil te geven of te snijden. Wij willen er wel meer tempo in hebben. Sommige medisch specialisten hebben hun richtlijnen en protocollen prima op orde en andere zijn daar trager in. Wij gaan daarbij helpen door middel van het kwaliteitsinstituut. Dat betekent dat de kwaliteitsnormen minder vrijblijvend worden. Wij zorgen voor versnelling en betere toepassing. Het is bijvoorbeeld met de checklist rondom operaties gebleken dat een bepaalde aanpak enorm veel schade voor patiënten, zelfs overlijden, voorkomt. Toen hebben wij gezegd dat de ziekenhuizen een klein halfjaar de tijd hebben om het in te voeren. Vanaf een bepaalde datum toetst de inspectie daadwerkelijk op de nieuwe norm. Het is serious business: wij stellen normen vast en voeren die door. Bij de kwaliteit hoort

ook gepast gebruik. Er moet een evenwicht zijn tussen de kwaliteit en de kosten. Er kan van alles gebeuren om dat te verbeteren. Afgesproken is dat partijen zich extra inzetten voor het terugdringen van onnodige ingrepen, het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en het voortvarend doorzetten van de veiligheidsprogramma's. Hierdoor wordt de zorg voor patiënten beter, en het werkt kostenbesparend. Een goed voorbeeld van het succes van de afspraken is de Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, die de Orde van Medisch Specialisten (OMS) met de wetenschappelijke verenigingen heeft ontwikkeld en die hij op 28 maart aan mij heeft aangeboden. Het algemene uitgangspunt in de leidraad is: goedkoop als het kan en duur als het moet, ook ten aanzien van de kwaliteit.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik ben helemaal voor dat doelmatige voorschrijven. Mijn vraag was: zit er in de onderhandeling over de honoraria van de medisch specialisten een prikkel om minder dure medicijnen voor te gaan schrijven?

Minister **Schippers**: Dit is een deal van de specialisten zelf. Die zeggen: duur als het moet, maar goedkoop als het kan. Dat vind ik een belangrijk commitment. Het is de professionele autonomie van de arts om te zeggen: voor die patiënt moet dit en dat gebeuren. Wij hebben dat allemaal opgeschreven in richtlijnen. De arts bepaalt wat er gebeurt. Zo staat het ook in de afspraak met de orde. Wij tornen daar niet aan, maar het hoeft niet altijd op een dure manier.

Voorzitter. Er werd gevraagd hoe in het beheersmodel rekening wordt gehouden met de groeiende zorgvraag. De cruciale vraag is: wat is de zorgvraag? Zolang het een legitieme zorgvraag betreft, wordt deze met het beheersmodel niet afgeknepen. Exceptionele volumegroei wordt in het beheersmodel wel gelimiteerd. In het beheersmodel kan op verschillende manieren rekening gehouden worden met de groeiende zorgvraag. In het bedrag dat met de orde en de NVZ is afgesproken, is rekening gehouden met een maximale groei van 2,5%. Binnen de instelling maken de medisch specialisten en de raad van bestuur afspraken over de verdeling van de middelen. Die kunnen op lokaal niveau dusdanig worden ingezet dat deze het beste tegemoet komen aan de lokale zorgvraag. Het aardige van het model is, dat je andere dingen kunt belonen dan volume draaien. Als men dingen niet doet, kwaliteitsimpulsen geeft of andere afspraken maakt, zit er ruimte in het model om betere kwaliteit te belonen of meer op uitkomst te financieren. De Kamer heeft gezegd dat het ontzettend belangrijk is om in het systeem te behouden dat een ziekenhuis dat goed is en meer patiënten kan ontvangen daar ook voor wordt betaald. Een ziekenhuis dat het minder doet en patiënten verliest, krijgt niet betaald. Dat is precies een van de uitgangspunten die ten grondslag ligt aan het overgangsmodel. De NZa werkt deze belangrijke voorwaarde verder uit.

De medischspecialistenbekostiging na 2015 wordt meegenomen in de DOT. Er zijn geen verschillen in honoraria tussen ziekenhuizen en zbc's. Er is wel verschil tussen loondienst en vrije vestiging. Er wordt gevraagd hoe je een goede prijs kunt betalen als je geen informatie hebt over de uitkomsten van een behandeling. De uitbreiding van het B-segment biedt juist maximale ruimte om te onderhandelen over alle elementen van de behandeling, dus ook over kwaliteitsaspecten. De huidige tarieven zijn eigenlijk een keurslijf, dat maatwerk belemmert. De impuls en de argumentatie waarom je naar vrije tarieven wilt, is niet alleen dat je daardoor lager kunt zitten, maar ook dat je bepaalde aspecten van het beleid zoals anders organiseren of financieren mogelijk maakt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik begrijp heel goed wat de minister zegt, maar ik vroeg iets anders. Ik had het over de uitkomstindicatoren en dat wij er

nog heel weinig van hebben. Ik vraag mij af hoe wij voor 1 januari 2012 meer resultaat zien. Hoe denkt de minister dat de verzekeraars die transitieperiode doorkomen als ze geen helderheid hebben over de indicatoren? Hoe wil zij dan prestatiebekostiging effectueren?

Minister **Schippers**: Dat zal niet van de ene op de andere dag zijn, maar wel steeds beter gaan. Wij geven een enorme impuls door de vrijblijvendheid eraf te halen en door een kwaliteitsinstituut op te zetten. De voornemens en bewegingen van verzekeraars om bepaalde eisen en normen zelf te stellen, hebben een enorme ontwikkeling in gang gezet waardoor wetenschappelijke verenigingen laten weten dat er allerlei nieuwe richtlijnen en standaarden aankomen. Er ontstaat een impuls doordat een verzekeraar zegt dat er een ondergrens aan het aantal operaties wordt gesteld. Door dit systeem door te zetten, wordt die impuls alleen maar sterker. Dat betekent dat er een versnelling komt ten aanzien van de kwaliteitsnormen- en standaarden. Onderdeel van die kwaliteit is niet alleen de specialisatie om routine op te doen, maar vooral het uit de ziekenhuizen krijgen van zorg en die dichterbij huis organiseren. Deze stappen zijn daarvoor ongelofelijk belangrijk. Je schept ruimte en neemt de perverse prikkels om dingen niet te doen, omdat er bijvoorbeeld een risico is, weg. Ik stuur een brief aan de Kamer over het inhoudelijke aspect en de maatregelen die ik wil nemen om de substitutie een goede impuls te geven. Ik ben ervan overtuigd dat dit een belangrijke impuls is. Het is nodig om de vergelijkbaarheid van kosten en kwaliteit te verbeteren en ervoor te zorgen dat een specialist in een eerstelijnsinstelling anders betaald kan worden. Als hij dezelfde dbc opent als in het ziekenhuis, gaat dat niet gebeuren. Als je over de eerste lijn 100% risico loopt en over de tweede niet, is dat een blokkade om dingen in de eerste lijn te doen. Voorzitter. Ik kreeg de indruk dat mevrouw Dijkstra zei dat de DOT onvoldoende rekening houdt met de zorgzwaarte. De DOT-productstructuur houdt juist meer rekening met zorgzwaarte dan de dbc nu doet. De complexiteit van de zorg voor patiënten komt beter tot uiting in zorgproducten doordat rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld verpleegduur en zwaarte van de operaties. Ook zorg die in de huidige dbc-structuur niet goed tot uitdrukking kwam, bijvoorbeeld zorg die in de UMC's wordt geleverd, heeft binnen DOT een plek gekregen met behulp van expertproducten. Brandwondenzorg is een goed voorbeeld. In de doorontwikkeling van DOT zal de mogelijkheid van het registreren van nevend diagnoses worden onderzocht, waardoor in het systeem meer rekening kan worden gehouden met multimorbiditeit. Het proces is natuurlijk niet af. Het wordt doorontwikkeld, maar het houdt veel meer rekening met de huidige situatie.

De heer Van der Veen en anderen vroegen of er tijdig voldoende kwalitatieve informatie over overschrijdingen beschikbaar is om het macrobeheersingsinstrument effectief in te kunnen zetten. Wij hebben nu helaas ook een macrobeheersingsinstrument dat we inzetten. Dit jaar halen wij veel geld terug bij ziekenhuizen. In essentie verandert er dus niet veel aan de huidige situatie waarin in het jaar de uitgaven over het vorig jaar worden gemeten, de T+1-systematiek. Ik wil dat dat sneller gaat, maar het verandert niet ten opzichte van wat wij nu doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): U zegt dat er niets verandert en dat wij nu ook al overschrijdingen kunnen constateren. Waar hebben wij het dan net over gehad? Toen constateerden wij dat het vier jaar duurt. Ik breng in overweging hoe ingewikkeld het is. U kent ongetwijfeld het amendement-Schippers waarin wordt aangegeven dat verzekeren ook van niet-gecontracteerde zorg gebruik kunnen maken. Hoe verreken je die dan?

Minister **Schippers**: Ik heb in het eerdere debatje gesteld dat de informatiehuishouding beter moet. Daar werken het veld en wij hard aan. Ten opzichte van de huidige situatie is er geen verandering. Nu bepalen wij ook dat er geld teruggehaald moet worden. Dat gebeurt overigens al een tijdje zo. Dat wil niet zeggen dat ik blij ben met de situatie. Wij moeten er hard aan werken om die snel te verbeteren.

Voorzitter. Ik heb ten aanzien van de overgangstermijn aangegeven waarom is gekozen voor een tweejarige overgangstermijn. De NZa heeft al eerder advies gegeven over het informatieverlies en de verminderde vergelijkbaarheid nu wij overgaan van dbc naar DOT. Ook de dbc's hebben zich verder ontwikkeld. De stap van dbc's naar DOT is erg groot. De NZa, de ziekenhuizen en de verzekeraars zijn bezig met het omzetten van de dbc-productie naar de DOT door middel van conversietabellen. Het is een ingewikkelde klus, maar het kan. De uitgevoerde analyses zullen die conversie alleen maar beter maken. Via die conversie kun je ook terugkijken. Die tabellen blijven bestaan. Zo voorkom je dat informatie verloren gaat en de historische productie niet vergelijkbaar is.

Er werd gevraagd of er zorgvuldig onderzoek heeft plaatsgevonden naar de uitbreiding van het B-segment. Die discussie loopt al langer. Het is belangrijk dat er vaart komt in het proces om dit systeem te laten werken. Door iedere keer allerlei voorwaarden te stellen, wordt de tijd tot de volgende stap erg lang, worden de kosten voor ondoelmatigheid hoger en de kwaliteit slechter. Het is beter om er op een zorgvuldige manier het tempo in te houden.

De rol van de partijen is uitgebreid bediscussieerd en die ga ik niet veranderen. Mijn verantwoordelijkheid voor de infrastructuur blijft, net als die van de verzekeraars voor de zorgplicht, de acceptatieplicht en de selectieve zorginkoop. Sommige zorgverzekeraars doen dat laatste al heel lang, maar het kan nog beter. De zorgaanbieders dienen zo goed mogelijke zorg aan te bieden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In de brief – die onder anderen door de heer Wiegel is ondertekend – staat dat de partijen bereid zijn om zich in te zetten om afspraken te maken over het beheersen van de volumes. Dat is op zich sympathiek. Ze voegen er echter aan toe dat ze nog tot afspraken moeten komen over de rol en de verantwoordelijkheid van de verschillende partijen voor een meer beheerste volumeontwikkeling, voor zichtbare kwaliteit, gepaste veiligheid, etc. Het is toch heel erg raar dat partijen zeggen dat zij het er nog over moeten hebben? Hoe verhoudt zich dat tot het antwoord van de minister? Het gaat hier om de verantwoordelijkheid voor de volumeoverschrijding.

Minister **Schippers**: Ik heb mijn visie gegeven. De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van kwalitatief goede, veilige en doelmatige zorg. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een goede, veilige zorg en het definiëren van goede behandelrichtlijnen en het bieden van transparantie over kwaliteit. De overheid draagt systeemverantwoordelijkheid en zorgt ervoor dat institutionele randvoorwaarden goed vervuld zijn. Het gaat erom hoe je dit vormgeeft. Waar liggen de spelregels precies? Wat mag je samen doen van de NMa en wat niet? Dat komt in iedere sector terug. Ik wil binnen het systeem, waar wij nu vijf jaar mee bezig zijn, de rollen intensiveren en mensen ertoe aanzetten om hun rollen beter te vervullen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is heel wezenlijk. U zegt: het is helder wat de partijen moeten doen. De partijen zeggen: daar moeten wij het nog eens met elkaar over hebben. Het gaat hier om het meest belangrijke onderwerp: de volumeoverschrijding. Als u zegt dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de volumeoverschrijding, dan hoeven ze het daar ook niet meer over te hebben.

Minister **Schippers**: Als je de macronacalculatie en de ex-postmechanismen hebt afgebouwd, worden de volumes gevoeld door zorgverzekeraars. Dan hebben ze ook de verantwoordelijkheid om daarop te letten. Dat zit al in de taakomschrijving van het doelmatige zorginkopen. Het is ook niet voor het eerst dat dit naar boven komt. Dit zijn bevestigde, besproken en uitgekristalliseerde rollen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Waarom bestaat het beheersinstrument om te snijden in ziekenhuizen als de doelmatigheid op volume moet worden gerealiseerd door de zorgverzekeraars? Als de omzet stijgt, moet u het dan toch daar halen? Uw hele betoog is een geloofsbelijdenis.

Minister **Schippers**: De wereld is niet zo zwart-wit. Wij hebben allemaal een verplichting ten aanzien van doelmatigheid. Een arts heeft de verplichting om een duur geneesmiddel voor te schrijven als het duur moet, maar goedkoop als het goedkoop kan. Een ziekenhuis heeft verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid. De inrichting van de zorgprocessen moet logistiek prettig zijn voor de patiënt, maar ook doelmatig. Dit geldt ook voor de zorgverzekeraar. Dat zijn gedeelde verantwoordelijkheden en daarom zitten wij met die drie partijen rond de tafel. Het gaat om het beste resultaat voor de patiënt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is lang geleden dat het woord patiënt gevallen is in dit debat. De zorgverzekeraars houden de machtspositie om 70% vrije inkoop te doen en bepalen de volumes. Ze moeten dat volgens de minister vroeg doen omdat wij anders niet kunnen weten wat de kostenoverschrijding is. Is er echter een kostenoverschrijding, dan halen wij het weer terug bij de ziekenhuizen. Volgens mij loopt dit helemaal vast.

Minister **Schippers**: Daarover verschillen we dan van mening. Voorzitter. De commissie vraagt of er een onafhankelijke doorrekening is gedaan voor de benodigde groei voor de zorguitgaven. Het CPB heeft deze doorrekening vorig jaar zomer geleverd met een middellangetermijneraming. Het BKZ is gebaseerd op deze doorrekening.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Moet ik daaruit begrijpen dat u de onafhankelijke doorrekening die de zorgverzekeraars voorstellen, niet nodig vindt?

Minister **Schippers**: Ja, dat stelt u terecht vast.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het blijft een droeve brief voor die zorgverzekeraars.

Minister **Schippers**: Wij doen het in de juiste volgorde. Wij vragen eerst het CPB om een doorrekening. Dat komt met een middellangetermijneraming en daarop gaan wij plannen.

Voorzitter. Het macrobeheersinstrument is juridisch solide omdat het een wettelijke grondslag krijgt. Het wordt toegepast met degelijke informatie, zoals een reële raming van de zorgvraag, de CPB-raming; een duidelijke macrogrens; een duidelijke berekeningsmethodiek voor het bepalen van de overschrijding van het macrokader; degelijke informatie voor die berekening, het liefst afkomstig van betrokkenen zelf zoals van jaarstukken; en een redelijke en billijke berekening van de herverdeling van macromiddelen over de betrokkenen en wat ieder bij overschrijding moet afdragen. De macrogrens, de berekeningen en te gebruiken informatiebronnen moeten vooraf kenbaar zijn voor de betrokken zorgaanbieders.



In de rechtspraak is bij herhaling bevestigd dat de overheid de collectieve middelen mag verdelen en handhaven. Op basis van de verantwoordelijkheid voor de financiële houdbaarheid van het stelsel, is het macrobeheersingsinstrument noodzaak. Als de juiste macrocijfers worden gebruikt, is er geen vrees dat de toepassing van het instrument schipbreuk lijdt. Wetstechnisch is het instrument solide. De toepassing hangt af van het gebruik van de juiste cijfers. Ik vertrouw erop dat dit geen probleem is aangezien wij van de degelijke cijfers van het CPB uitgaan. Natuurlijk is het zo dat je niet zomaar kunt produceren. Er moet worden ingekocht door zorgverzekeraars en die moeten daarop hun countervailing power toepassen. Er werd gevraagd op basis van welke criteria wordt bepaald of zorg deels via het vaste segment wordt bekostigd. Het gaat over de criteria voor de beschikbaarheidsvergoeding. Functies die per 2012 in aanmerking kunnen komen voor gedeeltelijke of gehele bekostiging via het vaste segment, zijn functies die daarvoor uit het ziekenhuisbudget werden bekostigd, onder de reikwijdte van de WMG vallen en niet of onvoldoende zouden blijven bestaan als deze uitsluitend via de tarieven van de declarabele prestaties zouden moeten worden bekostigd, bijvoorbeeld dbc-zorgproducten of de toevoegingen daarop. Dit laatste kan het geval zijn als er geen goede prestaties voor de betreffende functies kunnen worden gedefinieerd die rechtstreeks bij een individuele zorgverzekeraar of patiënt in rekening kunnen worden gebracht of als er wel prestaties te definiëren zijn, maar de kosten van die prestatie redelijkerwijs niet geheel in rekening te brengen zijn bij individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of als deze toerekening marktverstoring zou werken.

De Kamer vroeg of ik aan de hand van een concreet voorbeeld kan toelichten hoe de criteria voor toelating tot het vaste segment worden toegepast. Een voorbeeld is de spoedeisende hulp in een landelijk gebied. Omdat in rurale gebieden relatief weinig gebruik wordt gemaakt van spoedeisende hulp, kunnen de beschikbaarheidskosten van de spoedeisende hulp niet uit de reguliere dbc-opbrengsten worden gedekt. Bij het doorberekenen van de beschikbaarheidskosten van de spoedeisende hulp in de dbc-tarieven zou zo'n ziekenhuis zich uit de markt kunnen prijzen waardoor de spoedeisende hulp niet kan blijven bestaan of de kosten evenredig zwaar zouden drukken op de verzekeraars wier verzekerden de spoedeisende hulp toevallig bezoeken. Als de spoedeisende hulp daarnaast noodzakelijk is om aan de 45 minuten norm te kunnen blijven voldoen, is een beschikbaarheidsbijdrage op zijn plaats.

De NZa heeft in een marktscan aangegeven dat in 2010 de wachtlijsten licht zijn toegenomen. Het is belangrijk dat de wachttijden binnen een aanvaardbaar niveau blijven. Het is heel goed dat de NZa hier onderzoek naar doet. Ik zal de SP-notitie daarover aan de NZa overhandigen. De NZa zal zorgverzekeraars vragen de oorzaken hiervan te achterhalen en samen met de zorgaanbieders hierop actie te ondernemen. De resultaten van dit onderzoek zullen terugkomen in de volgende marktscan. In het beheersmodel maken de raad van bestuur en de medisch specialisten gezamenlijke afspraken. In veel ziekenhuizen zijn specialisten verenigd in een stafmaatschap. De voorzitter van de stafmaatschap voert vaak namens de overige specialisten gesprekken met de raad van bestuur en de verzekeraars. De rol van de stafmaatschap past in het beheersmodel. Het gaat vooral over de kwaliteit van zorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil dat de minister ingaat om mijn betoog. De beschikbaarheidstoelage ging over het voorstel van de SAZ. Als er doorgedaan wordt met de DOT, laten wij ons volgens de SAZ bedotten. Het wegvallen van de kapitaallastenregeling zal ervoor zorgen dat er negentien ziekenhuizen verdwijnen. Wil de minister dat? Wat vindt de minister eigenlijk van de pilot in een modern Nederlands ziekenhuis over de resultaatverantwoordelijke eenheid waarbij het ondernemingsplan

gericht is op volumegroei? Daarbij wordt helemaal niet meer gesproken over de patiënt.

Minister **Schippers**: Ik wilde via de stafmaatschap komen op het plan van de SAZ. Ik ben voornemens om alleen die spoedeisende hulpen die noodzakelijk zijn voor het halen van de 45 minuten norm een beschikbaarheidsbijdrage te leveren. Dat lijkt mij de juiste gang van zaken. Het lijkt mij oneerlijk als ik het ene ziekenhuis een beschikbaarheidsbijdrage geef en het andere niet, zonder dat daar vaste normen aan ten grondslag liggen. Ik wil de verantwoordelijkheid helder verdelen. Mijn verantwoordelijkheid is dat als een spoedeisende hulp niet van de dbc-opbrengsten in de lucht kan worden gehouden, een beschikbaarheidsbijdrage aan de orde is. Overigens kom ik met een nota over de cruciale zorg en daar neem ik dit uitgebreid in mee.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het echt stuitend. De minister spreekt niet over het medisch stafconvent dat een ondernemingsplan heeft gemaakt gericht op omzetgroei. Het woord patiënt komt daarin niet voor. Dat hangt helemaal niet samen met het voorstel van de SAZ. Ik heb de minister dat voorstel gegeven bij de behandeling van de begroting en zij zou dat meenemen in het plan. Het komt niet terug. Waarom wijst zij het af? Vindt zij het prima dat er negentien ziekenhuizen naar de knoppen gaan? Misschien worden het er dertien, als zij de spoedeisende hulp overeind houdt.

Minister **Schippers**: Het gaat over de verantwoordelijkheid. Ik ben verantwoordelijk voor het goed bereikbaar zijn van de spoedeisende hulp. Ik kom daarop terug bij de nota continuïteit van cruciale zorg. Ten aanzien van dat stafconvent heb ik met de medisch specialisten in ziekenhuizen afspraken gemaakt over dingen die belangrijk zijn voor de patiënt: de veiligheid in ziekenhuizen en de kwaliteit van zorg. Daarbij draait het juist om de patiënt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb vragen gesteld over het academisch ziekenhuis in Maastricht.

Minister **Schippers**: Er zijn academische ziekenhuizen die heel moeilijke of innovatieve behandelingen doen voor patiënten. Academische ziekenhuizen kiezen hierin zelf hun profiel. Een academisch ziekenhuis kan tot de conclusie komen dat het bepaalde zorg niet goed kan leveren en het beter is als die zorg geconcentreerd wordt in een ander academisch ziekenhuis. Ik heb daar niets op tegen als die zorg voldoende beschikbaar blijft en academische ziekenhuizen die zorg leveren. Het belang is dat die zorg aangeboden blijft worden in Nederland. Daar let ik op. Voorzitter. De heer Mulder vroeg wanneer kindergeneesproducten naar het B-segment gaan. Ik heb aangegeven wat daarvoor de criteria zijn. Ze moeten eerst doorontwikkeld worden voordat dit kan gebeuren. Er werd ook gevraagd of scoliose, waarvoor nu een wachtlijst is omdat er geen vrije prijzen zijn, overgaat naar het B-segment. De NZa en DBC-Onderhoud werken samen met veldpartijen uit welke producten precies naar het B-segment worden overgeheveld. Scoliose valt daar waarschijnlijk onder.

De heer **Mulder** (VVD): Uiteindelijk leidt dat ertoe dat de wachtlijsten voor scoliose opgelost worden.

Minister **Schippers**: Ik ga ervan uit dat de financiering van zo'n behandeling in ieder geval de kostprijs zal dekken. Dan loont het voor een ziekenhuis om de behandeling te doen en lijdt het er geen verlies op.

Voorzitter. De NZa heeft in haar advies de mogelijkheden voor omzetverschuivingen van medisch specialisten verkend. Het voorstel van de NZa is heel aardig. Ik kan het op hoofdlijnen zeker onderschrijven. Zij werkt dit momenteel verder uit met de veldpartijen. Het is interessant, want het is een manier waarop je de dynamiek kunt behouden en de omzetverschuivingen kunt accommoderen. Er werd gevraagd of het macrobeheersinstrument bij prestatiebekostiging past. Het past in ieder geval in het transitie-systeem. Zolang je een systeem hebt waarin de balance of power niet goed is, moet de overheid veiligheidskleppen inbouwen. Dit is een veiligheidsklep voor de premiebetaler.

De heer **Mulder** (VVD): Kan ik hieruit afleiden dat zo gauw de transitieperiode voorbij is, het macrobeheersinstrument verdwijnt? Als je met een beperkte financiële blik naar die veiligheidsklep kijkt, lijkt het te helpen. De effecten leiden echter misschien tot extra marges op prijzen en een omzetprikkel omdat ziekenhuizen kunnen vermoeden dat er een korting komt. Dan zetten ze de prijs wat omhoog om de marge te maken en ontstaat er prijsopdrijving. Het gaat ook wellicht ten koste van de dynamiek omdat nieuwe partijen niet toetreden tot de zorgmarkt uit angst voor de hakbijl. Je haalt de dynamiek eruit en de ziekenhuizen die smalle marges hebben – en die willen wij – zijn de dupe, want die kunnen die klap niet meteen opvangen. Is dit niet een te kortzichtig financieel instrument?

Minister **Schippers**: U gaat er helemaal niet vanuit dat er zorgverzekeraars zijn die moeten inkopen. Die kopen niet blindelings in en betalen niet gewoon wat ziekenhuizen vragen. De zorgverzekeraars doen de inkoop en bekijken waar zij goede zorg voor een goede prijs kunnen inkopen. Het is juist geen belemmering voor de dynamiek. Er wordt wel degelijk tegenwicht geboden aan de producerende ziekenhuizen. Het is een instrument dat in de transitieperiode nodig is omdat de verzekeraar nog in zijn rol moet groeien. Tot die tijd vind ik het belangrijk dat ik voor de premiebetaler zo'n instrument achter de hand heb. Wanneer het afgeschaft kan worden, komt later aan de orde.

De heer **Mulder** (VVD): Ik begrijp heel goed wat de minister zegt over verzekeraars. Die moeten in hun rol komen. Los daarvan vraag ik mij af of de prikkels van dit instrument goed zijn.

Minister **Schippers**: Voor de transitieperiode wel. In die periode loopt de zorgverzekeraar nog geen daadwerkelijk risico. Als het helemaal is uitgebouwd, zou dat in 2015 moeten kunnen.

De heer **Mulder** (VVD): Maar moet je dan een-op-een inzetten? Ik kan mij voorstellen dat je voordat je dit instrument gebruikt, kijkt of er andere mogelijkheden zijn om wat te doen aan die overschrijding.

Minister **Schippers**: Het is het ultimatum remedium. Je houdt het achter de hand. Het is een tamelijk onaantrekkelijk instrument om te gebruiken. Voorzitter. De scenario's waarom de Kamer heeft gevraagd bij de begroting zijn ingezet. Het CPB is hiermee gestart. Zo mogelijk komende week ontvangt de Kamer een brief waarin het onderzoeksprogramma wordt aangekondigd en toegelicht. Ik begrijp niet wat de heer Mulder bedoelt met een BKZ op outcome. Het lijkt mij toch niet dat hij voor alles een apart kader op basis van verschillende zorgfuncties wil. Wij hebben een apart kader voor de ziekenhuizen en voor de zbc's. Dat is eigenlijk raar, want zij leveren dezelfde zorg. Daar maken wij één kader van.

De heer **Mulder** (VVD): Nu staat in het BKZ een raming voor de ziekenhuisuitgaven. Dat heet in jargon input. Eigenlijk wil je een output-BKZ, waarbij vaststaat hoeveel verrichtingen de ziekenhuizen gaan doen.

Minister **Schippers**: Dat gaat een aparte raming per zorgfunctie vereisen. Dat wordt een heel ingewikkeld systeem dat wij moeten bestuderen. Voorzitter. Mevrouw Wiegman vroeg of ik een andere toepassing van het macrobeheersingsinstrument dan een generieke wil overwegen. Dat is lastig omdat je ingrijpt in de marktdynamiek als je het anders vormgeeft. Als er goede suggesties zijn vanuit het veld of de Kamer, sta ik daar natuurlijk voor open. Ik stuur in ieder geval een aparte voorhangbrief naar de Kamer over het macrobeheersingsinstrument zodat eventuele overschrijdingen over 2012 ermee kunnen worden geredresseerd. Ik licht daarin ook toe op welke manier ik eventuele overschrijdingen zal omslaan over de instellingen. Wij kunnen dan debatteren over hoe wij dit gaan inzetten. Het huidige voorstel heeft de charme van de eenvoud. Als je er een heel ingewikkeld systeem onder zet, waardoor goede instellingen extra bestraft worden, moet je goed definiëren. Ik ben daar huiverig voor. De insteek zoals die is opgenomen in de brief «Zorg die loont», is dat de transitiefase voor verzekeraars met name wordt ingevuld door ex-postcompensatiemechanismen binnen de risicoverevening. Die ex-postcompensatie wordt geleidelijk afgebouwd. De snelheid van de afbouw zal mede afhankelijk worden gesteld van de ontwikkelingen in de prestatiebekostiging. Op dit moment wordt onderzocht in hoeverre de invoer van prestatiebekostiging en met name DOT leidt tot een schade-lastverschuiving bij de verzekeraars. Over de vraag of het transitiebedragmodel voor de ziekenhuizen ook van toepassing is op verzekeraars, met andere woorden of binnen het model nog een opbrengstverrekening met verzekeraars zal plaatsvinden, ben ik nog in gesprek met de verzekeraars. De zbc's vallen niet onder het transitiebedragmodel omdat ze geen budgetfinanciering krijgen. Het overgangsmodel is niet nodig omdat ze al in het B-segment zitten. Ze vallen wel vanaf 2012 onder hetzelfde macrobudgettaire kader en het nieuwe macrobeheersingsinstrument als de ziekenhuizen. De zbc's zijn ook partij bij de bestuurlijke afspraken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Tijdige en grondige informatievoorziening is cruciaal, want iedereen heeft daar belang bij. De minister heeft dat ook aangegeven. De minister heeft gezegd dat als de partijen er niet uitkomen, we zelf maatregelen gaan nemen. Dat vind ik heel belangrijk. Wat is de planning voor het inkorten van de inkoopperiode? Hoe lang geeft ze de partijen om dat in orde te krijgen? De minister is bezig met de afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Ze heeft aangegeven dat die afspraken op afzienbare termijn gaan komen. Waar denkt ze dan aan? Het hangt niet op een dag, maar is dat drie maanden of langer? Op een zeker moment moeten we uit het overleg komen, met welke conclusie dan ook. De minister discussieerde met de heer Mulder over de 70% van het B-segment. Wij vinden 70% het maximum. Wij zijn het met de minister eens dat dat verantwoord is. Met alles wat er nog moet gebeuren, zouden we de discussie daarover niet open moeten breken of voorlopig gesloten moeten houden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Smilde geeft aan dat de discussie gesloten moet zijn. Ik wil daar meer over horen. Betekent dat wat mevrouw Smilde betreft 70% en niet verder?

Mevrouw **Smilde** (CDA): In deze brief staat het voorstel van 70% en dat steunen wij. Het was mijn reactie op het debatje tussen de minister en de heer Mulder.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): 70% en niet verder dus?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij steunen op dit moment het voorstel van 70% en daar houden we het voorlopig bij.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik wil de minister bedanken voor haar duidelijke antwoorden. Wij zullen uiteraard de ontwikkelingen van de wachtlijsten haarscherp in de gaten houden. Wij zien de mogelijkheden voor het verminderen van de wachtlijsten door de stappen die nu gezet gaan worden. De betere kansen voor de zbc's zijn daar een voorbeeld van. Ik heb me positief uitgesproken over geconcentreerde gespecialiseerde zorg. Ik kreeg in de pauze echter het bericht onder ogen dat een bepaalde groep kankerpatiënten onvoldoende wordt doorverwezen naar gespecialiseerde ziekenhuizen. Het gaat volgens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) om 700 tot 900 patiënten met uitzaaiingen in de lever die geen doorverwijzing krijgen voor een operatie, met alle gevolgen van dien. Kan de minister onderzoeken wat hiervan de oorzaak is en hoe groot het risico is dat dit vaker gaat gebeuren nu we meer geconcentreerde specialistische zorg gaan krijgen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik blijf zitten met het gevoel dat het een alles-of-nietsverhaal is. Of we stemmen in met het complete, samenhangende, integrale pakket dat door deze minister wordt voorgesteld, of niet. Als je dat laatste doet, ben je aan het vertragen en bezig met een standstill. Dat vind ik heel erg lastig. Ik heb zelf een voorstel gedaan om wat knippen aan te brengen en heb tevens een andere volgorde voorgesteld voor het in gang zetten van allerlei maatregelen. Daar heb ik niet expliciet een antwoord op gekregen en dat zou ik wel graag krijgen.

Bij de beantwoording van alle vragen en in reactie op de twijfels ten aanzien van de uitvoering, kiest de minister voor een vlucht naar voren. Verschillende keren wordt het kwaliteitsinstituut genoemd. Geen kwaad woord over het kwaliteitsinstituut, maar het is er nog niet. Bij verschillende debatten in de afgelopen weken werd keer op keer gezegd dat het kwaliteitsinstituut een oplossing kan bieden bij of inzicht kan geven in een bepaald probleem. Ik vind het lastig om het totaalpakket van deze minister op waarde te kunnen schatten en om daar met vrede mee in te kunnen stemmen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik heb een paar vragen gesteld die niet beantwoord zijn. Uit onderzoek blijkt dat het terugdringen van de praktijkvariatie 7% tot 9% besparing op zorgkosten op kan leveren. Ik wil graag van de minister weten hoe zij die praktijkvariatie en de kosten die ermee gemoeid zijn, gaat terugdringen.

De minister heeft altijd gezegd dat ze voor goedkope zorg dicht bij de mensen is. Ik heb het voorbeeld genoemd van het mislukte overleg in Hoorn, waarin een zorgverzekeraar en het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland een goede keten-dbc wilden afspreken. Wat kan de minister doen als dit soort zaken vastlopen?

Tot slot, maar niet het minste: ik heb de minister gevraagd te komen met einddoelen. De D66-fractie staat achter het voorstel van de minister, maar vindt het belangrijk dat het heel zorgvuldig gebeurt. Wat is haar einddoel in 2015 met betrekking tot de alsmaar stijgende zorgkosten? Welke concrete tussendoelen heeft de minister zichzelf gesteld met betrekking tot de prestatiebekostiging in 2012, 2013 en 2014?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik heb de vraag aan de orde gesteld of het verstandig is wat de minister doet. Neemt de minister niet erg veel risico door al in 2012 met de transitieperiode te starten? Die zorg is alleen maar toegenomen. Ik constateer dat er nog verder gewerkt moet

worden aan de transitieperiode. Ik constateer ook dat er een commissie is ingesteld om de informatievoorziening op orde te krijgen, maar die is nu nog niet op orde. Ik constateer tevens dat de WMG alleen kan wanneer de informatievoorziening op orde is, maar die is zoals gezegd nog niet op orde. Ik heb dus grote twijfels of dat lukt. Gesprekken over de risico-verevening moeten nog plaatsvinden. Waar ik het meest van geschrokken ben is de brief van de zorgverzekeraars, zorgverleners en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), waarin staat dat men de komende periode wil gebruiken om over de eigen rol te praten. Daar heb ik heel weinig vertrouwen in. Het voorstel van mevrouw Wiegman om het geheel een jaar uit te stellen om zo zaken goed op een rij te zetten, spreekt mij ten dele aan. Ik vind dat er twee voorwaarden zijn. De motie-Van der Veen c.s. over basiszorg moet uitgewerkt worden, zodat iedereen weet waar hij aan toe is. Dat zijn die concrete doelen waar mevrouw Dijkstra het ook al over had. Er moet tevens absolute duidelijkheid bestaan over de toepassing van de WMG.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Uit de eerste termijn komt naar voren dat de minister nog met heel veel mensen in gesprek is. Ze heeft overlegd, is nog meer in gesprek en er zijn nog gesprekken gaande. Dat verklaart wellicht waarom ze zo onbereikbaar is als het gaat om wat de SP heeft gezegd. Ik heb werkelijk op bijna niets antwoord gekregen en dat vind ik nogal jammer. De SAZ heeft wel degelijk een plan gemaakt en daar is de minister niet op ingegaan. Uit die brief komt naar voren dat van de negentien ziekenhuizen die met een kleinschaligheidsbeschikbaarheids-toeslag zouden kunnen blijven bestaan, er dertien moeten sluiten wanneer de minister doorgaat met de bereikbaarheidsnorm voor spoedeisende hulpafdelingen. Neemt de minister dat voor haar rekening? Krijg ik deze keer wel antwoord?

Eén op de drie ziekenhuizen voor het B-segment gaat over de normen voor de wachtlijsten heen. Wat gaat de minister daaraan doen? Ik vraag niet wat de NZa voor onderzoek gaat doen, maar wat de minister gaat doen.

De SAZ zegt tegen het beheersinstrument van de minister te zijn. Er is een specialistenakkoord getekend, dat zegt de minister net ook. De SAZ vindt het een ongewenste dynamiek dat de grootse groeiers relatief de laagste boetes krijgen. Ik wil dat de minister daarop ingaat. De minister zei namelijk over die beheersingsmaatregel dat dat helemaal niet aan de hand is en dat we dynamiek willen. Er zijn allerlei poli's in opkomst in Amsterdam die huisartsenwerk doen. Is dat zinvolle zorg? Het is namelijk extra zorg die wel degelijk tot omzetsijging zal leiden. Gaat die er dan voor zorgen dat ziekenhuizen die zich matigen in de groei en de omzet, straks dus een relatief hogere boete krijgen? Daar zal nog een antwoord op moeten komen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik vraag me af of het nu te snel gaat. Ik heb eigenlijk heel weinig partijen horen zeggen dat ze absoluut tegen de voorstellen van de minister zijn. Het moet echter wel zorgvuldig gebeuren, en de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid moeten gewaarborgd zijn. De minister zegt dat het allemaal zorgvuldig is en heeft een transitie-model voorgesteld. Ik vind het heel jammer, want ik heb het idee dat we op die manier niet bij elkaar komen. Ik sluit me aan bij de woordvoerders van ChristenUnie, PvdA en D66, die zeiden dat die risico's goed afgedekt moeten worden en dat de tussenstappen goed aangegeven moeten worden. Dat pleidooi herhaal ik hier maar.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Mijn fractie is blij dat scoliose naar het B-segment gaat. Ik ga het samen met mevrouw Leijten vieren als de wachttijden voor scoliose weg zijn. Daar kunnen we afspraken over



maken. Als de wachttijden weg zijn, dan haalt zij het gekke zinnetje «de zorg is geen markt» van de website en als ze niet weg zijn dan moet ze maar bedenken wat ik moet doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb de minister anders ook vaak horen zeggen dat de zorg geen markt is.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Hoe gaat het nu met de kindergeneeskunde? Het komt misschien in het B-segment. Het is voor ziekenhuizen een «bleeder», want ze maken er verlies op. Is dat echt zo, en wat kun je daaraan doen?

Mijn fractie is blij dat de minister niet uitsluit dat het B-segment op termijn naar 85% gaat. We kunnen echter begrijpen dat we beginnen met 70%. Fijn dat het CPB volgende week met die studie komt. Het is volgens mij een grote studie, want de zorguitgaven gaan de komende jaren, en ook nog de jaren daarna, het politieke debat beheersen.

Ik was nog mild toen ik zei dat zorgverzekeraars niet tegen water kunnen. De minister zei eigenlijk: ga naar het hoofdkantoor en dan loop je ook nog het risico dat je een ambtenaar wordt, want misschien ga ik zelf de zorg inkopen. Men trok wat bleek weg op de publieke tribune. Misschien moeten we de zorgverzekeraars een beetje helpen met geneesmiddelen. Mijn fractie heeft het beeld dat zij met een hand op de rug gebonden moet zwemmen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Smilde stelde dat een grondige informatievoorziening cruciaal is. Uiterlijk in het najaar is helder wat wij daarover uitgewerkt hebben. Eventuele maatregelen zijn dan ook uiterlijk in het najaar bekend. Het lijkt mij dat het overleg tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en het ministerie deze maand afgerond moet zijn. Mevrouw Gerbrands vroeg inzake kankeruitzaaiingen van de lever wat de oorzaak is van niet doorverwijzen en hoe groot het risico is dat dit vaker gaat gebeuren. Dit bericht is voor mij nieuw, ik weet niet wat de oorzaken daarvan zijn en ik zal daar schriftelijk op terugkomen.

Mevrouw Wiegman vindt het een alles-of-nietsverhaal. In mijn ogen is dat niet zo. Ik heb een hele transitie waarin we nog kunnen verschuiven en bepalen hoe het flankerend beleid eruitziet. Iedereen kan zijn eigen conclusie trekken. De een zal vinden dat het allemaal een beetje laat is en langzaam gaat en een ander zal zeggen dat het misschien wat snel is. Dat is meer een verschil van oordeel. Ik heb juist niet voor een big bang gekozen waarbij ik alles in een keer doe, zonder daar flankerend beleid naast te zetten. Ik zie dat dus echt anders. Door dit parallel te doen in plaats van gefaseerd, is er op het juiste moment bij de juiste partijen de stimulans om dingen te doen. Men wordt namelijk afgerekend op waar men verantwoordelijk voor is. Dat is ook de reden om het tegelijkertijd te doen: de ziekenhuizen geven aan overal risico's te lopen en daarop te worden afgerekend, terwijl de zorgverzekeraars aan alle kanten nagecalculeerd worden. Zij vragen zich terecht af of dat wel een faire verdeling is. Ik denk niet dat het een vlucht naar voren is. In de afgelopen tijd is er heel veel gebeurd, met name op het gebied van het inzichtelijk maken van kwaliteit. Het is niet alleen maar de belofte van een kwaliteitsinstituut. Je ziet ook dat verzekeraars eisen gaan stellen aan kwaliteit en dat daardoor wetenschappelijke verenigingen in de benen komen en zelf kwaliteit gaan vaststellen. Daardoor neemt de inzichtelijkheid in rap tempo toe. Ik denk dat we samen in eenzelfde traject van transparantie en kwaliteitsverbetering zitten.

De vraag van mevrouw Dijkstra over de praktijkvariatie dacht ik beantwoord te hebben. Een zorgverzekeraar koopt niet alleen in op de prijs, maar ook op de kwaliteit. Je vraagt dan aan een ziekenhuis: hoe zit het met de hersteloperaties, waarom zijn de resultaten minder dan bij een ander ziekenhuis waar ik ook inzicht heb? Dat zijn heel legitieme vragen.

De praktijkvariatie zal als het goed is afnemen door het toenemen van maatregelen als de prestatiebekostiging en het oppakken van de rol bij de inkoop door zorgverzekeraars. Daarnaast zien zowel de ziekenhuizen als de specialisten en de zorgverzekeraars dat die praktijkvariatie er is. In de afspraken die met het ministerie gemaakt zijn, is duidelijk aangegeven dat er zuinig en zinnig kwalitatief goede zorg verleend moet worden. Daar heeft iedereen zich aan verbonden. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid.

Ik denk dat zorg in de buurt van de grond komt als het risico in de eerste en tweede lijn gelijk is. Als een keten-dbc niet van de grond komt, kan ik dat als minister echter niet afdwingen. Die verantwoordelijkheid ligt bij het veld. Mijn einddoelen zijn heel helder: goede prestaties belonen en slechte prestaties niet belonen. Daardoor wordt de zorg steeds beter en zorg je ervoor dat iedere zorgpremie maximaal doelmatig in een systeem rendeert. Daarop zijn eigenlijk alle maatregelen gericht.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Daar vroeg ik niet naar. Ik vroeg: wat zijn nou de concrete doelen? We weten hoe de kosten voor de zorg gaan stijgen als we niets doen. Wat wil de minister volgend jaar bereikt hebben? Stel, de kosten stijgen 80 mln. – ik noem een wild getal – en wij willen dat terugbrengen naar 40 mln. Ik vraag de minister om haar doelen zo in beeld te brengen. Zij hoeft daarbij helemaal niet met specifieke getallen te komen die aangeven hoeveel het dan nog mag gaan kosten. Ik wil wel de getallen horen ten opzichte van nu. Het doel is toch het beheersbaar houden van de kosten.

Minister **Schippers**: Wat de zorg mag kosten hebben we goed afgesproken in het regeer- en gedoogakkoord. Daarin staat wat het budgettair kader nu is en met hoeveel procent dat mag groeien. Ik wil dat er voor dat geld meer zorg geleverd wordt. Je moet niet alleen met elkaar afspreken wat de groei mag zijn, je moet er ook voor zorgen dat je een systeem hebt waarmee je meer zorg voor je premiegeld krijgt. Daar zijn deze maatregelen op gericht.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): We zien enorme overschrijdingen en er is nu al een enorme achterstand. Opgeteld komt dat op bijna 4 mld. Is dat bedrag al inbegrepen?

Minister **Schippers**: Dat getal bevreemdt mij zeer. De overschrijdingen zijn wel fors, maar gelukkig niet zó fors. Het is wel zo dat we die overschrijdingen op een of andere manier binnen het budgettair kader moeten oplossen. De zorg groeit in deze kabinetsperiode met 20%. Veel van mijn collega's moeten inkrimpen en de economie groeit ook niet met dergelijke percentages. Dat betekent dat de zorg eet van andere doelen die wij hebben. Het is prachtig dat de zorg mag groeien, maar het moet niet meer worden dan is afgesproken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik blijf toch met die optelsom zitten. Die overschrijdingen gaan over drie jaar. Als de minister daar wat meer een plaatje aan hangt, kunnen wij goed zien wat de prestatiebekostiging, de invoering van het systeem en de transitieperiode uiteindelijk zullen opleveren.

Minister **Schippers**: Zodra we hebben vastgesteld waar de overschrijdingen zitten, zal ik de Kamer dat precies aangeven en het inzichtelijk maken. Volgens mij overschrijdt de zorg al vijftien jaar. Het is eerder nieuws als er geen overschrijdingen zijn, dan wanneer die er wel zijn. We proberen de zorg in een rustiger groeipad te krijgen. We worden allemaal ouder en er zijn nieuwe ontwikkelingen die we ter beschikking willen

stellen aan iedereen die dat nodig heeft. Dat is allemaal heel mooi, maar we moeten niet méér groeien dan we hebben afgesproken. Voorzitter. De heer Van der Veen heeft bij de begrotingsbehandeling ook al ingebracht dat er wat hem betreft een aantal voorwaarden is, zoals evaluatiemomenten. Dat is een debat dat al langer loopt tussen verschillende partijen. In het vorige kabinet was er ook steeds discussie over hoe veel en hoe snel je moet uitbreiden en op basis waarvan. Wij verschillen daarin van mening: de heer Van der Veen vindt wat ik wil te risicovol en ik vind het te risicovol om het zo te houden als het is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is altijd treurig als goede dingen die je zegt niet worden overgenomen. Ik wil echt wegnemen dat ik gezegd zou hebben dat je niets moet doen. Ik heb gezegd: als je het doet, onderbouw het dan. Ik zit echt met een probleem. Voor alle punten die aan de orde zijn geldt dat er nog overlegd wordt, nog gekeken wordt, dat de zorgverzekeraars hun rol nog moeten invullen, etc. Dat geeft mij een heel onrustig gevoel. Ik weet niet waar ik ja tegen zeg. Wat ik wil – en ik hoor anderen dat ook zeggen – is dat er gerapporteerd wordt over de voortgang. Als wij weten wat de zorgverzekeraars wel of niet willen, weten wij waar wij aan toe zijn. Dat geldt ook voor een aantal andere zaken en voor de doelen. Natuurlijk kan het doel zijn dat betere kwaliteit beter beloond moet worden, maar een doel is ook een efficiëntere gezondheidszorg, meer samenwerken en bijvoorbeeld minder SEH's. Als een zorgverzekeraar daarmee aan de slag wil, moet hij weten waar hij aan toe is, moet hij de criteria kennen. Dat wordt bedoeld met de motie inzake basiszorg. Ik wil graag dat de minister concreter aangeeft hoe dat zit en dat wij daar met enige regelmaat op terug kunnen komen. Dan hebben wij het vertrouwen en de zekerheid dat de zaken goed onderbouwd zijn en naar iets leiden dat controleerbaar en afrekenbaar is.

Minister **Schippers**: Er is een groot verschil van mening over de vraag in hoeverre dit niet onderzocht is. Er is heel goed door allerlei mensen gekeken naar mogelijke scenario's en er is een heroverwegingsrapport gekomen. Ook de vorige minister heeft gekeken naar modellen van overgang, er was al een ander model uitgewerkt. Eigenlijk zijn we al een hele tijd aan het kijken, maar heel weinig aan het doen. D66 heeft het vaak over noodzakelijke hervormingen, dat ons land klaargemaakt moet worden voor de toekomst en voor onze kinderen en dat de gezondheidszorg betaalbaar en van hoge kwaliteit moet blijven voor iedereen, niet alleen nu maar ook straks. Wij moeten dan nu wat doen. Wij hebben niet de luxe om beslissingen te nemen zodra die verantwoord zijn. Mijn conclusie naar aanleiding van alle rapporten die op mijn bureau liggen en de studies die inzake dit onderwerp verricht zijn – en dat zijn er nogal wat – is dat wij dit nu gewoon moeten doen en dat het daar nu de tijd voor is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er bestaat geen verschil van opvatting dat er iets moet gebeuren. Het verschil is dat ik vind dat stappen die gezet worden goed onderbouwd moeten zijn. Verder is het echt niet waar dat er in de afgelopen periode niets gebeurd is. Het vrije segment is uitgebreid tot 30%. Ik had nooit gedacht dat ik dit zou zeggen, maar ik vind dit geen rechtdoen aan de vorige minister die toch een aantal dingen in gang heeft gezet. We gaan dus door op een pad dat al bestaat en waarvan we hebben gezegd dat het prima is om daarop door te lopen, maar dan wel onderbouwd. Deugdelijke onderbouwing betekent niet een pas op de plaats of dat je niets doet, maar wel dat je duidelijk maakt waarom je wat doet. De minister is nu bezig met een soort flinkheid die niet gebaseerd is op deugdelijke onderbouwing. Het lijken bijna verhalen van een gelovige, als ik mevrouw Leijten mag citeren, en daar word ik onrustig en bang van. Het is een ideologie en mijn ervaring met dingen die alleen daarop gebaseerd zijn is dat die uiteindelijk toch anders uitpakken.

Minister **Schippers**: Deze discussie lijkt veel op de discussies die gevoerd zijn met de vorige minister. Die wilde best wat meer stappen zetten en wat meer doen, maar dat mocht niet van de heer Van der Veen. Die minister zag ook in dat het van belang is het tempo er een beetje in te houden. Dat geldt ook voor de partijen die hier in zitten en de twee financieringssy-temen die we nu omhoog houden. De sector zegt daarover al jaren: laten we daar nu eens van afstappen, laten we eens weten wat het einddoel is, hoe lang het traject is, waar we heengaan en welke stappen we nemen. Dat is het eerste dat mij gevraagd werd toen ik aantrad. Dit komt niet uit de lucht vallen, dit is een stelselwijziging waar we vijf jaar geleden mee zijn begonnen. Het wordt tijd dat we het eens een keer afmaken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan ook zeggen dat het een geluk was dat ik er was, want anders waren de volume-overstijgingen nog groter geweest. Maar het gaat niet alleen over de heer Van der Veen. De minister moet niet voor niets gaan werken met de WMG. Ook het ministerie van Financiën maakt zich grote zorgen over de oncontroleerbaarheid van de kostenuitgaven.

Minister **Schippers**: De vorige minister van Financiën was nu in de krant ineens een stuk positiever over deze plannen dan toen hij nog minister was. Ik zou het prettig vinden als mensen dat ook zijn als ze in de Kamer of het kabinet zitten. Ik vind zelf ook dat die wet nodig is in een transitiefase. We zitten in een overgangsfase en het is al erg genoeg dat je dat na vijf jaar nog steeds moet zeggen. Dat instrument is nodig tot er daadwerkelijk een evenwicht is.

Voorzitter. Mevrouw Leijten noemde de SAZ. Daarop heb ik wel geantwoord, maar zij is het daar niet mee eens. Ik wil een beschikbaarheids-toeslag hebben voor als ziekenhuizen bijvoorbeeld spoedeisende hulp niet overeind kunnen houden omdat er te weinig mensen gebruik van maken. Dat vind ik een goed criterium. Ik wil dat doen op basis van normen die wij daarvoor vaststellen en die voor iedereen gelden. Ten aanzien van de Treeknormen heb ik ook geantwoord: de NZa doet onderzoek en ik zal de Kamer laten weten wat daaruit is gekomen en wat daarop gebeurt. Mevrouw Leijten zegt dat nieuwe poli's onzinnige zorg gaan aanbieden en dat ziekenhuizen die wel zinnige zorg aanbieden daar de prijs voor gaan betalen. Mijn antwoord daarop is dat de zorgverzekeraars alleen zinnige zorg moeten inkopen en ook nog daar waar die het best wordt geleverd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is weer die cirkelredenering. In ziekenhuizen wordt nagedacht over omzetmaximalisatie: hoe kunnen ze ook in de eerste lijn al gaan omzetten? Dit lijkt innovatief, zou goed zijn voor de patiënten en zou zorgen voor omzetstijging. Vervolgens wordt het ziekenhuis dat het goed doet daarvoor gekort. De NVZ zegt dat ook en de minister komt hier niet uit. Zei de minister zo-even werkelijk: wij hebben niet de luxe om pas besluiten te nemen zodra ze verantwoord zijn? Als dat zo is, neemt zij nu dus onverantwoorde besluiten.

Minister **Schippers**: Ten aanzien van de zorginkoop is het natuurlijk belangrijk dat een zorgverzekeraar daarvan zelf de risico's draagt. Door de risicoverevening af te bouwen zal de zorgverzekeraar steeds scherper letten op wat hij inkoop. Als hij dus al onzinnige zorg inkoop – hetgeen naar ik hoop maar zeer beperkt gebeurt – zal hij daar in elk geval snel mee stoppen. Ik ga geen onverantwoorde maatregelen nemen, dus ik acht dit verantwoord. Dat lijkt mij evident. Ik zit dit niet in mijn eentje te bedenken; dit is een lange lijn van besluiten waaruit dit logischerwijs volgt.

Voorzitter. Mevrouw Voortman vindt het te snel, ik vind dus van niet. Ik kom nog terug op het flankerend beleid dat we maken ten aanzien van de afbouw van de ex-postcalculaties en macroncalculaties. In antwoord op de vraag van de heer Mulder inzake kindergeneeskunde: dat blijft in A. Het

CPB komt niet met de studie, maar met de opzet daarvoor en die leg ik aan de Kamer voor.

De **voorzitter**: Ik dank een ieder voor zijn inbreng en sluit dit algemeen overleg.