

## 6

### Marktordening gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

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

De algemene beraadslaging wordt geopend.



De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Vandaag bespreken wij een wetsvoorstel dat naar zijn aard een gedrocht is. Dat is het allereerst vanwege het feit dat wij het hebben over aanvullingen op de Wet marktordening gezondheidszorg met als doel, de zorg geschikt te maken voor de markt. De zorg is echter naar zijn aard geen markt. Zorg is immers een fundamenteel grondrecht waarmee niet gehandeld mag worden en dat voor iedereen in gelijke mate ter beschikking dient te staan, afhankelijk van ieders gezondheidstoestand. Dat is hetzelfde als in het onderwijs en de veiligheid. De politiek en het onderwijs vermarkten wij ook niet. Waarom doen wij dit dan wel in de gezondheidszorg, is mijn eerste vraag aan de minister.

Een tweede punt betreft de aard van de zorg. Bij een vrije markt kan de patiënt in vrijheid kiezen. In de zorg is echter sprake van een afhankelijkheidsrelatie tussen de patiënt en de hulpverlener. Van een vrije keuze is dus geen sprake. Bovendien kan de patiënt doorgaans niet goed beoordelen welke zorg de beste kwaliteit heeft. Deze kennisachterstand is met geen duizend indicatoren of websites te verhelpen. Het is inherent aan de zorg. De bewust kiezende patiënt als consument bestaat alleen in de hoofden van de adviesbureaus en de economen die de zorg hebben gekaapt.

Hoewel de zorg en de markt zich niet met elkaar verdragen, hebben de marktideologen van de VVD en het CDA, nu zelfs gesteund door de PVV, die zich inmiddels ook heeft bekeerd tot het gouden kalf in de zorg, de Zorgverzekeringswet en de Wmg ingevoerd. Wij zitten nu met de gebakken peren. Wat hebben deze wetten en deze ordening ons de afgelopen vijf jaar namelijk opgeleverd? Allereerst hebben die ons een erosie van de moraal in de zorg opgeleverd. Niet meer vanzelfsprekend is immers dat het belang van de patiënt op de eerste plaats staat. Het product- en omzetdenken rukt op. De directeuren van ziekenhuizen melden ons vol trots dat de ligduur van de patiënt in hun ziekenhuis slechts viereuhalf dag bedraagt, wat onder het landelijke gemiddelde ligt van 5,62 dagen, jawel, een getal dat is afgerond tot twee cijfers achter de komma. Is dat de vraag? Nee, je moet je afvragen wat kwaliteit van zorg is en of de patiënt gebaat is bij die verkorting van de ligduur. Wat immers te denken van draaideurpatiënten in ziekenhuizen die te vroeg worden ontslagen vanwege het overschrijden van de ligduur die past bij die dbc?

In ziekenhuizen hebben wij geen afdelingen meer maar "resultaatverantwoordelijke eenheden". Hoe verzin je het? Waar zijn wij toch beland, vraagt ook menige medische professional zich af. Wij kennen het schandalige voorbeeld van de voorkruipzorg in het Kennemer Gasthuis in

Haarlem, waar arts en directie zich voor € 900 lieten omkopen om patiënten met voorrang te behandelen. De zelfstandige behandelcentra schieten als paddenstoelen uit de grond. Wat te denken bijvoorbeeld van de snotterpoli's en plaspoli's, waar werk wordt gedaan dat in de eerste lijn bij de huisarts thuishoort?

Een ander effect van die wetten is een wanstaltige bureaucratie, want de markt maakt achterdochtig. Ziekenhuizen zagen bijvoorbeeld hun bureaucratiekosten in enkele jaren bijna verdubbelen, een toename met 83%, ruim 300 mln., na de invoering van de dbc's. Huisartsen noemen in hun kritiek op de ingevoerde marktwerking de bureaucratie het allergrootste probleem. Zij bevinden zich daarmee overigens in goed gezelschap van de samenleving, waarin negen op de tien mensen enorme kritiek hebben op de zorg vanwege de bureaucratie. Zij ervaren dit dus ook. Een triest dieptepunt was de inval van de Nederlandse Mededingingsautoriteit bij de Landelijke Huisartsen Vereniging. Een mededingingsautoriteit hoort helemaal niet thuis in de zorg.

Ook hebben wij gezien dat bij de invoering van de dbc's een aantal specialisten heeft gecashd. Sommigen zagen hun inkomen verdrievoudigen naar zes ton per jaar. De premiebetalers zagen de ziektekostenpremies onnodig stijgen. Dit jaar groeide de vaste nominale premie circa 10%. Terwijl de premies onnodig zijn gestegen door de honderden miljoenen overschrijdingen door onnodige verspilling in de ziekenhuizen, breekt dit kabinet van VVD, CDA, met gedoogpartner in crime PVV, de zorg verder af. 90% van het pgb moet eraan geloven, maagzuurremmers moeten uit het pakket alsook de dieetvergoeding en er moet 132 mln. bezuinigd worden op de huisarts. De patiënt betaalt meer en krijgt minder.

Wat doen deze minister en dit kabinet? Ze gaan verder met de economisering van de zorg. Niet alleen wij van de SP zeggen dat. Wij bevinden ons in goed gezelschap met onze kritiek; hoogleraar beleidswetenschap Hans Maarse stelt bijvoorbeeld dat marktwerking altijd tot kostenstijging zal leiden omdat artsen worden gestimuleerd om meer omzet te draaien. Dat is precies wat wij bij de invoering van de diagnose-behandelcombinaties in de ziekenhuizen hebben gezien. Het College voor zorgverzekeringen stelt dat de invoering van de dbc's heeft geleid tot een trendbreuk, lees: een stijging in de kosten voor ziekenhuizen. In vergelijking met het eerste kwartaal van 2009, zo rapporteren de zorgverzekeraars aan het CVZ, zijn de kosten gestegen met 5,1% ofwel 416 mln. Die stijging is vooral het gevolg van de hogere lasten van de medisch-specialistische zorg. En die 416 mln. is nog maar van één kwartaal.

Daarnaast geven de cijfers ons gelijk; ook het Nederlandse volk moet niets weten van de marktwerking in de zorg. Volgens het laatste onderzoek van Maurice de Hond zegt twee derde van het volk dat marktwerking niet thuishoort in de gezondheidszorg. Zelfs 56% van de marktwerkingspartij pur sang, de VVD, vindt dat marktwerking niet in de zorg thuishoort. Maar wat doet het kabinet? Wat doet deze minister? Als een blind paard gaat zij in volle galop door op deze doodlopende weg. Dat mensen gedreven worden door hun ideologie, is niet erg, maar het wordt gevaarlijk als deze ideologie wordt bedreven zonder te kijken naar de werkelijke gevolgen die een dergelijke ideologie heeft.

Natuurlijk ziet het kabinet de kosten oplopen, maar het stelt niet het systeem dat het heeft bedacht, ter discussie en komt met oplossingen die kunnen worden geschetst

## Van Gerven

als de kwadratuur van de cirkel: het probeert het onverenigbare toch te verenigen. Daarom zegt de minister aan de ene kant: produceer, produceer, produceer! Ga de concurrentie aan op de zorgmarkt. Vervolgens wordt er een deksel gelegd op de pan die overkookt. Is het dan niet beter om het vuur uit te draaien, zo vraag ik de minister. Het probleem zit hem in het systeem van de vrije prijzen en het verrichtingenstelsel. Dat zal niet veranderen met de cosmetische operatie van de invoering van het DOT-systeem en de uitbreiding van de vrije prijzen naar 70% van de ziekenhuisomzet. Dan zal de omzetvermeerdering immers nog centraler komen te staan.

De minister is in onderhandeling met de ziekenhuizen en verzekeraars en heeft afgesproken dat de groei slechts 2,5% per jaar mag zijn. Gaat het dan om werkelijke volumegroei of slaat die 2,5% groei op het volume en de prijsstijgingen? Is het dus volume maal prijs? En hoe valt dat te rijmen met de groei van 5,1% op jaarbasis die ik zojuist genoemd heb, tot zelfs 7,4%, die wij de afgelopen jaren hebben gezien? Staat een toegestane groei van 2,5% niet gelijk aan een groei van de wachtlijsten? Die zijn, in weerwil van wat velen zeggen, nog steeds niet opgelost en heren der alweer aan het groeien. Zie ook het rapport dat de SP daar enkele maanden geleden over heeft gemaakt.

De minister beperkt de zorguitgaven met het telraam in haar hand. Bij overschrijdingen wordt niet gekeken of er behoefte is aan extra investeringen of extra zorg, maar wordt de botte bijl gehanteerd. De SP wil de macrokosten van de zorg in de hand houden, maar dan wel op basis van de werkelijke zorgbehoefte. Het Budgettair Kader Zorg dat het kabinet hanteert, is niet afgestemd op het behoeftecriterium, maar op de ruimte die het ministerie van Financiën laat en kennelijk toestaat. De SP is bezig met een amendement waarin wordt geregeld dat het zorgbudget niet wordt afgestemd op het Budgettair Kader Zorg, dat op het ministerie van Financiën wordt bedacht, maar op de werkelijk bestaande behoefte aan zorg. Dat is om het recht op zorg beter te verankeren.

De SP-fractie stelt voor dat het Sociaal en Cultureel Planbureau deze zorgbehoefte jaarlijks raamt. Het SCP is onafhankelijk en monitort ook al de kosten van de Wmo. Het zal deze rol wat mijn fractie betreft goed kunnen vervullen. Door het Budgettair Kader Zorg vast te stellen op basis van de werkelijke zorgbehoefte worden we niet elk jaar verrast door een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg, wat al jaren schering en inslag is.

Verder stelt de SP-fractie voor om ter beteugeling van de bureaucratie geen DOT-systeem, geen "bedottingssysteem", in te voeren, de diagnose-behandelcombinaties af te schaffen en het bestaande budgetsysteem te moderniseren. De budgetten die de ziekenhuizen krijgen, moeten een weerspiegeling vormen van de geleverde zorg aan de hand van een beperkt aantal parameters, waarbij in ieder geval de adherentie en de zorgintensiteit van de behandeling van patiënten worden betrokken. Daarbij valt te denken aan een systeem dat vergelijkbaar is met de toedeling van middelen aan gemeenten in het kader van de Wet werk en bijstand. Hierbij ademt het totale ziekenhuisbudget mee met werkelijke aantal geholpen patiënten en de totale landelijke behoefte aan ziekenhuiszorg.

Als randvoorwaarde dient naast kwaliteitsnormen ook aan de Treeknormen inzake de wachtlijsten te worden voldaan door de ziekenhuizen. Deze Treeknormen zijn wat de SP-fractie betreft ook toe aan een herijking. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister waaruit blijkt of zij het met de SP-fractie eens is dat de Treeknormen herijkt en

opnieuw bekeken moeten worden. Ze zijn inmiddels namelijk een jaar of tien oud.

In het systeem dat de SP-fractie voor ogen staat, zitten ook doelmatigheidsprikkels, omdat ziekenhuizen die beter georganiseerd zijn op deze manier een financieel voordeel behalen waarmee extra in de geboden zorg kan worden geïnvesteerd. In het systeem dat wij voorstellen, wordt wat ziekenhuizen eventueel overhouden aan geld, niet als winst uitgekeerd aan particuliere beleggers en anderen, maar opnieuw geïnvesteerd in de zorg, waar het voor bedoeld is. In de schriftelijke beantwoording geeft de minister in antwoord op ons voorstel aan dat zij voorstander is van een eenvoudig, rechtvaardig en transparant bekostigingssysteem dat instellingen aanzet tot zinvolle en efficiënte zorg, maar dat zij niet de mening deelt dat het zojuist door mij beschreven systeem daartoe leidt. Ik vraag de minister om dit te onderbouwen, aangezien ze dit niet heeft gedaan in haar schriftelijke beantwoording. Ze stelt dit alleen.

Ook vragen wij de minister om een onderzoek te doen naar de invoering van een dergelijk gemoderniseerd budgetsysteem. Ik overweeg daarover een motie in te dienen. Iedereen die de actualiteit volgt, heeft kunnen lezen dat vele ziekenhuizen met angst en beven de DOT-systematiek zien aankomen. Sommige ziekenhuizen zullen mogelijk een kwart van hun inkomsten zien veranderen door de invoering van het DOT-systeem. Ik denk dat er alle reden is om te gaan voor een plan B, dat in de ogen van de SP een beter plan is.

De minister wil de Wet marktordening gezondheidszorg wijzigen, zodat het mogelijk is om geld terug te vorderen van specialisten die te veel verdienen hebben. De SP-fractie zou liever een systeem maken waarbij voorkomen wordt dat specialisten te veel verdienen. Dat kan door de specialisten in loondienst te laten werken, tegen een maatschappelijk aanvaardbaar salaris onder de balkenendenorm. Ik begrijp best dat daartegen veel weerstand bestaat bij de vrijgevestigde specialisten, maar het is onacceptabel dat vrijgevestigde specialisten soms twee keer zo veel verdienen als hun collega's in loondienst die hetzelfde werk doen. Ook is het een groot probleem voor de academische ziekenhuizen, die moeite hebben om goede specialisten vast te houden omdat die als vrijgevestigde veel meer kunnen verdienen. Ik zou zeggen: ga hierover eens praten met de anesthesiologen.

De SP staat niet alleen in haar mening over specialisten in loondienst. Zij bevindt zich weer in goed gezelschap. Twee derde van Nederland vindt dit ook logisch. Zelfs 56% van de VVD-stemmers vindt dat ook. Het kan ook 54% zijn; ik kijk in dit verband naar de geachte afgevaardigde Mulder. In ieder geval is een meerderheid van de VVD-stemmers van mening dat het voor de hand ligt om specialisten in loondienst te laten werken. De SP heeft daarom een amendement in voorbereiding om alle specialisten die nieuw intreden, in loondienst te laten werken. Daarmee slaan wij twee of meer vliegen in een klap. Kostenoverschrijdingen door exorbitante specialisteninkomens zijn niet meer aan de orde, omdat wij uitgaan van een cao-loon. Tevens vervalt de prikkel om meer omzet te draaien vanwege de inkomsten. Tot slot verdwijnt het georganiseerde wantrouwen over het feit dat specialisten behandelingen verrichten vanwege het geld.

Ons voorstel heeft maatschappelijk draagvlak en is een eerlijk, transparant systeem. Om de belangen van een uitstervende groep specialisten te verdedigen, komt de minister echter met een ingewikkeld compromis rondom fis-

## Van Gerven

caal ondernemerschap en dergelijke. Minister, is de hele discussie over fiscaal ondernemerschap niet gewoon een ordinare inkomenskwestie van specialisten voor wie veel kennelijk nog niet genoeg is?

Ik wil nog even stilstaan bij de beschikbaarheidsbijdrage. De SP heeft al vaker voorgesteld dat een dergelijke bijdrage voor ziekenhuizen wenselijk is om kleinschalig werkende ziekenhuizen in stand te houden en kleinschaligheid te bevorderen. Is de minister bereid om de beschikbaarheidsbijdrage zodanig vorm te geven dat schaalverkleining in ziekenhuizen wordt gestimuleerd en de huidige trend naar ongewenste schaalvergroting wordt gekeerd? Ooit hadden wij een fusiebonus in de zorg. Waarom maken wij nu niet het spiegelbeeld daarvan, namelijk een kleinschaligheidsbonus? De samenleving vraagt immers om het behoud van de streekziekenhuizen en van de kleine ziekenhuizen. Dan moet je dit ook financieel borgen en aantrekkelijk maken. Dat kan heel goed via het element van de beschikbaarheidsbijdrage. De SP hecht hier extra aan omdat ziekenhuizen niet mogen verworden tot groot-schalige productiefabrieken.

Enkele leden der Kamer waren deze week bij de discussie over de eerstelijnszorg in Nieuwspoor. Ik kan iedereen aanraden om het verslag daarvan te lezen, met name dat van de lezing van professor Blijham. Hij brak een lans voor de kleine ziekenhuizen. Hij stelde dat er in allerlei plaatsen in Nederland over vijf jaar groepen huisartsen of artsen zullen zijn die het een goed idee vinden om weer een klein ziekenhuis op te richten. Opnieuw oprichten is echter veel moeilijker dan iets niet te laten kapotgaan. Ik doe daarom met klem een beroep op de minister om daar goed naar te kijken. Wij zien namelijk dat het misgaat in Oost-Groningen; wij zien dat het misgaat in Zeeland. Een corrigerende, begeleidende hand van de overheid is daar broodnodig.

Tot slot: het streekziekenhuis is naar mening van de SP een essentieel onderdeel van de ziekenhuiszorg, waar de beste zorg op menselijke maat kan worden geboden.



**Mevrouw Smilde (CDA):**

Voorzitter. Enkele weken geleden hebben wij gesproken over de toekomst van de ziekenhuiszorg, over de invoering van de prestatiebekostiging, de DOT's en het vereveningssysteem. Om een en ander zorgvuldig te laten uitvoeren, hebben wij aanpassingen nodig in de Wmg, de Wet marktordening gezondheidszorg. De bevoegdheden om overschrijdingen te redresseren, om begrenzingen aan te brengen en om een beschikbaarheidsbijdrage te kunnen toekennen, moeten wettelijk veranderd worden en dat doen wij nu.

Prestatiebekostiging is een goede manier om de zorgvraag te financieren: boter bij de vis; je krijgt wat je betaalt. Het is in principe echter wel een openeindfinanciering. Daarom gaan wij maatregelen nemen om de zorgverzekeraars en zorgaanbieders ertoe te brengen om goede zorg tegen een redelijke prijs aan te bieden. Het is immers onze verantwoordelijkheid om de zorgkosten beheerst te laten groeien. Wij ontkomen dus niet aan een beheersmodel voor medisch specialisten en ook niet aan een financiële begrenzing.

In het kader van de algemene beheersbaarheid hebben wij een vraag over de financiële informatievoorziening. Er wordt bezien op welke wijze deze verbeterd kan worden, zodat er sneller betrouwbare data komen. Hoe en wan-

neer zijn hiervan de resultaten te verwachten? Het CDA benadrukt de noodzaak hiervan. Het is immers van groot belang voor een betrouwbare afbouw van ex post vereveningsmechanismen, voor de vaststellingen van de omzetting van zorgaanbieders, eerder inzicht in overschrijdingen etc. Dat wacht op betrouwbare data.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Mevrouw Smilde, ik heb het steeds als volgt begrepen, volgens mij u ook. De markt, met name de concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het hebben van goede prestatieomschrijvingen, zou leiden tot een efficiënter en doelmatiger gezondheidszorg. U zegt: met de prestatiebekostiging loop je het risico op een open einde en daarom is het heel goed dat er een budget komt waardoor overschrijdingen teruggehaald kunnen worden. Het is echter van tweeën één: of je hebt veel vertrouwen in een systeem dat tot een efficiënte productie en prijsstelling leidt – dan heb je geen budgettaire kap nodig – of je gelooft er niet in, waardoor je wel een budgettaire kap nodig hebt. Het kan echter niet allebei. Daarom vraag ik mevrouw Smilde: waarom is er een budgettaire kap nodig als in het kader van het marktdenken geen overschrijdingen zouden plaatsvinden?

**Mevrouw Smilde (CDA):**

Het gaat hierbij niet om een budgettaire kap in de zin van een budget. Het gaat hierbij in generieke zin, voor het totaal, om een begrenzer vanwege de verantwoordelijkheid die wij hebben om niet boven het BKZ uit te komen. In dat kader hebben wij een aantal maatregelen genomen waardoor de individuele aanbieder met de prestatiebekostiging uit de voeten kan. Generiek ontkomen wij echter niet aan een begrenzing. Het is mij een lief ding waard als de markt inderdaad zijn werk doet. Het is een ultimatum remedium. We leggen het wettelijk vast, omdat het onheus is om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te confronteren met iets wat geen wettelijke verankering heeft. Wettelijke verankering is namelijk een goede gewoonte in dit land. Volgens mij is het als ultimatum remedium zeer te verdedigen dat wij binnen het budgettaire kader zorg moeten blijven. Dat is namelijk ook onze verantwoordelijkheid.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Ik ben ook heel blij met deze maatregel, omdat ik geen enkel geloof in de markt heb. U bevestigt eigenlijk dat de markt tot omzettingen leidt – tot nu toe blijkt dat ook – en dat je iets achter de hand moet hebben om dat af te kappen.

**Mevrouw Smilde (CDA):**

Ik heb vertrouwen in een competitie-model tussen de verschillende aanbieders en marktpartijen, om met de prestatiebekostiging tot een goede afweging van kwaliteit en prijzen te komen. Zoals ik al zei, ontkomen wij op basis van onze overheidsverantwoordelijkheid niet aan een begrenzer.

Voorzitter. Voor goed bestuur van een zorginstelling moet de raad van bestuur in staat zijn om de totale eindverantwoordelijkheid te dragen. Met het voorstel voor een Wet cliëntenrechten zorg worden een aantal zaken op het terrein van governance geregeld. Ik verwijs naar bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de raad van bestuur, de autonomie van medisch specialisten en de onderlinge relatie tussen deze professionals en de raad van bestuur.

## Smilde

De manier waarop gedeclareerd wordt, is hieraan nauw gerelateerd. De ziekenhuisdirectie moet hiervoor verantwoordelijk zijn, maar de medisch specialist heeft zijn eigen, autonome, medisch inhoudelijke, invulling. Daarom mijn complimenten voor de minister vanwege de afspraken die zij met ziekenhuizen heeft gemaakt. Dat draagvlak is een goed begin om het goed te kunnen vormgeven, maar ik heb nog wel een vraag aan de minister. Er wordt nog met ziekenhuizen over volumegroei onderhandeld. Is de afspraak die met medisch specialisten is gemaakt niet een geweldige stimulans om ook met ziekenhuizen tot een afspraak te komen?

In het verslag hebben wij al vragen gesteld over de mogelijkheid voor medisch specialisten om vrijgevestigd te blijven. Een groot deel van hen geeft daar namelijk de voorkeur aan. Wij hebben begrepen dat dit via het VIA-beheersmodel gerealiseerd kan worden. Begrijpen wij goed dat er alleen sprake is van een VIA-beheersmodel als medisch specialisten met de raad van bestuur afspraken maken over de verdeling van honorariuminkomsten, met als consequentie dat de medisch specialist als fiscaal ondernemer erkend wordt? Wie neemt in een ziekenhuis het initiatief voor het maken van dergelijke afspraken? Zijn alle toelatingsovereenkomsten die gewijzigd moeten worden, tijdig geactualiseerd?

Individuele medisch specialisten kunnen niet verplicht worden om deel te nemen aan een stafmaatschap. Hoe moeten wij dat nu zien? Wordt per ziekenhuis geregeld of met het ene of het andere model wordt gewerkt of op het niveau van de individuele medisch specialist?

Een bron van ergernis was dat de inkomens van de ondersteunende specialisten uit de pas liepen en veel hoger uitkwamen. Is dat nu van de baan? Ten behoeve van de beheersbaarheid van de kosten van medisch specialisten wordt per instelling een maximale kostenvergoding vastgesteld voor de diensten van medisch specialisten. Toch wil de minister een productieprikkel voor medisch specialisten houden om wachtlijsten te voorkomen. Hoe ziet zij dat in de praktijk voor zich? Zowel ziekenhuis als medisch specialist zal toch inzetten op een groter volume. Vandaar het belang van die afspraken. We zouden het echter nog liever ook in het systeem ingebed zien.

De NZa is een onderzoek gestart om de honorariumtarieven te herijken. Wanneer zijn de resultaten bekend, hoe zal worden herijkt en aan de hand van welke gegevens zal dat gebeuren?

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik heb een vraag met betrekking tot specialisten in loondienst, waarover de SP een amendement gaat indienen. Wat vindt de CDA van dat idee?

**Mevrouw Smilde (CDA):**

In de vorige periode hebben wij het verzoek van naar ik meen de heer Van der Veen gesteund om de minister van VWS eens de wenselijkheden van de verschillende mogelijkheden voor de specialisten op een rijtje te laten zetten. Daar kwam uit dat een medisch specialist in loondienst niet veel voordelen had. Loondienst en niet-loondienst hielden elkaar wat de voor- en nadelen betreft een beetje in evenwicht. Als wij nu met de medisch specialisten afspraken kunnen maken waarbij een groot aantal van hen er de voorkeur aan geeft om als vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam te zijn, dan hebben wij daar geen bezwaar tegen. Bovendien constateren wij dat er nu afspraken zijn gemaakt. Ook zijn er afspraken gemaakt over

norminkomens van medisch specialisten. Wat dat betreft moeten we een stuk vrijheid laten. Wij hebben er geen behoefte aan om alles onder loondienst te brengen.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik constateer dat het CDA, althans de geachte afgevaardigde hier, er anders over denkt dan 80% van de kiezers die het CDA op dit moment nog heeft. U haalt een onderzoeksrapport in opdracht van het ministerie aan over al dan niet in loondienst werken. In dat rapport staat ook dat vrijgevestigd zijn tot meer omzet leidt. Er is geen duidelijk antwoord op de vraag wat dit betekent voor de kwaliteit van de zorg. Ook staat in het rapport dat artsen die in loondienst werken meer tijd besteden aan managementtaken, aan andere taken in het ziekenhuis, terwijl de vrije jongens bezig zijn met geld verdienen. U kunt dat onderzoek toch als een valide onderzoek kenschetsen wat betreft de morele vraag of wij in de zorg niet snel toe moeten naar een situatie waarin het inkomen van een arts gekoppeld is aan de verrichtingen die hij uitvoert; de arts bepaalt die verrichtingen namelijk zelf en de patiënt kan daar niet vrij in kiezen, zoals in vele andere beroepen.

**Mevrouw Smilde (CDA):**

Ik ga ervan uit dat een professionele medisch specialist die zorg geeft die nodig is in een bepaald geval. Ik ga ervan uit dat hij niet aan overbehandeling doet. Als we dat vertrouwen niet meer hebben, zijn wij wel een heel eind heen. De mogelijkheid van medisch specialisten om vrijgevestigd te zijn roept helemaal niet al die bezwaren op waarvan u gesproken heeft. Er zijn uiteindelijk afspraken over norminkomens gemaakt. Ook hebben wij gezegd dat wij met de prestatiebekostiging in de weer gaan. Wij hebben nog helemaal niet gezien hoe de zorgverzekeraar die meer risicodragend wordt, uiteindelijk selectiever gaat inkopen. Wij hebben gezien dat medisch specialisten er gevoelig voor waren om met de minister afspraken te maken. Als we het dan toch over getallen hebben: wij willen de zorgkosten terugdringen. Vorige week heb ik gelezen dat 85% van de SP-stemmers inderdaad vindt dat de zorgkosten in Nederland te hoog zijn. Toen ik dat las, voelde ik mij zeer gesterkt in mijn streven daar iets aan te doen.

**De voorzitter:**

De heer Van Gerven, tot slot. Ik herinner de leden er nog even aan dat het in dit huis gebruikelijk is om via de voorzitter te spreken.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik constateer dat 85% van de SP-stemmers de zorgkosten veel te hoog vindt, omdat ze niet inkomensafhankelijk zijn. Met name de lagere inkomens betalen de rekening; dat is het probleem. Als de premies inkomensafhankelijk zouden zijn, zou er meer solidariteit zijn. Een grote meerderheid van de mensen die in het ziekenfondsstelsel zaten, wil terug naar het oude ziekenfondsstelsel. Nu moeten zij meer betalen terwijl het pakket wordt uitgekleed. Daarom vindt een grote meerderheid dat zij veel te veel betalen.

Tot slot ga ik naar de morele kant. Mevrouw Smilde zegt: als wij de specialist niet meer kunnen vertrouwen, waar zijn wij dan? De praktijk is namelijk, zoals in het Kennemer Gasthuis is gebeurd, dat er allerlei onzinpoli's ontstaan die medisch gezien niet efficiënt en niet noodzakelijk zijn. Dat heeft allemaal te maken met de omzetvermeerdering. Zou een systeem waarin in ieder geval die

## Smilde

schijn van belangenverstrengeling wordt vermeden niet veel beter zijn?

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Ik ben altijd een beetje aarzelend om morele kwesties aan de orde te stellen. De beroepsgroepen zijn druk bezig om met allerlei zorgstandaards te komen. Wij mogen van professionals in de zorg verwachten dat zij handelen volgens hun professionele vakkenis en dat er geen sprake zal zijn van overbehandeling. Wat het Kennemer Gasthuis betreft: wij waren er toen ook op tegen. De voorganger van deze minister heeft dat ogenblikkelijk voorkomen. In een overgangssituatie heb je momenten waarop men de grenzen opzoekt. Als een grens wordt overschreden van wat wij als overheid acceptabel vinden, redresseren wij dat. Dat was het geval met het Kennemer Gasthuis, maar dat werd meteen zeer adequaat in de kiem gesmoord.

De NZa kan aan de zorgaanbieder een grens opleggen. Het meerdere moet de zorgaanbieder dan afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Wie bepaalt deze grens? Immers, de minister heeft gezegd dat er een macro budgetteringsgrens is – voorzitter, het zijn allemaal vreselijke technische termen en dit debat is voor de publieke tribune heel erg, maar ik ontkom er niet aan – omdat een individueel ziekenhuis zal moeten kunnen groeien, als zij het daar goed doen.

De **voorzitter**:

Ze vertrekken gelijk!

Mevrouw **Smilde** (CDA):

De minister bepaalt wanneer er sprake is van een macro meeromzet en, zo ja, hoeveel er dan moet worden afgedragen door die zorgaanbieder. Hoe gaat dat nu in de praktijk? Blijft de zorgverzekeraar hierbij buiten schot? Die koopt uiteindelijk de zorg in, straks zelfs voor 70% vrije prijzen. Deze zal proberen zorg efficiënt en doelmatig in te kopen, waardoor een systeem van kostenbeheersing ontstaat, aldus de nota naar aanleiding van het verslag. Dat is waar, maar over het volume wordt niets gezegd. Kan de minister aangeven of in de nieuwe situatie van meer risicodragendheid voor zorgverzekeraar en zorgaanbieder overschrijdingen ook gevolgen hebben voor de zorgverzekeraar? Wanneer er overschrijdingen zijn, komt dan ook in beeld waardoor ze er precies zijn, bijvoorbeeld ten gevolge van een systeemfout?

Ten slotte kom ik bij de beschikbaarheidsbijdrage. Om bepaalde vormen van zorg te kunnen waarborgen, moet de overheid stimuleren dat zorg ook op plaatsen wordt verleend waar dat misschien niet voor de hand ligt. Wij lezen de criteria voor de beschikbaarheidsbijdrage: zorg die uit het oogpunt van algemeen belang op een of meer plekken in Nederland moet worden aangeboden, zorg die zonder bijdrage niet of onvoldoende zal blijven bestaan. Wij leggen die criteria wettelijk vast. De NZa krijgt door middel van een algemene maatregel van bestuur de bevoegdheid om vast te stellen wie de beschikbaarheidsbijdrage krijgt. Is die AMvB al gereed?

Wij zijn het met de minister eens dat een beschikbaarheidsbijdrage die als beschikking, dus individueel wordt toegekend, verstorend kan werken voor een level playing field. Maximale duidelijkheid is dus gewenst. Het gaat er dan om dat wij niet alleen criteria vaststellen voor vormen van zorg, maar ook de afweging maken in welk geval er wel of niet wordt toegekend. Dat kunnen wij nog niet duidelijk lezen uit de memorie van toelichting of de nota naar

aanleiding van het verslag. Wij willen van de minister weten om welke vormen van zorg het precies gaat en wat de afweging zal zijn. Wij lezen een opsomming van mogelijke functies die al dan niet gedeeltelijk in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Is dat een limitatieve opsomming? Voor welke vorm van toppreferente zorg geldt een beschikbaarheidsbijdrage bijvoorbeeld? Daarop krijg ik graag een nadere toelichting.

De NZa geeft beschikkingen voor een bepaalde tijd. Moet de aanbieder een beschikbaarheidsbijdrage aanvragen? Sommige vormen van zorg kunnen deels via een beschikbaarheidsbijdrage. Laten wij de spoedeisende eerste hulp nemen: wanneer geldt daar de beschikbaarheidsbijdrage, bijvoorbeeld in een landelijk gebied? Begrijpen wij het goed dat een aanbieder van spoedeisende eerste hulp eerst moet aantonen dat hij onvoldoende omzet genereert om die SEH te kunnen verzorgen voordat hij in aanmerking komt voor de beschikbaarheidsbijdrage? Of is het voldoende om aan te tonen dat deze SEH noodzakelijk is voor de 45-minutennorm? En als daarvan sprake is, wie bepaalt dat dan en moet dit jaarlijks aangetoond worden?

Wij komen nog te spreken over de cruciale zorg, waarbij een goede spreiding over Nederland geborgd moet zijn. Daarbij hoort ook een heel zorgvuldige en goede spreiding, echt over heel Nederland. De beschikbaarheidsbijdrage kan daarbij een rol spelen. In die zin zou bereikbaarheid van zorg ook een criterium kunnen zijn. Daarop krijg ik graag een reactie van de minister.

Tot slot: behoren ook de add-ons tot de vormen van zorg waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage of de bekostiging van de intensive care geldt?

□

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. We bespreken hier enkele wijzigingen van de Wmg die de gezondheidszorg weer een paar stappen verder brengt in het proces van de markthervorming. Ik zeg "markthervorming" en niet "hervorming". Daarmee sluit ik mij aan bij de uitspraak van professor Maarse, die eerder werd aangehaald door de heer Van Gerven. Echte marktwerking speelt in onze gezondheidszorg immers in feite slechts een bescheiden rol. Het gaat hier om geregeerde marktwerking. Die regulering is vooralsnog noodzakelijk om de solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit in de zorg te waarborgen.

De meeste landen om ons heen hanteren een systeem met zowel marktwerking als overheidsregulering, waarbij het accent soms wat meer naar de ene kant schuift en soms naar de andere kant. Van de 29 OECD-landen ligt bij 14 landen het accent op marktwerking en bij 15 landen ligt het accent op overheidssturing. Opvallend daarbij is dat het voor de prestaties van de gezondheidszorg niet veel uitmaakt welk systeem gehanteerd wordt. Deze minister wil dat het accent in de Nederlandse gezondheidszorg meer naar marktwerking gaat omdat dit de kwaliteit en de betaalbaarheid ten goede komt. Wij kunnen ons daar prima in vinden, maar wij maken ons net als anderen zorgen over de volumestijging.

**Voorzitter: Verbeet**

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Nog even naar aanleiding van het OECD-onderzoek: u gaf aan dat het voor de prestatie niet uitmaakt of het accent ligt op marktwerking of overheidssturing. Hebt u bij die 14

## Gerbrands

en die 15 landen ook gekeken naar de kosten en naar het verschil tussen die kosten?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

De uitkomsten zijn gelijk. Of je nou meer naar de ene kant of meer naar de andere kant gaat, daar zit niet veel verschil in.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Ik zou mij kunnen voorstellen dat in het OECD-rapport staat dat overheidsgestuurde systemen iets goedkoper zijn.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Ik ga dat voor u nakijken en ik kom daar in tweede termijn op terug. Ik heb daaruit gehaald – ik moet zeggen dat ik het niet helemaal heb doorgelezen – dat er niet veel verschil in zit. Misschien is er enig verschil. Wat is een groot verschil? Ik zeg bij dezen echter toe dat ik hier bij u op terugkom.

Wij maken ons zorgen over de volumestijging. De minister zet hiervoor gedurende de transitiefase een begrenzingsinstrument in, zodat overschrijdingen van het macrobudget teruggehaald kunnen worden. Tijdens de transitiefase zal er een oplossing moeten komen en moet een consensus ontstaan ten aanzien van het spanningsveld van enerzijds de marktwerking en anderzijds de regulering. Kortom: de markt zal zich hervormen.

Wij hebben wel een paar opmerkingen over het macrobeheersinstrument van de minister. De eerste opmerking betreft het al dan niet tijdelijke karakter ervan. Wij vinden het verstandig om het macrobeheersinstrument achter de hand te hebben tijdens de transitiefase, maar met de transitie dient wat ons betreft ook dit instrument beëindigd te worden. Wij willen over vier jaar niet nog steeds "stuck in the middle" zitten. Wij constateren echter dat de minister dit instrument handhaaft. Feitelijk betekent dit dat als ziekenhuizen de afgesproken volumegroei overschrijden, zij dit niet vergoed krijgen van de zorgverzekeraars en bovendien een korting opgelegd krijgen door de minister. Volgens ons gaat hier een heel verkeerde prikkel van uit. Wij zien dan ook graag dat de minister zich uitsprekt over het tijdelijke karakter van het macrobeheersinstrument. In dat kader verneem ik ook graag wat de minister met de aangenomen motie-Mulder heeft gedaan, waarin de regering wordt verzocht om naar een alternatief instrument te zoeken.

Mijn tweede opmerking over het macrobeheersinstrument betreft het buiten schot blijven van de zorgverzekeraars. Alle risico's van overschrijdingen komen namelijk bij de ziekenhuizen te liggen. Komt er nog een instrument voor de zorgverzekeraars? Ik bedoel dan niet alleen het afschaffen van de vereveningssystematiek. Bij overschrijdingen is de zorgverzekeraar mede verantwoordelijk, maar nu wordt de rekening alleen bij de ziekenhuizen neergelegd.

Wij zijn blij met de totstandkoming van het beheersmodel voor de vrijgevestigde medisch specialist. We hebben altijd gewezen op het belang van draagvlak onder het veld en dat draagvlak lijkt er nu te zijn. Vraag is wel of het nieuwe model van de toelatingsovereenkomst al door Financiën is beoordeeld wat betreft het fiscaal ondernemerschap. Graag een antwoord van de minister daarop.

Uit het convenant begrijpen we dat er een verdeling afgesproken wordt tussen een regulier en een variabel deel. Voor het reguliere deel gelden bindende productieafspraken

in samenhang met verwachtingen ten aanzien van wachtlijsten.

Ik zal op verzoek van de minister iets langzamer spreken, omdat ze het niet kan bijhouden.

**De voorzitter:**

Ik dacht dat de minister hulp had, maar het is fijn dat ze zelf schrijft. Gaat u verder, mevrouw Gerbrands.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Zoals gezegd, gelden voor het reguliere deel bindende productieafspraken in samenhang met verwachtingen ten aanzien van wachtlijsten. Dat klinkt mooi, maar de vraag is of dat afdoende is. Wat als zich meer productie aandient? Laten we dan eerst de wachtlijsten groeien tot een nog net acceptabele norm? Echter, wat is acceptabel als het gaat om wachtlijsten? Of komt er gelijk een overschrijding van het budget die vervolgens ten koste gaat van het ziekenhuisbudget? Ook hier missen wij de rol en verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Kan de minister uitleggen hoe de zorgverzekeraar betrokken is bij het beheersen van het volume? Tot zover mijn betoog.

**De heer Van Gerven (SP):**

Wij hebben een amendement in voorbereiding om niet een budgettair kader zorg dat op het ministerie van Financiën wordt bedacht leidend te laten zijn, maar de werkelijke medische behoefte. Voelt de PVV-fractie ervoor, dat amendement te ondersteunen?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Ik denk dat ik daar eerst drie A4'tjes vragen bij moet formuleren. Het gaat dan om vragen als wie de noodzakelijke zorg gaat bepalen en dergelijke. Ik ben daar op voorhand dus geen voorstander van.

**De heer Van Gerven (SP):**

Het gaat mij om het principe. Ik gaf al aan dat wat ons betreft het Sociaal en Cultureel Planbureau die berekeningen zou kunnen maken. Het moet echter niet zo zijn dat er moet worden bezuinigd omdat er een overschrijding is van 2 mld. Dat lezen we elk jaar en dat lezen we in 2003 ook al. Dat is geen manier van doen. Men heeft een bepaalde raming gemaakt en die raming is kennelijk niet goed. Is het dan niet beter om daarvoor een goed criterium te maken? Dat kan bijvoorbeeld zijn om objectief te laten bepalen wat de medische behoefte is en de hoeveelheid middelen die daarvoor benodigd is.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

We hebben tijdens het wetgevingsoverleg over de jaarrekening ook met de minister gewisseld dat het wel heel raar is dat we in 2010 zijn begonnen met een onderschrijding van 600 mln. We hebben gevraagd hoe dat kan. De minister heeft toegezegd – ik meen op verzoek van de heer Van der Veen – om te kijken waarop dat gebaseerd is. Ik wil die cijfers afwachten. Als wij nu het Sociaal en Cultureel Planbureau opdracht geven om te inventariseren hoeveel zorg er nodig is, wie bepaalt dan welke zorg noodzakelijk is? Bepaal ik dat, of de heer Van Gerven, de minister, de zorgverzekeraar of de medisch specialist? Dat bedoel ik met die A4'tjes met vragen.

**De heer Van Gerven (SP):**

Politici moeten niet bepalen wat medisch noodzakelijk is; daarvoor hebben we medici, de wetenschap enzovoorts.

## Gerbrands

Vervolgens komt dat in het pakket. Nu zien we echter dat bij een overschrijding van 1 of 2 mld. de rekening bij de patiënt wordt neergelegd. In dit geval betekent dat pakketverkleining en afbraak van het pakket, waarin kennelijk ook de PVV-fractie is meegegaan. Is het dan niet veel beter om te zeggen: we stoppen met die poppenkast en die jaarlijkse overschrijdingen en laten het objectief vaststellen? Dan nemen wij dat als leidraad in plaats van de economische bepaling van het ministerie van Financiën. Laat de medische behoefte bepalend zijn.

### Mevrouw Gerbrands (PVV):

Ik vind niet dat er sprake is van poppenkast. De heer Van Gerven heeft net twintig minuten lang enorm staan ageren tegen de wijzigingen in deze wet die het nu juist mogelijk maken om overschrijdingen terug te halen. Daarmee worden ook die vervelende prikkels eruit gehaald en komt de rekening niet bij de patiënt te liggen.

### De heer Van Gerven (SP):

Ik heb in mijn betoog ook gezegd dat er niets wordt gedaan aan de oorzaak. Het verrichtingenstelsel, het gericht zijn op productie, op omzet, wordt juist geïntensiveerd. Als er dan een overschrijding is, dan wordt de rekening bij de patiënt neergelegd en het pakket verkleind. Is het niet beter om iets te doen aan dat stelsel? Mevrouw Gerbrands zei net in haar betoog dat zij gezien heeft dat veertien landen het ene stelsel hebben, dat vijftien landen het andere stelsel hebben en dat het niets uitmaakt. Laat haar eens kijken naar de cijfers in Nederland. Ik heb haar die cijfers voorgehouden. Laat haar daarop nog eens reageren. Uit de cijfers van het College voor zorgverzekeringen blijkt dat er sinds de invoering van de dbc's sprake is van een trendbreuk in de ziekenhuizen. Zij kennen elk jaar enorme stijgingen en overschrijdingen. Die leiden tot rekeningen die bij de patiënt worden neergelegd.

### Mevrouw Gerbrands (PVV):

Precies om die reden gaan wij over op de DOT-systematiek. Daarom hebben wij deze transitieperiode. Laten wij die afwachten voordat wij het hele zorgsysteem in Nederland finaal op zijn kop gaan zetten, zoals de heer Van Gerven wil.



### De heer Mulder (VVD):

Voorzitter. Vandaag spreken wij over het wetsvoorstel waarin onder andere is opgenomen dat er een macrobeheersingsinstrument komt. Ik heb al eerder gezegd, toen wij over dit onderwerp spraken, dat er een zekere spanning in dat instrument zit. Aan de ene kant zitten wij met dat zorgstelsel stuck in the middle: wij willen meer competitie. Aan de andere kant willen wij met dat instrument de kosten in bedwang houden om overschrijdingen tegen te gaan en daarmee premieverhogingen te voorkomen. De zorg moet immers betaalbaar blijven. Ik heb al eerder gezegd: dat zijn twee zielen in één borst. Het is communistisch liberalisme. Om die reden noemde de SP het een gedrocht, want die wil dat liberalisme eraf, en vinden wij het eveneens een gedrocht omdat wij dat communistische eraf willen. Het verdraagt elkaar slecht.

Het macrobeheersingsinstrument, de korting op de omzet van de ziekenhuizen achteraf, is dan ook tijdelijk van aard. Bovendien hoeven wij het niet te gebruiken. Wat de VVD-fractie betreft, wordt dit instrument ook zo min mo-

gelijk gebruikt, want hoe vaker het wordt gebruikt, hoe meer het nieuwe systeem van prestatiebekostiging en concurrentie wordt uitgehold. Nieuwe toetreders, nieuwe privéklinieken, zullen zeggen: waarom zou ik toetreden tot de markt want ik loop het risico dat als ik eenmaal omzet heb gegenereerd, ik daarop achteraf wordt gekort. Nieuwe toetreders blijven dan weg. Dat is slecht voor de patiënt, want die wil graag innovatie en kunnen kiezen. Die heeft ook wel degelijk inzicht in de kwaliteit van de privéklinieken. De patiënt is geen klein kind die dat niet weet, zoals de SP beweert. Ik zie dus graag dat dit instrument zo min mogelijk wordt gebruikt.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Het instrument wordt gebruikt op het moment dat er sprake is van volumeoverschrijding. Als het goed is, dan is er voldoende volume vastgesteld om de benodigde zorg te leveren. Op het moment dat er overschreden wordt, wordt er meer omzet gegenereerd dan nodig is. U zegt: het is te hopen dat het niet zo vaak gebeurt. Elke keer dat het gebeurt, is dat een signaal dat het systeem niet werkt. Anders zou er geen sprake zijn van overschrijdingen. Moet dan de conclusie niet zijn, in tegenstelling tot wat u concludeert, dat elke keer dat het macrobeheersingsinstrument wordt ingezet, dat een deficit is van de marktwerking?

### De heer Mulder (VVD):

Ja, dat heb ik ook gezegd. Wij hebben zo'n instrument liever niet, maar blijkbaar is het nu nodig omdat wij eigenlijk nog geen marktwerking hebben. Wij zijn er op weg naartoe; het moet nog van de grond komen. Uiteindelijk hebben wij liever dat het instrument niet hoeft te worden ingezet; sterker nog, dat deze wet wordt voorzien van een eindtermijn zodat hij op enig moment vervalt als er een systeem is waarin er wel balans is. Daar zitten wij echter nog niet. Wij zitten "stuck in the middle", vast tussen het systeem van de SP en de marktwerking met meer concurrentie die wij willen. Op dit moment zitten wij in een transitiefase waarin wij het instrument helaas nodig hebben.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Ik herhaal de vraag. Is de heer Mulder het dan met mij eens dat wanneer er sprake is van een budget en het macrobeheersingsinstrument moet worden ingezet, dat iets zegt over het disfunctioneren van het marktsysteem?

### De heer Mulder (VVD):

Ja, of liever gezegd: niet over het disfunctioneren ervan maar over het feit dat het nog niet op orde is en dat wij in een ontwikkelingsfase zitten. Het zegt dus iets over de weg waar wij naartoe moeten. Het zegt dat wij "stuck in the middle" zitten, dat wij daaruit weg moeten en toe moeten naar meer concurrentie.

Voorzitter. Er is reeds gevraagd hoe het gaat met de uitvoering van de motie-Mulder, die overigens is medeondertekend door collega's Gerbrands en Smilde. Ik sluit mij graag aan bij die vraag. Hoe zit het met het alternatief voor dat lompe macrobeheersingsinstrument?

Ik heb een aantal vragen over dat instrument en de overschrijdingen. Ik sluit mij aan bij de vragen van de heer Van Gerven over het Budgettair Kader Zorg. Is dat nu niet te krap vastgesteld? De laatste tien jaar is negen keer sprake geweest van overschrijding. Op zich is krap ramen goed voor de beheersing van de kosten, omdat er een lijn ligt waar iedereen onder probeert te blijven. Dat

## Mulder

is ook weer goed voor de premiebetaler en daarmee voor de betaalbaarheid van de zorg. Het effect ervan kan echter zijn dat al die macrokortingen de marktwerking ontkrachten. Als je dat jaar op jaar doet, zeggen ziekenhuizen en nieuwe toetreders: ik ga niet meer naar de Nederlandse markt, ik begin geen zorginstelling meer want elke keer word ik weer gekort zodat mijn bedrijfsvoering onzeker is. Het langetermijneffect van het te vaak toepassen van de korting is wat de VVD-fractie betreft dus desastreus. Terughoudendheid is geboden.

Het Budgettair Kader Zorg is opgebouwd op basis van historische gegevens. Het is een soort macroraming. Zorginstellingen en zorgverzekeraars denken in termen van dbc's, die op microniveau zijn opgebouwd aan de hand van de vraag van de patiënt. Daar wrikt het macrokader met wat er gebeurt in de praktijk. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister. Moet je het macrokader niet formuleren in dbc's maal een prijs? Dan sluit je ook aan bij de vraag in de markt. Wat dat betreft hebben de fracties van de VVD en de SP dus dezelfde vraag, hoewel het doel anders is. De SP vindt dat geld geen rol speelt in de zorg; een beetje Ollie B. Bommelachtig. Wat dan ontbreekt, is de goede maaltijd. Het glas wijn van de heer Bommel wordt bij de heer Van Gerven vervangen door een goed glas wodka uit de Russische tijd, maar wij hebben wel dezelfde vraag: kan het in termen van dbc's?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik kan de VVD-fractie geruststellen: ik houd ook niet van wodka.

De heer **Mulder** (VVD):

Je zou anders denken na dat rode betoog van twintig minuten!

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja. Les extrêmes se touchent als wij het hebben over het Budgettair Kader Zorg. Mag ik het betoog van de heer Mulder zo samenvatten dat de VVD-fractie ook van mening is dat het Budgettair Kader Zorg eigenlijk afgestemd zou moeten zijn op de werkelijke medische behoefte en niet op de raming van economen?

De heer **Mulder** (VVD):

Idealiter wel. Ik zei echter al dat daarbij een paar kanttekeningen te maken zijn. Je kunt het ook niet zomaar loslaten en verruimen, want dan weet je een ding zeker: alles wat je van tevoren raamt, gaat vrijwel zeker op. Dat is een beetje een aanbodgerichte redenering, maar het is wel zo. Daar zit dus een spanning. Hoe bouw je het op? Kun je het loslaten? Wanneer is de markt op orde? Je kunt het eigenlijk pas goed doen als de markt op orde en in balans is. Je kunt er in de tussentijd wel eens naar kijken. Je kunt bijvoorbeeld eens proberen om het Budgettair Kader Zorg te formuleren in dbc's maal een prijs, een PxQ.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik ben niet voor PxQ, maar dat houdt toch in dat je feitelijk kijkt naar de medische behoefte; ik vertaal het maar even zo. De heer Mulder probeert het op die manier vast te stellen. Wat vindt hij dan van het voorstel van de SP om het bijvoorbeeld te beleggen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau, een onafhankelijke instantie, en niet bij het ministerie van Financiën? De heer Mulder heeft namelijk gelijk. Op 15 mei 2003 lazen wij in de krant dat er een overschrijding in de zorg was van 2 mld. Dat lazen wij dit

jaar op 15 mei ook weer. Die berekeningen deugen dus niet en als econoom moet de heer Mulder toch ook weten dat er, als je er negen van de tien keer naast zit ...

De heer **Mulder** (VVD):

Ik werd net verketterd als econoom, maar goed.

De heer **Van Gerven** (SP):

U zegt zelf dat u econoom bent. Dat neem ik graag aan. Dan moet u het toch met mij eens zijn dat er iets mis is met de systematiek als je er negen van de tien keer pakweg 2 mld. naast zit? De SP-fractie komt met een alternatief. Bent u bereid om daar nog eens verder over na te denken en ons amendement te ondersteunen?

De heer **Mulder** (VVD):

Nadenken altijd. Ondersteunen is nog iets anders. Het is ook niet zo dat die raming alleen door het ministerie van Financiën wordt gemaakt. Die raming komt van het CPB vandaan en is niet zomaar subjectief gemaakt. Er zit wel degelijk een objectieve ratio achter. Het is niet zo dat zomaar iemand iets bedenkt dat hem goed uitkomt en dat lekker goedkoop is. Het is niet helemaal zoals de heer Van Gerven schetst. Ik wil wel meedenken, maar om dat amendement nu gelijk te steunen, dat gaat mij een beetje te vlug.

Voorzitter. Het macrobeheersingsinstrument is tijdelijk. De Raad van State heeft daar ook iets over gezegd. Ik heb twee vragen. Wanneer vindt de minister het instrument niet meer nodig? Is daar een objectief moment voor te noemen? En wanneer verwacht zij de einddatum van dit wetsvoorstel? Wanneer wordt het instrument ingezet? Er wordt nu gezegd dat het gebruikt zal worden als ultimatum remedium, maar wanneer is er sprake van een situatie die een ultimatum remedium vereist? Wanneer zegt de minister: nu is er sprake van zo'n situatie en ik ga hem inzetten?

In de ESB – voor de heer Van Gerven: Economische Statistische Berichten, een economenblad – oppert een aantal gezondheidseconomen om het Budgettair Kader Zorg voor delen van de zorg los te laten, en wel op die delen waar de kans op volume- en prijsoverschrijdingen beperkt is. Mijn vraag aan de minister is: is dit een weg? Als we uiteindelijk af willen van het macrobeheersingsinstrument, hoeft dat niet in een klap, maar kan het wellicht geleidelijk. Zijn er delen van het Budgettair Kader Zorg – misschien de tandheelkunde, dat is een vrij overzichtelijk deel van het Budgettair Kader Zorg – waarmee men zou kunnen beginnen?

Tot slot. In de Volkskrant werd vorige week bericht over volumeafspraken tussen het ministerie van VWS, specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars. Dat is heel belangrijk. Het is ook goed dat deze partijen blijkbaar hun verantwoordelijkheid willen nemen. Kan de minister ons vertellen of er schot zit in het overleg om te komen tot een volumebeperking in de zorg?

□

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Voorzitter. Laat ik beginnen met de constatering dat er geen verschil in opvatting zit tussen de minister en ons als het erom gaat, de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden. Dat is in het belang van de patiënt en het is in het belang van de zorg zelf. Daarover verschillen wij niet van mening. Wij verschillen ook niet van mening over



mogelijke bezuinigingen in de zorg. Dat heb ik eerder uitgesproken. Wij denken ook dat die mogelijk zijn.

Wij hebben het hier over de manier waarop we dat willen bereiken. Wij hebben – en ik heb daar al eerder uiting aan gegeven – grote twijfels over de aanpak die de minister voorstaat. Wij kunnen niet anders dan constateren dat er tot nu toe sprake is geweest van omzetverhoging waar marktwerking is toegepast. We zien het in het B-segment en we zien het bij de zbc's. Wij vinden het ook jammer dat de minister een motie niet heeft overgenomen, waarin wij haar oproepen om pas volgende stappen te zetten op het moment dat ze weet wat de voorgaande stappen hebben opgeleverd. Dat is de manier om stapsgewijs – je gaat immers met elkaar een avontuur aan – te bezien hoe je de beoogde resultaten kunt bereiken. Nee, de minister doet dat niet. Zij pleit voor een big bang en heeft vervolgens een aantal maatregelen nodig om ervoor te zorgen dat die big bang niet uit de hand loopt.

We kunnen ons op zich wel vinden in die maatregelen. Wij vinden het prima dat het budget gebruikt wordt en dat er een macrobeheersingsinstrument is voor het geval dat het budget overschreden wordt. Ook de relatie tussen medisch specialist en de raad van bestuur spreekt ons aan. Zelfs van de DOT's zijn wij voorstander, zij het dat ze vooral bedoeld moeten zijn om inzicht te geven in de verrichtingen, en niet zozeer als instrument om tot een markt te komen. Daarbij teken ik aan dat de DOT's weliswaar inzicht geven in de verrichtingen, maar dat wij het ook aangenaam zouden vinden als ze tevens inzicht gaven in de kwaliteit van de verrichtingen. Ik dacht dat collega Mulder daarvoor in het verleden ook wel eens een pleidooi heeft gehouden, want daar gaat het uiteindelijk om. Levert iets meer kwaliteit op dan andere benaderingen? De Raad van State heeft in 2010 een advies uitgebracht. Voordat wij echt aan de slag gaan met de markt, moet er sprake zijn van een stabiele en transparante productstructuur. De prestaties moeten goed bekend zijn. Er moet een gelijk speelveld zijn voor de verschillende zorgaanbieders. De een mag niet meer kansen krijgen dan de ander.

De Raad van State heeft aangegeven dat de voorwaarden niet voor 2011 kunnen worden vervuld. Het kabinet is toen gevallen, maar daarmee zijn de zorgen van de Raad van State niet verdwenen. Als niet aan de voorwaarden is voldaan, is de enige mogelijkheid voor kostenbeheersing een eigen bijdrage of een pakketverkleining. Dat is iets wat wij zeker niet willen. Hoe zit het nu met het advies van de Raad van State? Wat is de huidige opvatting?

Het beheersmodel van de specialisten spreekt ons aan, zeker gelet op hun forse overschrijdingen. Kijkend naar deze cijfers, vraag ik mij af waarom de minister stelt dat het beheersmodel slechts een transitie-model is. Als het al een transitie-model is, wat is dan het eindstation? Als het transitie-model is afgelopen, wat krijgen wij dan? Hoe ziet dat eruit en welke criteria worden gehanteerd?

Voor de ziekenhuizen valt het beheersmodel te begrijpen, maar de minister geeft in de beantwoording van het jaarverslag 2010 aan dat ook vrijgevestigde specialisten in zbc's onder het beheersmodel vallen. In 2010 waren er 184 zbc's. Hun aantal groeit. Gaat de NZa nu echt per zbc een maximaal aantal specialisten vaststellen?

Ik kom op het macrobeheersingsinstrument. Als ziekenhuizen en specialisten met elkaar een bepaalde hoeveelheid geld hebben uitgegeven, moeten zij dat weer terugbetalen. Gezien de volumeontwikkeling van de laatste jaren lijkt ons dat broodnodig. De zorgverzekeraars houden de kosten niet in de hand. Wij hebben op 6 april

een algemeen overleg gehad. Er was een brief binnengekomen die was ondertekend door Zorgverzekeraars Nederland, mede namens de NVZ en de NFU, waarin partijen aangaven dat zij de komende periode wilden nadenken over hun rol. Ik weet niet of zij ondertussen zijn uitgedacht, maar het is voor het door de minister voorgestelde systeem uitermate belangrijk te weten wie er verantwoordelijk is voor de volumeoverschrijding. Is dat nu geregeld?

Naar aanleiding van een artikel in de Volkskrant is al een vraag gesteld over het overleg dat de minister heeft met de zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en de specialisten. Het feit dat er een overleg is, is natuurlijk altijd plezierig, maar wat levert het op? Wat zijn de cruciale punten? Waarom hebben wij de uitkomst niet gehoord? Gelet op de het advies van de Raad van State, zijn die uitkomsten naar onze mening uitermate belangrijk.

De overschrijdingen worden teruggehaald naar rato van het marktaandeel van het ziekenhuis. Een beetje directeur van een ziekenhuis zal toch zo veel mogelijk gaan produceren. Op het moment dat zijn collega's overschrijdingen plegen, weet hij dat er ook bij hem veel wordt teruggehaald. Dan kan hij maar beter heel veel geproduceerd hebben, want dan valt de teruggave mee in vergelijking met het bedrag dat hij had moeten betalen als hij zich netjes aan de regels had gehouden. Hoe juridisch houdbaar is het geheel?

De minister heeft aangegeven dat de ontwikkeling van DOT's goed verloopt. Wat is de huidige stand van zaken? Kunnen wij er echt van uitgaan dat ze goed toepasbaar zijn? De minister heeft naar aanleiding van het rapport van PwC gezegd dat zij niet het verdelingssysteem mogen verstoren en ook geen versturende invloed mogen hebben op de registratiesystematiek.

Wij hebben de informatievoorziening in de gezondheidszorg al vaker naar voren gebracht. Dit gaat ook de minister zeer ter harte. Als je een transmissieperiode van twee jaar hebt en er moeten volumeoverschrijdingen worden vastgesteld, terwijl je pas na drie of vier jaar de werkelijke cijfers hebt, is het de vraag hoe dat zich met elkaar gaat verhouden. Dit staat los van hoe je over het systeem denkt. Het roept bij mij een onrustig beeld op, namelijk dat je beleid op drijfzand is gestoeld. Ik verneem graag de reactie van de minister. Het gaat om veel geld.

Tot slot als het gaat over de vragen sta ik stil bij de maligheid die je moet uithalen op het moment dat je met de markt bezig bent. Net zijn de beschikbaarheidstoelagen aan de orde geweest voor kleine ziekenhuizen. Dat kan zomaar niet meer, heb ik begrepen, want dat zou staatssteun kunnen zijn en wij gaan het nu hebben over diensten van algemeen economisch belang. Dat lijkt mij een soort trucje om die ziekenhuizen financieel te kunnen helpen. Welke zorginstellingen krijgen nu een beschikbaarheidsvergoeding en waarvoor? Ook anderen hebben daarnaar gevraagd. Wat de DAEB's betreft, heb ik al aangegeven dat ik dit een beetje een doorgeschoten gekkigheid vind.

Er ligt een motie basiszorg. Ik weet dat de minister bezig is om die verder uit te werken. De minister heeft ook gezegd dat dit in september in deze Kamer aan de orde komt. Ik kijk daar echt met heel veel verwachting naar uit, want op het moment dat je hebt vastgesteld wat er minimaal aan zorg en zorgaanbieders nodig is, heb je een meetlat om te kijken waar je naartoe wilt. Dan heb je iets vastgesteld. Ik hoop dat wij op basis van het uitgewerkte verhaal van de minister over de basiszorg dan ook echt

## Van der Veen

een debat kunnen hebben over de wijze waarop wij die situatie kunnen bereiken. Uiteindelijk – daarmee ben ik ook begonnen – zijn onze doelstellingen hetzelfde: zorgen dat je ook in de toekomst een duurzaam en gezond zorgsysteem hebt, dat voor iedereen op dezelfde manier toegankelijk blijft.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



### Minister Schippers:

Voorzitter. Ik zou eigenlijk met Maurice de Hond willen beginnen. Als ik die enquête had moeten invullen en antwoord had moeten geven op de vraag "wilt u marktwerking in de zorg?", had ik nee ingevuld. Dan had ik dus tot de 54% of 56% behoord, waarover de heren met elkaar in debat waren. Waarom?

### De heer Mulder (VVD):

Als je kijkt naar de enquête van Maurice de Hond waaruit blijkt dat de VVD-achterban in tweeën is gesplitst, is de minister het dan met mij eens dat de VVD-achterban "stuck in the middle" is?

### Minister Schippers:

Ik houd mij bezig met de vraag hoe wij de gezondheidszorg zo goed mogelijk kunnen krijgen voor de mensen die dat nodig hebben. Politicologische analyses laat ik aan de universiteiten. Dat lijkt mij veilig.

Waarom vind ik dat marktwerking in de zorg ongewenst is? Als je ergens een zorgbehandeling nodig hebt, is dat iets anders dan een koelkast kopen. De gezondheidszorg is weliswaar een verzekeringsmarkt, maar een andere dan die voor autoverzekeringen. Als je drie keer een deuk rijdt, zegt de verzekeraar dat de premie voor de autoverzekering omhoog gaat. Dat gebeurt in de zorg helemaal niet, want dat marktmechanisme hebben wij uit de gezondheidszorg gehaald. Jong en oud, ziek en gezond hebben dezelfde premie bij de zorgverzekeraar waarbij zij zijn verzekerd. Er is een verzekeringsplicht in Nederland voor iedereen. Er is een acceptatieplicht in Nederland. Alle zorgverzekeraars moeten iedereen die zich bij hen meldt, accepteren. Vooraf worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor dure patiënten. Dat wordt betaald door zorgverzekeraars die relatief veel gezonde en goedkopere patiënten en verzekerden hebben.

De ziektekostenpremie is grotendeels inkomensafhankelijk, zo zeg ik tegen de heer Van Gerven. Via de AWBZ, via je loon, betaal je inkomensafhankelijke premie. Voor het nominale deel is er de zorgtoeslag. Als je alles bij elkaar optelt wat wij aan premies betalen, is dat grotendeels inkomensafhankelijk. Bovendien zit ongeveer 95% van de gezondheidszorg in het basispakket. Met andere woorden, wij hebben in Nederland een privaat uitgevoerd systeem met daarin dikke publieke randvoorwaarden. Dat is terecht.

### De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter ...

### De voorzitter:

Mijnheer Van Gerven, de minister is volgens mij pas twee minuten aan het woord. De heer Mulder was ook al zo actief.

### De heer Van Gerven (SP):

Ik hoorde mijn naam noemen.

### De voorzitter:

Als wij daaraan moeten beginnen, mijnheer Van Gerven ... U bent zo beroemd! Die naam hoor je eigenlijk overal voortdurend. Ik stel voor dat de minister eerst een stukje van haar algemene inleiding doet.

### De heer Van Gerven (SP):

Daarmee was zij klaar volgens mij.

### De voorzitter:

Nee, echt niet.

### De heer Van Gerven (SP):

Zij was bezig met het onderzoek van Maurice de Hond en de inkomensafhankelijke premies. Daarover wilde ik een interruptie plegen.

### De voorzitter:

Dat snap ik. Dat kunt u straks ook doen, maar eerst laten wij de minister een stuk op dreef komen met haar verhaal. Daarna gaan wij interrumperen. De heer Mulder is geëxcuseerd, want die slaapt 's nachts slecht.

### Minister Schippers:

Laten wij hopen dat hij goede zorg krijgt!

Mijn inleiding ging niet over Maurice de Hond. Mijn inleiding gaat over de stelling dat marktwerking in de gezondheidszorg er niet is, en dat wij dit in Nederland op een heel solidaire manier hebben geregeld. Wat mij opvalt, is dat in alle Europese landen, en eigenlijk in alle geïndustrialiseerde westerse landen, dezelfde problemen bestaan. In die landen zoeken wij allemaal naar de oplossing daarvoor: een vergrijzende bevolking, steeds meer chronisch zieken, steeds meer vraag naar zorg. Hoe vangen wij dat op? Hoe zorgen wij ervoor dat de kwaliteit van zorg maximaal is maar dat de zorg ook betaalbaar blijft?

Als ik collega's tegenkom, is iedereen altijd zeer geïnteresseerd in ons systeem. Men wil er van alles van leren, en eigenlijk is de praktijk dat wij dat op Europees niveau ook bij elkaar doen. Al die systemen lijken namelijk steeds meer op elkaar. De geheel publiek georganiseerde systemen worden steeds privater; ze krijgen allerlei private elementen. Het omgekeerde is eveneens het geval. Wij vermarkten de zorg dus helemaal niet. Wij hebben publieke randvoorwaarden en een private uitvoering, maar dat is altijd zo geweest. Wij hebben gelukkig in dit land nooit staatsziekenhuizen gehad. Wel willen wij spelregels afspreken om de beste kwaliteit te krijgen voor een betaalbare premie.

Net als in andere West-Europese landen en eigenlijk in alle geïndustrialiseerde landen, zien wij in Nederland de ontwikkeling dat de vraag enorm stijgt. Mensen leven langer; dat is goed. Ziekten die vroeger dodelijk waren, zijn nu chronische ziekten geworden; dat is ook goed. Wij doen daar heel veel onderzoek naar en willen dat ook graag. Wij vinden nieuwe pillen uit waardoor mensen niet doodgaan aan een ziekte, maar kunnen blijven leven. Dat brengt echter wel kosten met zich. Wij zetten ons daarvoor in, maar wij moeten dat wel kunnen bolwerken, niet alleen qua financiën, maar ook qua voorzieningen, bedden, verpleegsters en artsen. Die druk loopt op, omdat de vraag oploopt. Daarom is het goed dat wij nieuwe behandeltechnieken hebben ingevoerd, zoals kijkoperaties,

## Schippers

waardoor de ligdagen enorm zijn gedaald. Daar mogen wij blij om zijn, want daarom kunnen wij die vraag opvangen en al die patiënten allemaal behandelen. Zouden wij die weg niet bewandelen, dan zouden wij helemaal vastlopen met de gezondheidszorg. Het is dus goed dat artsen meer mensen helpen.

Ik heb verschillende mensen kritiek horen uiten op de volumes die door ziekenhuizen worden verwerkt, maar tegelijkertijd zijn er zorgen over de wachtlijsten. Die twee dingen hebben echter wel met elkaar te maken. Als een arts niet harder gaat werken, meer patiënten behandelt en de vraag toeneemt, dan krijgen wij wachtlijsten. Het is dus niet een zwart-witverhaal. Het is een verhaal waarbij wij hopen dat artsen zich maximaal inspannen om de patiënten te behandelen die het echt nodig hebben, en daarmee de wachtlijsten binnen de perken houden.

Bij mijn aantreden trof ik een situatie aan waarvan alle deskundigen zeiden: het is het slechtste van twee werelden. Dan kun je de ene kant op en nationaliseren. Of je kunt de andere kant op en het systeem dat je inzet, echt doorzetten. Dan gaan wij niet dat halve systeem, dat wij half hebben ingevoerd, nu al afschrijven. Nee, wij gaan eerst kijken of dit systeem daadwerkelijk gaat werken. Dan moet je het systeem ook echt een kans geven. Dat is precies wat ik doe. De maatregelen die ik neem, verzin ik niet op een achternamiddag en krijg ik niet door economen ingefluisterd. De maatregelen die ik neem, zijn al veel eerder bedacht bij dit systeem, met alle randvoorwaarden om het te laten werken.

Dan kom ik op het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen. Nu ga ik overigens over naar een ander deel, namelijk naar deze dag.

### De voorzitter:

Dat dacht ik al.

### De heer Van Gerven (SP):

De inleiding is achter de rug.

De minister betoogt heel gloedvol dat de zorg geen markt is en dat de solidariteit ervan afdruipt, maar het tegendeel is het geval. Als je de mensen in de samenleving bevraagd over het ziekenfondsstelsel dat wij hadden, en het stelsel dat wij nu hebben, dan zegt twee derde dat wij erop achteruit zijn gegaan. Daarnaast zegt een meerderheid van de achterban van mevrouw de minister, de beroemde 54% tot 56%, dat het vroeger beter was. Waarom is dat zo? Ik vraag de minister om daarop te reageren. De invoering van de vaste premies, die dit jaar met 10% zijn gestegen, de invoering van het eigen risico, de draconische eigen bijdrage die de minister in petto heeft voor de mensen die zich niet kunnen verweren, namelijk de ggz-patiënten, die worden getroffen door deze schandalige maatregel ... Zijn het niet juist die maatregelen die de solidariteit doorbreken? En is het niet zo dat wij, of wij nu voor of tegen de markt zijn, die rekening in ieder geval niet bij de patiënt zouden moeten neerleggen? Zouden wij niet moeten afzien van de eigen bijdrage en de nominale premies, die de laagste inkomens en de gehandicapten het hardst treffen?

### Minister Schippers:

Ik heb vanmiddag een heleboel vergelijkingen met andere landen gehoord. Als je de eigen betalingen in Nederland vergelijkt met die in andere Europese landen, dan bungelt Nederland ergens in de onderste regionen. Heel veel mensen steken altijd de loftrumpet over de zorg in

België. Daar hebben ze gigantische eigen betalingen. Wij hebben hier heel bescheiden eigen betalingen, ook als je het vergelijkt met andere landen die wij ook allemaal heel nette landen vinden. Wat het ziekenfonds aangaat, er is altijd een zekere vorm van nostalgie. Vroeger was alles beter. Dat is vaak zo. Maar er wordt vergeten dat er ook bij het ziekenfonds al jaren premiestijgingen van 10% per jaar waren. Er wordt ook vergeten dat wij nog steeds, ook dit jaar, geld afbetalen dat niet verrekend is in de ziekenfondspremie destijds. Dat moeten wij nu nog afbetalen. De nostalgie vind ik een beetje romantisch – dat mag ook wel – maar niet helemaal terecht. Zij is ook niet terecht als wij kijken naar de wachtlijsten die in dat systeem waren ontstaan. Daarbij was het steeds vaker zo dat mensen die het konden betalen, hun heil in het buitenland konden zoeken – dat kan altijd; mensen die het kunnen betalen, kunnen altijd overal hun heil zoeken – maar dat alle mensen die het niet konden betalen, hier in Nederland op een wachtlijst kwamen te staan. Terecht zijn die wachtlijsten als eerste weggewerkt.

### De heer Van Gerven (SP):

De wachtlijsten zijn niet weggewerkt. De SP-fractie heeft pas een onderzoek laten zien, waaruit blijkt dat in 50% van de academische ziekenhuizen de wachtlijsten de Treeknormen overschrijden. De wachtlijsten zijn weer aan het groeien. Hier wordt onderzoek naar gedaan. De minister had het over de nostalgie van toen. Het is geen nostalgie; het zijn harde feiten. Mensen kopen niets voor een vergelijking met het buitenland of met België, waar de eigen bijdragen 25% zijn. Daar willen de mensen ook vanaf. Als de minister zo voor solidariteit is en tegen de markt, dan zou zij moeten stoppen met de eigen bijdrage en het eigen risico, dat onrechtvaardig is en juist mensen die het het moeilijkst hebben het hardst treft. Dan zou ze een echt solidair systeem moeten bouwen. Zij kan de ziekenhuizen namelijk laten concurreren, maar dat verhindert niet dat zij over kan gaan op een inkomensafhankelijke premie. De minister moet daar eens op ingaan, maar niet opereren als de minister van het telraam die telkens naar het buitenland kijkt, waar het zogenaamd allemaal zoveel slechter zou zijn.

### Minister Schippers:

Het telraam hebben we allemaal nodig. We geven namelijk andermans geld uit. We geven geld uit dat mensen ophoesten in hun premie. Dat wordt in Nederland aan de zorg uitgegeven. Als een politicus zegt dat er meer geld naar de zorg gaat, betekent dit dat je premie stijgt. Terwijl we in een financieel moeilijke situatie zitten, er bij Defensie zwaar bezuinigd moet worden, er bij Onderwijs niet extra kan worden geïnvesteerd, hebben wij in de gezondheidszorg 15 mld. extra om in deze kabinetsperiode uit te geven. Toch zie je dat als wij dit keer geen maatregelen nemen, we geen 15 mld. uitgeven, maar in 2015 op 18 mld. zitten. Wie weet wat volgend jaar dan brengt? Het is een eerste vereiste van ieder kabinet dat het een systeem zo doelmatig mogelijk maakt en dat het ervoor zorgt dat de premie die wordt betaald, goed wordt uitgegeven.

### De heer Van Gerven (SP):

Hoe kan de minister spreken van solidariteit, terwijl zij echt de minister van het telraam is? Er is een overschrijding van 800 mln. geraamd. Dus gaan we maar eigen bijdragen invoeren in de ggz. Wat is dat voor manier van werken? Gaan we de dieetadvisering er maar uit halen?

## Schippers

Gaan we de fysiotherapie enzovoorts beperken? Gaan we het hele pakket uitkleden? Dat is waarom de mensen zeggen dat het vroeger beter was. Toen hadden ze meer in het pakket zitten en was de solidariteitsbijdrage groter, waardoor de mensen die een lager inkomen hadden, relatief minder betaalden. Dat neemt de minister niet weg, maar verergert zij door het pakket te verkleinen en de eigen bijdrage te vergroten.

### Minister Schippers:

De pakketdiscussie met de maatregelen die we hebben getroffen, krijgen we volgende week nog. Het is echter absoluut onjuist dat er vroeger meer in het pakket zat dan nu. De heer Van Gerven ziet wat jaarlijks het pakket binnenkomt over het hoofd. Dit zijn dure oncologische medicijnen die mensen nooit zelf kunnen betalen en waarvan het ontzettend belangrijk is dat ook mensen met een kleine portemonnee die ter beschikking krijgen. Wij zien dat er robotachtige apparaten het pakket in komen die mensen die anders zouden overlijden een toekomst en kwaliteit van leven kunnen geven. Dit staat niet iedere dag in de krant. Aan de ene kant komen met grote regelmaat heel belangrijke nieuwe technologieën dit pakket binnen. Dit pakket is groter dan ooit. Aan de andere kant zul je af en toe toch een keuze moeten maken. Kunnen wij dingen die mensen goed voor eigen risico en rekening kunnen dragen met kleine bedragen uit het pakket gooien, zodat we tegelijkertijd innovaties voor iedereen ter beschikking kunnen hebben, of gooien we de voordeur dicht, waar niemand het ziet als het in het pakket komt, waardoor het pakket langzaam maar zeker veroudert?

Maar goed, we voeren deze discussie volgende week uitgebreid. Het is echter een valse voorstelling van zaken dat het pakket alleen maar kleiner wordt. De feiten weer spreken dat namelijk.

### De heer Van Gerven (SP):

De minister heeft het alleen maar over geld. Natuurlijk nemen de uitgaven toe en verandert de inhoud van de ziekenhuiszorg door nieuwe technieken. Maar wat de mensen feitelijk constateren is dat de maagzuurremmers uit het pakket gaan, dat de eerste twintig behandelingen van fysiotherapie voor eigen rekening komen en dat mensen die psychotisch dreigen te worden een eigen bijdrage moeten gaan betalen. Dat zijn mensen die er niets aan kunnen doen. Natuurlijk maakt dit niet uit als je een ton of meer verdient of heel veel geld hebt. Voor de meerderheid van de Nederlandse samenleving die niet zo bemiddeld is, maakt dit echter heel veel uit. De minister belemmert hun toegang tot de zorg. De aanleiding voor dit debat is dat de minister de bureaucratie niet aanpakt. Wij moeten kijken naar het systeem van de dbc's dat tot honderden miljoenen overschrijding leidt. De inkomens van de specialisten leiden ook tot honderden miljoenen overschrijding. Doe daar iets aan, in plaats van de rekening neer te leggen bij patiënten die er niets aan kunnen doen.

### Minister Schippers:

Voorzitter, ik wil hier best op ingaan, maar wij zijn met een wetsvoorstel bezig dat over iets totaal anders gaat.

Ik wil nog wel een reactie geven ten aanzien van het pakket. Ik heb het juist niet alleen over geld en financiën. Ik heb het ook over de hoeveelheid handen aan het bed. Ik heb het ook over kwaliteit van leven. Ik vind het ontzettend belangrijk dat mensen met een kleine portemonnee straks ook nog heel dure operaties kunnen ondergaan. Ik

heb het over de wijze waarop wij nu en straks een goede gezondheidszorg kunnen leveren voor een betaalbare prijs. Het is en-en.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Ik heb een vraag naar aanleiding van de inleiding van de minister. Ik weet bijvoorbeeld dat er zo'n 2 mld. tot 3 mld. bespaard kan worden – de minister heeft dit zelf aangegeven en wij ook – door een betere organisatie van de ziekenhuiszorg. Laat staan wat je kunt besparen als je het nog beter organiseert met de eerste lijn erbij. Al jaren is echter de hamvraag in de Nederlandse gezondheidszorg: wie laat de olifant dansen? Wie krijgt voor elkaar dat het efficiënter wordt? Het probleem met de voorstellen van dit ogenblik is dat niet duidelijk is wie de olifant laat dansen. De minister laat het over aan het veld. De zorgverzekeraars zeggen dat zij de instrumenten daartoe niet hebben. De zorgaanbieders vragen zich bovendien af waarom zij de lasten moeten dragen van de volumeoverschrijding. Het ontbreken van een duidelijke verantwoordelijkheid is het grote kernprobleem op dit moment. De Raad van State heeft dit mijns inziens ook aangegeven. Je ziet wat er dan gebeurt; dan vinden er bezuinigingen plaats op de manier die de heer Van Gerven aangeeft. Dat zijn de gemakkelijke bezuinigingen. Het systeem efficiënter en doelmatiger maken, vraagt echter pijnlijke beslissingen en bovendien moet iets of iemand daarin de regie nemen. Wie is dat volgens de minister op dit moment?

### Minister Schippers:

Het afgelopen halfjaar heb ik eigenlijk niets anders gedaan. Daarom krijgen de leden der Kamer ook al die brieven. Wij hebben een systeem waarin iemand die zorg nodig heeft, verzekerd is bij een zorgverzekeraar. Die zorgverzekeraar zorgt ervoor dat hij goede kwaliteit inkoopt tegen een scherpe prijs. Dat doet de zorgverzekeraar voor degene die bij hem is verzekerd. Die weet immers niet dat hij in de tweede helft van dit jaar een darmoperatie nodig heeft, omdat hij een darmontsteking krijgt. Dat is het grote verschil met heel veel andere terreinen. De zorgverzekeraar koopt dus in. De zorgverzekeraar is daarom degene die de olifant moet laten dansen. Als die zorgverzekeraar nog steeds vindt dat hij onvoldoende instrumenten krijgt en heeft, moeten wij het systeem in ieder geval zo maken dat het gaat werken, zoals het bedoeld is. Als de zorgverzekeraar dan niet zijn taak op zich neemt, dan hebben wij een veel te duur systeem. Dit heb ik al eerder gezegd. Waarom zouden wij dan al die zorgverzekeraars in hun huidige positie laten? Dan ben ik het met de heer Van der Veen eens dat wij naar een ander systeem moeten kijken. Wij verschillen echter van mening, omdat ik vind dat, als je met zijn allen – dit is namelijk jaar na jaar breed in de politiek ingezet – voor dit systeem hebt gekozen, je dan ook eerst de randvoorwaarden zo moet scheppen dat het daadwerkelijk kan functioneren.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Hebben wij wellicht met elkaar een systeem gekozen – dat zou helemaal niet slecht zijn, want het is heel moeilijk om iets te vinden – wat misschien in essentie niet doet, wat het moet doen? Lopen wij niet het risico dat wij met de maatregelen die wij nu nemen, een onomkeerbare weg opgaan? Dat heb ik proberen aan te geven. Straks raken wij verdeeld in een systeem waarin wij geen kant meer op kunnen en waarin het helemaal onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. Wellicht is er sprake van een

## Schippers

faseverschil in de beoordeling tussen de minister en de fractie van de Partij van de Arbeid over de rol en positie van de zorgverzekeraars op dit moment.

### Minister Schippers:

Ik vind het lastig dat je na 30 jaar discussiëren in een land kiest voor een systeem en dat in 2006 ook daadwerkelijk invoert, terwijl je niet ervoor zorgt dat de randvoorwaarden in orde zijn. In dit systeem wordt de zorgverzekeraar onvoldoende afgerekend op wat hij doet. Wij spreken over belonen naar prestatie, maar wij rekenen de zorgverzekeraar niet af op zijn prestatie. Integendeel, slecht presterende zorgverzekeraars kunnen op hun luie gat blijven zitten, want hun slechte prestatie wordt door goed presterende zorgverzekeraars verevend. Als iets pervers is, is dat het wel. Hoe kun je dan verwachten dat zorgverzekeraars heel goede mensen in dienst nemen, die de beste zorg inkopen, als hen dat alleen maar geld kost? Als zij namelijk de beste zorg inkopen, moeten zij straks weer de gaten van een andere zorgverzekeraar opvullen. Je kunt dus niet verwachten dat zo'n systeem in deze fase werkt.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Ik heb nog een vraag over de rol van zorgverzekeraars. Er werd gedacht dat er door marktwerking nieuwe toetreders zouden komen en dat je dat bij de zorgverzekeraars zou zien; dan zou de markt goed werken. Er is echter sprake van een concentratie bij de zorgverzekeraars: vier zorgverzekeraars hebben 90% van de markt in handen. Denkt de minister werkelijk dat die vier zorgverzekeraars concurreren op de kwaliteit van de inkoop van zorg? De premieverschillen die daarmee gehaald worden, zijn zo klein dat je die niet in de premies terugvindt. De aanname dat de zorgverzekeraars de katalysator van het nieuwe systeem zouden zijn, is naar mijn idee al ontkracht door de oligopolistische concentratie waarvan nu sprake is.

### Minister Schippers:

Dat is een opmerkelijk standpunt van de PvdA, want in dit systeem is voor het model van de ziekenfondsen gekozen. De ziekenfondsen kochten selectief in, er waren naturapolissen, en zo kon je een ziekenhuis aanzetten tot het leveren van de beste zorg tegen een scherpe premie. Er is in het nieuwe systeem niet voor een private markt gekozen. De private zorgverzekeraars waren allemaal schadezorgverzekeraars, maar daar is juist niet voor gekozen. Er is gekozen voor het model waar de PvdA altijd achter heeft gestaan. Dat model gaat ervan uit dat je selectief moet inkopen – het is logisch dat zorgverzekeraars dat niet doen – maar dat loont alleen als je het ook kunt laten zien in de premie voor degene die bij jou verzekerd is. Als je het namelijk niet doorberekent, krijg je het systeem niet aan de praat.

### De heer Mulder (VVD):

Voorzitter. Ik wil een punt van orde maken. Er is net over de ggz gesproken, maar daarover hebben wij over twee weken een debat. Het gaat nu over de Zorgverzekeringswet, maar daarover hebben wij volgende week een debat. Eigenlijk worden mij twee debatten ontstolen, want iedereen loopt al op zijn spreektekst vooruit. Laten wij ons beperken tot het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen.

### De voorzitter:

Uw oproep is gehoord.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Ik ga verder met het voorliggende wetsvoorstel. Het advies van de Raad van State gaat namelijk juist op het gelijke speelveld in. Naar mijn idee bevinden wij ons nog binnen het kader van het voorliggende wetsvoorstel.

Het zou heel mooi zijn als de minister zegt: ik heb het verkeerd gezien. Oorspronkelijk was het idee dat zorgverzekeraars vooral op kwaliteit zouden concurreren. De gedachte was niet dat er vier grote zorgverzekeraars zouden zijn, die zich in toenemende mate als schadeverzekeraar ontwikkelen. Dat staat los van het feit dat hier en daar leuke kwalitatieve projecten lopen. Er is dus sprake van een verschil in opvatting.

### Minister Schippers:

Ik vind het onverantwoord om niet eerst ervoor te zorgen dat de randvoorwaarden goed zijn, maar voortijdig de stekker eruit te trekken. Wij weten hoe lastig het in de gezondheidszorg is om heel andere systemen in te voeren en mensen daarin te laten opereren. Dan vraag ik mij af waar wij mee bezig zijn. Ik kies daar absoluut niet voor; ik vind dat onverantwoord. Volgens mij moeten wij eerst ervoor zorgen dat iedereen zijn rol speelt. Dat moeten wij doen door aanpassingen; dat kan niet anders.

Een van de belangrijke onderdelen om de prestatiebekostiging goed te laten functioneren, is het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen. Ik ben de Kamer er zeer erkentelijk voor dat de behandeling van het wetsvoorstel nog voor het reces kan plaatshebben, omdat is beoogd dat het wetsvoorstel voor de prestatiebekostiging in ziekenhuizen per 2012 wordt ingevoerd. Dat is nogal snel.

In april hebben wij gesproken over de vervolgstappen die nodig zijn om de werking van het zorgstelsel bij medisch specialistische zorg te verbeteren. Wij moeten het stelsel aanpassen om betere kwaliteit van zorg te krijgen, door goede prestaties beter te belonen. Dit houdt concreet in: het afschaffen van bestaande ziekenhuisbudgetten, het invoeren van DOT ter vervanging van dbc's en het uitbreiden van het segment voor vrije prijsvorming, het B-segment. Ik schrijf overigens een prijsvraag uit, voor een goede fles wijn, voor iedereen die een normale term voor DOT kan verzinnen. Wij hebben het over DOT en dbc's, maar ieder normaal mens is de draad al kwijt voordat wij goed en wel op gang zijn. Ik zin er nog op om daarvoor een andere term in te voeren.

Als de balance of power echter niet op orde is, moet de overheid de belangen van de premiebetaler borgen. Er zijn instrumenten nodig om dat te kunnen borgen. Dat is de macrobeheersing van de uitgaven. Met de gelijktijdige uitbreiding van de risicodragendheid van de verzekeraars hopen wij die balance of power versneld van de grond te krijgen. De Eerste Kamer heeft inmiddels de voorhangbrief Zorg die loont en het beheersmodel medisch specialisten, uiteraard in afwachting van het wetsvoorstel, ter kennisgeving aangenomen. Wat mij betreft staan de seinen voor de maatregelen daarmee op groen. Het huidige financiële beeld onderstreept nog eens de noodzaak van die maatregelen.

Vandaag behandelen wij het wetsvoorstel dat deze maatregelen ook technisch mogelijk moet maken, het wetsvoorstel aanvulling instrumenten bekostiging Wmg. Zoals de naam aangeeft, gaat het om aanvullende instrumenten. De Wet marktordening gezondheidszorg is een neutrale wet die enkel de instrumenten verschaft voor het maken en uitvoeren van beleid, met als doel het toezicht op en de ontwikkeling en ordening van zorgmarkten

## Schippers

te regelen, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. Eigenlijk spreken we vandaag dus over een soort van gereedschapskist met instrumenten die door de NZa kunnen worden ingezet.

De toepassingsmogelijkheden zijn breder dan alleen de medisch specialistische zorg. Ze kunnen ook worden ingezet in bijvoorbeeld de care of de ggz. Ik benadruk dat de Kamer met dit wetsvoorstel geen carte blanche geeft voor de toepassing van deze instrumenten. Voor de inzet van deze instrumenten moet ik een aanwijzing aan de NZa geven. De aanwijzing kent een voorhangprocedure, zodat de Tweede Kamer en de Eerste Kamer altijd in de gelegenheid zijn om hun reactie te geven.

Graag ga ik nog kort in op de voorgeschiedenis van dit wetsvoorstel. Het is ingediend door mijn ambtsvoorganger, op een moment dat het vorige kabinet al was gevallen. Het onderwerp prestatiebekostiging was tijdens de demissionaire periode controversieel verklaard, maar de beheersing van de uitgaven voor medisch specialisten bleef noodzakelijk. Om over de noodzakelijke instrumenten te kunnen beschikken heeft mijn voorganger het wetsvoorstel aanvulling instrumenten bekostiging Wmg ingediend. Dit kabinet wil voortvarend aan de slag met prestatiebekostiging en kiest daarvoor een andere en versnelde route.

Daarbij is een zorgvuldig overgangsmodel wel van belang. Voor dat overgangsmodel zijn dezelfde instrumenten nodig als met het oorspronkelijke wetsvoorstel mogelijk werden gemaakt, namelijk de begrenzing en de beschikbaarheidsbijdrage. Daarom is de motivering van de urgentie van het wetsvoorstel uitgebreid. In de nota naar aanleiding van het verslag ben ik daar uitvoerig op ingegaan. Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is ook nodig voor de uitvoering van de plannen die ik schets in de recent aan de Kamer gestuurde brief over cruciale zorgfuncties.

Naar aanleiding van de afspraken tussen de Orde van Medisch Specialististen, de NVZ Vereniging van ziekenhuizen en mijzelf heb ik nog een ander beheersmodel ontwikkeld, waarmee vooraf duidelijkheid over het behoud van het fiscaal ondernemerschap geboden kan worden. Ik heb daarover al een nota van wijziging op het oorspronkelijke wetsvoorstel op stuk nr. 8 ingediend. Wat betreft de bestuurlijke afspraken met zorgaanbieders en verzekeraars kan ik melden dat het overleg hierover constructief is. Alle partijen hebben behoefte aan bestuurlijke afspraken, om daarmee meer duidelijkheid en bestuurlijke rust te creëren.

Ook zou een akkoord eraan bij kunnen dragen dat kostengroei in de ziekenhuiszorg wordt beheerst door gezamenlijke afspraken over wat verschillende partijen, de overheid, de aanbieders en de verzekeraars, aan maatregelen zullen nemen op het vlak van bijvoorbeeld kwaliteit, terugdringen van de praktijkvariatie, specialisatie en doelmatig voorschrijven. Daarmee kan een structurele omslag worden gemaakt die nodig is om het zorgstelsel te laten werken zoals het bedoeld is.

Een aantal van deze maatregelen en onderwerpen vraagt nog wel om een nadere uitwerking. Ik wil bij de nadere uitwerking de uitkomsten en de moties betrekken die naar aanleiding van het debat over de prestatiebekostiging eerder door de Kamer zijn aangenomen.

Ik memoreer dat ik vorige maand een tweede nota van wijziging heb gestuurd met enkele technische wijzigingen en verduidelijkingen. Vandaag heb ik nog een nota

van verbetering gestuurd, die verwijst naar typefouten en naar een wet die inmiddels is veranderd; dat betreft dus een zeer technische wijziging.

De NZa krijgt met dit wetsvoorstel een aantal nieuwe instrumenten in handen. Ik loop deze langs, te beginnen met het instrument "grens". Ik kan de NZa de bevoegdheid geven om voor zorgaanbieders een grens voor het totaal aan inkomsten of kosten vast te stellen. Dit kan een vaste grens zijn of een ondergrens, een bovengrens of een bandbreedtegrens.

De beoogde toepassing van het instrument "grens" betreft het eerder in het algemeen overleg besproken transitiebedragmodel. Hiermee kunnen gedurende de overgangsfase van functionele bekostiging naar prestatiebekostiging de systeemrisico's voor ziekenhuizen worden opgevangen. Ditzelfde instrument wordt ook ingezet bij het beheersmodel voor medisch specialisten, door per instelling een bovengrens, een omzetplafond, vast te stellen voor alle vrijgevestigde specialisten binnen die instelling. De toepassing van het instrument grens is echter breder. Ook voor de inzet van het macrobeheersinstrument is het noodzakelijk. Wat de juridische haalbaarheid van dit instrument betreft, merk ik op dat het wetstechnisch correct is. Of ook de toepassing juridisch haalbaar is, hangt af van de manier waarop het instrument precies wordt toegepast en van de kwaliteit van de cijfers die worden gebruikt.

Het tweede instrument is de afdrachtsverplichting aan een fonds. Ik kan via een aanwijzing de NZa de bevoegdheid geven om een zorgaanbieder te verplichten om de overschrijding van de zojuist genoemde grens af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds of het AWBZ-fonds. Dit instrument kan worden ingezet in combinatie met het vorige instrument om overschrijdingen ongedaan te maken of om in de transitiefase ziekenhuizen die tekortkomen weer bij te plussen uit dat fonds.

Het derde instrument is de beschikbaarheidsbijdrage. Ik kan de NZa de bevoegdheid geven om een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen. Deze geeft een zorgaanbieder het recht om rechtstreeks bij het CVZ te declareren in plaats van bij verzekeraars. In mijn brief Zorg die loont heb ik aangegeven welke activiteiten in het vaste segment vallen en dus in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Het gaat om bepaalde essentiële vormen van zorg die in bepaalde regio's onrendabel zijn om te exploiteren en daarom extra steun nodig hebben. Ook gaat het om vormen van zorg die wij achter de hand willen houden, bijvoorbeeld bij calamiteiten. Ik noem het calamiteitenhospitaal, de traumahelikopter en de spoedeisende hulp in landelijke gebieden. Uit recent informeel overleg met de Europese Commissie blijkt dat de Commissie de lijn deelt dat de beschikbaarheidsbijdrage voor deze vormen van zorg formeel niet hoeft te worden aangemeld als staatssteun.

Het vierde instrument betreft nadere declaratievoorschriften. De NZa krijgt de bevoegdheid om nadere declaratievoorschriften op te stellen voor zorgaanbieders. Hiermee kan de NZa voorschrijven dat medisch specialisten ter behoud van het fiscaal ondernemerschap alleen via de instelling mogen declareren. Voorwaarde hierbij is dat er sprake is van een verdeelafpraak tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten conform de modeltoelatingsovereenkomst. Indien niet aan deze voorwaarde wordt voldaan, bepaalt de NZa dat de medisch specialisten uitsluitend aan het ziekenhuis mogen declareren.

## Schippers

Het vijfde instrument is de verrekening, de bevoegdheid van de NZa om een vereffeningsbedrag vast te stellen. Dit is een bedrag dat een ziektekostenverzekeraar rechtstreeks bij een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Dit kan aan de orde zijn, als zorgaanbieders te veel bij een verzekeraar hebben gedeclareerd. Verrekening via de tarieven leidt dan tot heel veel administratieve rompslomp. Ziekenhuizen en verzekeraars hebben al op vrijwillige basis afspraken gemaakt om te veel gedeclareerde kosten terug te storten naar de verzekeraar. Over de jaren vanaf 2005 wordt op vrijwillige basis voor deze opbrengstverrekening gekozen. Met dit instrument krijgt deze systematiek een wettelijke grondslag.

Wij spreken vandaag over de nieuwe instrumenten die met dit wetsvoorstel worden toegevoegd aan de gereedschapskist van de Nederlandse Zorgautoriteit. Ook bespreken wij de mogelijke toepassing ervan met het oog op de weg naar de prestatiebekostiging en de afschaffing van het FB. De toepassingsmogelijkheden zijn breder, zoals bij de eerdergenoemde cruciale zorgfuncties, om de continuïteit van zorg te kunnen borgen. Voor de concrete toepassing van de instrumenten volstaat niet de parlementaire goedkeuring van dit wetsvoorstel. Daarvoor moet ik een aanwijzing geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit. De zakelijke inhoud van deze aanwijzing, inclusief een schets van de context waarom deze aanwijzing nodig is, wordt voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal. Deze voorhangprocedure stelt u in staat om binnen 30 dagen vragen te stellen of de inhoud te agenderen.

Kortom, door in te stemmen met dit wetsvoorstel maakt u de weg vrij om door te gaan met prestatiebekostiging onder gelijktijdige borging van de macrobeheersing van de uitgaven. Wat de daadwerkelijke toepassing van de instrumenten door de NZa betreft, stel ik u via de voorhangprocedure te allen tijde vooraf in de gelegenheid om mijn voorstellen voor de toepassing te beoordelen. Zo kunt u nog voor de zomer de voorhangbrief voor het macrobeheersinstrument ziekenhuizen en zbc's tegevoet zien. Tevens ontvang u van mij volgende week de juniëbrief die wij in het algemeen overleg en het VAO daarna met elkaar hebben afgesproken. De juniëbrief zal nog niet zo fors zijn als in komende jaren, omdat wij nog niet in het stadium zitten waarin wij alles al weten. De inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage, zoals aangekondigd in de brief Zorg die loont, wordt momenteel verder voorbereid in overleg met de NZa. Tijdens een informeel overleg met de Europese Commissie op 17 mei is door deze ingestemd met de lijn die ik heb ingezet. Ook over de beschikbaarheidsbijdrage ontvangt de Kamer een voorhangbrief.

Ik heb de vragen geordend op basis van de volgorde van de sprekers. Hier en daar zullen dus dingen samengenomen worden. De heer Van Gerven vroeg hoe hij de 2,5% volumegroei moet zien. Is dat netto of bruto? Die 2,5% is netto. Als je dat vertaalt naar bruto, is het 5,25%. Daar zitten dus al die indexaties op.

De Treeknormen worden vastgesteld door het veld zelf. Als zij herijkt worden, gebeurt dat ook door het veld zelf, net zoals het veld richtlijnen en protocollen vaststelt. Ik zal het verzoek doorgeleiden naar het veld dat betrokken is bij die Treeknormen: zijn die normen nog up-to-date of is het noodzakelijk om de normen te herijken?

Het is evident dat ik niet heb gekozen voor specialisten in loondienst. Dat heeft de Kamer ook in de brieven kunnen zien. Ik wil niet voorschrijven dat iemand in loon-

dienst moet zijn of in een maatschap moet treden. Ik zie in onderzoeken eerlijk gezegd ook niet heel veel verschil qua prestaties. Sommige ziekenhuizen hebben heel veel problemen met hun specialisten in loondienst, terwijl andere ziekenhuizen juist heel tevreden zijn en heel goed samenwerken met hun maatschappen en andersom. Ik zie dus geen aanleiding om dit voor te schrijven. Bovendien: wanneer wij uiteindelijk uit de transitieperiode zijn, dus na 2015, is het de bedoeling dat het honorarium van de medische specialisten in DOT zit en dus wordt verrekend als één diagnosebehandelcombinatie die ook transparant is.

**De heer Van Gerven (SP):**

Nu zitten de honoraria in de dbc's. Dat heeft tot allerlei rare uitpattingen geleid, zoals inkomens die in één jaar verdriedubbelen. Daar waren wij geen van allen erg gelukkig mee. Ik wil de minister het onderzoek van Pomp voorhouden. Hij heeft aangetoond dat bij specialisten in loondienst een groter aantal specialisten niet leidt tot meer aanbod, tot meer verrichtingen. Dat is wel zo bij de vrij gevestigde specialisten. Wat is het commentaar van de minister daarop?

**Minister Schippers:**

Voordat ik met de orde het convenant sloot, heb ik heel veel stukken gelezen over verschillen tussen loondienst en maatschap. Het ene onderzoek spreekt het andere mischien een beetje tegen, maar de rode lijn was dat het niet heel veel verschilt. Dat is ook mijn ervaring bij werkbezoeken in het land. Wij gaan eigenlijk over naar een integrale bekostiging. Die krijgen wij na het systeem dat wij nu invoeren. Ik zeg dus: wij laten het in stand zoals wij het niet alleen nu maar al tientallen jaren hebben geregeld in Nederland. Uiteindelijk zullen wij een afrekening krijgen in de bekostiging voor de zorgproducten, waar en onder wie de specialist ook werkt.

**De heer Van Gerven (SP):**

De minister is ziende blind of wil het niet horen. Haar eigen onderzoek van het SEO laat zien dat de vrijevestigden meer produceren. Die maken meer producten. Pomp, die onderzoek heeft gedaan naar de aanbodgeïndiceerde vraag, heeft geconstateerd dat het zorggebruik per hoofd van de bevolking toeneemt naarmate het aantal vrijevestigde specialisten toeneemt. Bij artsen in loondienst was er geen relatie tussen artsendichtheid en zorggebruik per inwoner. Dat moet toch te denken geven? Alle cijfers uit het buitenland, waar de vrije vestiging en de markt dominant zijn, tonen dat de zorgkosten veel hoger zijn dan in de landen waar dit niet zo is. Die feiten kan de minister toch niet negeren? Er is nog een tweede punt. In het debat met mevrouw Smilde heb ik het al gehad over de moraal en de schijn van belangenverstrengeling. Wil de minister ook daar nog eens op ingaan?

**Minister Schippers:**

Hard werken is toch geen schande? Als je de patiënten die je behandelt, maar op medische gronden behandelt en als jij maar iemand opereert omdat dat medisch noodzakelijk is. Als een specialist zich een slag in de ronde werkt en daarmee anderhalf keer zoveel patiënten behandelt als iemand die het wat rustiger aan doet, vind ik niet dat ik die specialist in de etalage moet zetten met "schande, schande". Nee, hij werkt hard om patiënten te behandelen die dat nodig hebben. De heer Van Gerven heeft het zelf voortdurend over wachtlijsten. Wil je wachtlijst-

## Schippers

ten voorkomen, dan zul je toch specialisten moeten hebben die voldoende mensen behandelen. De kern van de discussie is natuurlijk of er mensen worden behandeld buiten de richtlijnen om. Worden er mensen geopereerd terwijl de operatie volgens de richtlijn niet nodig is? Ik wil dat daarop veel meer wordt gestuurd. Ik wil ook veel scherpere richtlijnen; vandaar dat wij een kwaliteitsinstituut oprichten. De heer Van Gerven zegt eigenlijk dat iemand in loondienst verheven is boven iemand die zich in een maatschap een slag in de rondte werkt. Ik vind dat echt een heel rare conclusie.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat heb ik helemaal niet gezegd. Ik confronteer de minister met feiten. Daar waar de specialist vrijgevestigd is, neemt de zorgproductie per hoofd van de bevolking toe. Als artsen in loondienst zijn dan is dat niet zo. Natuurlijk is niet elke meerproductie negatief, maar het kan wel. Ga dan eens in op de schijn van belangenverstremming die daardoor ontstaat. Er is namelijk een belang in het verichtingenstelsel bij het vrije ondernemerschap terwijl dat niet zo is als je in loondienst bent. Kom dan niet aan met het verhaal dat ik alle vrijgevestigde artsen beschuldig van zinloze productie, want dat doe ik helemaal niet. De verlokkingen zijn er echter wel en het mechanisme werkt kennelijk zo. Ik heb in mijn inleiding al de snotterpoli's genoemd en meer van dat soort zaken die medisch gezien niet nodig zijn. Dat zijn echt zaken die bij de huisarts thuishoren, maar vanwege de omzet wel gebeuren in de tweede lijn.

Minister **Schippers**:

Enerzijds spreekt u schande over toenemende wachtlijsten en anderzijds maakt u zich druk over hardwerkende specialisten ...

De **voorzitter**:

Mevrouw de minister ...

Minister **Schippers**:

Sorry, voorzitter. De heer Van Gerven maakt zich enerzijds druk over toenemende wachtlijsten en anderzijds over hardwerkende specialisten die te veel doen. Dat kan natuurlijk niet samengaan. Het gaat erom dat een specialist alleen die operaties en behandelingen voorschrijft die medisch noodzakelijk zijn. Dat kunnen er heel veel zijn als hij toevallig op een terrein zit waar veel bepaalde ziektes zijn. Wat de snotterpoli's betreft, ben ik het eens met de heer Van Gerven. Wie doet daar zijn taak niet goed? De zorgverzekeraar, want blijkbaar vergoedt hij dat. De zorgverzekeraar moet zeggen dat hij dat niet meer vergoedt en dat mensen maar naar de huisarts moeten gaan. De zorgverzekeraar moet dat soort zorg helemaal niet meer contracteren, omdat het niet in het ziekenhuis thuishoort. Dat is precies wat ik beoog met de nota waarnaar de heer Van der Veen verwees over basiszorg in de buurt. Ik wil niet dat dit allemaal in de tweede lijn gebeurt. Ik wil ook niet dat kleine hechtinkjes er in het ziekenhuis worden uitgehaald. Dat moet om de hoek worden gedaan, bij mensen dicht in de buurt, door huisartsen die het net zo goed, zo niet beter kunnen.

De heer **Van Gerven** (SP):

De minister stelt dat vrijgevestigde specialisten een panacee zijn om wachtlijsten weg te werken of te voorkomen. Dat is helemaal niet zo. Je hebt gewoon voldoende artsen

en verpleegkundigen nodig om het werk te doen. Als je die hebt, heb je geen wachtlijsten. Ga dus daaraan werken maar zet niet de poort open voor het doen van onnodige verrichtingen. Die snotterpoli's zijn er gekomen in het systeem waarvan de minister zo hoog opgeeft, in dat marktwerkingssysteem. Daarin loont het kennelijk om dit soort dingen te doen, terwijl de specialisten hun tijd beter zouden besteden aan zinnige en zuinige zorg op maat.

Minister **Schippers**:

Ik verander helemaal niets. Sinds jaar en dag kent Nederland specialisten in loondienst en specialisten die zich vrij vestigen. Ik verander daar helemaal niets aan. Ik leg geen blauwdruk op dat iedereen zich vrij moet vestigen. Ik leg ook geen blauwdruk op dat iedereen in loondienst moet. Heel veel specialisten werken fantastisch in loondienst en werken zich daar een slag in de rondte. Ik heb helemaal geen oordeel dat de een beter is dan de ander, in tegenstelling tot de heer Van Gerven. Ik wil dus ook helemaal niets aan het systeem veranderen. Ik wil het systeem houden zoals het is. Het is toch maar voor een aantal jaar, want daarna rekenen wij integraal af. Ik zie dus niet in waarom ik dit nu allemaal overhoop zou moeten halen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik constateer nogmaals dat de minister niet ingaat op het feitenmateriaal dat ik heb aangedragen, afkomstig van haar eigen ministerie, waarin heel duidelijk staat dat vrije vestiging leidt tot extra consumptie. Het risico daarvan is dat er dingen gebeuren die niet nodig zijn. Besteed dat geld beter, leid meer specialisten op en schaf de numerus fixus af. Dat is veel beter dan ruim baan geven aan een systeem waarin de schijn van belangenverstremming blijft bestaan.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. Wij zullen het aantal specialisten dat wij opleiden, vergroten. Ik zal de Kamer na de zomer een brief daarover sturen, in het kader van de arbeidsmarktdiscussie. Je kunt onderzoeken blijkbaar op verschillende manieren lezen, is dan mijn conclusie.

De vragen over de beschikbaarheidsbijdrage behandel ik bij de vragen van mevrouw Smilde. Dan heb ik ze allemaal in een clustertje. Er wordt gekeken of de financiële informatievoorziening verbeterd kan worden en hoe sneller tot betrouwbare data kan worden gekomen. Mevrouw Smilde vroeg mij hoe en wanneer hiervan resultaten te verwachten zijn. Om de financiële informatievoorziening te verbeteren en te versnellen, heb ik een taskforce in het leven geroepen met als opdracht, de mogelijkheden daartoe te verkennen. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de financiële informatievoorziening, maar ook naar informatie over de oorzaken van de wijzigingen in het financiële beeld. Zoals ik al bij eerdere gelegenheden heb aangegeven, zal ik de Kamer nog dit najaar informeren over de uitkomst van de werkzaamheden van de taskforce.

Daarnaast zijn we natuurlijk ook met de ziekenhuizen, de zbc's, de academische ziekenhuizen en de zorgverzekeraars in gesprek over de vraag of er niet aan het begin van het jaar gecontracteerd kan worden, in plaats van in november nog na te moeten contracteren over het afgelopen jaar. Als je voor april – ik zeg maar wat – contracteert, dan heb je er in juni ook een beetje zicht op of je op koers bent of niet. Hoe krijgen we daar met zijn allen zicht op?



## Schippers

Ik moet u zeggen dat de informatievoorziening – dat constateerde de heer Van der Veen zeer terecht – ook mij een doorn in het oog is. Je kunt nooit bijsturen. Als je twee jaar na dato ziet wat de cijfers zijn, dan kun je niets meer doen. Dan moet je korten of je moet weghalen of terughalen. Je moet iets. Als je daarentegen tussentijds kunt zien dat het misgaat, kun je mensen rond de tafel roepen en zeggen: jongens, wat is er aan de hand? Is het terecht of is het niet terecht? Moeten we bijsturen of niet? Het is cruciaal dat we in de informatievoorziening echt vorderingen maken.

Meerdere woordvoerders vroegen naar de onderhandelingen die lopen tussen mij, de ziekenhuizen, de NVZ, de zbc's, de NFU en de zorgverzekeraars. Het zijn zeer constructieve onderhandelingen. Ik had ze allang succesvol afgerond willen hebben, maar er zitten ook heel veel technische zaken in. Je spreekt bijvoorbeeld met elkaar af dat je ernaar wilt streven, de groei van de zorg 2,5% te laten zijn. Ten opzichte van wat is dat dan? Dan blijkt ineens dat er heel veel berekeningen zijn. De een zit op dit en de ander zit op dat. Dan moet je in ieder geval een nulpunt hebben waar vandaan je vertrekt. Dat is maar een klein voorbeeldje van zaken die naar boven komen in dit soort gesprekken. Het is constructief. Ik hoop echt en verwacht ook dat we heel binnenkort tot afspraken kunnen komen, want het is ongelooflijk belangrijk. We moeten een systeem hebben dat op zichzelf werkt, maar als je gezamenlijk de schouders onder één doel zet, bereik je niet alleen op een prettigere manier resultaten, maar is de kans van slagen ook veel groter. Zodra ik daarover iets te melden heb, kom ik direct met een brief naar uw Kamer.

Mevrouw Smilde vroeg of het klopt dat alleen als medisch specialisten afspraken maken met de raad van bestuur over de verdeling van de honorariuminkomsten, er sprake is van een VIA-model, met de consequentie dat de medisch specialist als fiscaal ondernemer erkend wordt. Wie neemt het initiatief in een ziekenhuis voor dergelijke afspraken? Zijn alle toelatingsovereenkomsten tijdig geactualiseerd? Het is inderdaad een randvoorwaarde om via het ziekenhuis te mogen declareren dat er tussen de raad van bestuur van de instelling en de medisch specialist afspraken zijn over de verdeling van de honoraria. Conform de afspraken in het convenant stellen de orde en de NVZ samen een nieuw model toelatingsovereenkomst op. Deze MTO is de basis voor de gesprekken binnen de instellingen tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten over de nieuw af te sluiten toelatingsovereenkomsten. Het is de verantwoordelijkheid van de orde en de NVZ om de nieuwe MTO tijdig klaar te hebben. Binnen de instelling is het de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en het stafmaatschap, of van het collectief, om voor elke medisch specialist een nieuwe toelatingsovereenkomst af te sluiten. Het is aan de instellingen zelf om te bepalen hoe men dit organiseert, maar het lijkt mij voor de hand te liggen dat de raad van bestuur het initiatief neemt. Alle partijen hebben er belang bij dat de toelatingsovereenkomsten tijdig zijn geactualiseerd. Als er geen geactualiseerde toelatingsovereenkomst is, valt men immers terug op het AAN-beheersmodel. De stimulans om tijdig klaar te zijn, is dus erg groot.

Mevrouw Smilde vroeg of individuele medisch specialisten verplicht kunnen worden om deel te nemen aan een stafmaatschap. Wordt per ziekenhuis geregeld of er met het ene of het andere model wordt gewerkt of op het niveau van de individuele medisch specialist? Het uitgangspunt is dat alle medisch specialisten en instellingen voor

het VIA-beheersmodel opteren. De randvoorwaarde om via het ziekenhuis te mogen declareren, is dat er tussen de raad van bestuur van de instelling en de medisch specialist afspraken zijn gemaakt over de verdeling van de honoraria. Om praktische en organisatorische redenen heeft het sterk de voorkeur van het ministerie van VWS, de orde en de NVZ dat medisch specialisten binnen de instelling die via het ziekenhuis willen declareren zich in een stafmaatschap organiseren. Deelname aan de stafmaatschap is echter niet verplicht en ook geen noodzakelijke randvoorwaarde voor het VIA-beheersmodel. Het is mogelijk dat binnen een ziekenhuis een deel van de specialisten volgens het VIA-model declareert en een deel volgens het AAN-model. De grens voor het honorarium moet dan worden opgedeeld tussen de specialisten die aan het ziekenhuis declareren en zij die via het ziekenhuis declareren.

Mevrouw Smilde stelde dat een bron van ergernis was dat de inkomens van de ondersteunende specialisten uit de pas liepen, dat die veel hoger uitkwamen. Zij vroeg of dat nu van de baan is. Binnen het beheersmodel maken de gezamenlijke medisch specialisten zelf, in overleg met de raad van bestuur, afspraken over de verdeling van de honoraria. Het is onwaarschijnlijk dat medisch specialisten en raden van bestuur afspraken maken waarbij de honoraria van ondersteunende specialisten of welke groep specialisten dan ook erg uit de pas lopen met de overige honoraria. In de tariefstelling zijn de onevenredigheden bij de ondersteunende specialisten door tariefaanpassingen van de NZa zo veel mogelijk verholpen. Die weeffout is er dus, als het goed is, uit.

Mevrouw Smilde vroeg ook hoe de combinatie van het beheersmodel medisch specialisten en de productieprikkel voor specialisten om wachttijden te voorkomen in de praktijk werkt, omdat zowel het ziekenhuis als de medisch specialist zich zal inzetten voor een groter volume. Daar ontbreekt wel een beetje de zorgverzekeraar aan. Je kunt natuurlijk wel van alles willen produceren, maar het moet wel worden ingekocht. Iemand moet het wel betalen. Ook in de productieafspraken die de raad van bestuur met de medisch specialisten maakt, zijn partijen gehouden aan een omzetplafond per instelling. Dat hebben wij met zijn drieën afgesproken in die convenanten.

Ten aanzien van het vaste deel van het honorariumplafond worden tussen de raad van bestuur en specialisten productieafspraken gemaakt. Deze afspraken moeten qua omvang zodanig zijn dat volgens redelijke verwachtingen een wachtlijst of lange wachttijden worden voorkomen. Via het variabele deel van het omzetplafond kunnen de raad van bestuur en de specialisten afspraken maken over de bekostiging van specifieke activiteiten. Dat is er expres ingezet, zodat men ook kan afrekenen op bijvoorbeeld kwaliteit, dat als je extra kwaliteit levert je daar extra geld voor kan wegzetten. Tevens is het denkbaar dat de ruimte uit het variabele deel van het omzetplafond wordt gebruikt om afspraken te maken over het voorkomen van wachtlijsten. De verantwoordelijkheid ligt, net als nu, bij de instellingen zelf. Om binnen het beheersmodel daarnaast zo veel mogelijk dynamiek te houden, wordt de groei ruimte van 2,5% van het beschikbare macrokader, dat is ongeveer 50 mln., behouden voor snelgroeiende instellingen en nieuwkomers. Het is immers essentieel dat er ook nieuwkomers kunnen zijn in de zorg.

Mevrouw Smilde stelt dat de NZa een onderzoek is gestart om de honorariumtarieven te herijken. Zij vraagt wanneer de resultaten hiervan bekend zijn, hoe vaak er

## Schippers

zal worden herijkt en aan de hand van welke gegevens dat zal gebeuren. De nieuwe honorariumtarieven worden begin september aangeleverd. In beginsel betreft het een eenmalige herijking.

Mevrouw Smilde vroeg ook of de NZa een zorgaanbieder een grens kan opleggen en of die het meerdere moet afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Zij vroeg wie die grens bepaalt, omdat ik heb gezegd dat er een macro-budgetteringsgrens is omdat een individueel ziekenhuis moet kunnen groeien als men het daar goed doet. Ik kan de NZa via een aanwijzing opdragen om zorgaanbieders te binden aan een grens. In dat geval heeft de NZa de bevoegdheid om een zorgaanbieder te verplichten om de overschrijding van die grens af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds of het AWBZ-Fonds. Uiteraard geldt hier ook, zoals ik net heb verteld, dat de voorhangprocedure voor de Tweede en de Eerste Kamer moet worden gevolgd voordat ik die aanwijzing kan geven.

Het macrobeheersingsinstrument is een variant van het instrument begrenzing. De minister stelt in een aanwijzing het macrobedrag vast op grond van het Budgettair Kader Zorg. De minister geeft in de aanwijzing ook de wijze van het bepalen van de macro-overschrijding aan, evenals de wijze waarop de overschrijding wordt weggevoerd. De NZa stelt voor alle zorgaanbieders gezamenlijk een grens vast voor kosten of inkomsten in een bepaalde periode. Dat doet zij natuurlijk wel voorafgaande aan die periode. De NZa stelt ten behoeve van de verrekening beleidsregels op en na afloop van die periode stel ik vast of die grens is overschreden. Ik deel dan de overschrijding mee aan de NZa en de NZa wijst per zorgaanbieder aan welk bedrag moet worden verrekend. Dat kan op verschillende manieren. Dat kan door teruggave aan de verzekeraars die te veel hebben betaald, dat kan door afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds of door een combinatie van beide. Dan wordt het geld eerst gestort in het fonds en herverdeelt vervolgens het CVZ het geld onder de relevante verzekeraars. Voorzitter, dit is taai kost, maar wij moeten er technisch doorheen.

Mevrouw Smilde en mevrouw Gerbrands hebben gevraagd of de zorgverzekeraar buiten schot blijft. Hij koopt zorg in en zal proberen om zorg efficiënt en doelmatig in te kopen, waardoor een systeem van kostenbeheersing ontstaat. Over het volume wordt niets gezegd. Er is gevraagd of ik kan aangeven of in een nieuwe situatie van meer risicodragendheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders de overschrijdingen gevolgen hebben voor de zorgverzekeraar. Er ligt een duidelijke verantwoordelijkheid bij verzekeraars. Om de kosten van de ziekenhuiszorg te beheersen, moeten zij goede contracten sluiten. Door afschaffing van de macronacalculatie worden verzekeraars niet meer gecompenseerd voor de overschrijding van het Budgettair Kader Zorg. Verzekeraars moeten de hogere uitgaven die zij hebben dus zelf financieren. Een verzekeraar die meer uitgeeft dan het Budgettair Kader Zorg maakt dus verlies. De financiële gevolgen komen bij de verzekeraar terecht. Een verzekeraar kan vervolgens zijn premie verhogen, maar dan kan het zijn dat zijn verzekeren weglopen naar een andere verzekeraar die goedkoper is.

Daarnaast zijn de afgelopen jaren de verzekeraars meer risico gaan dragen doordat de ex-postcompensatie geleidelijk wordt afgebouwd. Per 2010 is de nacalculatie op de variabele ziekenhuiskosten in het A-segment verlaagd van 40% naar 30%. De nacalculatie op B-abc's is verlaagd van 15% naar 0. Omdat verzekeraars meer risico zijn gaan

dragen, worden zij ook steeds meer aangesproken op de rol die zij moeten vervullen. De komende jaren gaan wij stapsgewijs door met het steeds meer laten opdraaien van de zorgverzekeraar voor het feit dat hij ergens zijn werk niet goed doet.

**Mevrouw Smilde (CDA):**

De minister zegt dat er een grens wordt gesteld en dat de overschrijdingen voor de ziekenhuizen zijn. Wat komt er bij overschrijdingen voor rekening van het ziekenhuis en wat komt voor rekening van de zorgverzekeraar?

**Minister Schippers:**

De zorgverzekeraar koopt de zorg in en maakt kosten. Hij moet zorgen dat hij zijn kosten in de hand houdt. Hij wordt vooraf gecompenseerd voor bepaalde kosten. Dat is de risicoverevening vooraf. Hij moet daarmee verstandig omgaan en selectief inkopen. De prijs is niet bij ieder ziekenhuis hetzelfde. Hij moet selectief inkopen waar de beste prijs en de beste kwaliteit is. Degenen die verzekerd zijn bij die zorgverzekeraars, krijgen daarvan premievoordeel. Wat heeft het anders voor zin om jezelf te beperken? Dan gaat het systeem werken. Als dan een collega-zorgverzekeraar dat niet doet en die overschrijdingen maar toelaat in ziekenhuizen, wordt niet alleen die overschrijding bij de ziekenhuizen weggehaald, maar draait hij zelf op voor de kosten.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Wil dit succes hebben, dan moet de patiënt gebruik maken van de voorzieningen die door de zorgverzekeraars zijn gecontracteerd. Zo begrijp ik het in ieder geval.

**Minister Schippers:**

Ja, maar dat moet wel anders dan nu. Nu kun je kiezen voor een naturapolis of een restitutiepolis. Die zijn ongeveer even duur. Of ik mag naar drie ziekenhuizen of ik mag naar alle ziekenhuizen, maar mijn premie is even hoog. Dan ben ik gek als ik ervoor kies dat ik naar drie ziekenhuizen mag. Een zorgverzekeraar moet kunnen aantonen dat hij de beste zorg die er is, heeft gecontracteerd bij een preferred provider, een selectief ziekenhuis dat iets bepaalds heel goed doet. Doordat hij al zijn verzekerden daarheen kan sturen, krijgt hij ongelooflijk veel korting. Als hij die korting bij mij in de polis doorberekent, wordt het aantrekkelijk. Dan heb ik namelijk ineens in plaats van een premie van € 1500 – ik zeg maar wat – een premie van € 1000 en is het dus aantrekkelijk geworden. Ik hoef er dan niet naartoe; ik kan ook besluiten om een restitutiepolis te houden, zodat ik overal naartoe kan. Daarvoor betaal ik dan alleen wel meer geld.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Als er inderdaad dit soort substantiële premievoordelen zijn, is het misschien wel aardig om uit te rekenen wat het betekent dat een zorgverzekeraar op zijn inkoop honderden miljoenen zou moeten halen, mede gelet op de grootte van de verschillende zorgverzekeraars. Ik heb er duidelijk wat minder vertrouwen in dan de minister. Ik constateer wel dat het met de keuzevrijheid van de patiënt gedaan is, anders werkt dit systeem niet.

**Minister Schippers:**

Het is een raar idee dat keuzevrijheid gelijkstaat aan geen consequenties van je keuze hoeven dragen. Keuzevrijheid is dat je zelf kunt kiezen om meer premie te betalen om

## Schippers

naar ieder ziekenhuis te kunnen gaan of om minder premie te betalen om naar voldoende ziekenhuizen te kunnen gaan. Een zorgverzekeraar moet voldoende contracteren. Dat hebben we wettelijk vastgelegd. Kies je ervoor om minder premie te betalen, dan kun je naar bepaalde ziekenhuizen, maar niet naar alle ziekenhuizen in je omgeving. Als een en ander in je premie niet uitmaakt, zoals nu het geval is, gaat niemand zich die restrictie opleggen.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**  
Voorzitter. Mevrouw Smilde stelde net een vraag over het terughalen van overschrijdingen. Zoals ik het nu begrijp, wordt er zowel bij het ziekenhuis als bij de zorgverzekeraar geld weggehaald.

**Minister Schippers:**  
De zorgverzekeraar die het niet goed doet en die overschrijdingen laat gebeuren, draait voor de kosten op, want hij moet er wel voor betalen. Wat hij betaalt, wordt vervolgens door de overheid weggehaald om de premie niet te laten oplopen. Hij betaalt dus de zorgaanbieders en dat wordt weggehaald.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**  
Bij overschrijdingen gaan wij dus op twee plekken weghalen.

**Minister Schippers:**  
Nee, de zorgverzekeraar betaalt de overschrijding en de overheid haalt datzelfde geld weg. Uiteindelijk is de zorgverzekeraar die het slecht doet en die niet oplet met wie hij contracteert, wat hij contracteert en of daar goede protocollen en richtlijnen onder liggen, duurder uit.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**  
Dat snap ik wel, maar wij hebben het bij deze wet ook over wat wij met de ziekenhuizen en de medisch specialisten kunnen. Zij maken afspraken met de zorgverzekeraar. Bij hen, maar ook bij de zorgverzekeraar gaan wij toch geld weghalen?

**Minister Schippers:**  
Nee, het is geld dat de zorgverzekeraar moet betalen. Je kunt twee dingen doen. Je kunt besluiten om het op de premie te gooien, waardoor uiteindelijk de patiënt, de premiebetaler de overschrijding betaalt, maar je kunt ook besluiten om die op het conto van de zorgverzekeraar te schrijven. Wij zijn voor dat laatste. Hij moet de productie, alle behandelingen die hij heeft ingekocht, betalen, maar we halen een en ander vervolgens bij het ziekenhuis weg.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**  
Dan wordt er toch twee keer geld weggehaald?

**Minister Schippers:**  
Nee. Wie betaalt de rekening? Dat is natuurlijk de vraag. Komt die rekening bovenop de premie van de verzekerde? Betaalt die de rekening door gewoon meer premie te betalen of zeggen wij: nee, er staat geen vergoeding tegenover richting de verzekerde; die zit zelf op de blaren. Hij krijgt dus geen compensatie. Hij krijgt er niet meer voor, dus hij zit op de blaren.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**  
Dus gaat de premie omhoog.

**Minister Schippers:**  
Bij hem wel, maar niet bij zijn buurman.

**Mevrouw Leijten (SP):**  
Voorzitter. De marktwerking die volgens deze minister niet bestaat, leidt tot keuzevrijheid voor de verzekerde. Kan de minister nu eens uitleggen wat die keuzevrijheid precies inhoudt?

**Minister Schippers:**  
De keuzevrijheid waarover wij het hier hebben, houdt in dat je kunt kiezen door welke zorgverzekeraar je verzekerd wilt zijn. Die zorgverzekeraar koopt voor jou zorg in volgens het systeem dat we hebben ontwikkeld. Dat doet hij goed of dat doet hij slecht. Als hij het slecht doet, koopt hij slechte kwaliteit voor veel te veel geld in. Dan betaal je dus hoge premies voor slechte zorg. Als hij het goed doet, dan betaal je voor goede zorg een lage premie. Dat is een verzekeraar die het goed doet. Wil hij het goed kunnen doen, dan moet hij niet met honderd ziekenhuizen dezelfde contracten sluiten, want dan hebben wij de illusie dat in Nederland alle ziekenhuizen even goed zijn in alle operaties. Dat is in de praktijk niet zo. In de praktijk is het ene ziekenhuis heel goed in de ene operatie en het andere ziekenhuis heel goed in de andere operatie. Ons lot in Nederland is dat alle ziekenhuizen nog steeds alles doen. Wij willen juist graag dat verzekeraars bepaalde behandelingen inkopen bij ziekenhuizen die in die behandeling goed zijn. Juist het ziekenhuis dat goed is in een bepaalde behandeling moet die goede behandeling aan patiënten geven. Bij ziekenhuizen die deze behandeling slecht uitvoeren, wordt die behandeling dan niet meer ingekocht.

**Mevrouw Leijten (SP):**  
Ik begrijp het goed. De keuzevrijheid van de mensen is wat de zorgverzekeraar voor hen beslist. Mensen mogen als zij ontevreden zijn één keer in het jaar overstappen. Maar chronisch zieken of mensen die een hogere premie niet kunnen betalen, hebben pech. Stel dat ik gewoon naar het ziekenhuis wil bij mij om de hoek, omdat ik met mijn moeder of wellicht in de toekomst met mijn kinderen niet ver kan reizen. De zorgverzekeraar beslist dan wellicht voor mij dat ik niet naar dat ziekenhuis om de hoek mag. Hoe zit het dan met mijn keuzevrijheid?

**Minister Schippers:**  
Wij hebben van de zorgverzekeraar een zorginkoper gemaakt. Dat hebben wij gedaan, omdat patiënten vaak niet kunnen beoordelen waar bijvoorbeeld knieoperaties of hartoperaties in Nederland het beste worden uitgevoerd. Mevrouw Leijten zal haar basiszorg heel goed om de hoek kunnen krijgen. Bij een eenvoudige operatie zal er ook geen probleem zijn met het ziekenhuis om de hoek. Maar als de moeder van mevrouw Leijten een openhartoperatie moet ondergaan en die operaties worden in haar regio-ziekenhuis heel slecht uitgevoerd, zal zij met haar moeder best wat verder willen rijden om haar een goede operatie te laten ondergaan. Als haar moeder in het regio-ziekenhuis 20% meer kans loopt om te overlijden aan die operatie dan in het ziekenhuis iets verderop, zal mevrouw Leijten geen bezwaar hebben tegen iets verder rijden. In dat gespecialiseerde ziekenhuis zijn immers meer specialisten, wordt deze operatie veel vaker gedaan, heeft men dus veel meer routine opgedaan en is betere apparatuur aanwezig.

## Schippers

Mevrouw **Leijten** (SP):

Nu wil ik antwoord op de vraag die ik heb gesteld. Mijn vraag ging niet over wat de minister nu bespreekt. Ik wil graag goede zorg om de hoek, voor mijzelf, voor mijn moeder en eventueel in de toekomst voor kinderen. Ik wil graag om de hoek naar het ziekenhuis. Stel dat ik allang heb uitgezocht dat de zorg in dat ziekenhuis om de hoek goed is en stel dat we niet ver kunnen reizen of dat vervelend vinden, maar dat de zorgverzekeraar geen zorg heeft ingekocht bij dat ziekenhuis om de hoek. Wat is in zo'n situatie mijn keuzevrijheid? Dat was mijn vraag! Ik heb het niet over specialistische operaties. Als de kwaliteit daarvan in een bepaald ziekenhuis niet goed is, ga ik er overigens van uit dat de inspectie beslist dat die operaties in dat ziekenhuis niet meer worden gedaan. Stel dat ik gecheckt heb of de zorg in mijn ziekenhuis om de hoek goed is. Stel dat die gewoon in orde blijkt te zijn. Stel dat ik om de hoek die zorg wil krijgen, maar dat de zorgverzekeraar daar geen zorg heeft ingekocht. Welke keuzevrijheid geeft de minister mij in zo'n situatie?

Minister **Schippers**:

Mevrouw Leijten spreekt in het algemeen over zorg. Zorg in het algemeen bestaat echter helemaal niet. Er is sprake van hoogcomplexere zorg en er is sprake van laagcomplexere zorg. De zorgverzekeraar zal laagcomplexere zorg veel breder contracteren, omdat deze veel breder op een goede manier zal worden geleverd. Wij willen echter bewerkstelligen dat de zorgverzekeraar gaat inkopen op kwaliteit, zodat ziekenhuizen gaan specialiseren. Er zal dan inderdaad een situatie ontstaan waarin niet ieder ziekenhuis om de hoek alle zorg zal leveren. Dat lijkt mij heel goed, met het oog op de kwaliteit. Wij moeten er in dit land achter komen dat het uitmaakt of je in het ene ziekenhuis wordt geopereerd of in het andere. De kans dat je overlijdt, kan 20% groter of kleiner zijn! Artsen weten dat wel, maar weet mijn oude moeder dat ook? Nee, zij weet dat niet. Daarom hebben wij daarvoor de zorgverzekeraar, die ervoor moet zorgen dat de zorg beter wordt ingekocht en dat hierop wordt gelet. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat wij ziekenhuizen kapittelen die het slecht doen. Hij zorg ervoor dat ziekenhuizen die knieoperaties slecht uitvoeren, wordt gevraagd waarom zij die operaties überhaupt nog doen. Zij kunnen zeggen: het aantal hersteloperaties bij dit ziekenhuis vliegt de pan uit.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik krijg gewoon geen antwoord op mijn vraag. Ik snap goed dat de minister mijn vraag op microniveau niet wil beantwoorden. Immers, het antwoord is dat ik niet naar het ziekenhuis om de hoek kan met mijn moeder, terwijl ik heb uitgezocht dat de zorg er goed is en terwijl de inspectie ook zegt dat de zorg er goed is. Ik kan niet naar dat ziekenhuis om de hoek als mijn zorgverzekeraar zegt: nee, in dat ziekenhuis heb ik niet ingekocht, want ik moet zogenaamd doelmatig zijn. Die doelmatigheid leidt voor mij tot een financiële keuze. Daarop wil de minister niet reageren. In die situatie zal ik namelijk moeten bijbetalen. De minister biedt wel keuzevrijheid, namelijk om bij te betalen voor goede zorg om de hoek in een ziekenhuis waarmee mijn zorgverzekeraar geen contract heeft. Als ik wil bijbetalen, kan ik overal heen en heb ik keuzevrijheid. Als ik het geld daarvoor niet heb, dan word ik door mijn zorgverzekeraar gedwongen om door het land te sjezen, omdat hij niet overal contracteert. Dat is het eerlijke antwoord waarnaar ik op zoek was. De minister zegt

heel veel over kwaliteit. Als de kwaliteit ergens niet deugt, moet de inspectie ingrijpen. Daarvoor hebben wij de zorgverzekeraar niet nodig.

Minister **Schippers**:

Dit debat heb ik zojuist al gevoerd met de heer Van der Veen. Ik heb hem allang gezegd dat als je een naturapolis hebt en daarvoor bijvoorbeeld een derde minder premie betaalt, je naar de gecontracteerde ziekenhuizen gaat. Je mag wel naar andere ziekenhuizen, ook naar de minder presterende, maar dan wordt de bulkkorting niet aan jou doorberekend. De zorgverzekeraar rekent de korting die hij bij een ziekenhuis kan krijgen alleen aan jou door als je daarvan ook gebruikmaakt. Als je daar geen gebruik van maakt, krijg je de korting natuurlijk ook niet. Dat heb ik allang gezegd.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Mijn interruptie ging over de keuzevrijheid. Daarna ging de minister echter door over de vraag waar de overschotten teruggehaald worden. Ik heb de vraag daarom nog een keer gesteld. De minister ontweek deze vraag heel goed.

Minister **Schippers**:

Het spijt me, maar ik vind dit een moeilijke manier om debatteren. Ik heb net in het debat heel helder gezegd dat je selectieve inkoop alleen maar van de grond krijgt als er premieverschillen ontstaan. Het kan zijn dat mevrouw Leijten wil dat ik dit nog eens zeg, maar dan moet zij mij gewoon vragen om te herhalen wat ik tien minuten geleden al gezegd heb.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb gevraagd wat keuzevrijheid is naar de opvatting van deze minister. Daarop had zij kunnen antwoorden, zodat ik meteen had kunnen aansluiten. Nu is het duidelijk dat keuzevrijheid voor deze minister betekent dat je een financiële keuze hebt bij wat een zorgverzekeraar beslist. Welke garanties heeft deze minister dat een zorgverzekeraar inkoop op de kwaliteit en niet op de kwantiteit? Laten we eens kijken naar de inkoop van behandelingen van borstkanker door CZ. De patiëntenvereniging noemt ziekenhuizen waar borstkankerpatiënten goed af zijn en waar in een dag de uitslag bekend is. Deze ziekenhuizen krijgen van de patiëntenvereniging een lintje, maar voor CZ zijn deze ziekenhuizen niet goed genoeg. Dan weet een patiënt dus niet waar hij aan toe is.

Minister **Schippers**:

Wij komen uit een systeem waarbij je niet eens kon overstappen van het ene ziekenfonds naar het andere. Je kreeg een ziekenfonds toegewezen op basis van je postcode. In dat systeem was het niet eens bekend waar goede zorg was. We dachten dat de ziekenhuizen overal dezelfde zorg leverden. Je kon niet opzoeken welk ziekenhuis beter was dan het andere. Alleen onder artsen was dit bekend. Nu zijn we een omslag aan het maken, waardoor het voor patiënten transparant wordt waar zorg goed is en waar niet. Dat laten we niet aan de markt of aan de sector over, nee, de overheid zet daar zelf haar schouders onder. We behouden altijd de inspectie, die ziekenhuizen dichtgooit die onder de vereiste kwaliteit zakken. We gaan een kwaliteitsinstituut oprichten om zo doende een enorme stap te kunnen zetten naar transparantie, ook voor mensen die niet werken in de zorgsector.

## Schippers

Door deze transparantie kan iedereen zien wat de resultaten zijn van bepaalde ziekenhuizen. Juist door het systeem waarbij je kunt kiezen op basis van allerlei plussen en minnen krijg je veel meer inzicht in wat ziekenhuizen leveren.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd of bekend is waarvoor overschrijdingen plaatsvinden. De NZa maakt een marktscan. Daar kunnen natuurlijk vragen bij of vanaf. Als wij een bepaalde trend zien die wij niet kunnen verklaren, kunnen wij de NZa natuurlijk vragen om hiernaar te kijken in de marktscan.

Is de AMvB over de beschikbaarheidsbijdrage al gereed? Nee, de AMvB wordt nu voorbereid. De planning is dat de AMvB in september of oktober voor advies naar de Raad van State wordt gezonden. In deze AMvB worden de volgende vormen van zorg vastgelegd. Deze komen uit de brief "Zorg die loont". Donoruitnameteams, calamiteiten-hospitaal, helikoptervoorzieningen voor de traumazorg, kennisfunctie en coördinatie van de traumaketenzorg en het opleiden, trainen en oefenen voor rampen, de spoedeisende hulp, de traumazorg, de brandwondenzorg en de academische component.

### Voorzitter: Van Beek

#### Minister Schippers:

In het kader van de voorbereiding heeft op 17 mei een informeel overleg met de Europese Commissie plaatsgevonden over de vraag of de bekostiging van de bedoelde vormen van zorg via een beschikbaarheidsbijdrage in overeenstemming is met Europese staatssteunregels. De Europese Commissie heeft bevestigd dat ik in overeenstemming met de regels handel. Op advies van de Europese Commissie zal ik in de AMvB ook de vorm waarin de beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend vastleggen. Voorbeelden van de vorm zijn diensten van algemeen economisch belang, diensten van algemeen belang, groepsvrijstelling et cetera.

Om welke vormen van zorg gaat het precies bij de beschikbaarheidsbijdrage en wat zal steeds de afweging zijn? Het gaat vooralsnog om vormen van zorg die in redelijkheid niet of geheel niet zijn toe te rekenen aan de tarieven, dan wel die bij een dergelijke toerekening marktverstoring zouden werken. Ik heb dat lijstje zojuist al opgesomd.

Mevrouw Smilde spreekt over een opsomming van de mogelijke functies die in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Zij vraagt of deze opsomming limitatief is. Vooralsnog komen de functies die ik genoemd heb in de brief "Zorg die loont" in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. Voor de specifieke inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage ben ik verplicht een aanwijzing aan de zorgautoriteit te geven. De zakelijke inhoud van deze aanwijzing wordt gedurende 30 dagen voorgehangen bij het parlement. Dit najaar, zodra de AMvB over de beschikbaarheidsbijdrage gereed is, zal ik de zakelijke inhoud van de aanwijzing aan de zorgautoriteit over de specifieke inzet en toepassing van de beschikbaarheidsbijdrage 2012 voorhangen bij het parlement.

Er is gevraagd voor welke vorm van toppreferente zorg een beschikbaarheidsbijdrage geldt. Toppreferente zorg is feitelijk zeer specialistische zorg voor patiënten met een zeldzame aandoening, een moeilijk vast te stellen aandoening of een moeilijk te behandelen aandoening. De toppreferente functie kan ook omschreven worden als een last resort functie. De betreffende instellingen lopen voor-

op in het ontwikkelen en toepassen van nieuwe technieken en behandelingen. Deze instellingen kunnen toppreferente zorg leveren omdat zij het doen van wetenschappelijk onderzoek kunnen combineren met patiëntenzorg. De UMC's dragen de kennis vervolgens over op andere ziekenhuizen. De UMC's en het NKI Antonie van Leeuwenhoek ontvangen een beschikbaarheidsbijdrage, de academische component, om de benodigde toppreferente zorg en innovatie, en de ontwikkeling te kunnen bekostigen. Daarnaast hebben de brandwondencentra een toppreferente functie. De brandwondencentra hebben de meeste expertise op dit terrein en hebben een beschikbaarheidsfunctie in het geval van calamiteiten. De beschikbaarheid kan worden bekostigd via het vaste segment.

Moet een aanbieder een beschikbaarheidsbijdrage aanvragen of is de beschikking die de NZa afgeeft voor een bepaalde tijd? Voor de specifieke inzet en toepassing van het instrument is een aanwijzing van de NZa verplicht. Ik heb al gezegd dat ik dat ga voorhangen.

Er is gevraagd hoe het precies zit met de spoedeisende hulp in het landelijke gebied. Moet de aanbieder eerst aantonen dat hij onvoldoende omzet genereert of is het noodzakelijk voor de 45 minuten norm? Uiteraard moet aangetoond zijn dat spoedeisende hulp van het ziekenhuis noodzakelijk is voor het handhaven van de 45 minuten norm. Daarnaast zal gekeken worden of de spoedeisende hulp kostendekkend is, in stand kan worden gehouden uit de dbc-opbrengsten. Als dat niet het geval is, zal er een beschikbaarheidsbijdrage van toepassing zijn. Om de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage te bepalen, zal de NZa een kostenonderzoek uitvoeren en op basis daarvan beleidsregels vaststellen. De beschikbaarheidstoeslag zal op basis van deze beleidsregels periodiek worden herijkt, op basis van onder andere de opbrengst van spoedeisende hulp uit de dbc-productie.

Het volgende punt is de bereikbaarheid van zorg. In mijn brief over cruciale zorg heb ik uitgelegd dat ik een bijzondere rol weggelegd zie voor de overheid om de toegankelijkheid van de spoedeisende hulp in regionale gebieden te bewaken. Voor de curatieve zorg gaat het daarbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulp, de acute verloskunde, en de crisisdienst in de geestelijke gezondheidszorg. De continuïteit van die zorg moet gewaarborgd zijn en blijven, zodat burgers in noodsituaties er verzekerd van zijn dat zij zo spoedig mogelijk worden vervoerd, gestabiliseerd en behandeld. De bekostiging van deze functies zal daar waar dat noodzakelijk is, worden vormgegeven via een zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage. De hoogte daarvan zal zo worden vastgesteld dat in alle gevallen, dus ook in de krimpggebieden, dergelijke voorzieningen in stand gehouden kunnen worden zonder andere zorgaanbieders te benadelen.

Er is gevraagd of de beschikbaarheidsbijdrage ook bedoeld is voor de add-ons of de bekostiging van ic's. Add-ons behoren tot het gereguleerde segment en behoren vooralsnog niet tot de vormen van zorg die in aanmerking kunnen komen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Datzelfde geldt voor zorg op de intensive care. De beschikbaarheid en verschillende service levels van de ic's zijn verwerkt in de tarieven voor add-ons voor intensive care zorg.

Mevrouw Gerbrands vraagt naar de tijdelijkheid van het macrobeheersingsinstrument. Zij wil weten of het ook inzetbaar is na de transitieperiode of alleen tijdens die periode. Tijdens die periode heb ik het zeker nodig, omdat de balance of power onvoldoende aanwezig is tussen

## Schippers

zorgverzekeraars en de aanbieders. Als ik dat instrument niet zou hebben, zou het dus echt scheeflopen. Ik wil niet vooruitlopen op het precieze moment waarop je dit instrument niet meer nodig hebt. Ik wil deze schoenen pas weggooien als ik ze echt niet meer nodig hebt. In ieder geval voor de transitieperiode is dit instrument noodzakelijk. Ik kan mij voorstellen dat je daarna zo snel mogelijk van dit instrument af wil, maar het precieze tijdstip zal dan moeten worden bepaald.

Mevrouw Gerbrands vraagt ook of het MTO al is beoordeeld door de minister van Financiën met het oog op het fiscaal ondernemerschap. Dat is nog niet het geval, omdat de orde en de NVZ nog bezig zijn met het opstellen van een nieuw een aangepast memorandum. Voor het VIA-beheersmodel is aanpassing van de MTO noodzakelijk. Op basis van deze aangepaste MTO moeten ook de individuele toelatingsovereenkomsten tussen specialisten en ziekenhuizen worden aangepast. Gelet op de noodzaak van het aanpassen van deze individuele toelatingsovereenkomst voor 2012, verwacht ik dat de NVZ en de orde ervoor zullen zorgen dat er op zeer korte termijn een door Financiën en de Belastingdienst getoetste MTO ligt. Dat is overigens ook een onderdeel van het convenant dat ik met hen heb gesloten.

Wat is acceptabel voor wachtlijsten? Laten we wachtlijsten bij grote groei oplopen of leidt dat tot overschrijdingen? Door de invoering van prestatiebekostiging en het vergroten van risicodragendheid van verzekeraars nemen de prikkels in een ziekenhuis sterk toe om de komende jaren door te pakken bij het streven naar doelmatigheid en kwaliteit. Ik denk dat er binnen de beschikbare middelen ontzettend veel nodig is. Je ziet dat er tussen ziekenhuizen enorme verschillen zijn: schrijven we dure medicijnen voor, wanneer opereren we en welke richtlijnen en protocollen volgen we? Daar moeten wij op inzetten. Niemand wil dat mensen noodzakelijke zorg wordt onthouden, maar iedereen wil dat overbodige operaties en overbodige zorg verdwijnen.

Zo zijn de stimulansen in het systeem nu ook gezet. We vergeten wel eens dat de zorgsector ieder jaar gewoon kan groeien; in deze kabinetsperiode gebeurt dat met 15 mld. Ik vind het niet alleen een overheidsverplichting, maar ook een verplichting van zorgverzekeraars en van ziekenhuizen om maximaal in te zetten om patiënten goed te behandelen, de zorg te geven die zij nodig hebben, maar ook om die zorg betaalbaar te houden. Dat is echt een voorwaarde.

Dan is er gevraagd hoe het zit met het alternatieve instrument voor het MBI. Wij zijn zo druk bezig om dit allemaal op tijd af te krijgen dat we nog geen alternatief hebben. Wij zoeken er wel naar, want wij willen dat dit goed gaat werken. Onze eerste inzet is echter om dit vastgelegd te krijgen, zodat we in ieder geval weten dat we dit instrument hebben. Wij zijn zeker aan het kijken, maar hebben het nog niet gevonden. Uiteindelijk moet je geen premie zetten op maximaal volume – de heer Van der Veen refereerde daar al aan – omdat je het op omzet terughaalt. Als je er bovenuit stijgt en je wordt teruggehaald, of je doet netjes je werk en je wordt teruggehaald, dan kun je er maar beter bovenuit stijgen. Ik heb eerder toegezegd te zullen kijken of dit slimmer kan, maar we zijn er nog niet uit.

De heer Mulder vroeg of het Budgettair Kader Zorg niet te krap was vastgesteld, want negen van de tien keer is sprake van overschrijding. Op zich is krap ramen goed voor de beheersing van de kosten, maar als je daardoor

iedere keer opnieuw perverse prikkels inzet, span je het paard achter de wagen. Dat doen wij overigens niet zelf. Ik wil dat graag benadrukken, omdat de suggestie hier eerder anders was. Het is niet het ministerie van Financiën dat dit doet. Het CPB raamt onafhankelijk van ons, van VWS of van Financiën. Dat doet het op basis van de uitgavenontwikkeling. Dat het Budgettair Kader Zorg regelmatig wordt overschreden, wil nog niet zeggen dat we het te krap hebben vastgesteld. Je kunt ook zeggen dat sommige maatregelen minder opleveren dan je had gedacht, of dat sommige maatregelen meer kosten dan je had gedacht.

Wij moeten in onze situatie eerst streven naar een maximaal doelmatig systeem. Iedere partij moet daarin haar rol spelen. Uiteindelijk kunnen wij met elkaar tot de conclusie komen dat het systeem maximaal doelmatig is, maar dat de kosten toch te hard groeien. Dan is het een politieke afweging of wij nog steeds 95% van de zorg collectief betalen, of dat dit 90% moet worden. Uiteindelijk kun je niet met een kader dat je samen vaststelt dit soort moeilijke politieke vragen ontlopen.

De heer **Mulder** (VVD):

Ik ben het met de minister eens dat wij een systeem moeten hebben dat maximaal doelmatig is. Het probleem is echter dat het Budgettair Kader Zorg doelmatigheid in de weg staat. Doelmatigheid wordt erdoor tegengewerkt. Op korte termijn beheers je de uitgaven, maar op langere termijn haal je geen doelmatigheidswinst, want er zijn geen nieuwe toetreders en dus is er geen extra concurrentie om de prijzen omlaag te krijgen.

Minister **Schippers**:

Als er een ding is waar wij goed op gelet hebben, dan is dat dat er ruimte voor nieuwe toetreders is. Om die reden heb ik niet het systeem ingevoerd dat het vorige kabinet heeft bedacht. Ik heb voor een ander transitie-model gekozen. In het eerder bedachte model konden er geen nieuwe toetreders komen. Als iemand een goed idee had of dacht de patiënten veel beter te kunnen behandelen dan de zittende garde, dan was daar geen ruimte voor. Mijn model biedt daar nu juist wel ruimte voor. De heer Mulder schetst dat er twee zielen in een borst zitten en daar heeft hij in wezen gelijk in. Het is een privaat systeem met publieke randvoorwaarden. Ik zou geen systeem zonder private elementen kunnen bedenken. Ik kan ook geen systeem met alleen maar private elementen bedenken. Het blijft altijd een mix. De vraag is altijd: wat doen wij collectief en wat doet het individu? Daarmee lopen wij altijd op het randje. Schieten wij niet te veel door naar de private elementen? Dat is goed voor de efficiëntie en doelmatigheid. Dat is goed voor de kwaliteit, maar slecht voor de solidariteit. Schieten wij niet te veel door naar het collectieve? Dat is goed voor de solidariteit, maar slecht voor de innovatie. Het is altijd balanceren tussen die twee uitgangspunten.

De heer **Mulder** (VVD):

Dan zijn wij het daarover eens. Maar als je er in tien jaar tijd negen keer naast zit, dan raam je niet goed. De minister kan wel zeggen dat de effecten van de maatregelen niet goed zijn geraamd, maar het is zaak om die ook goed te ramen. Ik zie het probleem wel, want dan gaan de kosten stijgen. Als je negen van de tien keer niet goed raamt, doe je iets verkeerd en moet je vaak naar het beheersingsinstrument grijpen. Daarmee sta je echter weer

## Schippers

de doelmatigheid in de weg. Die raming kan wellicht toch verbeterd worden.

### Minister Schippers:

Ik sluit niet uit dat de raming verbeterd kan worden, maar ik vind de conclusie iets te kort door de bocht. Het kan ook dat het systeem slecht werkt. Onze conclusie moet zijn dat wij nu met een systeem zitten dat het slechtste van twee werelden in zich bergt. Het is een systeem dat niet aanzet tot doelmatigheid, dat niet aanzet tot doen waar je goed in bent en dat je niet op de blaren laat zitten als je het fout doet. Dat hebben wij allemaal niet in ons systeem. Ik vind het iets te gemakkelijk om dan de schuld bij de ramingen te leggen.

De heer Mulder zei dat het Budgettair Kader Zorg top-down is ingesteld op basis van historische gegevens. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders drukken hun omzet uit in dbc's maal de prijs. Waar VWS een overschrijding ziet, zien zorgverzekeraars die niet. Moet het Budgettair Kader Zorg daarom opgesteld worden in termen van dbc's? In het Budgettair Kader Zorg staat normatief hoeveel geld er mag worden uitgegeven aan collectief gefinancierde zorg. Het gaat daarbij om een groei ten opzichte van een realisatiejaar. De cijfers in het realisatiejaar zijn gebaseerd op cijfers van het CVZ en de Nederlandse Zorgautoriteit. Die cijfers zijn weer gebaseerd op de dbc's. De groei van het Budgettair Kader Zorg wordt in een regeerakkoord afgesproken op basis van de raming van het CPB en rekening houdend met de opbrengst van bepaalde maatregelen waartoe wordt besloten. De reden dat het Budgettair Kader Zorg wordt overschreden, is dat de groei van de zorguitgaven hoger uitkomt dan geraamd door het CPB. Dit kan omdat maatregelen minder opleveren of omdat partijen hun rol niet oppakken.

Ik heb geen einddatum in de wet opgenomen voor het macrobeheersingsinstrument omdat ik vooraf niet kan zien of het verstandig is om het in een bepaald jaar af te schaffen. Ik wil dat wij op enig moment kunnen zeggen – de politiek zit daar zelf bij – dat wij ervan af moeten.

De heer Mulder vraagt een reactie op het artikel in ESB van 13 mei waarin drie gezondheidszorgeconomen zeggen dat het Budgettair Kader Zorg voor delen van de zorg losgelaten moet worden. Ik wijs erop dat het Budgettair Kader Zorg niet van toepassing is op het derde compartiment. Niemand zegt dat je daar binnen een budget moet blijven. Dat doen wij wel bij dingen die wij collectief financieren. Als je het verantwoord vindt om gewoon de premie te verhogen als de collectieve uitgaven met 10% stijgen, dan kun je zo'n besluit nemen. Maar als je van mening bent dat wij een systeem hebben dat niet zo goed werkt en waarin niet iedereen goed zijn rol oppakt, dan neem je wel een groot risico. Degene die daar feitelijk voor opdraait is namelijk de premiebetaler.

### De heer Mulder (VVD):

De VVD is het ermee eens dat je geen grote risico's moet nemen. Maar misschien zijn er onderdelen van het Budgettair Kader Zorg die best op orde zijn en waarbij de prijzen en de volumes zijn zoals we ze willen hebben. Deze onderdelen kunnen we langzaam loslaten. Ik heb bijvoorbeeld de tandzorg genoemd, maar het kan ook een andere sector zijn. Het Budgettair Kader Zorg wordt zo minder een norm, omdat het systeem in balans is waardoor de volumes en prijsstijgingen beperkt blijven.

### Minister Schippers:

De tandzorg valt alleen voor personen onder de achttien jaar onder het Budgettair Kader Zorg. Daarnaast kun je je afvragen of we dat in deze sector moeten doen. Verzekeraars hebben geen contracten en de tandzorg zit in een transitie. Waarom zouden we deze sector vrij willen laten? We werken nog steeds met tarieven.

### De heer Mulder (VVD):

Ik geef alleen een voorbeeld. Het is juist goed dat het een kleine sector is en dat dit alleen geldt voor mensen onder de achttien jaar. Je loopt dus niet zo'n groot risico als je dat bij wijze van experiment loslaat. Het hoeft niet de tandheekunde te zijn; het kan ook een andere sector zijn.

### Minister Schippers:

Dit zijn nu juist sectoren die presteren zoals je dat plus-minus verwacht in het huidige systeem. Voor deze sectoren zal het in de praktijk helemaal niets uitmaken. Al met al is het Budgettair Kader Zorg voor de grote risico's. Als we voor een sector geen collectieve verantwoordelijkheid hebben, hoezeer deze ook stijgt of daalt, dan valt deze onder het derde compartiment en niet onder het Budgettair Kader Zorg. De politiek heeft daar dan niets over te zeggen. Wij hebben daar ook helemaal niets over te zeggen.

### De heer Mulder (VVD):

Het voordeel van het eventueel loslaten van een deel is dat er dan toetreders zijn die zeggen: ik heb wat meer bedrijfszekerheid en ik weet zeker dat ik na twee of drie jaar niet wordt gekort. Voor sommige mensen kan dat de drempel verlagen om toe te treden. Artsen en mensen die een ziekenhuis willen openen lopen risico. Zij denken: misschien ben ik over drie jaar het haasje door de overheid; ik blijf wachten. Dan krijg je minder aanbod, waardoor de prijs – als de economie klopt – gaat stijgen. Ik raad de minister aan om te overwegen het op bepaalde onderdelen tijdelijk los te laten. Deze onderdelen hoeven echt niet in het derde compartiment te zitten.

### Minister Schippers:

Ik vind dat een zeer riskant voorstel. Wij korten helemaal niet, maar halen overschrijdingen terug. Wij hebben te maken met groei in de zorg en als er een overschrijding is, halen we die terug. We halen die terug, omdat we niet willen dat de premiebetaler daarvoor opdraait en omdat we vinden dat het huidige stelsel onvoldoende werkt. Als het maximaal zou werken en als alle doelmatigheid is gerealiseerd, dan kunnen we overwegen om het los te laten. Maar ik zie niet gebeuren dat een minister van Financiën of een minister van VWS dit doet.

### Mevrouw Leijten (SP):

Wie betaalt de collectievelastenstijgingen als die niet worden betaald door het collectief?

### Minister Schippers:

Dan betaal je er zelf voor.

### Mevrouw Leijten (SP):

Precies. Het is dus een politieke keuze om te zeggen: we betalen de zorglasten allemaal, het liefst inkomensafhankelijk. Uit eigenlijk alle peilingen komt naar voren dat mensen dat graag willen. De minister kiest er echter voor om bij een overschrijding de rekening bij de patiënt te leggen. Is dat eerlijk?

## Schippers

### Minister Schippers:

Dat het merendeel van Nederland inkomensafhankelijkke premies wil is mooi, want de premies zijn al grotendeels inkomensafhankelijk. De rekening leggen wij niet bij de patiënt neer. Dat is overigens wel de makkelijkste weg. Dit kabinet heeft daar niet voor gekozen. Dit kabinet heeft ervoor gekozen om de rekening ook bij de aanbieders te leggen, dus niet alleen op het bordje van degene die gebruikmaakt van de zorg. Op dit moment gaat 10% van wat we met z'n allen verdienen naar zorg. De groei van de zorguitgaven is hoger dan de economische groei. Dit houdt in dat mensen een steeds groter deel van hun loon betalen aan gezondheidszorg, ten koste van andere uitgaven. Je moet als politiek en als samenleving bepalen wat de grens daarvan is. De een zal zeggen dat die grens op 15% ligt, de ander zal zeggen dat die grens op 10% ligt en weer een ander zal zeggen dat die grens op 20% ligt. Het blijven politieke keuzes wanneer je alles met z'n allen doet en wanneer je het onder het collectief vandaan haalt.

### Mevrouw Leijten (SP):

Dan zijn wij waar wij willen zijn. Vanochtend was er een interessante hoorzitting over de maatregelen in de AWBZ. De vrijwilligersorganisatie Mezzo zei heel duidelijk: als zorg nodig is, is deze nodig en kun je hem niet uitstellen. Als zorg niet collectief wordt gefinancierd, gaat de rekening dus naar de patiënt. Het is heel duidelijk dat deze keuze wordt gemaakt.

Als je ervan uitgaat dat er meer flexibiliteit in het budgettaire kader zorg zit of als je het vaststelt op de daadwerkelijke zorgbehoefte die er is – dat moet uiteraard doelmatig en onafhankelijk worden vastgesteld, dus niet door de zorgaanbieders – dan kun je wel degelijk zeggen: we kunnen de groei beperken want we kunnen afspraken maken, maar we zorgen er wel voor dat er zo veel mogelijk in het pakket zit.

### Mevrouw Smilde (CDA):

Ik heb een voorstel van orde. Dit debat is ongeveer anderhalf uur geleden gevoerd met de heer Van Gerven. Het gaat niet over dit wetsvoorstel. Ik wil het debat graag beperken tot dit wetsvoorstel.

### Mevrouw Leijten (SP):

Het gaat over de gevolgen die het budgettaire kader zorg heeft voor hetgeen wij collectief financieren. Ja, dat is het pakket.

### De voorzitter:

Minister, hoeveel tekst hebt u nog?

### Minister Schippers:

Ik ben nog wel even bezig. Ik zal proberen snel te antwoorden, maar ik wil wel goede antwoorden geven, want wij behandelen een wetsvoorstel hier.

Ik heb inderdaad een en ander gewisseld met de heer Van Gerven, namelijk dat wij ongeveer 95% van de gehele zorg collectief betalen. Dat is de solidaire keuze die dit kabinet en de kabinetten voor ons hebben gemaakt.

De heer Mulder vroeg hoe het staat met de afspraken met de specialisten en de ziekenhuizen. Daarop heb ik al geantwoord.

Dan kom ik op de vragen van de heer Van der Veen. Uitbreiding van het B-segment heeft inderdaad gezorgd voor omzetverhoging. Het heeft ook gezorgd voor prijsverlaging. Wij zien dus in ieder geval een doelmatigheids-

slag. De volgende slag die wij moeten maken, is dat zorg alleen wordt geleverd als deze medisch noodzakelijk is. Als uit onderzoek blijkt dat dit nog niet helemaal gebeurt, dan moeten wij ons daar dus op richten.

Wij hebben een verschil van inzicht over het tempo en misschien ook wel over de richting. De Raad van State heeft advies uitgebracht; de NVZ ook. De vraag is: is het verantwoord om over te gaan naar de DOT? Dat heb ik natuurlijk niet zomaar zonder advisering gedaan. Sterker nog: een van de eerste gesprekken die ik voerde toen ik minister werd, was met de ziekenhuizen. Deze zeiden: als er een ding nodig is, dan is dat prestatiebekostiging; laten wij in 2012 alstublieft overgaan op prestatiebekostiging! Datzelfde gesprek heb ik gevoerd met de geestelijke gezondheidszorg. Men was behoorlijk teleurgesteld dat men niet per 2012 overging, maar je kunt gewoon niet alles tegelijk doen. De ziekenhuizen waren er echt heel erg aan toe, omdat in de dbc ook grote weeffouten zitten. In de dbc zitten enkele zaken waar wij vanaf willen. De invoering van de DOT zal sterk bijdragen aan het inzicht dat wij hebben in de geleverde kwaliteit.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Het kan schelen, maar wij zijn niet tegen de DOT. De vraag was slechts wat de stand van zaken was.

### Minister Schippers:

U vroeg naar het advies van de Raad van State. Er is een stabiele transparantie in de productiestructuur en er is een gelijk speelveld.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Om die twee dingen gaat het. De vraag is niet of wij de DOT wel of niet zien zitten.

### Minister Schippers:

Dat heb ik natuurlijk wel laten meewegen, evenals hetgeen de NZa mij daarover heeft geadviseerd. Is die overgang verantwoord of niet? Als de NZa tegen mij had gezegd dat deze volstrekt onverantwoord zou zijn, had ik het niet gedaan. Het is wel een uitdaging, want het is me nogal een operatie. Die uitdaging gaan wij met ons allen aan. Daar kunnen natuurlijk best kinderziekten in zitten. Dan is het aan ons om die kinderziekten er zo snel mogelijk uit te halen. Wij hebben niet voor niets een transitie-model. Wij doen het niet met een big bang. Er is een overgangperiode van twee jaar en daar zitten veiligheidskleppen in. Als de overgang te veel schokken zou veroorzaken, waardoor sommige ziekenhuizen onterecht, gewoon door de systeemwisseling, ineens meer geld zouden krijgen en andere ziekenhuizen, omdat wij anders gaan betalen, ineens minder geld zouden krijgen, zullen wij dat met elkaar verevenen. Dat zit in het systeem. Er is een transitie van twee jaar om geen big bang, maar juist een zachte landing te krijgen.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Ik kom nog even terug op de Raad van State, toch een edelachtbaar orgaan. De Raad van State heeft ook gezegd dat het gelijke speelveld voor de verschillende zorgaanbieders nog ontbrak en dat, als daaraan niet werd voldaan, de enige mogelijkheid van bezuinigen in pakketverkleining of premieverhoging zou zitten. Vindt de minister dat die stabiele, transparante productiestructuur bestaat en dat er een gelijk speelveld is voor de verschillende zorgaanbieders? Zet zij daarom door?



## Schippers

### Minister Schippers:

Ik vind dat die factoren voldoende aanwezig zijn om deze stap te zetten. Bovendien heb ik het afgezet tegen de consequenties als we de stap niet zetten en uitstellen. Uitstel is niet kosteloos. Het systeem dat we nu hebben, is te duur en levert te slechte kwaliteit van zorg op. Uitstel levert ondoelmatigheid op en kost patiënten kwaliteit van zorg. Alles afwegende vond ik het dus meer verantwoord om nu over te stappen dan om in dit systeem door te gaan.

Voorzitter. Er is ook gevraagd wanneer de transitie is afgelopen. Het transitieproces is van toepassing voor twee jaar.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Daar kan ik meteen de volgende vraag aan vastknopen die ik gesteld heb. Onze informatieverstrekking in de gezondheidszorg loopt ongeveer drie tot vier jaar achter. Hoe kan de minister dan beslissen dat de transitieperiode is afgelopen na twee jaar, wanneer de gegevens over die periode nog niet bekend zijn?

### Minister Schippers:

Ik heb tegelijkertijd een traject ingezet om de informatievoorziening te verbeteren, niet alleen met ambtenaren van VWS en Financiën, maar ook bij de NVZ en de zorgverzekeraars. Daarbij is afgesproken dat de informatievoorziening de hoogste prioriteit heeft. We hebben gezegd dat we de hulp van de zorgverzekeraars en ziekenhuizen daarbij van ganser harte kunnen gebruiken. De ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben zelf aangegeven dat het van groot belang is dat we hier stappen maken. Iedereen ziet dat het stelsel anders een tanker wordt die je veel te laat bijstuurt. We willen allemaal voorkomen dat de punt van de tanker in de wal steekt terwijl we zelf nog niet weten dat hij dichterbij is. Toen we besloten om over te gaan naar een nieuw systeem, hebben we dus tegelijk een fors informatieverbetertraject ingezet.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Is ook bekend wanneer dat traject zo ver gevorderd is dat kan worden gesproken over betrouwbare informatie? Is bekend wie er verantwoordelijk voor is als het niet lukt?

### Minister Schippers:

Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verschillende departementen en spelers in het veld. Mocht alles uit de hand lopen en anders gaan dan we dachten, dan zijn we er toch zelf bij? Dan kunnen we toch altijd nog besluiten dat we het transitieproces verlengen? Het is niet zo dat de hakbijl valt en we vervolgens nooit meer wat kunnen doen. Wij denken dat dit in twee jaar moet kunnen. Een kort traject heeft grote voordelen. Een langer overgangstraject heeft ook grote nadelen. Uiteindelijk moet je de voor- en nadelen afwegen. Wij vinden twee jaar een mooi traject. Dat is niet te lang, maar geeft wel voldoende landing. Als er allerlei dingen enorm tegenvallen of anders uitpakken dan wij ooit hadden gedacht, zijn we er allemaal bij en kunnen we over anderhalf jaar met elkaar spreken.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Dan zal de minister toch niet zeggen: er was nog niet aan een aantal randvoorwaarden voldaan, maar we sluiten toch de transitieperiode af, want anders kunnen we niet verder? Dat antwoord zal ik toch niet krijgen?

### Minister Schippers:

Ik verwacht dat de Kamer net als altijd scherp meedenkt en mij controleert en eventueel terugfluit als ik een verkeerde beslissing neem. We zijn er allemaal bij als medewetgevers. Het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, is in elk geval niet meer dan een instrumentenkist. Alles wat ik moet doen, zal ik hier toch moeten voorhangen.

Er is ook gevraagd of de NZa per zbc een aparte grens gaat vaststellen. De vrijgevestigde medisch specialisten in de zelfstandige behandelcentra vallen onder het beheersmodel. De NZa gaat dus per zbc een grens vaststellen. Voor snelle groeiers en toetreders wordt apart geld beschikbaar gehouden binnen het beheersmodel om te voorkomen dat alles onder de zittende partijen wordt verdeeld en niemand meer iets nieuws kan beginnen.

Is DAEB een trucje om zorgaanbieders financieel te belonen? Wie krijgt het en waarvoor?

Voorzitter. Het is geen trucje maar een begrip waarbij een dienstverlening door de overheid van algemeen belang wordt geacht. In de brief "Zorg die loont" staat wat van algemeen belang wordt geacht. Deze diensten zijn economisch van aard omdat deze vanuit de markt geleverd kunnen worden. Zij zijn niet altijd kostendekkend. Een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend als compensatie voor een dienst. Bij de afrekening van deze compensatie wordt rekening gehouden met de inkomsten die de dienstverlening autonoom heeft opgeleverd, vermeerderd met een redelijke winst.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Voorzitter. Het gaat erom dat de beschikbaarheidsvergoeding kan worden uitgekeerd aan een ziekenhuis in een krimpregio. Daarover gaat die ingewikkelde Europese constructie. Telt dan alleen het economisch belang?

### Minister Schippers:

Voorzitter. Ik ben al heel uitgebreid ingegaan op de beschikbaarheidsbijdrage. Wij willen de kwaliteitsnormen kunnen waarmaken waarvoor wij verantwoordelijk zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan spoedeisende hulp binnen 45 minuten, aan calamiteitsziekenhuizen in stand houden, aan een traumahelikopter in de lucht houden, etc. Juist zorgkwalitatieve argumenten liggen hieraan ten grondslag.

Voorzitter. Ik denk dat ik er een beetje doorheen ben.

### De voorzitter:

Ik kijk even of er behoefte is aan een tweede termijn. Er werd mij zojuist het signaal gegeven dat het misschien verstandig is om die volgende week te houden, maar als het kort kan, kunnen wij het nu afmaken.

### Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Wij komen nog met een amendement. Dat is nu nog in de maak. Wellicht is het handig om de tweede termijn volgende week te houden, want dan kan de minister daar mondeling op reageren. Ik vind het niet erg om nu door te gaan. Ik kijk naar mijn collega's.

### De voorzitter:

Is er behoefte aan een lange tweede termijn? Misschien kunnen wij de tweede termijn van de kant van de Kamer nu afmaken en volgende week de minister de gelegenheid geven om in tweede termijn te antwoorden.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Wat mij betreft is het een korte tweede termijn, voorzitter.

## Schippers

### De voorzitter:

Laten wij het dan maar doen.



### Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. De minister betoogt dat wij vandaag een politiek neutrale wet bespreken, maar dat is natuurlijk in het geheel niet het geval. Alle instrumenten voor de marktwerking – die de minister ons nog moet voorleggen – zitten juist in deze wet. Ik zet even op een rijtje hoeveel schade deze blindgang van de minister al oplevert. De DOT's leiden tot chaos. De UMC's verliezen een kwart van hun omzet. Ik vraag mij dan ook af wat er kwalitatief zo slecht is aan de UMC's dat zorgverzekeraars daar blijkaar niet inkopen. Dat waren toch juist onze kenniscentra? Ik vind het zo vreemd. De hele redenering dat de kwaliteit komt bovendrijven omdat een zorgverzekeraar inkoopt, wordt alleen al hierdoor tenietgedaan. Of de systematiek van de DOT's (de dbc's op weg naar transparantie of om volledig te zijn: de diagnosebehandelcombinatie op weg naar transparantie) klopt niet. De dbc was er nu juist om alles transparant te maken! Het loopt helemaal vast.

Wat is er beter dan gewoon een duidelijke inspectierol? Goede medische specialisten die samen met de patiënten richtlijnen krijgen waarin duidelijk staat hoeveel operaties zij minimaal nodig hebben. Dan kan worden aangegeven welk ziekenhuis dat niet haalt en kan dat ziekenhuis geadviseerd worden die bepaalde behandeling niet meer aan te bieden. Die rol moet de inspectie krijgen. Waarom geven wij die rol aan de verzekeraar? Die dwingt straks de verzekerde ergens naartoe te gaan! Die keuzevrijheid hadden wij toch niet voor ogen? De mensen vinden dat ook. In een peiling van Maurice de Hond zegt 65% dat het oude ziekenfonds beter was. Dat is nogal wat. Ze zien ook niet dat de gezondheidszorg steeds beter wordt, hoewel dat wel een van de beloften van marktwerking was. Het zou allemaal beter worden, maar de meerderheid van Nederland zegt dat dit niet is gebeurd.

De minister gaat niet in op alle vragen, maar sjeest gewoon door. Ze is niet van mening dat er een evaluatie moet komen met betrekking tot de vragen: waar staan we nu? Wat gaat er wel goed en moeten we laten doorgaan? Wat gaat er niet goed? Dat laat zien dat deze wet dus niet politiek neutraal is, maar juist ideologisch zwaar beladen. Deze minister kent maar één richting: de markt. We doen geen collectieve financiering meer en als er dan overschrijdingen zijn, is de rekening voor de patiënt.

Waarom kan de specialist niet in loondienst? Waarom doen we dat niet? 80% van de CDA-stemmers zegt dat dit een goed idee is. Zelfs in een marktwerkingssysteem kan dit. Als alle ziekenhuizen dit toepassen, is er namelijk geen concurrentie. Er is in ieder geval geen druk op een maatschap om de omzet te verhogen. Wij hebben een amendement in de maak. Het is nog een beetje puzzelen, maar het komt eraan. Ik hoop dat de minister hierop positief reageert. Het kan gewoon.

We waren ook bezig met een amendement om het Budgettair Kader Zorg niet vast te laten stellen via economische premissen van het CPB of andere organisaties, maar te laten toetsen naar de werkelijke zorgbehoefte. Toen brak er paniek uit. Het ministerie van VWS wist niet waar ze dit moest onderbrengen, sterker nog, ze zei dat ze niet gaat over de groei van het Budgettair Kader Zorg. Daarvoor moesten we bij De Jager zijn van Financiën. Gelden hier gezondheidsargumenten of financiële argumenten?

Vervolgens gingen we naar Financiën, want we wilden een constructief voorstel doen en dat doen we graag in overleg. Er is geen wettelijke basis voor het Budgettair Kader Zorg. Wij willen dat de zorgbehoefte onafhankelijk getoetst wordt, dus niet door instellingen – ik zie de VVD ook een beweging in die richting maken – maar daarvoor is geen wettelijke basis. Daarom dienen we daarover een motie in. Ik hoop natuurlijk op een positieve reactie in de tweede termijn van de minister. Anders gaan we er maar een initiatiefwetsvoorstel van maken.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het Budgettair Kader Zorg nu wordt voorgesteld zonder de medische zorgbehoefte te meten;

van mening dat door de ongefundeerde groeipercentages jaar op jaar overschrijdingen ontstaan die moeten worden "teruggehaald";

overwegende dat om het recht op zorg te garanderen afstemming van de zorgbudgetten op de werkelijk bestaande medische behoefte noodzakelijk is;

verzoekt de regering, het Budgettair Kader Zorg vast te stellen op de medische zorgbehoefte die onafhankelijk wordt getoetst en hierover de Kamer na het zomerreces te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

### De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Leijten en Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 10 (32393).

### De heer Van der Veen (PvdA):

Op zich is het een sympathieke motie. Er wordt al vijftien jaar gesproken over een betere invulling van het BKZ. U zegt dat het BKZ moet zijn gebaseerd op de medische noodzaak.

### Mevrouw Leijten (SP):

De medische zorgbehoefte.

### De heer Van der Veen (PvdA):

Hoe moet ik me dat voorstellen?

### Mevrouw Leijten (SP):

Je kunt heel goed een behoefteraming onafhankelijk laten maken. Dat is namelijk jarenlang gebeurd. Doordat er een budgetplafond was vastgesteld in het Budgettair Kader Zorg, hadden we wachtlijsten. Nu hebben we concurrentie én een budget. Volgens mij hebben we dan echt het slechtste van twee werelden. Daarover hebben we al veel debatten gehad. Wij willen een mechanisme, waarmee er onafhankelijk wordt gekeken naar de zorgbehoefte. In de Wet maatschappelijke ondersteuning gebeurt dit bijvoorbeeld door het Sociaal en Cultureel Planbureau. Natuurlijk is dat niet tot op de patiënt, maar er is wel te

## Leijten

zien waar sprake is van vergrijzing en welke doelgroepen er zijn. Zeker voor de reguliere zorg, niet de topklinische zorg, kun je vrij goede voorspellingen doen. Er is genoeg kennis in huis om dit te doen. Het gaat er voornamelijk om dat de wil er is om tot financiële sturing te komen. We zitten iedere keer met die overschrijdingen en dat willen we voorkomen. Nu wordt er bijvoorbeeld bij de ggz een overschrijding van de ziekenhuizen teruggehaald. Dat is nogal wat. Ik zet er niet in hoe het moet, maar ik denk graag mee. Dat zeg ik ook tegen de minister. We kunnen dat doen. Alleen nu is die financiële prikkel er. De minister zegt ook: in het regeerakkoord wordt afgesproken wat de groei is. En als de groei groter is, dan moet het pakket kleiner worden. Dan is de rekening dus voor de patiënt. Wij willen dat graag solidair oplossen. Nu weten we niet of de overschrijding van vorig jaar van 7,4% – die 400 mln. – medisch ook terecht was. Of zijn dat de klinieken die nu worden opgezet, waarbij er productie wordt gedraaid? Dat is het lastige.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Het BKZ bestaat niet alleen uit de behoefte aan noodzakelijke medische zorg, maar een belangrijk onderdeel is ook het aantal instellingen et cetera dat dan vervolgens die zorg verleent. Hoe moet ik me dat dan voorstellen? Hoe wordt dat dan geregeld? Als ik de behoefte aan medische zorg heb vastgesteld, dan heb ik daarmee nog niet de bijbehorende organisaties vastgesteld. En in die organisaties zit vaak de inefficiëntie. Stel nu dat uit de medische behoefte zou blijken dat er in Nederland 40% te veel ziekenhuiscapaciteit is. Dit is niet zomaar een voorbeeld dat uit de lucht komt vallen. Wat betekent dat dan bijvoorbeeld voor de SP?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het gaat er hier om dat we een financieel kader hebben afgesproken waarin we moeten werken, waarin er aan allerlei knoppen gedraaid wordt. Bij een overschrijding is nu niet inzichtelijk of dat wenselijk is of niet. De parallel met de discussie over het persoonsgebonden budget is ook gigantisch. Is die stijging noodzakelijk of niet? Er wordt met cijfers gestrooid, niemand weet het. We weten ook niet om welke besparing het gaat. Het CPB ontkende bijvoorbeeld vanochtend dat het nu korten met 90% 900 mln. gaat opleveren. Je kunt in een regio heel goed de voorspelde behoefte aan medische zorg meten. Als daar de capaciteit overtollig is, dan is het logisch dat je die niet inzet. Ik verwacht het niet, maar dat kan een uitkomst zijn. Maar als dat onafhankelijk is vastgesteld, dan is dat zo. De consequentie is dat in een regio waar sprake is van ondercapaciteit, waardoor wachtlijsten ontstaan, die behoefte aan medische capaciteit ook zal moeten worden ingevuld. Het lijkt me heel logisch dat je op die manier kijkt naar de regio's.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ga ik nu meemaken dat de SP zich in zo'n situatie niet verzet tegen het sluiten van een ziekenhuis?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik moet nog zien dat dat de uitkomst is. Het is mogelijk dat de medische noodzakelijkheid in een regio geborgd is door bijvoorbeeld twee ziekenhuizen met afspraken binnen het budgetair kader. Ik ben ervan overtuigd dat dit heel vaak kan. Dan kan dat. De keuze om nu bijvoorbeeld in Oost-Groningen ziekenhuizen ter discussie te stellen,

heeft te maken met de uitspraak van een ziekenhuis dat het één organisatie is die niet mag samenwerken. Ze vinden het namelijk heel erg moeilijk om dat in overeenstemming te doen met de regelgeving van de NMa. Als daar de ziekenhuizen zouden samenwerken, dan zou je bijvoorbeeld de te plannen zorg in de kindergeneeskunde in alle ziekenhuizen kunnen aanbieden, maar niet op alle dagen. En dat kan dus gewoon. Dat heeft alleen te maken met een heel andere blik op de materie. Dan komen we echter in de discussie of er wel of geen marktwerking moet zijn. Daar wordt in deze motie niet om gevraagd.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Zou het voor de SP acceptabel zijn als zou blijken dat de keuzevrijheid van de patiënten moet worden beperkt door ze alleen te sturen naar de voorzieningen die echt nodig zijn in verband met de medische noodzaak? Ik vraag dit omdat wij ook wel eens op die manier aan het denken zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik snap niet zo goed hoe ik de patiënt zou beperken.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Je zou kunnen denken aan een concentratie van voorzieningen. Je kunt niet alles tegelijkertijd hebben. Je kunt zeggen: ik doe het zo efficiënt mogelijk. Er is nog maar één ziekenhuis en mensen hebben ook geen keuze. Ze moeten allemaal naar dat ene ziekenhuis. Het is niet de bedoeling dat ze naar andere regio's gaan, want daar is de capaciteit op basis van de behoefte aldaar vastgesteld. Dat zou betekenen dat de patiënt geen keuzevrijheid heeft, dat hij echt naar dat ziekenhuis moet. Hij kan niet naar een andere regio gaan, want daar is niet op die patiënt gerekend. De behoefte is daar op een andere manier vastgesteld.

Mevrouw **Leijten** (SP):

U stelt mij een aantal vragen. Ik geef daarop aan hoe ik dat zou invullen als ik bewindspersoon was. Ik heb dat nu juist niet in de motie opgenomen, om dat vrij te laten voor deze minister met haar weg naar marktwerking. Op het moment dat je een macrobudget hebt, zou het in principe niet uit hoeven maken waar je de zorg krijgt. Dan maakt het niet uit of je die zorg dan ergens anders krijgt. Ik ben ervan overtuigd dat op het moment dat je dat regionaal doet, je dat ook heel goed met spreiding kunt doen. Als je dat top-down gaat doen en zegt dat die ziekenhuizen dicht moeten, dan krijg je bijvoorbeeld te maken met onwenselijke situaties van bereikbaarheid. Kan iemand nog binnen een korte tijd met het openbaar vervoer bij een ziekenhuis zijn? Dan kom je ook weer in heel andere discussies terecht over bijvoorbeeld het verdwijnen van buslijnen. Daardoor kan een oudere in bijvoorbeeld mijn buurt, Haarlem-Noord, heel moeilijk snel bij het ziekenhuis zijn, terwijl het feitelijk om de hoek ligt. Je komt dan in een veel grotere maatschappelijke discussie terecht. Het is duidelijk waar de SP dan staat. Wij willen graag dat het Budgetair Kader Zorg niet door rekenmeesters wordt vastgesteld in ramingen waarvan wij nooit weten of ze kloppen, maar op basis van medischezorgbehoefte.

De **voorzitter**:

Wilt u uw betoog afronden, mevrouw Leijten?

## Leijten

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja, voorzitter. Ik heb een motie voorbereid over een andere bekostiging waardoor kleine ziekenhuizen niet de nadelige consequenties ondervinden van hoe het nu gaat.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het bekostigingssysteem van instellingen moet leiden tot een eerlijke verdeling van de middelen op basis van geleverde zorg;

overwegende dat de dbc-financiering, zijnde een verrichtingenstelsel, vooral de omzet stimuleert in plaats van zinnige en efficiënte zorg;

van mening dat het bekostigingssysteem eenvoudig en weinig bureaucratisch moet zijn;

vraagt de regering om een onderzoek naar een vereenvoudigd bekostigingssysteem waarin het ziekenhuisbudget afhankelijk is van het werkelijk aantal geholpen patiënten en de totale landelijke behoefte aan ziekenhuiszorg, met als randvoorwaarden dat adequate zorg wordt geleverd en de wachtlijsten binnen de Treeknormen blijven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Leijten en Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 11 (32393).

Mevrouw **Leijten** (SP):

Met de discussie over deze zogenaamde politiek neutrale wet staan wij middenin een storm van bezuinigingen. Als wij de financiering houden zoals zij is, zal de rekening uiteindelijk voor de patiënt zijn. Dat vinden mensen niet wenselijk. Wij vinden het ook niet wenselijk. Uiteindelijk gaat het niet om het verminderen van het totale budget aan zorgkosten. Het gaat om de vraag of deze kosten eerlijk worden gedeeld tussen gezond en ziek en tussen arm en rijk, of dat de rekening wordt gepresenteerd aan de mensen die de pech hebben om zorg nodig te hebben.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Voorzitter. Wanneer de overheid maatregelen neemt die de positie van burgers, organisaties of wat dan ook aantasten, is daarvoor een wettelijke grondslag vereist. Een aantal jaar hebben wij overschrijdingen geredresseerd met een voorhang, maar het is goed dat er nu een wettelijke grondslag komt in deze gereedschapskist in de Wet marktordening gezondheidszorg. Mijn fractie is blij dat de minister een taskforce heeft ingezet voor snellere informatie. Ik ben het namelijk volkomen met de heer Van der Veen eens dat het echt heel vervelend is dat de financiën altijd zo achterblijven. Ik ben het volstrekt met de minister

eens dat er sneller moet worden gecontracteerd. Ik denk dat dit voor alle partijen beter is.

Ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording van onder andere de vragen over de beschikbaarheidsbijdrage. Mijn enige vraag is of de AMvB ook bij ons wordt voorgehangen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. Ik houd het kort. Ik dank de minister hartelijk voor haar antwoorden. Ik vond haar antwoord alleen een beetje weifelend toen het ging over de tijdelijkheid van het beheersinstrument. Ik blijf erop hameren dat ik graag zie dat het gelijk op loopt met de transitieperiode. Wij wachten af wat er uit de motie-Mulder komt.

De heer Van der Veen is mij nog een antwoord schuldig. Ik heb het even nagekeken in het rapport. Ten aanzien van de OECD-landen is geconstateerd dat de kosten van de regelgeving wat hoger liggen. In hetzelfde rapport staat echter ook dat daarop nog heel veel te besparen valt. Ik ga er ook van uit dat de minister om die reden heeft aangekondigd de SER opdracht te geven om eens grondig onderzoek te doen, zoals wij vandaag in de krant hebben kunnen lezen. Verder zijn er eigenlijk weinig verschillen tussen landen als het gaat om de groei van de zorguitgaven in de twee verschillende systemen. Meer kan ik er echt niet van maken.

De heer **Mulder** (VVD):

Voorzitter. De bijdrage van de VVD-fractie van vanmiddag was er vooral op gericht, het macrobeheersingsinstrument zo min mogelijk te gebruiken. Daarom had ik het ook over de overschrijdingen. Als er wordt overschreden, wordt het beheersingsinstrument gebruikt. Je kunt die overschrijdingen tegengaan door de raming wat reëler te maken. Ik zie wel wat de voetangels en klemmen zijn, maar het voordeel is toch dat je dat instrument niet hoeft te gebruiken.

Het instrument geldt als ultimum remedium. Ik heb die vraag ook in eerste termijn al gesteld, maar helaas geen antwoord gekregen. Welke alternatieven zijn al weggestreept voordat dit instrument wordt gebruikt? Je kunt immers ook aan andere maatregelen denken, bijvoorbeeld hogere eigen bijdragen of een verkleining van het basispakket. Dan heb je dit instrument niet nodig. Dus wat is het afwegingskader om te zeggen: ik neem dit instrument als ultimum remedium?

Dan kom ik op het Budgettair Kader Zorg en de vraag of dat moet worden losgelaten. Ik begrijp dat men dan bij Financiën in paniek raakt. Daarom moeten we dat natuurlijk ook goed doen. Dat kan, maar dan moet de zorgmarkt, als je dat al een markt mag noemen, eerst al tamelijk in balans zijn, zodat er niet allerlei onverwachte prijs- en volumestijgingen optreden. Dan kun je misschien als kers op de taart zeggen dat je er ook geen normatief kader meer voor hoeft te hebben. Als er dan toch overschrijdingen optreden, zijn er instrumenten om dat geld alsnog terug te halen.

Dan tot slot de motie-Mulder. Ik raakte even ongerust toen ik de minister hoorde zeggen: we zijn nog niet bezig met de beantwoording. Op zich is dat een goed teken. Men werkt op het ministerie van VWS dus hard aan andere belangrijke zaken. Ik zou echter op enig moment

## Mulder

toch graag een reactie willen hebben op het alternatief, en dan bij voorkeur voor de begrotingsbehandeling. Als er nog wat denkwerk bij moet komen, wil ik ook nog wel tot de kerst wachten, maar de motie, die mede is ingediend door mevrouw Smilde en mevrouw Gerbrands, moet in ieder geval niet onderaan de stapel komen te liggen. Daar is het onderwerp te belangrijk voor. Ik zie aan de non-verbale reactie van de minister dat ik al niets meer hoeft te zeggen. Dank voor de toezegging die de minister zonet fysiek deed dat ze snel met een reactie komt.

### De voorzitter:

Dat is dan wel jammer, want die reactie haalt het verslag zo niet.

### De heer Mulder (VVD):

Daarom zeg ik er ook iets over.

### De voorzitter:

Het is verstandiger om dat gewoon via de voorzitter te doen.

□

### De heer Van der Veen (PvdA):

Voorzitter. Allereerst dank aan de minister voor de uitvoerige beantwoording van de vragen. Daaruit wordt wel duidelijk dat we het in ieder geval over de oplossingsrichting van de problemen die we in de zorg hebben, niet eens zijn. Ik deel met de minister de zorg over de inefficiëntie in ons systeem. Er zijn bedragen van 3 tot 4 mld. te halen door het beter en efficiënter te organiseren. Dat is alleen maar winst. Er moet alleen wel iets of iemand ervoor zorgen dat die beweging ook plaatsvindt en daar ben ik uitermate pessimistisch over, gezien de voorstellen die er nu liggen.

Ik constateer dat we het alleen maar hebben over de voorwaarden waaronder eventueel dingen zouden kunnen, maar dat we het niet hebben over wat we daar precies mee willen bereiken en zelfs niet over een tempo. Ik constateer dat partijen nog steeds met elkaar aan het praten zijn over wie nu eigenlijk verantwoordelijk is voor wat, terwijl daar bij begin van de stelselwijziging wel duidelijkheid over was. Dat is nog steeds niet geregeld, laat staan dat de partijen doorpakken als het gaat om ingewikkelde beslissingen die te maken hebben met de organisatie van de zorg. Ik constateer dat UMC's en met name ziekenhuizen bezig zijn met concentratie- en spreidingsbewegingen die niet passen in de visie en waar zorgverzekeraars niet of nauwelijks bij betrokken zijn. Dat zijn ook spreidings- en concentratiebewegingen die niet altijd door de raden van bestuur van ziekenhuizen gedragen worden, maar gevoed zijn door specialisten. Er gaat een steeds onduidelijker beeld ontstaan van hoe de zorg het beste georganiseerd zou kunnen worden. Kortom, de aanpak die de minister op dit moment kiest, is een trage aanpak en geeft veel te laat antwoord op de problemen die we hebben.

Ik vestig mijn hoop op de uitvoering van de motie over de basiszorg. Daar zou dan toch een kader uit moeten komen van wat we minimaal met zijn allen nodig hebben, waarbij – ik zeg dit om misverstanden te voorkomen – bij de indiening van de motie sterk de gedachte heeft geleefd dat het bij de basiszorg niet alleen over de eerste lijn ging, maar over de totale basiszorg die je nodig hebt, dus inclusief ziekenhuizen.

Wat betreft het verbeteren van de regionale ordening, zie je dat zorgverzekeraars vaak niet aan de bak komen doordat zij met de NMA te maken hebben.

De minister geeft aan dat de zorgverzekeraars op basis van kwaliteit zullen gaan contracteren. De aanname is dat de verzekerde dan zal denken: dat is een goede zorgverzekeraar, want die biedt goede kwaliteit voor een lage premie dus daar ga ik heen. Er is echter ook een andere aanname mogelijk. Stel dat, buiten de zorgverzekeraars om, de kwaliteit van ziekenhuizen of specialisten inzichtelijk wordt. De patiënt kan dan, buiten de zorgverzekeraar om, zeggen dat hij naar een bepaald ziekenhuis of een bepaalde specialist wil omdat die kwalitatief goed scoort. Krijg je dan niet de omgekeerde situatie, namelijk dat de zorgverzekeraar, gedwongen door de patiënten die het een goed ziekenhuis vinden, een contract moet sluiten met zo'n ziekenhuis? Dan is niet de zorgverzekeraar de sterkere in de onderhandelingen, maar het ziekenhuis. Dat kan immers zeggen: als u niet dit of dat betaalt, dan sluit ik helemaal geen contract met u. Ook een ziekenhuis kan immers een contract weigeren.

Ik geef dit voorbeeld omdat het contrair is aan het andere voorbeeld. Beide zijn aannames, maar de uitkomsten zijn heel verschillend. In het voorbeeld van de minister zou het leiden tot prijsverlaging en efficiëntieverhoging en in mijn voorbeeld leidt het tot prijsopdrijving doordat alle zorgverzekeraars dat ene kwalitatief goede ziekenhuis willen contracteren en het ziekenhuis kan beslissen tegen welke prijs het met wie een contract sluit. Hiermee wil ik aangeven dat wij op dit moment over de interpretatie van het stelsel wel erg speculatief bezig zijn.

### De voorzitter:

Hiermee besluiten wij de tweede termijn van de Kamer. De minister heeft aangegeven dat zij kort wil reageren op de ingediende moties. Dat moet kort, want ik moet het avondprogramma op tijd kunnen starten. Er zijn namelijk nog drie debatten geagendeerd voor vanavond.

□

### Minister Schippers:

Voorzitter. Hartelijk dank dat u mij de gelegenheid geeft om te reageren. Ik zal op eventuele amendementen schriftelijk reageren, maar ik vind het wel prettig om dit debat af te ronden omdat er ook sprake is van tijdsdruk. Wij hebben bovendien ontzettend veel debatten de komende weken.

Mevrouw Leijten en de heer Van Gerven hebben samen twee moties ingediend. In de motie op stuk nr. 10 wordt de regering verzocht om het Budgettair Kader Zorg vast te stellen op de medische zorgbehoefte die onafhankelijk wordt getoetst en de Kamer hierover na het zomerreces te informeren. Ik ontraad het aanvaarden van deze motie. De toetsing vindt nu ook onafhankelijk plaats. Dat gebeurt niet door het ministerie van Financiën of het ministerie van VWS, maar door het CPB. Dat doet de raming. Dat kan natuurlijk altijd beter. Hoeveel geld er naar de gezondheidszorg gaat, wordt echter altijd politiek beslist. Uiteindelijk beslissen wij hier hoeveel wij collectief beschikbaar hebben.

In de tweede motie, op stuk nr. 11, wordt de regering gevraagd om een onderzoek te doen naar een vereenvoudiging van het bekostigingssysteem. Wij hebben nu een enorme megaoperatie lopen waarmee vereenvoudiging van het bekostigingssysteem wordt doorgevoerd. Je kunt

## Schippers

natuurlijk zeggen dat je altijd een onderzoek kunt doen. Ik krijg echter in ieder debat minimaal twee, maar soms ook veel meer, onderzoeksvragen uit de Kamer. Als ik al die onderzoeken zou moeten doen, zou ik echt een veel groter apparaat moeten hebben of veel meer externe consultants moeten inhuren. Eigenlijk vind ik dat toch zonde van het geld. Daarom ontraad ik deze motie.

Wat betreft specialisten in loondienst heb ik gezegd dat ik geen blauwdruk wil opleggen vanuit Den Haag over hoe het moet. Ik wil de huidige situatie zoals die al tientallen jaren, of zelfs altijd al, in Nederland bestaat, gewoon laten bestaan.

Mevrouw Smilde vroeg of de beschikbaarheidsbijdrage wordt voorgehangen. Dat is het geval. De aanwijzing wordt voorgehangen. De precieze toekenning vindt vervolgens plaats op basis van objectieve criteria.

Mevrouw Gerbrands betreurt het dat het antwoord over de tijdelijkheid van het instrument redelijk wiebelig was. Dat is het ook, dat geef ik toe. Maar goed, wij zijn er allemaal bij. Wij kunnen op een gegeven moment met elkaar beslissen dat wij het kunnen weggooien.

De heer Mulder vroeg wat het ultimatum remedium was, wanneer dit instrument wordt ingezet. Hij vroeg of dan alle alternatieven al zijn weggestreept. Je kunt natuurlijk patiënten ook eigen betalingen vragen of dingen uit het pakket halen. Ik denk echter dat er nog veel lucht zit in de sector zelf. Zolang dat het geval is, vind ik het eigenlijk onterecht om de rekening eenzijdig bij de patiënten te leggen. Dat is ook de reden waarom ik nu in de voorliggende stukken niet alleen heb gekozen voor patiënten, maar ook voor tariefkortingen en instellingskortingen. Ik vind dat wij die rekening moeten delen zolang er lucht zit in het systeem. Wij zullen uiteraard ons best doen om dit najaar met alternatieven voor dat instrument te komen. Wij zullen in ieder geval een verslag van de bevindingen van onze zoektocht met de Kamer delen.

De heer Van der Veen vraagt of de kwaliteit buiten de zorgverzekeraar inzichtelijk wordt. Wij werken daar met het kwaliteitsinstituut hard aan. Het kan zijn dat men naar een ander ziekenhuis wil, waarvan men denkt dat de kwaliteit beter is. Ik heb zelf ooit een amendement ingediend bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, volgens mij zelfs met de PvdA-fractie, om ervoor te zorgen dat je daarvoor een redelijke vergoeding krijgt. Het moet niet zo zijn dat een verzekeraar tegen iemand met een naturaverzekering kan zeggen: toedeledokie, u moet het helemaal zelf betalen. Je moet daarvoor een redelijke vergoeding hebben. Het hoeft niet een volledige vergoeding te zijn. Het ziekenhuis kan daarop ook nog inspelen. Dan hebben wij in ieder geval een prijsverlaging voor elkaar gekregen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik heb niet zo flauw willen zijn om te beginnen over het gezamenlijke verhaal van de 85%. Dat ontkracht het eerdere betoog van de minister en dat vond ik niet elegant. Ik heb iets anders bedoeld. Een ziekenhuis heeft een prima naam en iedereen wil naar dat ziekenhuis. Iedereen zegt tegen zijn verzekeraar: ik wil naar dat ziekenhuis en ik wil dat jij dat ziekenhuis gaat contracteren. Daarmee plaats je het ziekenhuis in een heel andere positie dan in de voorbeelden die de minister noemt. Ik heb met dit voorbeeld willen aangeven dat in dat geval de prijzen worden opgedreven. Er is op het ogenblik veel speculatie over de vraag hoe een en ander zich ontwikkelt. Het kan ook de andere kant opgaan.

Minister **Schippers**:

Om te voorkomen dat het die kant opgaat, kom ik eendaags met een verbod op verticale integratie. Er zijn natuurlijk nu al regionale ziekenhuizen waarvoor in de omtrek geen alternatief is. Een zorgverzekeraar kan zo'n ziekenhuis opkopen. Dat zijn perverse prikkels in het systeem waar ik niet aan wil. In het voorbeeld van de heer Van der Veen zou er, als er sprake is van opdrijven van de prijs, in ons systeem een alternatief moeten komen dat het voor minder geld ook goed doet. Dat vertrouwen moet je in dit systeem hebben.

De **voorzitter**:

Wij hebben intussen ons werk gedaan. Het woord "toedeledokie" komt voor in de Van Dale. Wij twijfelden daar even aan.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

Ik verzoek mevrouw Leijten om het amendement dat zij in het vooruitzicht heeft gesteld op redelijk korte termijn in te dienen. Wij krijgen daarop een schriftelijke reactie van de minister. Wij zullen op een later tijdstip, maar in ieder geval voor het reces, het wetsvoorstel in stemming brengen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik doe mijn uiterste best, maar ben gebonden aan de ondersteuning. Er zijn mensen heel hard aan het werk. Het kan zijn dat het amendement al is ingediend, maar het kan ook zijn dat het morgenochtend komt. Veel later zal het echter niet worden.

De **voorzitter**:

Fantastisch, dank u wel. Wij hebben de afspraken zo goed gemaakt.

De vergadering wordt van 18.07 uur tot 19.00 uur geschorst.

**Voorzitter: Arib**