

Vergaderjaar 2008–2009

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 99

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 7 augustus 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 24 juni 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 december 2008 over prestatiebekostiging in de medische specialistische zorg (29 248, nr. 74);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 januari 2009 over de verrekening van de opbrengstresultaten van ziekenhuizen (29 248, nr. 76);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2009 over innovaties en dbc's (29 248, nr. 77);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2009 met het verslag van een schriftelijk overleg over de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging (29 248, nr. 88);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 april 2009 over de invoering van de nieuwe DOT-zorgproducten (29 248, nr. 80);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 april 2009 met de voortgangsrapportage van de invoering van diagnosebehandelcombinaties (dbc's) en de Monitor Ziekenhuiszorg (29 248, nr. 82);**

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

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

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gil'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn 8 leden der Kamer, te weten: Smeets, Van Gerven, Zijlstra, Smilde, Van der Veen, Sap, Van der Vlies en Agema,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Als een caravan gaat slingeren, moet je gas geven. Dat heeft onze minister geleerd van zijn vader. De minister gaat dan ook vol gas op weg naar het volgende debacle rond de dbc's, DOT genaamd. Deze afkorting staat voor «dbc's op weg naar transparantie». Ik denk dat dit een nieuwe bedotting wordt, waarbij de ziekenhuizen met maar liefst drie systemen gaan werken, op weg naar het volgende fiasco. Wat is de stand van zaken rond de invoering ervan? De afgelopen week heeft de actiegroep «Zorg geen markt» een flitsenquête gehouden onder specialisten. Vierenhalf jaar na de invoering zegt nog steeds meer dan 60% slechte ervaringen te hebben met de dbc's. De kinderziekten zijn er nog steeds niet uit. Dit heeft te maken met een principieel punt: staaroperaties en liesbreuken zijn wel te classificeren, maar zodra het wat ingewikkelder wordt, weerspiegelen de dbc's niet de werkelijkheid. Dan sluiten ze niet aan bij de feitelijke diagnose of de feitelijke kosten. Het is een denkfout om te denken dat de geneeskunde te reduceren is tot een aantal simpele handelingen, zoals het repareren van auto's.

Een ander principieel punt is dat de marktwerking funest is voor de moraal. Vroeger was geld een middel om zorg mogelijk te maken. Vroeger was zorg zieke mensen helpen. Nu is zorg een product leveren aan consumenten, die niet eens een patiënt hoeven te zijn of een ziekte hoeven te hebben. Het is: u vraagt, wij draaien. Met de dbc's werd georganiseerd wantrouwen tot hoeksteen van de financiering van ziekenhuizen. Van het beloofde, namelijk goedkopere en betere zorg, is niets terechtgekomen. Vierenhalf jaar na dato lijkt het moment van een fundamentele herbezinning steeds dichterbij te komen.

Minister Klink, als een caravan gaat slingeren, moet je het gas juist loslaten. Dat leert ons de ANWB. Minister, laat het gas los! Kan de minister toezeggen dat hij in de komende twee jaar geen verdere stappen zet in de richting van een vrije prijsvorming? Wij zullen hierover zo nodig een motie indienen.

Ik heb ook een vraag over de dbc-bekostiging in relatie tot de grootte van ziekenhuizen. Wat is het oordeel van de minister over het financieringsmodel van de kleine ziekenhuizen in Nederland, die een kleinschaligheidstoeslag bepleiten voor kleine ziekenhuislocaties, met als doel om de beschikbaarheid overeind te houden, waarbij de bekostiging van de spoedeisende eerste hulp en de intensive care via een toeslag bekostigd wordt, met het omslagpunt ligt bij een omzet van circa 100 mln. per locatie? Is dit niet een reële vergoedingsmethodiek, waarbij elk ziekenhuis de kwaliteit van de beschikbaarheid kan borgen? Kan de minister duidelijk maken hoeveel geld de specialisten in 2008 en 2009 te veel hebben gekregen? Waarom haalt de minister het geld dat ten koste gaat van de zorg niet terug?

Een groei van de inkomens met 50% over twee jaar is toch voor niemand te rechtvaardigen? Hoe zit het met de 2 mld. die ziekenhuizen moeten terugbetalen aan de verzekeraar? Voorziet de minister daarbij geen grote problemen? Is het niet onaanvaardbaar dat zij nog zoveel moeten terugbetalen?

In 2005 was de SP al geen voorstander van de dbc's. De bureaucratie en de verminderde kwaliteit bedreigen de zorg. Laten we alsjeblieft stoppen met de dbc's.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven sprak over debacles. Vrije beprijzing mag van hem niet worden uitgebreid. Ik vraag de heer Van Gerven om een reactie op de stelling van de ziekenhuizen, dat de introductie van vrije prijzen heeft bijgedragen aan doelmatiger werken in ziekenhuizen. Deze goede resultaten komen ten goede aan de zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben het er niet mee eens. Ook veel specialisten zijn het er niet mee eens. Uit allerlei enquêtes van de afgelopen jaren blijkt zonneklaar dat een grote meerderheid van de specialisten het principe van dat systeem niet ziet zitten. Dat is om twee redenen zo. De praktische uitvoering deugt gewoon niet. Deze weerspiegelt meestal niet de werkelijkheid en de werkelijke kosten. Ook kan stukloon leiden tot overproductie en verkeerde prikkels. Dat moeten we niet willen in de zorg.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven heeft het nu alleen over de medisch specialisten. Ik had het over hoe men er in de ziekenhuizen over denkt. De heer Van Gerven kan wel zeggen dat hij het daar niet mee eens is, maar zo wordt er in de ziekenhuizen over gedacht. De heer Van Gerven beperkt zich nu tot de medisch specialisten.

De heer **Van Gerven** (SP): Die leveren het werk. Dat doen de directeuren of de bestuurlijke elite niet. Zij geven inderdaad wel aan dat zij de vrije prijsvorming willen. Er is dus een verschil tussen de basis en degenen die de basis vertegenwoordigen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het is grappig om te zien dat de heer Van Gerven eerst losgaat omdat medisch specialisten in het nieuwe systeem heel veel extra geld hebben verdiend. Vervolgens haalt hij dezelfde groep aan als grootste tegenstanders van wat er nu gebeurd is. Ik geloof niet in de heiligheid van de medisch specialisten. De heer Van Gerven zegt dat de medisch specialisten niet willen veranderen ten aanzien van de overwinsten die zij volgens hem maken. Ik denk overigens dat het een stukje genuanceerder is. Tegelijk noemt de heer Van Gerven de medisch specialisten de grote tegenstanders van het systeem. Dit kan naar mijn mening niet samengaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit kan heel goed samengaan. Ik schat dat de medisch specialisten een half miljard wordt toegeworpen. Niemand is heilig. Als je zoveel geld toegeworpen wordt, zeg je: dank je wel. Maar dat laat onverlet dat het principe dat financiële prikkels de kwaliteit van de zorg sturen door de grote meerderheid van de specialisten wordt afgevoerd. Door dit principe kan de keuze tussen behandeling A of B worden bepaald en kunnen mensen langer in het ziekenhuis worden gehouden vanwege het geld. Het doel volgens deze specialisten is dat het belang van de patiënt wordt gediend en de beste behandeling wordt gekozen. Het doel is niet het geld dat je daar eventueel mee kunt verdienen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Het gaat natuurlijk om het laatste dat de heer Van Gerven naar voren brengt, het belang van de patiënt en goede zorg. Dit belang gaat uit van de patiënt en niet van de zorgaanbieder. Vroeger moest de zorgpatiënt maar aannemen wat de persoon in witte jas, oneerbiedig gezegd, voorschotelde. Wij vinden dat er goede stappen zijn gezet. Wel komen nu heel veel zaken bij elkaar. De VVD-fractie vreest dat de zaak aan het vastlopen is. Dit blijkt onder meer ook doordat wij allerlei stukken niet of te laat krijgen. Wij hebben sterk de indruk dat er allerlei goede voornemens zijn en dat er allerlei beleidsplannen zijn,

waarmee de VVD-fractie het inhoudelijk grotendeels eens is, maar dat bij de praktische doorvoering en invoering ervan allerlei zaken spaak lopen. De VVD-fractie is hier bezorgd over. De vraag is of het wel verstandig is om op volle vaart door te gaan. Is het niet beter om even na te denken? We zouden het vandaag bijvoorbeeld ook hebben over de nadeelcompensatie voor ziekenhuizen met betrekking tot kapitaallasten. Het geagendeerde Kamerstuk hierover is er echter niet, omdat het kabinet wederom geen ei heeft kunnen leggen. Dit is onlosmakelijk verbonden met wat wij vandaag bespreken. Wij kunnen natuurlijk besluiten om meer zaken naar het B-segment, de vrije concurrentie, te schuiven als wij niet geregeld hebben dat de nadeelcompensatie voor ziekenhuizen op een goede manier is afgehandeld. Je kunt niet risico's naar ziekenhuizen en andere zorgaanbieders schuiven als niet geregeld is dat zij ook winst kunnen maken en extern kapitaal kunnen aantrekken. Het één gaat niet zonder het ander. Je kunt niet risico's neerleggen zonder dat je de nadeelcompensatie hebt geregeld. Die twee zaken zijn voor de VVD-fractie onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De VVD-fractie zal vandaag niet instemmen met het laten doorgaan van trajecten als de dbc's als de onduidelijkheid in de markt niet wordt weggenomen. Die onduidelijkheid is de blokkerende factor bij allerlei ontwikkelingen. Die blokkerende factor moet worden weggenomen. Wanneer kunnen wij duidelijkheid krijgen over wat er met de functionele bekostiging gaat gebeuren? Ik heb het dan niet over de theorie, maar over de uitvoering. Wat doen we bijvoorbeeld met AWBZ in de keten? De AWBZ maakt onderdeel uit van de keten, maar is niet geregeld. Wat is de rol van de verzekeraar daarin? Deze zaken zijn voor ons niet helder. Zorgstandaarden zijn nog niet allemaal voorradig. Moet je ze allemaal neerzetten, of beginnen we gewoon rustig met diabetes?

Wat gaan we doen met de functionele bekostiging van de huisarts?

Volgens mij heeft de minister alleen maar met huisartsen gesproken. Ik krijg een beetje het idee dat de huisarts tot god van het systeem wordt verheven. Dat lijkt ons niet de goede methode. De huisarts is belangrijk, maar soms heeft een andere aanbieder een belangrijke rol. Hoe gaat de minister dit in elkaar steken?

De minister maakt duidelijk dat het allemaal beter gaat lopen met de innovatie van de dbc's. Het valt mij overigens op dat de optelsom bij DBC-Onderhoud leidt tot 26 weken. Vervolgens hebben de NZa en de CVZ ook nog een rol. Er staat geen tijd voor wat zij doen. Zij gaan het kennelijk in nul weken doen. De minister stelt dat we het veel beter gaan doen met de innovatie. Maar tegelijkertijd staat vandaag op de voorpagina van Het Financieel Dagblad dat MammaPrint, een zorginnovatie die een jaar geleden van deze minister een prijs heeft gekregen, na een jaar tijd nog steeds in alle bureaucratie vastloopt. Hoezo gaat het beter? Hoe gaat de minister dit verbeteren?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De zorgvrager wil graag zo goed mogelijk geholpen worden. Om dit mogelijk te maken, moet het voor de organisatie van de zorg eerst helder zijn hoe iets gepresteerd wordt en hoe dit gefinancierd wordt. De uitdaging voor ons is om de zorgvrager niet teleur te stellen. Dat is de essentie, hoe technisch dit debat verder ook moge zijn. De CDA-fractie steunt de route naar de integrale prestatiebekostiging, maar hamert op zorgvuldigheid. Daarom biedt de CDA-fractie steun voor de gefaseerde invoering van DOT vanaf 2011, ook voor de declaraties. DOT zal in 2010 nog niet voldoende ontwikkeld zijn. Welke gevolgen heeft deze transitieperiode? Is het dbc-systeem robuust genoeg om de prestatiebekostiging in alle facetten te kunnen dienen, zowel in het Bals het A-segment? Dan kunnen we per 2011 de prestatiebekostiging helemaal invoeren en het FB-systeem afschaffen.

Wij kregen op het nippertje de brief over het prijsbeheersingsinstrument. We zijn blij met het besluit van de minister om dit instrument niet in te

zetten, vooral ook omdat dit het gevolg is van een gunstige ontwikkeling van reële prijzen in het B-segment. Het jaar 2010 kan dan volgens ons zonder het zwaard van Damocles beter gebruikt worden om contracteren sneller te laten verlopen. Want het is nog wel erg teleurstellend dat er nauwelijks wordt gecontracteerd voor 2009. Voor een deel kunnen wij daarbij behulpzaam zijn, door duidelijkheid te creëren over de kapitaal-lasten. In dat opzicht sluit ik mij aan bij mijn buurman.

De heer **Van Gerven** (SP): Als ik het goed beluister, is de CDA-fractie fervent voorstander van doorgaan op de heilloze weg van de dbc's en de DOT. Maar weet mevrouw Smilde hoe de vlag van dat DOT-systeem erbij hangt? Bestaat daar draagvlak voor? Wat is het einddoel? Wil de CDA-fractie werkelijk 70% vrije prijsvorming in 2011 en volledige concurrentie?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven stelt verschillende vragen. Het DOT-systeem gaat over het A-segment en het B-segment. Het heeft niets te maken met vrije prijzen als zodanig. Wij moeten later nog besluiten of wij het B-segment gaan uitbreiden. Ik krijg de indruk, ook van allerlei mensen uit het veld, dat er flinke vorderingen worden gemaakt met het DOT-systeem. Uit veiligheidsoverwegingen en om het zo goed mogelijk te kunnen invoeren is de invoeringsdatum verschoven naar 2011. Mijn vraag aan de minister is of wij op dat moment zo ver zijn dat we het FB-systeem kunnen afschaffen en dat we naar één systeem toegaan, namelijk de prestatiebekostiging.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Smilde laat zich niet uit over het DOT-systeem. Naar mijn idee maakt dit systeem het allemaal nog ingewikkelder. Maar wat is het doel? Wil de CDA-fractie in 2011 naar 70% vrije prijsvorming? Dat wil de minister. Hij wil in 2011 vrije prijsvorming over de hele linie en wil dan het nieuwe systeem invoeren. Maar wat wil de CDA-fractie?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb, in antwoord op de interruptie van de heer Van Gerven, gezegd dat er sprake is van twee verschillende dingen. De prestatiebekostiging, die in 2011 wordt ingevoerd, heeft niet zozeer te maken met de vrije prijsvorming, maar gaat over het gehele A- en B-segment. Dit gaat dus zowel over de vrije prijzen als over het A-segment, waar de bekostiging in zit die niet in de vrije prijzen gaat. Ik wil in 2011 indien mogelijk overgaan op volledige prestatiebekostiging. Aan de minister vraag ik of het systeem daarvoor robuust genoeg is. De uitbreiding van het B-segment is vandaag helemaal niet aan de orde. We zullen er nog over spreken wanneer dit plaatsvindt. Daar krijgen wij van de NZa nog rapporten over. De minister zal in aanvulling daarop een besluit nemen. Nu gaat het over de prestatiebekostiging. Als deze mogelijk is, zijn wij daar voor, omdat wij dan af zijn van wat wij op dit moment de ziekenhuizen aandoen, namelijk twee systemen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb begrepen dat we het vandaag ook over de uitbreiding van het B-segment hebben. Dit past ook in de afspraken die zijn gemaakt. Ik heb begrepen dat er een advies van het NZa ligt, waarin staat dat deze uitbreiding volgend jaar beter niet kan plaatsvinden. Ik kom hierop straks in mijn betoog terug. Ik ga ervan uit dat het B-segment volgend jaar dan ook niet uitgebreid wordt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb daarover inderdaad ook niets gelezen. Maar daarover moeten wij de minister maar horen. Ik heb er nog geen voorstellen voor gezien.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb ook een voorstel van de minister hierover gemist. Maar het is uitdrukkelijk wel een thema. Dat was vorig jaar

rond deze tijd ook het geval. In september werden we geconfronteerd met een besluit dat in de zomer genomen was en dat we toen niet meer konden terugdraaien. Ik vraag mevrouw Smilde daarom wat ze er zelf van vindt. In de adviezen die er liggen, niet alleen van de NZa, maar ook van de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen, wordt aangeraden om pas op de plaats te maken en alle aandacht te vestigen op de nieuwe dbc-systeem. Steunt de CDA-fractie dit?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb het advies van de NZa over de uitbreiding van het B-segment voor 2010 nog niet gelezen. Misschien heb ik het gemist.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dat advies was wel te lezen in de ziekenhuismonitor die we gekregen hebben in mei.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Vorig jaar, rond deze tijd, hebben we precies hetzelfde debat gevoerd. Toen zei de minister dat hij het advies van de NZa zou afwachten en dat hij erop zou terugkomen. Dit advies kwam in juli. Daarna heeft hij het besluit genomen. Ik heb het besluit nog niet gezien. Wij gaan ervan uit dat er alleen een uitbreiding van het B-segment komt als dit ook mogelijk is. Daar heb ik nog geen idee van.

Wij zijn een warm voorstander van de functionele bekostiging. Bij de begrotingsbehandeling hebben we dit ook duidelijk gemaakt. We willen wel dat de bekostiging goed van de grond komt. Net als bij DOT geldt: het is een goed idee, nu moeten we de uitvoering vormgeven. Ik geef staccato enkele vragen die we hierbij hebben.

Wat is de positie van de huisarts? Is hij hoofdbehandelaar en hoofdaannemer? Wat zijn de gevolgen daarvan? Is de huisarts in staat om te onderhandelen, aan de ene kant met de zorgverzekeraar over de dbc en aan de andere kant met onderaannemers in de keten? Gaat alles via een zorggroep? De eerste lijn is op dit moment vaak al multidisciplinair. Er moet echter aansluiting zijn met de tweede lijn. Wie neemt het initiatief daartoe? Is de tweede lijn net zo enthousiast over de samenwerking met de eerste lijn? Er zijn ook mensen die twee chronische aandoeningen hebben. Wordt in dat geval voor beide aandoeningen een keten-dbc geopend? Dan zou het twee keer zo duur worden, terwijl je je kunt voorstellen dat er gemeenschappelijke zorg in zit. Hoe zit het met de financiering van die zorg? De heer Zijlstra noemde de AWBZ, maar ik kan mij ook voorstellen dat die zorg deels wordt gefinancierd uit de basisverzekering en deels uit de aanvullende verzekering. Vergelijk het met de eerste negen zittingen van de fysiotherapie. Over al die vragen willen wij duidelijkheid. Er gebeurt veel tegelijk. We gaan DOT invoeren. Ik denk dat dit een verbetering biedt ten opzichte van wat we nu hebben. We gaan naar volledige prestatiebekostiging. Ook dat is een verbetering. We hebben nu namelijk twee systemen. We gaan naar functionele bekostiging. Ook dat is een verbetering, omdat het de patiënt centraal stelt. Mijn dringende vraag aan de minister is echter hoe het staat met de uitvoerbaarheid. Hoe kan de minister daarin zijn verantwoordelijkheid nemen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. We vragen op het ogenblik heel veel van de mensen die in de gezondheidszorg werken. Grote veranderingen vinden tegelijkertijd plaatsvinden. Als één ding duidelijk is geworden uit de voorbereiding van dit AO, is het dat alle partijen in het veld het signaal afgeven: geef ons wat rust en zorg ervoor dat we een aantal dingen goed kunnen uitwerken.

Het gezondheidsveld mag van ons verwachten dat we op een zorgvuldige manier besluiten nemen en beoordelen. Daaraan ontbreekt het bij dit AO en bij de volgende AO's. Ik kan er zelf heel moeilijk mee leven dat we vanmiddag nog een brief hebben gekregen, dat bedoeld is voor het AO van vandaag en dat gaat over de inzet van het prijsbeheersingsinstru-

ment. Ik heb zorgen over de wijze waarop dit plaatsvindt. De heer Zijlstra heeft er ook opmerkingen over gemaakt.

Wij zijn ervan overtuigd dat het NZa-advies aangeeft dat er geen uitbreiding van het B-segment moet komen. Het NZa-advies geeft ook aan dat er rust nodig is. We gaan er dus ook van uit dat er volgend jaar geen uitbreiding van het B-segment plaatsvindt. We vragen de minister om dit te bevestigen.

Over het B-segment wil ik een aantal opmerkingen plaatsen, ook in relatie tot het DOT-systeem. De specialisten hebben nogal overschreden, zeg ik heel voorzichtig. De overschrijding bedraagt tussen 400 mln. en 600 mln. In het verhaal dat het op het ogenblik zo geweldig loopt in het B-segment, mis ik het element van deze overschrijding. Mogen we ervan uitgaan dat deze overschrijding volgend jaar niet meer plaatsvindt, doordat het systeem dan anders in elkaar steekt? Daarover krijg ik graag een garantie van de minister.

Ik heb zojuist al gezegd dat wij het heel verstandig vinden om het B-segment niet uit te breiden. Wij vinden ook dat partijen de rust en de ruimte moeten krijgen om de DOTs goed te ontwikkelen. We willen voorkomen dat we in net zo'n situatie komen als wij nu met de dbc's beleven: dat wij een systeem hebben dat aan alle kanten rammelt en aanleiding geeft tot grote budgetoverschrijding, in ieder geval bij de specialisten, en dat aanleiding geeft tot veel irritatie. We verwachten dat alvorens het DOT-systeem ingevoerd wordt, wij op onze vragen hierover een goed antwoord krijgen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik luister met belangstelling naar het betoog van de heer Van der Veen. De SP-fractie is het ermee eens dat de vrije prijsvorming niet moet worden uitgebreid met het B-segment. De heer Van der Veen zei echter ook dat het dbc-systeem rammelt. Als het systeem rammelt, vierehalf jaar nadat het is ingevoerd, nadat het een half miljard heeft gekost, of misschien nog wel meer, wordt het dan geen tijd voor een fundamentele herbezinning?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb al gezegd dat niet alleen bij de fractie van de Partij van de Arbeid het inzicht bestaat dat het systeem rammelt en dat om die reden nu aan een nieuw systeem gewerkt moet worden, het zogenaamde DOT-systeem, wat staat voor «dbc's op weg naar transparantie». Deze titel is heel veelbelovend. Wij gaan ervan uit dat als de weg naar de transparantie is afgelegd, de vragen over het systeem beantwoord zijn. Ik heb een aantal voorbeelden genoemd, maar er ligt ook een aantal vragen van de NVZ. Wij gaan ervan uit dat als men het einddoel van de weg naar transparantie heeft bereikt, er een systeem ligt dat niet rammelt. Maar dat moeten we op dat moment beoordelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Waaraan ontleent de heer Van der Veen de hoop dat dat bedottingssysteem gaat werken? Het principe van het systeem is in wezen niet anders. Er wordt een 0 afgehaald, waardoor we 3000 in plaats van 30 000 van die onhandelbare dingen hebben. De heer Van der Veen denkt dat het DOT-systeem het helemaal wordt. Maar wordt hij niet bedot? Zijn we over twee jaar niet weer een half miljard kwijt aan de specialisten en aan God weet wat nog allemaal?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Niet voor niets heet het systeem «dbc's op weg naar transparantie». Dat geeft al aan dat nog naar de weg gezocht moet worden. Ik meen dat serieus. Ik ben een redelijk positief mens. Als een aantal deskundigen zegt dat het systeem haalbaar is, ga ik ervan uit dat het lukt. Daarbij teken ik aan dat ik ervan overtuigd wil worden dat het gezeur dat we nu met de dbc's hebben, inclusief de forse overschrijding bij de specialisten, dan verleden tijd is. Ik geef het systeem anders gezegd het voordeel van de twijfel.

Tot slot spreek ik over de functionele bekostiging. Ik heb al gezegd dat het systeem van zorgketens prima is. Het voorstel dat er nu ligt, gaat te kort door de bocht. Het biedt theoretisch een fantastisch referentiekader voor verdere ontwikkelingen, maar wij denken dat het heel verstandig zou zijn om het bestaande diabetesstelsel verder te ontwikkelen. We moeten kijken naar alle vragen. We moeten ons realiseren dat niet wij of de minister de ketenzorg op poten zetten. Het veld doet dit. In het veld zal draagvlak moeten bestaan voor deze ontwikkeling. Ik merk dat in het veld draagvlak bestaat voor zorgketens, maar ik merk in het veld ook grote aarzelingen en grote zorg over de snelheid waarmee dit ingevoerd moet worden. Ik vraag de minister om stellig te garanderen dat we rustig beginnen met de verdere uitwerking van de diabetesketenzorg. Als dat allemaal goed loopt, kunnen we vervolgens wellicht de andere vormen die aan de orde zijn, uitwerken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Het debat dat wij voeren, lijkt heel technisch. De stukken zijn ook voor een groot deel technisch van aard. Maar laten we vooral niet vergeten dat we het met elkaar hebben over de grootste marktwerkingsoperatie van dit kabinet. In de wereld van het wonen wordt de marktwerking steeds verder gereguleerd, terwijl we op het terrein van de zorg verdergaan, en deels met reden, op het terrein van de vrije marktwerking. Er is dus alle reden om er als Kamer bovenop te zitten.

De fractie van GroenLinks heeft vorig jaar, bij de uitbreiding van de vrije prijsvorming, al aangegeven dat zij de stap van de prestatiebekostiging in het B-segment onbezonnen vond en te weinig onderbouwd. Wij zijn dan ook blij met het advies van de NZa van dit jaar, om pas op de plaats te maken en in 2010 geen verdere uitbreiding door te voeren. Ik zag dat de minister zojuist bij mijn interruptie een beetje verbaasd keek, maar het staat gewoon op pagina 11 van het NZa-advies: «tegelijkertijd is een verdere uitbreiding van het B-segment op dit moment niet wenselijk». Het staat er dus. Dit is een wijs advies. De GroenLinks-fractie wil dat dit advies opgevolgd wordt. Maar misschien heeft de minister ergens al wel gezegd dat hij dit advies gaat opvolgen en heb ik dit gemist. De brieven waren daar niet helemaal helder in. Wat de GroenLinks-fractie betreft, gaan we in 2011 alleen verder met de uitbreiding van het B-segment als dan uit zeer zorgvuldige evaluatie blijkt dat het positief uitpakt. Eerlijk gezegd vind ik dat de huidige cijfers en de monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit wederom te zacht zijn. Ze gaan ook erg weinig over kwaliteit en toegankelijkheid. En wat we in de gegevens vinden over kwaliteit en toegankelijkheid, is weinig bemoedigend. Het krijgt meer aandacht, maar we zetten niet echt grote stappen vooruit. Wij zullen het advies van de NZa volgend jaar daarop heel kritisch toetsen. De cijfers zijn ook verwarrend. In de brief die wij op 11 juni van de minister kregen, stond dat er nu al over 20% van de dbc's in het B-segment in 2009 onderhandeld is. In de brief die wij vandaag kregen, is dit teruggelopen naar 15%. Gaat er iets mis, minister? Zijn contracten opengebroken die al afgesloten waren? Of zijn de cijfers gewoon niet helder? Wij willen volgend jaar een veel gedegener evaluatie dan waarvan nu in de NZa-monitor sprake is. Wij vinden dat deze ook tijdig voor het zomerreces beschikbaar moet zijn, zodat wij niet weer in de zomer verrast kunnen worden met een besluitvorming waarop wij in september niets meer kunnen terugdraaien.

Uit het veld krijg ik het signaal dat de regie en de planning van «dbc's op weg naar transparantie» te zwak zijn. Deze signalen hoor ik ook op andere terreinen van de zorgverandering. Ik vraag de minister daarom of hij de touwtjes in handen heeft. Neemt VWS voldoende regie? Hoe is deze regie geregeld? Wat heeft de minister precies aangepakt? Hoe is op zijn departement de invoering per 1 januari 2011 geborgd?

Wat ons betreft moeten wij op een later stadium opnieuw debatteren over het prijsbeheersingsinstrument. Het probleem van de grote overschrij-

dingen bij de medisch specialisten onderbouwt extra dat we wel degelijk iets achter de hand moeten hebben, liefst een instrument waarmee we terug kunnen halen als er grote, niet verantwoorde overschrijdingen zijn. Wij willen daar graag in het najaar over praten. We willen het dan niet alleen hebben over de beslissing om het instrument wel of niet in te zetten. We willen dat ons dan echte alternatieven voorgelegd zijn. Dan kan de Kamer zich erover uitspreken of zij het instrumentarium afdoende vindt.

Vanwege de tijd zal ik de rest van mijn bijdrage wat indikken. Ik heb het artikel uit Het Financieel Dagblad over innovatie ook gezien. Ik ben ook zeer benieuwd naar de reactie van de minister. In de praktijk lijkt de innovatie toch een beetje spaak te lopen. Verder vraag ik de minister om een reactie over de rol die de patiëntenorganisaties kunnen spelen bij de zorginkopen. Uit projecten blijkt dat juist patiëntenorganisaties de kwaliteit en de toegankelijkheid kunnen versterken bij de zorginkoop. Maar zij geven zelf aan dat zij daarvoor geen financiering hebben. Ik vraag de minister daarom of hij het ook belangrijk vindt dat de patiëntenorganisaties een grotere rol gaan spelen. Is de minister bereid om bij te dragen aan een oplossing?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De minister wil overgaan op een systeem van «dbc's op weg naar transparantie». Mijn fractie vindt het vanuit het perspectief van werkbaarheid en facturering begrijpelijk dat het aantal dbc's sterk wordt gereduceerd. De bedoeling is om van 40 000 naar 3 000 te gaan. Vanuit het veld horen wij echter diverse signalen dat de tijdsplanning van deze implementatie erg krap is, zo niet te krap. De concretisering van de uitgangspunten laat vaak lang op zich wachten. Bovendien loopt de implementatie van de ICT-projecten vertraging op, doordat veel prioriteit wordt gegeven aan de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier. Daardoor loopt het proefdraaien volgens de ziekenhuizen vertraging op. Dat heeft weer consequenties voor het inzicht in de financiële consequenties van het DOT-systeem in relatie tot het huidige dbc-systeem. Herkent de minister dit probleem? Zo ja, wat gaat hij hieraan doen? Het signaal lijkt toch duidelijk. Minister, wees helder en geef de betrokkenen voldoende tijd om zulke majeure operaties uit te voeren. Leidt de vereenvoudiging van de dbc-systematiek tot een middeling van prijzen die in hoogte sterk variëren of worden dbc's met een min of meer gelijke prijs bij elkaar gevoegd? Mijn concrete vraag is dus of individuele dbc's hoger kunnen uitvallen. Voor bepaalde groepen mensen zou dit nadelig kunnen zijn. Ik kom daar zo op terug. Mijn fractie begrijpt de gedachte achter de invoering van de keten-dbc's. Het positieve daarvan is dat de verschillende zorgaanbieders gedwongen zullen worden om samen te werken. De cliënt komt centraal te staan. Ook de ontschotting is natuurlijk positief. Bij de implementatie van de keten-dbc's zal nog wel een aantal stappen genomen moeten worden om het systeem goed te laten werken. Daarom heb ik nog enkele vragen.

Vanuit verschillende kanten krijgt mijn fractie het signaal dat de administratieve lasten bij de invoering van de functionele bekostiging erg hoog zijn. Het gaat dan met name om de extra contracten die gesloten moeten worden. Ook speelt het probleem dat er aparte declaratie- en geldstromen kunnen ontstaan. Ook zijn er administratieve lasten die voortkomen uit het registreren en aanleveren van indicatoren en rapportages. Onderkent de minister dit spanningsveld? Hoe gaat hij daarmee om? Het probleem rond de bekostiging van multimorbiditeit is voor mijn fractie nog steeds niet helder genoeg uitgewerkt. Multimorbiditeit neemt toe met de leeftijd. Tweederde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen. Kan de minister hierover helderheid geven dan wel bevorderen dat deze er snel komt?

Ik vraag – zoals men van de SGP-fractie gewend is – nog aandacht voor de consequenties van deze beleidsontwikkelingen voor de gemoedsbezwaar-

den tegen verzekeren. Als zo iemand zich na de invoering van de keten-DBC bij de huisarts meldt, wordt er dan direct een DBC aangemaakt, ook al zal de betrokkene wellicht weinig behandelingen ondergaan? Is voor gemoedsbezwaarden een pakket op maat mogelijk, waarbij hij of zij zelf kan besluiten tot deelbehandelingen? Immers, de prijs van een zorgstandaard is ook opgebouwd uit prijzen voor specifieke behandelingen. Kan de minister garanderen dat er bij de huisarts geen DBC wordt geopend zonder toestemming van de betrokkene, met vermelding van de kostprijs? Hoe wordt de financiering geregeld voor gemoedsbezwaarden?

Mevrouw **Agema** (PVV) Voorzitter. De minister verwacht in 2010 te kunnen beginnen met vier keten-DBC's voor veel voorkomende, in zijn ogen redelijk uniform behandelbare volksziekten. Dit verwacht hij, terwijl voor diabetes slechts een zorgstandaard gereed is en terwijl de Landelijke Huisartsen Vereniging meent dat er aan prestatie-indicatoren en administratieve spelregels nog zoveel moet gebeuren dat de snelle invoering van DBC's voor meer zorgvormen, ten koste zal gaan van de reguliere huisartsenzorg. De LHV verwacht dat huisartsen met alleen de DBC voor diabetes tot 2010 de handen al vol hebben. Ook de NZa pleit voor een geleidelijker invoering en denkt aan twee ketens in 2010. Waar haalt de minister het optimisme vandaan dat het sneller kan? De schattingen in het verleden werden toch ook geen waarheid? Ik heb bij eerdere debatten geprobeerd om behulpzaam te zijn door te wijzen op systeemfouten die hetzij duur gaan uitpakken, hetzij ten koste zullen gaan van de kwaliteit van zorg. Ik wees op de mogelijkheid voor specialisten om meer te verdienen door patiënten vaker dan nodig langs te laten komen. Dit bleek inderdaad mogelijk, ontdekte de minister bij navraag. Maar aangezien er nog geen tekenen waren dat dit ook op grote schaal gebeurde, vond hij het niet nodig om deze systeemfout te dichten. Ik had het bijvoorbeeld over DBC 16. Dat is het oren uitspuiten door kno-artsen. Vroeger was dit een service van de zaak. Nu is het cashen. Den Haag kan het krijgen zoals Den Haag het wil. Er is dus geen sprake van een toename van verrichtingen. Er is alleen sprake van een papieren toename. Ik wees op de mogelijkheid dat zelfstandige behandel eenheden de krenten uit de zorgpap gaan vissen door een eenvoudige behandeling goedkoper aan te bieden dan mogelijk is voor ziekenhuizen die alles moeten aanbieden. De minister meende dat een limiet op specialistentarieven afdoende was, waardoor je voor deze vorm van oneerlijke concurrentie niet bevreesd hoeft te zijn. Is het de specialist dan niet toegestaan om als ondernemer van een eigen zorginstelling bij te verdienen? Ik wees op de beperking die aan de marktwerking wordt gesteld door de numerus fixus. Marktwerking veronderstelt een wisselwerking tussen vraag en aanbod. Waarom beperken wij dan het aanbod van specialisten? Waarom hebben zij geen collega's om mee te concurreren? Rijzen de kosten onder een dergelijk regime niet noodzakelijkerwijs de pan uit? Ik wil dit nu niet uitproberen en ben veel minder dan de minister beducht voor het opleiden van dure werkloze specialisten. Het zijn dure opleidingsplaatsen, maar zonder meer specialisten komt er ook geen echte marktwerking. Aan deze inventarisatie van kanttekeningen en bezwaren wil ik vandaag nog een overweging toevoegen in verband met de ketenzorg-DBC's. Deze gaat over de relatie tussen verzekeraars en de zorgsector als geheel. Maar zorgen zij er niet voor dat binnen de zorgsector de contractpartners van de verzekeraars een soort zorgaannemers worden, die vervolgens moeten onderhandelen met zorgonderaannemers? Leiden deze DBC's op deze wijze niet alleen tot de extra administratie waar de Landelijke Huisartsenvereniging voor waarschuwt, maar ook tot een eindeloze zakelijke verwikkeling, in een tijd waarin de zorgsector zijn handen vol krijgt aan de vergrijzingsgolf?

Ik bepleit vandaag zorgvuldigheid bij deze grote systeemoperatie. Want eigenlijk moeten we achteraf constateren wat bij de voorgaande systeemwijzigingen van het verrichtingensysteem naar het budgetsysteem gebeurd is. Ik hoop dat de minister zijn lesje vorige maand heeft geleerd, toen Vektis hem voorrekende dat 30% van de stijging van de specialistenkosten in 2008 deels verklaard moeten worden door een onzorgvuldige invoering van de dbc's. Dit was toch niet zoals hij zich de heilzame marktwerking had voorgesteld? Maar het was wel het gevolg van een onbezonnen en rooskleurige kijk op de mogelijkheden van een nieuw systeem. Als bewindspersonen hun verantwoordelijkheid verengen tot systemen en vervolgens zelfs de verantwoordelijkheid voor de werking van deze systemen bij verzekeraars neerleggen, eindigt dit debat, zoals ik een jaar geleden al voorspelde, waarschijnlijk in de enquêtezaal.

De heer **Zijlstra** (VVD): De VVD-fractie is net als de PVV-fractie voorstander van het afschaffen van de numerus fixus, onder andere omdat je daarmee voldoende aanbod creëert. Dat is inderdaad een noodzakelijke voorwaarde. Mag ik het pleidooi van mevrouw Agema voor het afschaffen van een numerus fixus zo interpreteren dat zij, als de numerus fixus wordt afgeschaft, eigenlijk wel voor marktwerking is? Zij bracht deze twee zaken namelijk zeer duidelijk met elkaar in verband.

Mevrouw **Agema** (PVV): In alle debatten heb ik steeds gezegd dat ouderen of mensen die zorg nodig hebben, geen mobieltjes zijn. De telefoniesector is tot nu toe eigenlijk de enige sector waarin marktwerking succesvol is gebleken. Wij zijn geen blinde volgers van marktwerking, maar wij zijn er ook geen dogmatische tegenstanders van. Dus wil ik elke keer de randvoorwaarden kunnen beoordelen, op basis waarvan wij kunnen vaststellen of marktwerking werkt. De numerus fixus is natuurlijk niet het enige dat van invloed is op het vrije B-segment. Er zijn wel degelijk meer facetten. De numerus fixus is wel cruciaal. Want zolang specialisten geen concurrenten hebben en het aantal specialisten dus afgestemd is, is er geen sprake van concurrentie. Dat is een van de voorwaarden voor vrije marktwerking.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik snap dat er meer aanvullende voorwaarden zijn, maar ik begrijp dus dat de PVV-fractie vandaag zegt dat onder de juiste randvoorwaarden de marktwerking in de zorg een systeem is dat zij bespreekbaar acht.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik kan het niet duidelijker zeggen dan ik zojuist heb gedaan. Wij zijn geen blinde volgers van marktwerking, maar wij zijn er ook geen dogmatische tegenstanders van. We willen marktwerking per keer beoordelen. Maar een van onze voorwaarden om van 8% naar 20% in het vrije B-segment te gaan, is voor ons het loslaten van de numerus fixus. Wij zijn er op dit moment dus nog steeds tegen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Agema is voor het afschaffen van de numerus fixus. Daardoor ontstaat echte concurrentie in de zorg, zegt zij. Bij die redenering kan ik mij wel iets voorstellen. Ik heb ook gezegd dat de huidige dbc-systematiek een nogal gunstige invloed heeft op de salariëring van de specialisten. Is mevrouw Agema niet bang dat als je nog meer specialisten toelaat, er nog meer de neiging zal ontstaan om de omzet te verhogen, waardoor wat wij nu zien alleen maar erger wordt?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind dit een beetje een domme vraag. De motie-Melkert, waarin werd gevraagd om de numerus fixus af te schaffen, is aangenomen. Vervolgens heeft mijn fractie, naar analogie van die motie, opnieuw een motie ingediend, met het doel dat de motie-Melkert zou worden uitgevoerd. Daar heeft de heer Van der Veen tegen gestemd.

Laat hij dus niet bij mij aankomen met zijn vraag. Hij kan die vraag wel stellen, maar de eerste voorwaarde is natuurlijk dat de numerus fixus losgelaten wordt. Als de specialisten geen concurrenten hebben, gaan de prijzen nooit omlaag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb altijd geleerd dat domme vragen niet bestaan. Ik vraag nog even door. De vraag over de afschaffing van de numerus fixus «puzzelt» inderdaad. Een van de redenen om hem niet af te schaffen is dat de angst bestaat dat naarmate je meer specialisten krijgt die een boterham moeten verdienen, er nog meer zorg geproduceerd zal worden. Dat was de achtergrond van mijn vraag. Op deze vraag heeft mevrouw Agema geen antwoord gegeven.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ga ervan uit dat alle geproduceerde zorg noodzakelijke zorg is. In de budgetsystematiek hadden we te maken met lange wachtlijsten. Daar wilden we vanaf. Daarom zijn we overgegaan op de dbc-systematiek. Ik mag er dan toch van uitgaan dat de Partij van de Arbeid er niet voor pleit om terug te gaan naar de situatie waarin specialisten weer gaan onderpresteren, omdat zij aan een bepaald budget vastzitten en er geen enkele prikkel is om meer te produceren en meer mensen van zorg te voorzien?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Agema zegt in haar betoog dat de specialisten op dit moment nogal uit de ruif eten. Ze zegt ook dat zij hiervoor eerder gewaarschuwd heeft. Stel dat er meer specialisten komen, die allemaal hetzelfde gedrag vertonen, gaat dat dan niet meer gebeuren? Nee, zegt mevrouw Agema, er wordt alleen maar noodzakelijke zorg verleend. Als specialisten alleen maar noodzakelijke zorg verlenen, hebben we het aardig voor elkaar en hoeven we het verder helemaal nergens meer over te hebben. Dat vind ik een goede conclusie.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is echt geen zinnige conclusie. De fractie van de PvdA wil de numerus fixus in het leven houden. Dus gaan de salarissen van de specialisten alleen maar omhoog. Er zijn namelijk geen concurrenten en het aantal specialisten is afgepast. De prijzen gaan lekker omhoog als er toch geen concurrenten bijkomen en het vrije B-segment wel steeds groter wordt. Je kunt er vergif op innemen dat dit gaat gebeuren. De enige manier om de prijs naar beneden te krijgen, is door meer concurrentie te creëren. Dat levert ook een enorme verbetering van de kwaliteit van de zorg. Kijk maar in België. Daar heb je geen numerus fixus. Als je in België naar de specialist gaat, wordt je 's ochtends ontvangen, krijg je een kopje thee, heb je een gesprekje met de specialist – er zit nog een secretaresse naast– krijg je op dezelfde dag de onderzoeken, krijg je 's middags om twee uur de uitslagen, met excuses voor het late moment. In Nederland doe je hier een half jaar over.

Minister **Klink**: Voorzitter. Anders dan gebruikelijk zal ik geen lange inleiding houden, maar direct tot beantwoording van de vragen overgaan. De heer Van Gerven plaatste een opmerking over een caravan. Moet je bij een slingerende caravan gas geven of niet, vroeg hij. Afgezien van de metafoor, blijft de inhoud van zijn boodschap belangrijk: moet je gas geven als er risico's ontstaan? Ik wil gas geven. Ik vind dat we verder moeten. Maar – en dat is belangrijk – dit moet wel altijd gebeuren binnen de begrenzing van de mogelijkheden en binnen de begrenzing van zorgvuldigheid. Laat ik dit meteen maar even illustreren, waarmee ik gelijk een vraag van mevrouw Sap over de vrije prijsvorming van volgend jaar kan beantwoorden. We hebben in aanloop naar de nieuwe DOT-structuur, die aanvankelijk beoogd was ingevoerd te worden in 2010, gezegd dat de invoering uitgesteld moest worden tot 2011. De mentaliteit die de Kamer daardoor aan mij kan verbinden is enige hardnekkigheid, maar geen

onzorgvuldigheid. Binnen het departement hebben wij geprobeerd zo lang mogelijk druk te houden op eerder gemaakte afspraken. We hadden daarvoor een bepaald tijdspad uitgestippeld, waaraan iedereen zich gecommitteerd had. Maar op een gegeven moment hebben we geconstateerd dat het niet haalbaar was. Daarom wilden we het ook niet doen. We wilden geen ongelukken maken. Dit moet gezien worden tegen de achtergrond van het feit dat de DOT-structuur in beginsel wel klaar is. Onder een enorme druk was de invoering ervan misschien nog wel mogelijk geweest, maar uit het oogpunt van zorgvuldigheid heb ik gezegd dat we het niet invoeren en dat we eerst maar eens gaan registreren. Daarna kunnen we declareren. Voor zover wij dat nu zien, en daar zijn de afspraken op gebaseerd, kan in 2011 declaratie plaatsvinden. Toen wij die beslissing namen, had ik in ieder geval de wetenschap dat dit ook zou impliceren dat vrije prijsvorming en uitbreiding daarvan in 2010 eigenlijk niet aan de orde zijn. Het huidige systeem van de bekostigingsstructuur en de productstructuur is daarvoor domweg te instabiel. De ambitie die ik had ten aanzien van de vrije prijsvorming werd hiermee dus ook een jaar uitgesteld. Het was niet alleen een technische operatie. In zekere zin was het ook het temporiseren van mijn ambitie.

Vorig jaar hebben wij inderdaad over de 34% gesproken. Wij hebben gezegd dat wij bij het uit de pas lopen van het B-segment het prijsbeheersingsinstrument zouden invoeren. Dat was ook geboren uit zorgvuldigheid. Als er met name volumeoverschrijdingen zouden zijn, zouden wij toch moeten grijpen naar een manier om de kosten te beteugelen, op grond van het feit dat we voor een langetermijndoelstelling staan, namelijk de kosten van de zorg binnen de grenzen en binnen de perken te houden. Dit neemt niet weg dat in het coalitieakkoord staat dat wij na grondige evaluatie eventueel zullen uitbreiden. In het kabinet is onlangs gesproken over 50% in 2011. Maar die 50% zullen wij alleen maar realiseren als de zorgvuldige evaluatie inderdaad uitwijst dat de uitbreiding van de vrije prijsvorming op zijn minst meerwaarde heeft in termen van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid. De doelstelling van 50% is er dus wel. Sterker nog, de intentie om tot 50% over te gaan in 2011 en niet tot 70% is er wel, op voorwaarde dat de evaluaties gunstig zijn. Hiermee beoog ik te illustreren dat wij in elk geval zorgvuldig willen zijn.

In de ziekenhuismonitor wordt over COPD gesproken. Daar wordt gezegd dat de bijbehorende dbc niet aan het B-segment wordt toegevoegd, vanwege de instabiliteit die daardoor ontstaat. Je moet wel erg ingeleid zijn en als een Sherlock Holmes te werk gaan om hieruit te kunnen afleiden dat wij de intentie hadden om het in 2010 bij de 34% te laten, simpelweg omdat meer gewoon niet mogelijk is.

Ook in de functionele bekostiging schuilt zorgvuldigheid. Bij de functionele bekostiging gaat het erom dat wij een faciliteit, een beleidsregel of een betaaltitel bieden waarmee de verzekeraar samenhangende zorg beter kan contracteren en waarmee de zorgaanbieder beter gecontracteerd kan worden. Wij doen dit rond vier ketens: chronische aandoeningen van diabetes, cardiovasculair risicomanagement, hartfalen en COPD. Op het moment dat gecontracteerd wordt, liggen de zorgstandaarden daarvoor klaar. Op basis van de zorgstandaarden zijn de activiteiten, c.q. het daarmee gemoeide zorgaanbod in hun samenhang beschreven. Dit levert in de richting van de NZa een betaaltitel op, waartoe overigens niemand verplicht wordt. De huisarts als zorgaanbieder is niet verplicht om aan die keten-dbc's deel te nemen of om deze te laten contracteren door een zorgverzekeraar. Op termijn zullen we natuurlijk wel moeten bekijken hoeveel kosten daarmee gemoeid zijn, of dit van het inschrijftarief geschoond moet worden en in welke mate. Daarmee krijgt het dus wel een zekere bestending in de bekostigingsstructuur. Maar niemand wordt daartoe verplicht. Ook een zorgvrager wordt er niet toe verplicht om gebruik te maken van integrale zorg. Hiermee kom ik wel bij het kernargument. Waarom weegt mijn ambitie

om dit toch te realiseren vóór 2010 bij mij zo zwaar? Als ik kijk naar de enorme zorgwinst die daarmee behaald kan worden, vind ik dat wij de dure plicht hebben om de verbeteringen te borgen in het zorgstelsel. Ik heb dit vandaag bij het Zorginnovatieplatform ook gemeld, net als aan mensen die op bezoek waren in het kader van een actie van de Telegraaf, waarbij mensen uit de zorg een compliment krijgen. Als je ziet hoeveel mensen daarmee geholpen zijn en hoeveel minder opnames in ziekenhuizen zich aftekenen op het moment dat je integrale zorg rondom hartfalen krijgt, is het eerlijk gezegd onverkoopbaar als wij niet die stappen zouden nemen, indien het op een zorgvuldige manier mogelijk is. Het is een dure plicht van ons allen om die innovaties in het veld die, vaak tegen de huidige stelsels in, toch gerealiseerd worden, te accommoderen en op te schalen. Het zou een gemiste kans en een verzaking van onze plicht zijn als we daarin niet de pas zouden houden, zolang het zorgvuldig kan. Ik gebruik deze woorden dit keer vrij bewust. Ik ga het niet voor mijn rekening nemen dat ik niet de randvoorwaarden ga creëren voor die meerwaarde aan zorg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik denk dat wij het er allemaal over eens zijn dat de zorgketens een goede zaak zijn. We zijn het er ook allemaal over eens dat als beter samengewerkt wordt, ook betere resultaten behaald kunnen worden. Het is echter opvallend dat ook het veld aandringt op een beheerste ontwikkeling. Het veld is hierover bezorgd: op het moment dat je een financiële prikkel inbouwt, zou deze prikkel wel eens aantrekkelijker kunnen zijn dan het resultaat dat je met die prikkel wilt behalen. Dit klinkt wat cynisch, maar hiervan hebben we voorbeelden in de gezondheidszorg. Het aardige van de diabetesketen is nu dat deze gewoon gecreëerd is op de bestaande beleidsregel. Acht de minister het risico aanwezig dat op het moment dat je het financieel mogelijk maakt, die financiële prikkel wel eens overheersend zou kunnen zijn over datgene wat je in zorginhoudelijke zin beoogt te bereiken met die prikkel?

Minister **Klink**: Eerlijk gezegd acht ik dit risico hierbij niet aanwezig. De financiële prikkel die we nu kennen, is gebaseerd op de module innovatie. Die wordt nu dus ook bekostigd en betaald. Nu maken we deze structureel in het bekostigingsstelsel. Ook zeggen wij tegelijkertijd dat er geen sprake meer moet zijn van dubbele bekostiging, waarbij je zowel voor de module als via de consulttarieven en de inschrijftarieven bekostigd krijgt, als het ware dubbel. Wij vlechten dus een bestaande bekostigingsstructuur op een betere manier in de nieuwe bekostigingsstructuur in. Verder zal de verzekeraar er natuurlijk ook op toezien, zeker gegeven het feit dat aan de zorgstandaard de kwaliteitsindicatoren verbonden zijn, dat niet gecontracteerd gaat worden ten detrimente van de kwaliteit die wij beogen. Dat zie ik echt niet voor me. Datgene wat uit het veld zelf opkomt aan innovaties, bestendigen wij in de structuren, zodanig dat dit niet alleen maar op basis van initiatieven hier en daar plaatsvindt, maar dat dit gewoon integraal plaatsvindt. Daarom hebben wij ook de dure plicht om de innovatie die niet wij verzinnen, maar die in het veld verzonnen wordt, te borgen. Ik heb ook veel contacten in het veld. Als ik in Maastricht spreek met de mensen die de hartfalenpoli's hebben opgezet en als zij mij de resultaten laten zien, beschouw ik het als onze dure plicht om dit met de maximale spoed en zorgvuldigheid in te voeren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een van de grote problemen van de zorgverzekeraars met de zorgketens is het meten van de kwaliteit. De zorgverzekeraar moet heel diep in het systeem kunnen meten. In het stuk dat wij hebben gekregen, wordt er niet over gesproken hoe de zorgverzekeraar aan de informatie komt die inzicht geeft in de kwaliteit. Dit moge een detail zijn, maar als dit niet mogelijk is en niet geregeld is, kan er ook

nooit afgerekend worden en kan kwaliteit niet beloond worden. Is de minister het hiermee eens?

Minister **Klink**: Natuurlijk ben ik het hiermee eens. Kwaliteit is hartstikke belangrijk en moet gemeten kunnen worden. 40% van de Nederlanders heeft een chronische aandoening. Laten we daar eens bij stilstaan. Velen van ons kennen mensen die geen integrale zorg krijgen. Ik ben het er met mevrouw Sap over eens dat dit ingewikkelde discussies zijn. Maar het gaat wel over de mensen die niet de optimale zorg krijgen bij hun hartfalen, diabetes en COPD. Diabetes gaat gelukkig wat beter. Vandaag zaten bij het Innovatieplatform 500 mensen – ik heb ze natuurlijk niet allemaal gesproken – die mij domweg meldden dat zij blij zijn met de vernieuwingen en dat zij zouden willen zien dat de politiek de innovaties die zij hebben geïnitieerd eens zouden borgen in opleiding en bekostiging.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik roep de minister op om dan eens wat aan MammaPrint te doen.

Minister **Klink**: Daar kom ik straks op terug.

De heer **Zijlstra** (VVD): De VVD-fractie zou graag willen dat wat de minister noemt, werkelijkheid wordt. De VVD-fractie is groot voorstander van functionele bekostiging. Laat dat helder zijn. Ik denk dat geen partij aan deze tafel, van welke kleur ook, gekant is tegen het beeld dat de minister schetst. De crux hierin is echter de vraag in hoeverre het op papier klopt en in hoeverre het in de praktijk zodanig uitgekristalliseerd is dat het ook gaat werken. Eén zwaluw, één Maastricht maakt geen zomer. Ik heb een hele rij van zaken genoemd waarbij ik nog praktische problemen zie. Misschien komt de minister hier nog op terug. Hoe staat het hiermee? Vanwege deze praktische problemen moet je volgens de VVD-fractie rustig aan doen. Je moet niet stoppen, maar wel dat soort zaken in ogenschouw nemen. Hoe gaat de minister dit soort problemen oppakken?

Minister **Klink**: Er is geen sprake van één zwaluw. Je ziet namelijk dat dit zich rond diabeteszorg aan het vertakken is. Voor zorg rond hartfalen kan ik op Groningen, Maastricht en Dordrecht wijzen. Er vinden dus initiatieven plaats, die overigens wel opgeschaald moeten worden. Ik heb er al op gewezen dat wat aangeboden wordt, een faciliteit is. Met deze faciliteit kan de zorgaanbieder de samenhangende zorg laten contracteren. Het is ook een faciliteit voor de zorgvrager. Die hoeft namelijk geen gebruik te maken van de samenhangende zorg. Wij gaan dit nader borgen na een overgangperiode. Daar zit de bekostiging aan vast. We moeten ervoor zorgen dat de middelen die men dan uit de ketenzorg haalt, geschoond worden van een inschrijftarief, in ieder geval waar het de bekostiging van de huisartsen betreft. Op deze manier zullen de kosten in elk geval niet uit de pas lopen. Maar dit gebeurt pas na een bepaalde periode. Volgend jaar willen wij de vier ketens introduceren. Daarbij gaat het nogmaals om een faciliteit, die wel, op grond van het feit dat er een betaling aan vastzit, een impuls met zich meebrengt voor personen, huisartsen, met name uit de eerstelijnszorg, om zich in die richting te bewegen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat is prachtig, maar belangrijk hierbij is de vraag wie bijvoorbeeld de centrale zorgaanbieder is. In de stukken wordt dit heel erg toegespitst op de huisarts. Dit vinden wij veel te nauw. De zorgstandaarden zijn heel belangrijk. Wie werken daaraan mee? Patiëntenverenigingen volgens mij niet. Zorgverzekeraars ook niet. Dit zijn heel cruciale zaken in de uitwerking. Daarover gaat onze zorg. Die zit niet in het hogere niveau, waarover de minister nu spreekt. Het concept is prima, maar met

de praktische uitwerking ervan hebben wij problemen. Als de minister deze oplost, heeft hij ons mee.

Minister **Klink**: Tegen deze achtergrond begrijp ik de vraag van de heer Zijlstra. De zorgstandaarden zijn buitengewoon belangrijk. Niet dan nadat die zorgstandaarden er zijn – en die zijn evidence based – zullen wij tot bekostiging van keten-dbc's kunnen en willen overgaan. Wie contracteert? In de regel zal dit de huisarts zijn, die de eerstelijnszorg vertegenwoordigt. Dat hoeft niet per se. Ook een andere instantie kan dit doen. Dit kan vanuit het ziekenhuis gebeuren of vanuit een bepaalde stichting. Op meerdere fronten kan dit plaatsvinden. Van onze kant zit hierin dus geen dictaat. Wel zit er een aansporing in om de initiatieven te nemen waarmee de integrale zorg daadwerkelijk kan worden aangeboden.

De heer Van Gerven vroeg naar de DOT-structuur. Ik ben het met hem eens dat in de huidige dbc's niet alleen kinderziekten, maar ook volwassenenziekten zitten. Anders waren we niet naar de nieuwe structuur toegegaan. Belangrijk daarbij is dat wij van 40 000 dbc's naar zo'n 3000 toegaan, met belangrijke kenmerken, namelijk medische herkenbaarheid en tegelijkertijd een betaaltitel, waarmee vanuit de bandbreedte van datgene wat je aan middelen rondom die dbc's krijgt, de gemaakte kosten toereikend kunnen worden gefinancierd. De huidige dbc-structuur gaat in feite uit van 24 verschillende systemen. Elk specialisme kent zijn eigen dbc-structuur. Dat wordt geüniformeerd, wat de versmalling naar 3000 zorgproducten oplevert. Ook levert het een verbetering op, omdat het naar onze inschatting stabiel zal worden.

De heer Van Gerven heeft ook gevraagd naar het verschil in opbrengsten en naar de overfinanciering. Over 2005 en 2006 heeft de NZa per beschikking vastgesteld wat de opbrengsten bedragen. Deze zullen verrekend moeten worden, omdat hierbij sprake is van overfinanciering. Ziekenhuizen hebben meer geld gekregen. Dit zal verrekend moeten worden. Daarover maken de partijen, de verzekeraars en de ziekenhuizen zelf, afspraken. De komende maanden gaat de NZa in samenwerking met het CVZ verder berekenen over 2007. De beschikkingen zullen na deze zomer kunnen worden verstuurd. De zorgverzekeraars zullen op tijd de hoogte van de financiële gevolgen over 2007 kennen, zodat zij deze ervaringsgetallen kunnen meenemen bij het vaststellen van de premie voor 2010. Tegelijkertijd kan dan ook rekening worden gehouden met de risico-verevening.

De heer Van Gerven heeft verder gevraagd hoe de opbrengstverschillen ontstaan. Ik zal hierover niet te lang uitweiden. Dit heeft er met name mee te maken dat wij nu nog een verschil kennen tussen het budget dat de ziekenhuizen ontvangen en de declaraties op basis van dbc's.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even stilstaan bij de hoopvolle toekomst die de minister ziet weggelegd voor het bedottingssysteem. Als ik het goed begrijp, worden het 3000 dbc's. Daar zit nog steeds de diagnose in, maar ook de behandeling. Maar biedt dit systeem in wezen niet gewoon de garantie dat de kosten uit de hand lopen? Met name op het gebied van de behandeling, de therapie, kan een financiële prikkel pervers zijn. Je kunt kiezen voor een bepaalde behandeling. Je kunt mensen eerder of later uit het ziekenhuis ontslaan. Dat heeft allemaal gevolgen voor de kosten. Met het nieuwe systeem haalt de minister dit nadeel niet weg. Ook haalt hij volgens mij niet de onnauwkeurigheid weg. Als na vierenhalf jaar een verschil van 2 mld. moet worden terugbetaald ten opzichte van de gouden standaard, het FB-budget, is er toch fundamenteel iets mis?

Minister **Klink**: De dbc biedt een basis voor prestatiebekostiging. Het kan zijn dat je daar niet aan wilt. Dan ga je naar budgettering en instellingsbekostiging, zoals andere systemen in Europa dat kennen. Ik ben het

volstrekt met de heer Van Gerven eens dat je allerlei barrières moet inbouwen om te voorkomen dat prikkels pervers raken. Daarover kan ik wel een boom opzetten. De instellingsfinanciering, die het systeem in het Verenigd Koninkrijk kent, heeft weer andere prikkels. De productiviteit loopt daar in de afgelopen tientallen jaren aanmerkelijk terug. In eerdere debatten hebben wij daar ook over gesproken. Een neutraal systeem bestaat niet, mijnheer Van Gerven. Dat neemt niet weg dat je ervoor moet zorgen dat de dbc-structuur goed functioneert. De heer Van Gerven merkte op dat eerder ontslag uit het ziekenhuis geld kan opleveren. Laat één ding duidelijk zijn rondom de diagnosebehandelingcombinatie: het is de combinatie waarvoor je betaald krijgt. Waar sprake is van vrije prijsvorming, kan overigens onderhandeld worden over prijs en kwaliteit van zorg. Vervolgens is het van belang dat we kwaliteitsindicatoren ontwikkelen, zodat de kwaliteit inzichtelijk wordt. Dit gebeurt ook meer en meer. Uit de gegevens van de NZa blijkt dat met name in het vrije segment kwaliteit de nodige aandacht krijgt van de zorgverzekeraars.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister begint zelf over de kwaliteit. Uit onderzoek van de NZa en uit gesprekken met de ziekenhuizen blijkt heel duidelijk dat het vooral nog om de prijs draait en nergens anders om. We moeten dus nog zien hoe het met de kwaliteit gaat. Mijn principiële punt gaat over outputfinanciering, dus financiering op basis van behandelingen. Waar heeft de prestatiebekostiging geleid tot kostenbesparing? Dit systeem leidt toch overal tot kostenexplosies? We kennen het voorbeeld van Amerika, maar er zijn meer voorbeelden.

Minister **Klink**: Wat de heer Van Gerven zegt, is gewoon niet waar. Eerlijk gezegd vind ik het ook een beetje beledigend tegenover de ziekenhuizen. Zij besteden ontzettend veel aandacht aan kwaliteit. In de contracten met de zorgverzekeraars krijgt dit meer prioriteit. De specialisten in de ziekenhuizen werken zelf hard en met de beste intenties aan kwaliteitsindicatoren. Dan kan de heer Van Gerven toch niet volhouden dat dit op de tweede plek komt? Laat ik het een beetje onaardig zeggen. Ik snap dat de heer Van Gerven deze uitkomsten nodig heeft vanuit zijn kritiek op de marktwerkingsfilosofie. Maar hij moet de werkelijkheid geen geweld aandoen.

De heer **Van Gerven** (SP): De prestatie-indicatoren meten niet de kwaliteit van ziekenhuizen. De minister zegt dat specialisten met goede intenties aan bepaalde indicatoren werken, en dat dit in de kwaliteit weerspiegeld wordt. Nee, dit is niet zo. Ook zegt hij dat verzekeraars nu op kwaliteit inkopen. Tweemaal nee.

Minister **Klink**: Dan is het uw nee tegenover mijn ja.

De overschrijdingen bij de medisch specialisten zijn, op basis van de meest recente cijfers van het CVZ, maximaal 380 mln. Ik heb in eerdere stukken aangegeven dat bijstelling van deze cijfers mogelijk is. Wij hebben het stellige voornemen om deze middelen terug te halen. Dat heb ik de Kamer ook gemeld in de voorhangbrief.

De heer Van Gerven heeft ook gevraagd naar de beschikbaarheidstoeslag. Deze heeft natuurlijk alles te maken met het feit dat met name in dunbevolkte gebieden de spoedeisende hulp belangrijk is, met name vanwege de grens van 45 minuten. Zeven dagen 24 uur spoedeisende hulp en ziekenhuiszorg is van betekenis. Wij hebben tot nu toe negen ziekenhuizen een beschikbaarheidstoeslag gegeven. Deze ziekenhuizen ontvangen op basis van de bekende criteria op dit moment de beschikbaarheidstoeslag. Op een gegeven moment zullen natuurlijk nadere afwegingen moeten plaatsvinden. Maar daarover zijn wij op dit moment nog niet uitgedacht. Dit heeft zich ook nog niet uitgekristalliseerd.

De heer Zijlstra heeft gevraagd hoelang het duurt voordat een innovatief zorgproduct is opgenomen in het dbc-systeem. In de oude procedure varieerde het van zeven tot zestien maanden voordat het bestuur van DBC-Onderhoud een besluit nam over een aanvraag. In de huidige procedure zijn de doorlooptijden aanzienlijk verkort. DBC-Onderhoud streeft ernaar om binnen zes maanden een besluit te hebben genomen over een aanmelding en dit bij de NZa voor akkoord neer te leggen. Dit is tot op heden gelukt, ook omdat het CVZ en de NZa nauwer samenwerken. De efficiency wordt bereikt doordat de procedure is opgedeeld. In mijn brief in maart heb ik uitgelegd dat er eerst een korte fase van vier weken is, waarbij DBC-Onderhoud in een quick scan beoordeelt of zij bevoegd is om de aanvraag in behandeling te nemen, inschat wat de aard, omvang en complexiteit van het traject is en de aanvrager informeert en diens vragen direct beantwoordt. Het is allemaal wat complex, maar NZa en CVZ hebben de handen in elk geval ineengestoken en bekeken in hoeverre er bekorting van de procedure kan plaatsvinden, dusdanig dat de NZa bijvoorbeeld eerder wordt ingeschakeld. De aanvrager van de nieuwe dbc wordt tijdig en eerder geïnformeerd. Vragen worden direct gesteld. Als het akkoord is, kan de NZa er een prijskaartje aan hangen. Daarna komt het CVZ in beeld met betrekking tot de vraag in hoeverre het bekostigd kan worden. Dit zijn inderdaad langdurige trajecten. De bespoediging is van betekenis. Op dit moment denken we na over iets wat de collega van de heer Zijlstra, mevrouw Schippers, al verschillende keren heeft aanbevolen, namelijk om tijdelijk bepaalde producten toe te laten voor de bekostiging. Daar wordt op dit moment naar gekeken.

Over MammaPrint kan ik vrij kort zijn. Ik heb er vandaag, tijdens het innovatie-event ook over gesproken. Het duurt inderdaad wel te lang. Vorig jaar heeft MammaPrint een prijs gekregen. Vervolgens heeft het CVZ ernaar gekeken. Dat constateerde dat het niet kosteneffectief genoeg is om het op te nemen in het pakket. Dit soort voorbeelden pakken wij op om te bekijken op welke momenten een versnelling nodig is, bijvoorbeeld van die beoordeling. Ook bekijken wij in hoeverre we aanpassingen moeten aanbrengen in de criteria. Het Innovatieplatform is hier op dit moment mee bezig, maar ik kan het CVZ natuurlijk niet overrulen – dat zou ik ook niet willen – als het zegt dat MammaPrint, gegeven de alternatieven die er zijn, gewoon niet kosteneffectief genoeg is.

De heer Zijlstra vroeg nog naar de hardheidsclausule van de NZa met betrekking tot de kapitaallasten. Ook bij kapitaallasten speelt natuurlijk de vraag van zorgvuldigheid. Om die reden hebben wij de commissie-Havermans verzocht om zich hierin te verdiepen. Om die reden heeft de commissie-Havermans voor een overgangperiode gepleit. Dat doen wij op dit moment. De kosten van bouw calculeren wij nog steeds via het FB-budget na in een reeks van jaren. Wij hebben juridisch laten kijken naar de nadeelcompensatie. Die kan juridisch gezien pas optreden als de totale operatie achter de rug is. Dan pas kun je de schade inschatten. Dat zijn nou eenmaal juridische gegevens, waaraan ook wij gebonden zijn. Voor de hardheidsclausule geldt iets vergelijkbaars. Als wij dit nu al zouden weten, zouden wij dit in de beleidsregel hebben opgenomen. De hardheidsclausule betekent dat we kapitaallasten hebben geïntegreerd in tarieven, en aan ziekenhuizen hiervoor budgettaire verantwoordelijkheid hebben gegeven. Als een ziekenhuis zelf verantwoordelijk is voor het omvallen van een ziekenhuis, komt de hardheidsclausule in beeld. Het is dus casusgericht dat wij dit hanteren. Ik benoem dit maar, om aan te geven dat wij daadwerkelijk geprobeerd hebben om hierbij zorgvuldigheid te betrachten, ook in termen van tijd en overgangsregimes.

Het blijft staan dat het kabinet zich op dit moment buigt over de GO-regeling. Daarmee kom ik op het domein van de economische crisis en de renteopslag die een lening voor een ziekenhuis met zich mee kan brengen. Wij zijn nu aan het bekijken in hoeverre wij, door mee te liften op de GO-regeling, die bij EZ usance is, extra garant kunnen staan voor zieken-

huizen die willen bouwen. Het kabinet heeft 160 mln. toegekend voor de curatieve sfeer en voor de langdurige zorg. We bekijken in hoeverre deze middelen kunnen worden ingezet voor de immateriële vaste activa. Dat heeft te maken met een aangenomen motie van de heer Van der Veen. De heer Zijlstra vraagt voorts naar de AWBZ in de keten. De staatssecretaris is op haar domein aan het bekijken hoe je de integrale zorg voor patiënten kunt verbeteren. Natuurlijk komt op een gegeven moment de vraag op in hoeverre in die ketens bepaalde zorg die rondom de AWBZ speelt, daarin opgenomen moet worden, dan wel in hoeverre dat op elkaar moet aansluiten. Die vraag komt volgend jaar zeker terug. De staatssecretaris en ik hebben ons voorgenomen om de Kamer daarop begin 2010 een nadere visie te geven. Maar het is al een behoorlijke eerste stap dat we de integrale samenhang realiseren binnen de Zvw. Mevrouw Smilde heeft gevraagd hoe de transitieperiode van DOT eruit zal zien. Ik heb al gezegd dat wij in juli willen gaan registreren. Aan de heer Van der Vlies kan ik melden dat een aantal ziekenhuizen met die registratie problemen lijken te hebben. Ons zijn problemen bij een tweetal ziekenhuizen bekend. Zij hebben overigens wel aangegeven dat ze in het najaar wel degelijk kunnen gaan registreren. Wij zullen daarvan telkens op de hoogte gesteld worden door betrokkenen. Dat vloeit ook een beetje voort uit de overlegstructuur. Maar eerst komt dus het registreren. Daarna komt, hopelijk in 2011, het declareren. Als de DOT-structuur niet op orde is, zullen wij natuurlijk niet nalaten het eventueel nog een jaar uit te stellen. Een ding moge duidelijk zijn: het moet wel kunnen en het moet wel zorgvuldig gebeuren.

Mevrouw Smilde heeft ook nog gevraagd in hoeverre alle chronische zorg per 2010 onder de aanspraken valt. Ik heb al aangegeven dat niet alle chronische aandoeningen via de keten-DBC's als bekostigingstitel worden aangeboden in 2010. Dat kan natuurlijk wel op basis van eigen initiatief, maar we beperken het tot vier keten-DBC's.

De multimorbiditeit is een belangrijk vraagstuk. Dit wordt door velen onder de aandacht gebracht. De suggestie dat de aandoeningsgerichte financiering fragmentatie in de hand zou werken is volgens mij niet juist. Diabeteszorg zou helemaal gefragmenteerd ontwikkeld worden naast hartfalen. In het huidige financieringssysteem is de patiënt te vaak de dupe van fragmentatie, van onsamenhangende zorg. De keten-DBC voor diabetes is in 2005 geïntroduceerd en bleek een groot succes, op grond van het feit dat daarmee wel samenhangende zorg werd verleend, op basis van een bekostiging die schotdoorbrekend is.

De term comorbiditeit wordt verder soms onzorgvuldig gebruikt. Cardiovasculair risicomangement, wat noodzakelijk is in het verlengde van goede diabeteszorg, wordt echt op een geïntegreerde manier voor die patiënt aangeboden. Dat zal niet veranderen. Het is niet zo dat patiënten ineens verschillende zorgpaden worden ingestuurd. Dit gebeurt echt integraal. Dit zal ook integraal betaald worden en gecontracteerd worden door de verzekeraar.

Verder krijgen veel patiënten bij wie COPD, diabetes en hartfalen gezamenlijk voorkomen, een behandeling van beide aandoeningen aangeboden volgens de beginselen van disease management. Het is ongewenst dat een patiënt dan naar twee verschillende aanbieders moet gaan. Maar dat zal niet gebeuren. Zowel patiënten als verzekeraars zullen daar sterk op letten. Zij zullen eraan hechten dat een geïntegreerd aanbod plaatsvindt. Gezondheidscentra en zorggroepen zullen ook COPD-zorg integraal kunnen aanbieden. De samenhang is daardoor echt verzekerd. Als mensen multimorbiditeit krijgen op het einde van het leven, komt een ander type zorg in beeld. De zorgpaden kunnen dan gewoon minder aan de orde zijn. Dan gaat het meer om integrale zorg die bijvoorbeeld door verpleeginrichtingen aan mensen wordt aangeboden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat begrijp ik wel, met name ook het laatste punt. Misschien is het wel heel goed om er eens over door te denken hoe je specifiek omgaat met mensen met heel veel chronische aandoeningen. Denkend vanuit het frailty-principe is dit ook mogelijk bij mensen die jonger zijn. Nu gaat het mij om de situatie dat je lijdt aan twee chronische aandoeningen. Heb je voor de bekostiging dan een soort geïntegreerde keten of sluit je dan twee ketens af? Hoe moet ik mij dat voorstellen?

Minister **Klink**: De zorg die dan geleverd wordt, wordt dan vervlochten. Dit gebeurt nu overigens ook al in de zorgstandaarden. Ik heb de afgelopen maanden veel presentaties meegemaakt van mensen die zich bezighouden met hartfalen of diabetes. In het zorgpad of het zorgaanbod blijken bepaalde onderdelen te zitten die nadrukkelijk te maken hebben met hartfalen, maar geïntegreerd zijn in de diabeteszorg. Men heeft in de ontwikkeling van de zorgstandaarden daarin al behoorlijk voorzien. Welke acties worden op langere termijn ondernomen om de inkomens van medisch specialisten te reguleren? Voor het terugnemen van de overschrijdingen gaan wij in 2010 de ondersteuningscompensatie aanpassen. Ook willen wij de normtijden herijken. Het lag al in de structuur besloten dat op basis van de ontwikkelingen en de productie na verloop van jaren de normtijden dusdanig zouden worden herijkt, dat je weer in de pas loopt met wat budgettair inpasbaar is. Deze twee zaken liggen op dit moment voor om te doen. Langs die lijnen willen we het bedrag van meer dan 300 mln. hernemen.

Mevrouw Sap vroeg naar het prijsbeheersingsinstrument. Dat willen wij in 2010 niet inzetten. Daarover heeft de Kamer vandaag een brief gekregen. Ik bied mijn excuses aan voor het late tijdstip van verzenden. Ik ben in gesprek geweest met de voorzitter van de commissie. Ik heb het als een directief opgevat dat onze brieven tijdiger, een week voor de AO's, aanwezig dienen te zijn. Ik wil dit graag opvolgen, met inachtneming van de werklust van de ambtenaren naast mij en van de andere ambtenaren. Als je kijkt naar de statistieken van de Kamervragen, van de beleidsbrieven, van de debatten, spoeddebatten enz. die VWS voor zijn rekening krijgt, en dat afzet tegen de hoeveelheid fte's die het ministerie heeft, springen wij er met tientallen procenten uit. Wij sturen de Kamer dan weer brieven waar de woordvoerders heel veel moeite mee hebben. Van alle ambtenaren in deze vierkante kilometer zitten hier wel de meest belaste. Dit neemt echter niet weg dat de aansporing uit de Kamer ons wel degelijk raakt. Er is op basis van de cijfers die we nu hebben geen aanleiding om het prijsbeheersingsinstrument nu in te zetten. Een onderzoeksbureau had aanvankelijk een steekproef genomen, waaruit bleek dat 20% gecontracteerd was. Nu hebben we een totaalbeeld van de NZa. Daaruit blijkt dat 15% gecontracteerd is. Maar noch het prijsbeheersingsinstrument, noch uitbreiding van het B-segment zal in 2010 plaatsvinden.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voor mijn fractie is de conclusie over het prijsbeheersingsinstrument wel voorbarig. Als de minister dit concludeert op basis van 15% van de afgesloten contracten, heeft hij eigenlijk wel heel weinig zicht op de ontwikkeling om te kunnen constateren dat het niet nodig is. Stel dat toch grote overschrijdingen dreigen en dat blijkt dat toch meer afgesloten is. Dan is het toch prettig als de minister iets achter de hand heeft. Maar is de minister bereid om de Kamer alsnog uitgebreidere informatie te geven over de verschillende varianten die ontwikkeld zijn en over de argumenten daarachter, zodat wij in september daarover een echt debat kunnen voeren? Ik heb de korte brief gelezen. Daar staat bijzonder weinig in. Dan kunnen we in september ook bekijken of we steun kunnen bieden voor het voornemen van de minister om het prijsbeheersingsinstrument in 2010 niet in te zetten.

Minister **Klink**: Ik baseer me niet alleen op de gegevens over 2009 en de contracten. We baseren ons op een reeks van jaren, vanaf 2005. Daarin is de ontwikkeling zichtbaar dat prijzen relatief achterblijven ten opzichte van het A-segment. De volumeontwikkeling blijft ook achter. Ik kom hierop graag terug in september. Dat is geen enkel probleem. Nadere gegevens die we dan hebben, voorzover voorhanden, zal ik de Kamer zeker presenteren. Maar ik hecht er wel aan om te zeggen dat dit beeld over een reeks van jaren gaat en bestendig is. Het geeft mij de grondslag om in 2010 geen prijsbeheersingsinstrument toe te passen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Het is goed dat we hierop in september terugkomen. Dan zou ik ook in beeld willen hebben welke alternatieven overwogen zijn. Maar ik vraag de minister ook om het veld nog niet mee te delen dat het besluit is genomen. Het is veeleer een voornemen, dat nog door de Kamer geaccordeerd moet worden.

Minister **Klink**: Wij gaan er in september over spreken. Ik blijf bij wat ik gezegd heb: ik heb de intentie om in 2010 het prijsbeheersingsinstrument niet in te zetten. Uit een reeks van jaren blijkt namelijk dat er gunstige ontwikkelingen zijn in het B-segment. Mijn intentie kan ook worden uitgelegd als een vast voornemen.

Wij gaan ervan uit, mijnheer Van der Vlies, dat 2011 haalbaar is. Er zijn daartoe afspraken gemaakt over de nieuwe productstructuur, de nieuwe DOT. Ik heb ook gesproken over de registratie per 1 juli. Op de vraag over de gemoedsbezwaarden kom ik graag schriftelijk terug. Dat is altijd buitengewoon ingewikkeld. Ik heb het in het weekend wel gelezen, maar kan eerlijk gezegd niet reproduceren hoe dit zit. Waarschijnlijk zal dit na nog een keer lezen niet meer voorkomen.

De heer Van der Vlies heeft zojuist ook gesproken over de administratieve lasten. Die vraag is mij echter een beetje ontgaan. Stond de vraag van de heer Van der Vlies hierover ook in relatie tot de DOT-structuur?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb wat gesprekken gevoerd ter voorbereiding. Over de functionele bekostiging wordt mij gemeld dat men vreest dat de administratieve lasten ervan bij de invoering hoog zullen zijn. Het gaat dan met name om de extra contracten die gesloten moeten worden. Ook speelt het probleem dat er aparte declaratie- en geldstromen kunnen ontstaan. Ook zijn er administratieve lasten die voortkomen uit het registreren en aanleveren van indicatoren en rapportages.

Minister **Klink**: De keerzijde van het verzamelen van kwalitatieve gegevens is dat dit een zekere registratie met zich mee zal brengen. Maar dat is de keerzijde van kwaliteit, die wij hoog in het vaandel hebben staan. Dit geldt ook voor de ziekenhuiszorg. Daarbij zijn wij ook met 80 aandoe-ningen bezig. Ik wil wel kunnen monitoren hoe het loopt met de kwaliteit. Ook het organiseren van samenhang vergt natuurlijk activiteiten. Tegelij-kertijd is de meerwaarde voor de patiënt heel groot. Ik zeg toe dat ik zal bezien of de administratieve lastendruk overmatig is. Ik wil hierop ook graag terugkomen in het kader van de rapportages.

De RVZ zal mij adviseren over de verruiming van de numerus fixus. Ik heb eerder gezegd welke bedenkingen ik daarbij heb. De kosten ervan zijn behoorlijk. Als wij mensen opleiden voor een arbeidsmarkt, die zich vervolgens niet aftekent, hebben wij hoge kosten gemaakt. Dit neemt niet weg dat wij een en ander pas zullen beoordelen nadat de RVZ zijn advies heeft gegeven. We hebben een Europees onderzoek uitgezet naar de kosten van de opleiding van medisch specialisten en het gewenste aantal medisch specialisten. Ook daarover zullen wij nog wel eens komen te spreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik ben er blij mee dat de minister toegeeft dat het dbc-stelsel instabiel is. Dat is toch nieuws. Het valt in hem te prijzen dat hij zo eerlijk is.

De minister wil bij de functionele bekostiging een bonussysteem invoeren. Ik denk dat dat volstrekt de verkeerde weg is. Weer kiest de minister voor een financiële prikkel, met als doel om goede zorg te realiseren. Maar volgens mij worden daardoor juist weer bureaucratie, versnippering enzovoorts geïntroduceerd. Die kant moeten wij echt niet op.

Wil de minister nog eens goed kijken naar het voorstel van de samenwerkende algemene ziekenhuizen? Die pleiten voor een gestaffelde beschikbaarheidsvergoeding voor ziekenhuizen met een omzet tot 100 mln. Daarboven komt dus minder geld beschikbaar voor de beschikbaarheid.

Daaronder komt meer geld beschikbaar. Op die manier wordt een gelijke uitgangspositie gecreëerd.

Tot slot adviseer ik de minister om rustig aan te doen met zijn caravan. Ik kondig ook alvast een VAO aan.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik ben toch wel een beetje ongerust. De minister geeft aan dat we vanwege de zorgvuldigheid niet aan nadeelcompensatie kunnen doen. Dat kunnen we pas achteraf doen. Maar de VVD-fractie is van mening dat deze onzekere factor in de markt, het handelen op allerlei andere gebieden, bijvoorbeeld het overbrengen van dbc's van het A-segment naar het B-segment, wel beïnvloedt. Het gaat over risico's. Dit is ook een risico, en niet het minste. Als dit soort zaken niet helder is, is het voor zorgaanbieders, met name ziekenhuizen, heel moeilijk schaken. We moeten ervoor oppassen dat we niet zoveel zaken in de emmer gooien dat deze overstroomt. Ik zie daarin dus wel een probleem bij alles wat voorligt.

Ik denk net als de minister dat het heel druk kan zijn op zijn departement. Ik heb ook alle respect voor het werk dat door de ambtenaren verricht wordt. Maar mijn analyse is toch ook dat er wat structurelere zaken aan de hand zijn. De VVD-fractie is het met een aantal ideeën van deze fractie hartgrondig eens, maar ik heb het idee dat zaken langzamerhand knarsend en piepend tot stilstand komen. Ik kijk naar zaken die te laat verstuurd worden of zelfs helemaal niet verstuurd worden. Dit ligt volgens mij niet alleen aan de werkdruk. Dit heeft er ook mee te maken dat dit kabinet op een aantal punten niet tot overeenstemming komt. Dat vind ik veel zorgwekkender.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De winst van dit debat is dat de minister zegt: wat ik ook doe, de zorgvuldige uitvoering staat voorop. Dat wil ik ook overal vooropstellen. Wij steunen zowel de DOT-structuur als de functionele bekostiging. Het is natuurlijk fantastisch als het mogelijk wordt gemaakt om vanuit de zorgvraag te redeneren. Maar dit kan alleen maar bij een zorgvuldige uitvoering.

Ik heb goed begrepen dat de functionele bekostiging een mogelijkheid is. Maar de randvoorwaarden moeten wel in orde zijn. Aan die standaarden moet gewerkt worden. Een vraag uit mijn eerste termijn is blijven liggen. Hoe zit het als in een keten-dbc gedeeltelijk zorg uit het basispakket zit en gedeeltelijk zorg uit het aanvullend pakket?

Ik hoop dat het systeem in een behoefte voorziet. Gezien alle spontane initiatieven denk ik dat dit het geval is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik wil nog terugkomen op de functionele bekostiging. De heer Zijlstra heeft ook gezegd dat wij allen zeer voelen voor de ketenzorg. Ik ben er trots op dat ik in een vorig leven aan de basis heb mogen staan van de diabeteszorgketens. Toen heb ik geleerd dat er een verschil is tussen de voorlopers die dingen doen en het veld, dat in de praktijk van alle dag moet volgen.

Een paar vragen is nog onvoldoende beantwoord. Wat is de positie van de zorgverzekeraar? Wat mag hij? Wat mag hij niet? Hoeveel toegang krijgt hij tot de gegevens van de zorgaanbieder? Dit is een heel relevante vraag, die nog niet beantwoord is. Dit zal een ontzettende hoop discussie geven. Wat zijn de kwaliteitseisen aan de hoofdcontractant? Automatisch wordt ervan uitgegaan dat de huisarts de hoofdcontractant is. Ik hoor geluiden dat anderen dan huisartsen op het ogenblik bv's aan het oprichten zijn die zich warm gaan lopen voor het hoofdaannemerschap. Zij hebben andere belangen dan het bevorderen van de ketenzorg. Wat doet de minister daartegen?

Het hele systeem is gebaseerd op chronisch zieken, verdeeld in ziektebeelden. Dingen lopen erg langs elkaar heen. Ik weet dat erover nagedacht wordt om geen ketenzorg te ontwikkelen per onderscheiden doelgroep, maar om te bekijken of je chronische patiënten in zijn totaliteit kunt behandelen.

Er is nog geen duidelijkheid over de wijze waarop de dubbele bekostiging aangepakt zal worden. Ik voorspel dat in de komende jaren de discussies niet over de zorgketens gaan, maar over wie de baas is, wat de positie van de zorgverzekeraar is en welke gegevens hij mag hebben, hoe het zit met de dubbele bekostiging en wie extra betaald moet worden. Dit staat haaks op wat wij beiden willen, namelijk goede zorg voor de patiënt. Daar heeft hij recht op.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Het is goed nieuws dat wij in 2010 geen verdere uitbreiding van het B-segment krijgen. De minister heeft dit vandaag heel helder gezegd. Ik dank de minister ook voor de toezegging dat hij in september een brief zal sturen over het prijsbeheersingsinstrument. Daarna kunnen we daarover een echt debat voeren.

Ik sluit mij korthedshalve aan bij de kritische vragen die de heer Van der Veen heeft gesteld over de functionele bekostiging. Wij hebben precies dezelfde vragen.

Ik vraag aandacht voor en uit mijn zorg over de rol die kwaliteit tot nu toe in de zorginkoop speelt. Zojuist was er een interruptiedebatje tussen de minister en de heer Van Gerven. De minister zei dat het de goede kant op gaat met de kwaliteit. De heer Van Gerven zei dat het vooral om de prijs gaat. Het is niet het woord van de minister tegenover dat van de heer Van Gerven. Er is ook een autoriteit, de Nederlandse Zorgautoriteit, die daarover informatie geeft. Die zegt heel duidelijk dat op dit moment de prijs nog steeds doorslaggevend is. Ook zegt de Nederlandse Zorgautoriteit dat het een probleem is dat er te weinig eenduidige meetinstrumenten en kwaliteitsindicatoren zijn en dat er nu nog geen concurrentie op basis van kwaliteit is. In mijn eerste termijn heb ik gevraagd of de patiëntenorganisaties hierbij geen grotere rol kunnen spelen. Kunnen zij de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorginkoop niet versterken? Ze staan er klaar voor, maar ze zien financiële belemmeringen. Daar is nog geen antwoord op gekomen. Ik zou dit graag alsnog krijgen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ook ik bedank de minister voor zijn reactie op wat ingebracht werd. Diverse fracties in de Kamer maanden de minister tot kalmte en enige rust. Maar de minister wil wel degelijk snelheid betrachten, omdat hij innovaties en wat dies meer zij, niet aan patiënten wil onthouden. Die benadering deel ik op zichzelf, maar behalve snelheid moet ook zorgvuldigheid worden betracht. Het gaat om een optimum, een verzoening of een balans tussen die twee benaderingen. Ik vond het in zijn kern geruststellend dat de minister zei dat er geen volgende stap wordt gezet als niet eerst de evaluatie van het vorige systeem, waarop aangesloten moet worden, positief heeft uitgepakt. Als dat de lijn is, is mijn fractie wel bereid mee te blijven denken. Maar wij willen dan wel de overtuiging hebben dat een aantal dingen niet alleen fatsoenlijk, maar ook volstrekt houdbaar en kwalitatief geregeld zijn. Er zijn enkele

vragen gesteld die erop wijzen dat daartoe nog het een en ander gebeuren moet.

Ik ben de minister erkentelijk voor zijn toezegging dat hij in een brief terugkomt op het thema van de gemoedsbezwaarden. Ik kan dit billijken. Ook voor onze fractie is dit steeds opnieuw een lastig dossier. Maar toch is het een bestand aan burgers die vanwege hun oprechte overtuiging ervoor gekozen hebben in een bepaalde positie te zitten. Zij moeten hiervan niet het slachtoffer worden. Ik heb al eerder een voorbeeld gegeven waaruit blijkt dat zij hiervan wel het slachtoffer zijn geworden. Er is een prijsopdrijvende werking voor degenen die de zorg particulier, uit eigen middelen betalen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Laat ik mij voor de verandering eens aansluiten bij de woorden van de heer Van der Veen. Zijn woorden waren mij uit het hart gegrepen. Ik ben het er volledig mee eens. Als de minister systeemverantwoordelijke is en zich in deze fase systeemfouten voor- doen, moet de minister naar mijn mening het voortouw nemen en geen verantwoordelijkheden bij zorgverzekeraars neerleggen. Willen wij dit omvangrijke en zeer complexe project tot een succes brengen – ik ben hier zeer terughoudend over en zet er veel vraagtekens bij of dit lukt – dan zal de minister iedere keer weer de verantwoordelijkheid naar zich toe moeten trekken op het moment dat zich systeemfouten aandienen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik zal kort reageren. De heer Van Gerven zei dat ik heb gezegd dat de dbc's instabiel zijn. Dat heb ik niet gezegd. Ik heb gezegd dat het schonen van de huidige structuur voor het B-segment de bekostiging instabiel maakt. De dbc-structuur moet wel verbeteren. Er zitten kinderziektes, zelfs volwassenenziektes in. Maar op dit moment komt het budget nog altijd via het FB binnen, behalve in het B-segment. De instabiliteit binnen het FB ontstaat op het moment dat je te veel in het vrije segment brengt.

De heer Van Gerven vindt dat het bonussysteem leidt tot versnippering en verkeerde prikkels. Ik krijg de indruk dat de heer Van Gerven het niet wil begrijpen. Natuurlijk is het niet zoals hij zegt. Zorg wordt juist integraal geleverd, op basis van een niet-versnipperde bekostiging. En dat is precies de bedoeling. Daar zijn alle patiënten aantoonbaar mee gediend. Ik neem de aanbeveling van de heer Van Gerven, om het rustig aan te doen, ter harte. Ik ga natuurlijk niet over één nacht ijs. We doen het zorgvuldig, maar wel ten behoeve van de patiënt, om wie het uiteindelijk gaat en in het tempo dat gerechtvaardigd is.

De heer Zijlstra vroeg ook om zorgvuldigheid, maar dan in het licht van de nadeelcompensatie. Dat nadeelcompensatie pas op termijn mogelijk is, heeft niet zoveel te maken met de zorgvuldigheid, maar met de juridische feiten. De regeling voor nadeelcompensatie zit namelijk nu eenmaal zo in elkaar dat de verandering eerst uitgekristalliseerd moet zijn voordat je in beeld kunt krijgen wat het nadeel echt is.

Mevrouw Smilde vroeg naar de randvoorwaarden. Daaraan moet inderdaad voldaan zijn. Er moet een zorgstandaard zijn. En ook moet er schoning plaatsvinden van het tarief. Die schoning zal ook in 2010 al plaatsvinden. De eerste berekeningen daarvan hebben plaatsgevonden. Inmiddels zijn we daar wel uit.

Verder vroeg mevrouw Smilde wat we moeten doen met het basispakket op het moment dat bepaalde vormen van zorg, waaronder fysiotherapie, niet in het basispakket, op basis van de Zorgverzekeringswet zitten. Vooralsnog blijft dit zo. Anders zou namelijk een pakketuitbreiding aan de orde zijn, die een kostenverhoging met zich meebrengt. Dit heeft echter wel onze aandacht. Vooralsnog zijn hieraan geen extra kosten verbonden. Weliswaar gaat het hierbij om integrale zorg, maar de delen die nu in het basispakket zitten, blijven daarin zitten. De delen die niet in het basis-

pakket zitten, komen daar vooralsnog ook niet in. Dit zal een aparte afwijking vergen.

Ik ga verder met de vragen die de heer Van der Veen in tweede termijn gesteld heeft. De zorgverzekeraar krijgt niet meer gegevens dan gebillijkt wordt op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens en niet meer dan op dit moment al de praktijk is. Er komen echt niet meer gegevens beschikbaar. Sterker nog, we krijgen straks hooguit extra gegevens rondom de kwaliteitsindicatoren. Maar dat geldt over de hele linie, ook voor de ziekenhuiszorg. De kwaliteitseisen liggen in de zorgstandaard besloten. Deze zorgstandaard biedt meer kwaliteit dan de huidige, versnipperde zorg. De ziektebeelden hebben we inderdaad beperkt tot vier. Wellicht kan uitbreiding plaatsvinden, maar dat weten we nog niet zeker. In elk geval zal dan aan dezelfde randvoorwaarden voldaan moeten zijn, namelijk een zorgstandaard en schoning van het inschrijftarief. Ik ben dus ook niet zo bang voor dubbele bekostiging. We kunnen de raming namelijk wel degeïjk maken. We doen dit in nauw overleg met het ministerie van Financiën. De heer Van der Veen sprak ook over bv's die zich aan het aandienen zijn. Dit is meer een vraagstuk van governance, waarover het kabinet zich op dit moment buigt. Dit heeft weer te maken met de vraag in hoeverre in de eerste lijn en in de extramurale AWBZ-zorg, met bv's kan worden gewerkt en hoe dit gestructureerd blijft. Maar dit is een ander vraagstuk. Ik zou dit mogelijke bezwaar niet in mindering willen brengen op de initiatieven die we nu ontplooiën. Met het oog op de kwaliteit van de zorg die we bieden aan de mensen die chronisch ziek zijn, zou ik het een gemiste kans vinden als wij in 2010 niet zouden overgaan tot de functionele bekostiging en de vier ketens. Ik hecht eraan, dit met nadruk te zeggen.

Mevrouw Sap heeft benadrukt dat er in 2010 geen verdere uitbreiding van het B-segment komt. Dit gebeurt wel in 2011, als de NZa met goede resultaten komt. Als de NZa in haar evaluatie aangeeft dat uitbreiding goed uitpakt in termen van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid, gaan wij naar 50%. Over het prijsbeheersingsinstrument spreek ik graag in september met mevrouw Sap. Maar als ik zeg dat ik het vaste voornemen heb om volgend jaar geen prijsbeheersingsinstrument in te voeren, dan is dat ook een vast voornemen. Dit is behoorlijk onderbouwd vanuit mijn eigen standpunten. Met de invoering van opnieuw een nieuw systeem, het prijsbeheersingsinstrument, zouden wij, gegeven de signalen die wij nu krijgen, de ziekenhuizen zo zwaar belasten dat ik nu wel voor mijn rekening durf te nemen dat het prijsbeheersingsinstrument in 2010 niet ingevoerd zal worden. Maar ik spreek hierover graag in september, als wij hierover nieuwe gegevens hebben.

Ik zeg de heer Van der Vlies toe dat ik graag terugkom op zijn vragen over de gemoedsbezwaarden.

Tegen mevrouw Agema zeg ik dat we systeemfouten natuurlijk niet bij zorgverzekeraars gaan neerleggen. Dit is mede een reden om eens goed te kijken naar de bekostiging van de specialisten, waarover mevrouw Agema zelf ook begon. Ik herhaal mijzelf, want in het debat van vorige week heb ik dit ook al gezegd. Als wij zowel de tarieven, met een lichte bandbreedte, als de normtijden vastleggen en als daardoor de productiviteit van specialisten toeneemt, kan dit dubbele inkomsten betekenen. De specialist kan bijvoorbeeld een half uur doen over iets wat normaal gesproken binnen een uur wordt gedaan. Je kunt dan twee keer een dbc openen in dezelfde normtijd. Dit betekent, gemakshalve gezegd, twee keer €140. Als wij echter de normtijden uit de dbc's halen en onderhandelbaar maken voor verzekeraars, gaat de winst van de arbeidsproductiviteit voor een deel naar de verzekeraar, en daarmee ook naar de premiebetaler. Zo'n systeemwijziging is in mijn beleving van betekenis voor het wegnemen van systeemongemakken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks) Ik wil nog steeds graag antwoord hebben op mijn vraag welke rol patiëntenorganisaties kunnen spelen bij de zorginkoop en de financiële knelpunten daarbij.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik doelde specifiek op een aantal systeemfouten, zoals dbc 16. Daarover heeft de minister ook een brief gestuurd. Hij heeft het uitgezocht en is erachter gekomen dat in voorkomende gevallen geen one stop-visit wordt geleverd, omdat de opbrengst daarvan minder is. Een patiënt moet meerdere keren terugkomen, omdat dat meer oplevert. Dat is toch een systeemfout. Je ziet dat veel specialisten denken: laat ik de patiënt nog maar eens terugkomen. In de brief schrijft de minister: «zo hebben zorgverzekeraars een duidelijke rol om toe te zien dat van bovengenoemde mogelijkheid geen misbruik wordt gemaakt». Daar gaat het mij om. Ik vind dat de minister zijn verantwoordelijkheid voor het systeem moet nemen door die mogelijkheid uit het systeem te halen.

Minister **Klink**: Mevrouw Sap brengt terecht haar punt aan de orde. We hebben geïnvesteerd in het versterken van patiëntenorganisaties. Ik kom graag schriftelijk terug op haar vraag. Anders moet ik het uit de losse pols doen. Ik vrees dat ik er dan misschien wel naast zit. Ik ga even bekijken in hoeverre consumentenorganisaties betrokken worden bij de zorginkoop. Daarop krijgt mevrouw Sap schriftelijk antwoord.

Ik ga verder met de vraag van mevrouw Agema. In het systeem zit wel ingebakken dat zorgverzekeraars toezien op misbruik. Daarom hebben we ook voor de Zorgverzekeringswet gekozen. Maar ik ben het wel met mevrouw Agema eens dat dit voor zorgverzekeraars niet altijd even makkelijk is. Een zorgverzekeraar loopt snel het risico van reputatieverlies als hij stelt dat een specialist een patiënt in twee keer behandelt, terwijl het in een one stop-visit had gekund, en als de zorgverzekeraar stelt dat dit in ziekenhuis A overmatig gebeurt. Dan bemoeit een zorgverzekeraar zich namelijk met de zorg. Mede daarom hebben wij gezegd dat er een regieraad moet komen, die de praktijkvariatie – een duur woord voor wat mevrouw Agema stelt – in beeld moet brengen. Dan kan een verzekeraar, op basis van de praktijkvariatie die de regieraad naar boven tilt, onder tussen de betreffende ziekenhuizen, specialisten en maatschappen een spiegel voorhouden. Dat vind ik van betekenis. Er is namelijk grote variatie. Zelfs zaken als openhartoperaties en dotteren gebeuren in het ene ziekenhuis veel meer dan in het andere ziekenhuis. Het is goed om hiervan een beeld te hebben. Het is goed om de onder- en overbehandeling die daarmee samenhangen, in kaart te brengen. Daar is ooit, in een motie van de heer Van der Veen ook naar gevraagd. Het doel hiervan is dat de verzekeraars in staat worden gesteld om een vinger aan de pols te houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Gezien de tijd en de complexiteit ervan vraag ik de minister om te reageren op het voorstel van de samenwerkende algemene ziekenhuizen met betrekking tot een beschikbaarheidstoeslag.

Minister **Klink**: Ik kom daar graag schriftelijk op terug. Anders is mijn antwoord, net als bij de vraag van mevrouw Sap, maar een losse flodder.