

Vergaderjaar 2011–2012

**29 248**

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

**Nr. 224**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 2 februari 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 21 december 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2011 inzake Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015 met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (29 248, nr. 215);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2011 inzake Antwoorden op vragen van de commissie inzake het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015 (29 248, nr. 218);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 november 2011 inzake Reactie op het artikel in Het Financieel Dagblad van 26 oktober 2011 over bevoorschotting van ziekenhuizen (33 000-XVI, nr. 63);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2011 inzake Reactie op het artikel over een onderzoek van Gupta Strategists naar de ontwikkelingen in de Nederlandse ziekenhuiszorg (32 299, nr. 9);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2011 inzake Instrument beschikbaarheidsbijdrage (32 620, nr. 33);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2011 inzake Stand van zaken met betrekking tot de overheveling van de TNF-alfaremmers naar de ziekenhuisbekostiging per 1 januari 2012 (29 477, nr. 178);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2011 inzake Voortgangsrapportage medisch-specialistische zorg (29 248, nr. 223);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2011 inzake Reactie op verzoek Van der Veen, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van**

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

**14 december 2011, over de ontstane situatie op de intensive care van het VU medisch centrum (29 247, nr. 154).**

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

**Voorzitter: Smeets**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Smeets, Smilde, Gerbrands, Mulder, Dijkstra, Van der Veen, Voortman, Leijten,

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

De **voorzitter**: Ik heet de minister, ambtenaren, mensen op de publieke tribune en de geachte afgevaardigden van harte welkom. We hebben een spreektijd van vijf minuten voor het thema ziekenhuisbekostiging.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een procedurele opmerking. Het AO Zorgverzekeringswet is namelijk niet doorgegaan. Daar stond het vrij lastige onderwerp op de agenda van de TNF-alfaremmers. Dat is nu bijgeschoven. Wellicht kan de spreektijd dus zes minuten worden.

De **voorzitter**: Ik moet er echt voor zorgen dat we om 17.00 uur klaar zijn. Dat betekent dat we de interrupties moeten beperken en dan maken we er zes minuten van. Er is immers een thema bijgekomen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. We zijn een stuk verder dan een jaar geleden. We hebben afspraken gemaakt over prestatiebekostigingen voor volgend jaar en over de afbouw van de ex post verevening, en niet te vergeten, we hebben een bestuurlijk akkoord tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de minister voor een maximale groei van 2,5% in deze kabinetsperiode. Dat lijkt een goede manier om de groei van 15 mld. in de zorg in ieder geval in ziekenhuisland in bedwang te houden. Het CDA ziet dit akkoord als een bindmiddel tussen de verschillende verantwoordelijkheden. We hopen wel dat dit bindmiddel taai en elastisch is, want er zal wel eens wat spanning op komen te staan, zoals vorige week. Er waren berichten dat zorgverzekeraars zuinigjes zijn met de bevoorschotting en dat ziekenhuizen dan meteen het akkoord ter discussie stellen. Hoe zit dat nu? Waarom wordt er stelselmatig zo laat gecontracteerd?

Beheerste groei is van essentieel belang. Dit is een goede eerste stap. Maar gezien alle perikelen rond de huisartsen is het van belang dat er een beheerste groei is in de totaliteit van het curatieve zorglandschap, zowel voor de eerste als tweede lijn en dan ook nog in wisselwerking met elkaar. Beheersing van de tweede lijn ten gevolge van dit akkoord mag niet leiden tot explosie in de eerste lijn. Hoe kijkt de minister tegen deze wisselwerking aan?

We hebben een aantal vragen over het akkoord. Het is mij nog niet helemaal duidelijk hoe binnen dit akkoord een goed presterende zorgaanbieder wel kan groeien en een slechte niet. Volgens de NZa is er in 2010 een forse omzetgroei geweest zonder dat de zorgprijs groeide. Ook de prijzen bleven behoorlijk stabiel. Er werd een link gelegd met gepast gebruik en praktijkdifferentiatie. Ook dat is een onderdeel van het akkoord, want daarin zit een sleutel van het succes, maar wij vragen dan: hoe zit het met de praktische uitwerking daarvan en hoe zit het precies met die grote omzetgroei? Kan de minister daar iets over zeggen? Hoe gaat het nu allemaal precies in zijn werk en hoe gaat het bij restitutiepolissen? In de komende jaren, als zorgverzekeraars meer selectief gaan inkopen, zullen mensen er misschien immers voor kiezen om restitutiepolissen af te sluiten.

Het macrobeheersinstrument is een draak van een maatregel, een ultimum remedium. Het staat haaks op het idee van prestatiebekostiging en afspraken tussen de partijen. De overheid houdt daarmee een dikke vinger in de pap, maar het is onontkoombaar als we nog steeds spreken

over een sterke groei. We steunen de lijn van de minister, maar wij zijn er wel erg voor, ook na het lezen van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit, om andere varianten te verkennen volgens de motie-Mulder c.s. (29 248, nr. 193). Specifieke ingrepen zijn altijd sympathieker en rechtvaardiger dan generieke.

De beschikbaarheidsbijdrage staat in de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). Wij hebben gelezen dat de huidige aanwijzing nauwelijks verschilt van de gang van zaken in 2011. Daarom gaan wij daarmee akkoord.

Ik kom op de overheveling van TNF-alfaremmers naar ziekenhuizen. Wij hebben van meet af aan afgesproken, niet alleen met deze minister maar ook met haar voorganger, dat die een technische verschuiving zou zijn, omdat we af wilden van de twee aanspraken waarop ze gebaseerd was. Het uitgangspunt was dat de patiënten er niets van mogen merken, maar dat lijkt niet zo uit te pakken. Zo heb ik gehoord van een meneer die in het oosten van het land woont, wiens dochter voor jeugdreuma wordt behandeld in Utrecht. Hij moet nu vier keer per jaar op en neer om de medicijnen te halen uit Utrecht. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Dit is een casus. Daar zullen er meer van zijn. Kan de minister in zijn algemeenheid zeggen hoe het gaat met de uitvoering van de overheveling van de TNF-alfaremmers? Kan zij ons daar na een maand of drie een update van geven? Dit is namelijk de eerste tranche van de overhevelingen. Dit moet gewoon goed in orde zijn, willen we met een gerust hart de rest doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben toch enigszins verbaasd dat mevrouw Smilde niet begint over het risico dat het Ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum verdwijnt. Is het CDA niet met de SP van mening dat zo'n belangrijk ziekenhuis met een acuut zorgpunt overeind gehouden moet worden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij hebben in het kader van Ziekenhuis De Sionsberg altijd gezegd dat wij de gezondheidszorg, de continuïteit van zorg overeind willen houden. Ons gaat het erom dat de beschikbaarheid binnen 45 minuten van zowel de acute zorg als de verloskundigenzorg geborgd is. Maar ik was van plan om dit punt aan de orde te stellen bij het algemeen overleg verloskundigenzorg, want we zijn nog druk bezig om ons te oriënteren. Dat mag ook, maar ik wil nu wel zeggen hoe wij erin zitten. Het gaat met name over de vraag of de acute zorg gewaarborgd is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb met belangstelling de interesse van het CDA voor het verdwijnen van dit ziekenhuis gevolgd, omdat we op dit punt eindelijk eens samen zouden kunnen optrekken. Als mevrouw Smilde zegt dat we dat ergens volgend jaar gaan bespreken, zijn we wellicht te laat. De Sionsberg is nu namelijk geholpen met een beschikbaarheidstoelage, die dit ziekenhuis alleen krijgt als de spoedeisende hulp overeind blijft. Daar wordt nu wel degelijk aan getornd. Het gaat om een gebied waarin de norm al niet wordt gehaald dat mensen binnen 45 minuten op een spoedeisende hulp zijn. Dat is de norm die we hebben vastgesteld. Ik heb hier een kaartje. Dat kan ik verspreiden. Vindt het CDA het goed dat het ziekenhuis daar verdwijnt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mevrouw Leijten zet nu enorme stappen. Wij hebben schriftelijke vragen gesteld: hoe zit het met die 45 minuten, en hoe gaat dat nu precies in zijn werk? Daar heb ik nog geen antwoord op gehad. Ik stel het niet uit tot volgend jaar. Ergens in januari zouden wij een algemeen overleg hebben over verloskundigenzorg. Daar zat het met name op vast. Daar zal ik het aan de orde stellen. Mevrouw Leijten schudt haar hoofd, maar ...

De **voorzitter**: Wij gaan hier niet non-verbaal communiceren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn reactie is dat ik dan wil weten hoe het precies met die 45-minutengrens zit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde is nogal te spreken over het in gang gezette beleid. Toch heb ik een vraag naar aanleiding van de NZa-marktscan. Daaruit blijkt dat de omzet met name in het B-segment boven de 7% ligt en dat de zorgvraag maar 3% tot 4% is gestegen. Hoe verklaart mevrouw Smilde dat in haar optimisme?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het zal de heer Van der Veen niet ontgaan zijn dat ik juist daarover vragen heb en mijn zorgen heb uitgesproken. Wij hebben goede stappen gezet, omdat we nu überhaupt stappen hebben gezet. Die waren er een jaar geleden nog niet. We zijn met de plannen en het beleid voor de ziekenhuissector dus een stuk verder. Maar ik stel juist daar mijn vragen over, want ik vind dat ook een discrepantie. Die vraag heb ik ook gesteld.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben blij dat mevrouw Smilde blij is met de stappen, omdat er stappen gezet worden. Dat is op zichzelf ook een verklaring. Toch groeit de omzet heel sterk. Ook in het NZa-rapport wordt daar een aantal verklaringen voor gegeven waar je ook niet helemaal vrolijk van wordt. Graag hoor ik een wat scherpere reactie van mevrouw Smilde daarop.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik kan herhalen wat ik net zei: dat verontrust mij en daarom heb ik de minister een vraag gesteld over de discrepantie daartussen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. De agenda van vandaag wordt gedomineerd door het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Dit akkoord heeft de zorgsector in beweging gebracht. We zitten niet meer helemaal «stuck in the middle». Deze dynamiek lijkt mij een goede zaak, maar ze moet er niet toe leiden dat oude mensen straks naar ziekenhuis A moeten voor hun heup, naar ziekenhuis B voor hun diabetes en naar ziekenhuis C voor hun longfunctie. Concentratie van specialistische zorg is een goede zaak, maar hoe wordt de bereikbaarheid van de normale basiszorg gegarandeerd? Heeft de minister erover nagedacht dat het demotiverend kan zijn voor de artsen in streekziekenhuizen als complexe operaties daar niet meer plaatsvinden, omdat ze alleen nog maar bepaalde standaardoperaties mogen uitvoeren? Is de minister het met ons eens dat de kans bestaat dat de zorg in de streekhuizen verschaalt en ondermaats wordt doordat die artsen gedemotiveerd zijn?

Naast de concentratie van zorg, zien we ook selectieve inkoop ontstaan als onderdeel van de dynamiek. Ik steun de ingezette lijn en vind dan ook dat Achmea gelijk heeft met te stellen dat niet alle prostaatoperaties met robotchirurgie uitgevoerd hoeven te worden. Dit is prijsopdrijvend en levert niet aantoonbaar betere kwaliteit. Ik wil de zorgverzekeraars wel op het hart drukken om hier openlijk over te communiceren met zowel zorgaanbieders als patiënten.

De **voorzitter**: Dit is uw tweede interruptie, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat weet ik.

De **voorzitter**: Wij gaan beperkt om met interrupties omdat de spreektijd verlengd is naar zes minuten. Toen we dat afspraken, was u nog niet binnen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is mij net niet doorgegeven door de collega's. Als mevrouw Gerbrands zegt dat de PVV zich zorgen maakt over de Da Vinci Robots voor prostaatoperaties, hoe beoordeelt zij dan de reactie van de minister, namelijk: dit is precies wat wij wensen met dit systeem; de markt functioneert uitstekend?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat heb ik gezegd. Als de effectiviteit van het werken met zo'n robot niet voor alle soorten prostaatoperaties bewezen is, dan vind ik het prima als dat niet meer voor alle soorten vergoed wordt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat was niet mijn vraag. Nieuwsuur liet de verspilling zien en het commentaar daarop van nota bene iemand die de marktwerking omarmt, de heer Winter. Hij zegt: we hebben vier tot acht keer te veel robots. De vraag is wat we eraan gaan doen om dat beter te plannen. Daarop zegt de minister: we gaan niets doen; dat ieder ziekenhuis zo'n dure robot koopt, is precies wat ik wil met de markt. Wat wil mevrouw Gerbrands nou precies?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Met deze stap van Achmea wordt het signaal afgegeven aan ziekenhuizen dat ze niet allemaal zo'n robot moeten aanschaffen, omdat de kosten niet allemaal vergoed zullen worden. Ik vind het goed dat dat signaal afgegeven is.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Hoe verhoudt de selectieve zorginkoop zich tot de NZa-beleidsregel dat niet-gecontracteerde zorg ook nog door de zorgverzekeraar vergoed dient te worden?

In de marktscan van de NZa is te zien dat de omzet van de ziekenhuizen in 2010 harder is gegroeid dan de vraag. De oorzaken hiervoor worden onder andere gezocht in de grote praktijkvariatie. Dit brengt mij gelijk weer op het onderzoek van mevrouw Hasaart, die constateerde dat tussen 2006 en 2008 5% van de zorg dubbel werd gedeclareerd. Het gaat hierbij om een bedrag van 1 mld. Zorgverzekeraars hebben op grond van controles een deel van dit bedrag teruggevorderd. Waarom is dit maar een deel? Waarom is niet alles teruggevorderd? Was hierbij wel of geen sprake van opzet? Zo ja, hoe zijn de fraudeurs aangepakt? Waarom denkt de minister dat met de invoering van DOT dit soort fraude zal worden ondervangen?

Ik kom op het macrobeheersinstrument. Ik begrijp de noodzaak van kostenbeheersing, maar wat gaat een zorginstelling doen als een overschrijding dreigt? Wij hebben het antwoord al voorbij zien komen: het TweeSteden Ziekenhuis weigert Achmeaklanten te behandelen omdat de grens bereikt is. Patiënten komen dus op een wachtlijst of moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis. Dit lijkt mij absoluut niet de bedoeling. In principe moeten beide partijen hun financiële problemen zelf regelen, maar ik maak mij wel zorgen om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Wij hebben immers in oktober 2011 kunnen zien dat de Onderzoeksraad Voor Veiligheid de kwaliteit van de zorg in het Scheper Ziekenhuis in Emmen aanmerkte als zorg die gevaar liep omdat Achmea te weinig geld gaf voor operaties. Wat is hier precies aan de hand? Is dit bewust beleid van Achmea, de grootste zorgverzekeraar van Nederland? Wat gaat de minister hieraan doen? Ik wil gelijk benadrukken dat de minister conform de motie-Mulder c.s. (29 248, nr. 193) hard op zoek moet naar een alternatief macrobeheersinstrument voor 2013, dat slecht presterende instellingen straft en goed presterende instellingen beloont. Vandaag is zo'n slecht presterende instelling nog aan de agenda toegevoegd, namelijk het VU medisch centrum. Ik ben niet alleen bezorgd voor de patiënten op de intensive care van het VU medisch centrum, maar ik ben tevens geschokt omdat een toegewijde arts, die volkomen terecht een calamiteit bij de inspectie meldt, vervolgens zelf de gebeten hond wordt.

Ik pleit daarom voor een onderzoek door de inspectie naar het functioneren van het bestuur van het VUmc, met name omdat deze arts na melding van de tweede calamiteit opnieuw op non-actief is gesteld in plaats van het hoofd van de ic-afdeling. Graag wil ik daarop een reactie. Tot slot nog een punt van aandacht bij de overheveling van TNF-alfaremmers. Het lijkt erop dat de minister is vergeten rekening te houden met bewoners in onze grensstreken. Een deel hiervan wordt in een ziekenhuis in België of Duitsland behandeld en dreigt nu buiten de boot te vallen. Hoe komen deze mensen nu aan hun medicijnen? Wie draait er op voor de kosten? Hier moet met spoed, voor 1 januari 2012, een oplossing voor komen.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. In het begin van deze kabinetsperiode was de analyse – die is er volgens mij nog steeds – dat ons zorgstelsel «stuck in the middle» zit, vast tussen een gerantsoeneerd aanbodmodel en een gereguleerde marktwerking. De kunst is om daar uit te komen. Wat dat betreft, is dit kabinet, deze minister goed op streek, want er gaan een aantal spannende dingen gebeuren: de ex post risicoverevening wordt afgeschaft, er komen DOT's, de invoering van de prestatiebekostiging, de uitbreiding van het B-segment, meer vrije tarieven. We zitten nu in deze transitiefase. Daar hoort ook het hoofdlijnenakkoord bij.

Complimenten aan de partijen die dit hoofdlijnenakkoord hebben gesloten. Het is een trendbreuk om de stijgende zorguitgaven tegen te gaan, maar ik maak het compliment omdat die partijen aanvoelen dat de betaalbaarheid van het stelsel in het geding is. De solidariteit komt onder druk te staan als het onbetaalbaar wordt. Het is goed dat deze partijen hun verantwoordelijkheid nemen voor ons zorgstelsel. In een van de regels staat eigenlijk ook iets over de politiek: als afdelingen van ziekenhuizen moeten sluiten, worden wij geacht onze rug recht te houden. Mijn fractie zal dat dan ook doen in voorkomende gevallen.

Zorgverzekeraars komen steeds meer in hun rol. Achmea wil bijvoorbeeld meer outcome-indicatoren, CZ komt met kwaliteitscriteria voor onder andere borstkanker en Menzis heeft eigenlijk alweer iets gedaan wat de DOT-structuur voorbij is door in hun contract met het HagaZiekenhuis een afspraak te maken over populatiebekostiging. Zorgverzekeraars groeien dus in hun rol. We hebben 30 jaar vergaderd en gesproken over het nieuwe stelsel. We zijn nu vijf jaar onderweg en het begint te komen. Vijf jaar is wat kort, maar ze komen in hun rol. Het gaat dus de goede kant op. We komen nog te spreken over het zorglandschap, volgend jaar alweer. Dan spreken we over de eerste en de tweede lijn samen. Dat is ook van belang voor substitutie, want misschien had de eerste lijn nog een rol kunnen spelen in het hoofdlijnenakkoord, maar het perfecte is soms de vijand van het goede. Misschien spreken we daar morgen nog over bij het huisartsendebat.

Ik heb nog een aantal specifieke punten over het hoofdlijnenakkoord. Het macrobeheersinstrument werd al genoemd. Net werd het aangeduid als «een draak». De Kamer heeft een motie aangenomen om te zoeken naar alternatieven. Dat gebeurt. De minister en de NZa hebben te kennen gegeven om verder te zoeken. Het is al gezegd, het macrobeheersinstrument is een wat lomp instrument. Het heeft een perverse productieprikkel. Als je weet dat je achteraf gekort kunt worden, is dat een prikkel om nu veel omzet te maken. Vandaar dat ik een motie heb ingediend over alternatieven. We willen dan ook graag dat de minister en de NZa verder verkennen of het alternatief dat is aangedragen door de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen, nu kan werken. Wat de VVD betreft, zetten we alle slimme koppen die we in Den Haag en op andere plekken hebben, bij elkaar om dat eens even goed door te akkeren.

Een ander alternatief kan zijn dat je verder differentieert. Je kunt bijvoorbeeld kijken via Vektis – dat is het informatiesysteem van de verzekeraars – waar een ziekenhuis extra omzet behaalt. Als een ziekenhuis groeit,

maar dat met name doet onder de eigen populatie, mensen die toch al naar het ziekenhuis gingen, dan is er misschien sprake van overbehandeling. Maar als een ziekenhuis, bijvoorbeeld in Rotterdam, in één keer patiënten krijgt uit Utrecht, Maastricht en Groningen, dan weet je dat dat ziekenhuis goed presteert en dat het marktaandeel haalt, niet omdat het overbehandelt, maar omdat het goed is. Je kunt een instrument bedenken waarmee je dat soort ziekenhuizen niet kort en ziekenhuizen die extra omzet halen uit hun «bestaande populatie» – zo noem ik het maar – wel kort. Dan leg je de prikkel weer op de goede plek.

Mijn fractie is blij met wat in het schriftelijk overleg staat en heeft gesuggereerd: geef de 25% ziekenhuizen met de laagste prijs per behandeling – natuurlijk wordt dit gekoppeld aan een minimumkwaliteit – geen korting. Dan draai je het prisoner's dilemma precies om. Dan is dat geen prikkel voor extra omzet, maar juist een prikkel voor minder omzet. Tot slot heb ik nog een vraag over het herstructureringsfonds, een soort vlootregeling waarmee je afdelingen van ziekenhuizen als het ware uit de vaart neemt op een vriendelijke manier door er geld in te steken. Ik weet dat daar veel over is gesproken. Hoe gaat het nu met dat fonds? Wat is precies de opzet? Hoeveel geld komt erin? En vooral, hoe wordt het besteed? Wie worden met dat fonds gecompenseerd?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Mulder zegt: zorg dat de ziekenhuizen met de laagste prijs per behandeling daarvoor worden beloond. Het lijkt mij vanzelfsprekend dat zorgverzekeraars daarop gaan contracteren, maar we willen nog iets anders. We willen vooral dat zorgverzekeraars ook gaan contracteren op kwaliteit. Hoe verhoudt zich dat tot wat de heer Mulder hierover opmerkt?

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Dijkstra legt gelijk de vinger op misschien wel de zwakke plek. Voor de zorg geldt dat je de kwaliteit kunt verhogen en dat tegelijkertijd de kosten omlaag kunnen. De zorg is een van de weinige sectoren waarover veel mensen zeggen dat het ook echt kan. Een lage prijs kan dus hand in hand gaan met een bepaalde kwaliteit. Maar als je spreekt over een lage prijs, moet je een minimale kwaliteitsindicator erbij hebben, want anders krijg je heel lage prijzen, maar heb je ook een waardeloos product. Daarin kan een zwakheid zitten. Vandaar dat ik heb gevraagd om wat knappe koppen erbij te betrekken, die daar eens goed over nadenken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik zou dan toch iets meer van de heer Mulder willen horen over hoe hij daar zelf over denkt. We hebben namelijk geconstateerd dat er nog veel te weinig bekend is over de uitkomsten. Wil je die perverse prikkel waar de heer Mulder het ook over heeft, tegengaan, dan zul je veel meer moeten bekijken wat een behandeling oplevert en daarop moeten belonen en daarop moeten contracteren. Hoe kan dat een versnelling krijgen?

De heer **Mulder** (VVD):

Uiteindelijk moeten we – ik heb het ook hier wel eens gezegd – van DOT's naar docs (diagnose-outcomecombinaties), waarbij je stuurt op gezondheidswinst. Maar we zitten in een transitiefase. Achmea heeft nog een aantal jaren nodig om indicatoren te ontwikkelen. We hebben die indicatoren op dit moment dus niet. We hebben dat macrobeheersinstrument in de tussentijd nodig. Dan moet het maar zo goed mogelijk, want je wilt kostenbeheersing. Tegelijkertijd wil je ziekenhuizen die hun best doen niet straffen. Dat vereist een hoop denkwerk. Als het zo makkelijk was, was het allang opgelost.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Aansluitend op de laatste opmerking van de heer Mulder: er wordt al jaren gesproken over pay for performance.



Maar ik wou de heer Mulder wat anders vragen. Hij is nogal tevreden over de transitieperiode. Ik neem aan dat hij ook het rapport van de NZa heeft gelezen. Daaruit blijkt dat de prijzen wel wat gedaald zijn in het B-segment, maar dat de omzet fors is gestegen, meer dan 7%, en dat de zorgvraag maar 3% tot 4% gestegen is. De NZa-monitor geeft aan dat de indicaties verruimd worden – met andere woorden, er wordt sneller geopereerd – en dat het aantal dbc's per patiënt toeneemt. Tot slot is er de opmerking van mevrouw Hasaart. Hoe beoordeelt de heer Mulder deze ontwikkelingen? Is dat allemaal klein kruim in het kader van hetgeen we willen bereiken of heeft hij daar ook zorgen over?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb daar zorgen over. De NZa zegt dat we meer toe moeten naar selectieve inkoop. De voorzitter van de NZa zegt: de omzet stijgt wel, maar minder dan aan het begin van de periode dat we de nieuwe Zorgverzekeringswet hebben. Maar de NZa heeft nog een oplossing: schaf de ex post verevening af; dan hebben zorgverzekeraars de goede prikkel. Daar is mijn fractie voor, in tegenstelling tot de Partij van de Arbeid, die dan juist een pas op de plaats wil. Als de heer Van der Veen de NZa volgt, vraag ik hem om ook de aanbevelingen om de ex post vereveningen af te schaffen te volgen, maar dat doet de Partij van de Arbeid niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder legt veel in de toekomst: als er op outcome gefinancierd kan worden, komt het goed; als de ex post verevening wordt afgeschaft, komt het goed. Ondertussen stijgen de kosten in de intramurale zorg gigantisch op het ogenblik als gevolg van een heel slecht gemanagede transitieperiode. Maar ik neem aan dat de heer Mulder dat niet gaat beamen.

De heer **Mulder** (VVD): Ik ben benieuwd wat dan de oplossing is van de Partij van de Arbeid. De heer Van der Veen is namelijk overal tegen. Hij is tegen de begroting.

De **voorzitter**: Nee, nu gaat u uitlokken.

De heer **Mulder** (VVD): Ik word uitgelokt. De heer Van der Veen is tegen het afschaffen van de ex post verevening. Maar dan zullen we straks horen wat de grote oplossing is van de Partij van de Arbeid.

De **voorzitter**: En u kunt de heer Van der Veen straks interrumpen.

De heer **Mulder** (VVD): Dit was een interruptie vooraf.

De **voorzitter**: Oké, ik heb haar niet genoteerd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Iedereen wil positieve prikkels. Iedereen wil dat je geen onterechte zorg verleent en dat je de zorg, waar dat kan, zo goedkoop mogelijk verleent. Is het probleem eigenlijk niet dat we het zo per sector bekijken: afspraken met huisartsen, afspraken met ziekenhuizen? Zou het niet veel logischer zijn om samen verantwoordelijk te zijn voor die beheerste groei, te komen tot afspraken over waar wat wordt opgepakt en de schotten tussen de verschillende soorten zorg dus weg te halen? Wat zou de heer Mulder daarvan vinden?

De heer **Mulder** (VVD): Dat is een uitstekende gedachte van collega Voortman. Die had ik willen bewaren tot morgen als we over de huisartsen spreken. Maar het is waar. We hebben een hoofdlijnenakkoord. Daar staat één keer het woord «substitueren» in en één keer het woord «substitutie». In de nota Gezondheid dichtbij staat het woord «substitutie»

maar één keer. Daarom wil mijn fractie ook dat we in één keer praten over het zorglandschap, om dat aan elkaar te binden. Ik had het net over het HagaZiekenhuis. Ik ben daar gisteren geweest. Daar heeft men de afspraak gemaakt met verzekeraar Menzis om de huisartsenpost voor de spoedeisende hulp neer te zetten. Dan krijg je daar substitutie en moet je wellicht kaders aan elkaar koppelen. Je hebt het kader voor de huisartsen en het kader voor de ziekenhuiszorg. Misschien kun je de komende jaren ook komen tot een soort substitutiekader. Dan kun je een meerjarenafspraken maken met de ziekenhuizen, met de eerste lijn en met de huisartsen om die substitutie daadwerkelijk van de grond te laten komen. Dan moet je ook wat bekostigingssystematiek erbij voegen. Maar dat is wel de kant die we op moeten, denkt mijn fractie samen met GroenLinks.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is heel mooi, maar dan neem ik aan dat de heer Mulder ook mijn mening deelt dat het niet hoort om huisartsen erop aan te spreken dat ze te veel zorg verlenen, aangezien dat tot substitutie leidt in de tweedelijnszorg.

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb eerder gezegd dat de kortingen die je achteraf oplegt voor ziekenhuizen en huisartsen, eigenlijk wat lomp zijn. Maar hiervoor geldt – mijn bijdrage voor morgen is bijna alweer klaar – dat we overall korten. Er gaat deze kabinetsperiode 15 mld. extra naar de zorg. Als we niets zouden doen, zou er nog ruim 2 mld. bijkomen. Er wordt dus gekort op het persoonsgebonden budget, op de diëtisten, op de verloskundigen en, niet te vergeten, op de ggz. Het pakket wordt iets kleiner, want er gaat een aantal zaken uit. Patiënten in de ggz moeten een eigen bijdrage betalen. Het eigen risico stijgt en we gaan ondanks dat meer premie betalen. Dan mag je ook van de huisartsen een bijdrage vragen om dat probleem op te lossen. De pijn wordt redelijk verdeeld in de ogen van de VVD-fractie.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De kranten stonden er in juni vol van. Minister Schippers sloot een akkoord met ziekenhuizen en zorgverzekeraars over een beperkte groei van de zorguitgaven. Eindelijk zetten ze samen de schouders eronder. Het monster van de steeds hogere zorgkosten wordt te lijf gegaan. Nou ben ik altijd nogal sceptisch ten opzichte van convenanten, maar dit akkoord vond ik een knappe prestatie. Maar helaas, de inkt van het akkoord was nog niet droog of de eerste barsten werden al zichtbaar. Vanaf het begin lagen ziekenhuizen en verzekeraars met elkaar in de clinch over de gemaakte afspraken. Ik hoop niet dat dit een voorbode is van wat nog komen gaat, want we staan pas aan het begin van een heel onzekere financiële periode. De heer Mulder heeft er al een paar dingen over gezegd. Ik ga eerst in op de belangrijkste onderdelen van het akkoord. Daarna ga ik in op enkele specifieke aspecten van de ziekenhuiszorg.

Gisteren hoorden we dat het TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg weigert dit jaar nog verzekeren van Achmea te behandelen. De reden hiervoor is dat de productieruimte op is. Achmea zou niet meer betalen. De patiënten mogen in januari 2012 terugkomen. Ziedaar de eerste wachtlijst. De patiënten zijn dus de dupe. Bedoelt de minister dat nou met «een trendbreuk in de uitgavengroei binnen handbereik»?

Zorgverzekeraars Nederland zette de onderhandelingen met de ziekenhuizen in augustus op scherp. In 2012 zou er geen ruimte zijn voor een groei van de zorguitgaven. De ziekenhuizen zaten meteen in de hoogste boom. Nu zeggen de minister en de zorgverzekeraars dat er wel rekening is gehouden met 2,5% groei. De meeste contracten zijn inmiddels gesloten. Kan de minister mij vertellen hoeveel extra patiënten er in 2012 behandeld mogen worden? Zijn de zorgverzekeraars selectief bij hun inkoop? Is er daadwerkelijk sprake van een verschil in de hoeveelheid behandelingen van de verschillende ziekenhuizen?

De minister stelt ieder jaar vast welke medisch-specialistische zorg geleverd mag worden. In dit zogenoemde macrokader worden de afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars bepaald. Blijkt na een jaar dat het niet gelukt is om de afspraken na te komen, dan moeten beide partijen met elkaar om de tafel. Maar met welk doel? Overeenstemming bereiken, zoals de minister zegt? Waarover dan? Te veel behandelen is toch gewoon te veel behandelen? Dan heeft zij maar één uitweg en dat is haar zwaard van Damocles: het macrobeheersinstrument. Het is hier al «een draak» genoemd. Ik zou het «de strafkorting» willen noemen. D66 vindt het onverstandig van de minister om vast te houden aan dezelfde korting voor elk ziekenhuis als er slechts een paar van hen over de schreef gaan. Daarmee gaat zij voorbij aan de prikkel voor ziekenhuizen om de beste patiëntenzorg tegen zo laag mogelijke kosten te leveren. Volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is het zelfs zo erg dat ziekenhuizen op voorhand al berekenen hoeveel winst ze moeten maken om die korting op te vangen. Dat is de wereld op zijn kop. Dan leidt dit hoofdlijnenakkoord tot niets. Graag wil ik hierop een reactie van de minister. Ik verzoek de minister om in te gaan op het verzoek van ZN en de NVZ en om voor 2013 een alternatief te ontwikkelen. Dat hebben anderen ook al gevraagd. Ik vraag haar zaken niet meer generiek, maar gericht aan te pakken.

D66 wil de perverse prikkels uit het systeem. Daarom willen we af van het principe: declareren is automatisch geld ontvangen. Laten we de honoraria van medisch specialisten koppelen aan behandelresultaten en niet aan verrichtingen. Er zijn twee opties om dat te realiseren. Ten eerste, laat de zorgverzekeraars onderhandelen met ziekenhuizen over het totaal aan behandelingen en bijpassende honoraria. Dan gaat het geld in één pot over naar het ziekenhuis, dat dan vervolgens scherp onderhandelt met de eigen medisch specialisten over hun salaris. Ten tweede, betaal de medisch specialist overal in loondienst. Graag wil ik een reactie van de minister op deze opties.

Als een behandeling stopt vanwege de slechte kwaliteit, kan het honorarium omlaag. Geld dat overblijft, moet dan mee naar het nieuwe ziekenhuis. In tegenstelling tot de minister denk ik niet dat de specialisten dit vrijwillig met elkaar gaan regelen. Met in mijn achterhoofd haar streven naar de selectieve inkoop, verzoek ik haar om de NZa-beleidsregel 2013 hierop aan te passen en de overdracht van het honorarium te verplichten.

De minister zegt dat het overgrote deel van de ziekenhuisapotheken in staat is de TNF-alfaremmers aan patiënten te leveren, maar er zijn nog steeds plekken waar het niet goed gaat. Heeft de minister die goed in kaart? Waar gaat het niet goed? Ik hoor dat er toch patiënten zijn die het risico lopen dat ze geen TNF-alfaremmers meer krijgen en dat ze in grote problemen komen. Het kan soms gaan om patiënten die daarvan afhankelijk zijn voor hun participatie. Kan de minister ons vertellen hoe het daarmee staat? Mogelijk zegt ze dat je nooit 100% garantie kunt geven, maar hoeveel mensen vallen er buiten de boot? Hoe groot is het probleem?

Ik heb verzocht om de financiering van dure medicijnen zoals de TNF-alfaremmers te baseren op een koppeling tussen behandelresultaten en voorzigtiger voorschrijven. Hoe staat het met het onderzoek van de NZa daarnaar?

Ten slotte kom ik op de problemen op de ic van het VU medisch centrum. De minister schrijft in haar brief dat er geen directe maatregelen nodig zijn. Waar baseert ze dat op? Wat voor plan heeft zij voor ogen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Wie had kunnen denken dat, voordat het hoofdlijnenakkoord per 1 januari 2012 van kracht zou worden, wij al de eerste wachtlijsten zouden hebben? Mijn buurvrouw heeft daar ook op gewezen. Laat ik vooropstellen dat de Partij van de Arbeid, net

zoals alle partijen hier, toe wil naar een zinnige en zuinige gezondheidszorg, want we hebben ons zorgen te maken over de collectieve lasten. Maar als er vervolgens een hoofdlijnenakkoord afgesproken wordt, dan gaan de eerste wachtlijsten ontstaan. Mevrouw Dijkstra heeft ook al gezegd: de inkt is nog niet droog of partijen bevinden zich al in discussie over verschillende zaken. Dat geeft niet veel vertrouwen. Ook anderen hebben gemerkt dat in de huidige systematiek, met name van het macrobeheersinstrument, heel veel perverse prikkels zitten. Je kunt verwachten dat volgend jaar de omzet van de ziekenhuizen nog veel verder zal stijgen, want welke directeur gaat nu niet zo veel mogelijk produceren om ervoor te zorgen dat de korting straks zo klein mogelijk is? Daar kom ik straks nog even kort op terug. Wij horen graag van de minister of het lukt om per 2013 een wat gemitigeerd macrobeheersinstrument in te voeren, zoals de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen voorstellen.

Ik heb een korte opmerking over de selectieve inkoop. 90% van de contracten over 2010 zijn vorige maand gesloten. Men is er nu heel optimistisch over dat in april in ieder geval de contracten voor 2012 gesloten zullen worden. Wat is de betekenis daarvan voor de selectieve zorginkoop? Als je namelijk nog niet ingekocht hebt, kun je moeilijk aan de verzekerde vertellen wat hij krijgt.

DOT is het middel dat alles op zou lossen. Wij worden er wat onrustig van dat het aantal DOT's ondertussen van 3 000 naar 4 400 is gegaan. We worden er nog onrustiger van dat de minister het een «dynamisch systeem» noemt. Weten we zeker dat er per 2012 wel goed gedeclareerd wordt? Weten we dan zeker dat die DOT's zullen werken? Wij zijn daar wat ongerust over.

Ik kom op de marktscan van de NZa. Als je je met elkaar zorgen maakt over de collectieve lasten, dan word je verdrietig als je die marktscan leest. Eerder is gezegd dat de omzet snel stijgt. De prijzen dalen iets, maar de omzet stijgt veel sneller dan de zorgvraag. Waar ligt dat aan? In het NZa-rapport staat dat er verdiend wordt aan bepaalde verrichtingen en dat het aantal dbc's per patiënt toeneemt. Dat gaf mevrouw Hasaart ook al aan. Haar onderzoek is eerder genoemd. De indicatie voor de ingrepen wordt verruimd. Mevrouw Hasaart heeft met haar onderzoek ook aangegeven dat de zogenaamde gemakkelijke operaties waaraan verdiend wordt, veel meer uitgevoerd zullen worden. Daar maken we ons heel veel zorgen over. Ook bij de begrotingsbehandeling hebben we dat laten merken. We willen graag klip-en-klaar horen of het mogelijk is om de dingen die ik net noemde, in 2012 daadwerkelijk onder controle te krijgen en dat het niet alleen wensgedachten zijn.

Ik zeg kort iets over de kleine ziekenhuizen. Ze zijn al een aantal keren genoemd. In een aantal regio's in het land speelt deze kwestie. In Friesland is er De Sionsberg. Verder speelt het in Oost-Groningen, Zeeland en ik sla er vast nog wel een paar over. Ik heb behoefte aan een overzicht van de ziekenhuisontwikkeling in de verschillende regio's. Wellicht kan dat bij de informatie over het zorglandschap. Er zit ongeveer een gelijke lijn in: voor een groot ziekenhuis een klein ziekenhuis. Het gaat over de verdeling van functies. Ik wil daar graag inzicht in hebben. Ik denk dat we daarvan kunnen leren.

Ik heb begrepen dat we bij De Sionsberg naar een spoedeisende hulp toe willen op een niveau tussen de echte SEH's en een huisartsenpost. Dat lijkt zo op het oog een prima ontwikkeling, maar de inspectie schijnt daartegen te zijn. Hoe zit dat dan? In Vlissingen bestaat er namelijk wel zo'n mogelijkheid. Wellicht kan de minister nu of bij het overzicht van deze ontwikkelingen, dat ik heel graag zou krijgen, melden hoe dat zit.

Ik kom op de TNF-alfaremmers. Hoe vindt de vergoeding van de TNF-alfaremmers plaats als je bij een zbc onder behandeling bent? Daar zijn meer vragen over gesteld. Hoe zit het met de kortingen die toegepast worden? Mevrouw Gerbrands noemde de patiënten die in het buitenland

verblijven, bijvoorbeeld in België of in Duitsland, en die daar onder behandeling zijn. Hoe krijgen die hun TNF-alfaremmers vergoed? Anderen hebben ook al gewezen op het VU medisch centrum. De minister heeft daar mede op mijn verzoek een brief over geschreven. Ik word er niet helemaal rustig van. Ik heb er behoefte aan dat we meer de vinger aan de pols houden. Mevrouw Dijkstra en anderen hebben daar ook al op gewezen. Wellicht kan de minister aangeven hoe wij toch wat meer gerustgesteld kunnen worden over de gang van zaken daar.

De heer **Mulder** (VVD): Ik had al een interruptie vooraf gedaan, maar ik ben toch wat teleurgesteld over de bijdrage van de grootste oppositiepartij. We voeren hier een discussie over de zorguitgaven. Er ligt een aantal voorstellen om die zorguitgaven te beheersen: het hoofdlijnenakkoord. De NZa vraagt om de ex post verevening af te schaffen. Ik hoor de heer Van der Veen alleen maar zeggen dat hij zorgen heeft: zorgen over het hoofdlijnenakkoord, zorgen over de DOT, zorgen over wachtlijsten, zorgen over de marktscan. Maar wat is de oplossing van de grootste oppositiepartij?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op de ex post verevening komen wij nog terug bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet. Dat is al eerder aan de heer Mulder doorgegeven, maar wellicht kan hij het nog nalezen. Wij hebben daarbij samen met de heer Zijlstra, zijn voormalige collega, opgetrokken. Die behandeling is, geloof ik, in januari. Waar zitten voor ons de zorgen? Er wordt hier een beleid in gang gezet dat gericht is op het in de hand houden van de kosten. Dat willen wij gezamenlijk. Dat beleid beoordelen we zakelijk. Wij constateren dat het beleid zoals dat tot nu toe gevoerd wordt, alleen maar leidt tot extra kosten. Ik heb daarbij de NZa-marktscan gebruikt. Ik begrijp niet dat de minister en in dit geval ook de VVD als het ware de resultaten van de NZa-marktscan ontkennen en allemaal oplossingen zoeken in de toekomst: als we dit, dan dat. Ik heb wel eens intern gezegd dat er op het ogenblik geen partij is die zo gelooft in de maakbaarheid van de samenleving als de VVD.

De **voorzitter**: Wilt u korter antwoorden?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Maar de «grootste» oppositiepartij wordt een vraag gesteld. Dan voel je je ook aangesproken. Hoe zat het twee jaar geleden nou ook alweer bij de VVD? Dat verbaast en verrast mij elke keer. Dat zeg ik uit de grond van mijn hart. Als je de huidige ontwikkelingen zakelijk beoordeelt, kun je namelijk niet anders dan constateren dat de kosten alleen maar ontzettend snel stijgen. Ik vind het te goedkoop om te zeggen dat het te maken heeft met de transitie en dat het dan maar een miljard meer kost.

De heer **Mulder** (VVD): Ik ben benieuwd naar het betoog zo dadelijk van de virtueel grootste oppositiepartij, de SP. Ik zal bekijken of die wel oplossingen heeft.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja, maar dit is een uitdagende opmerking. Ik heb van de heer Mulder op nog geen enkele manier gehoord hoe al datgene wat er in de marktscan wordt genoemd, concreet teruggedraaid gaat worden en hoe dat concreet voorkomen kan worden, buiten zijn algemene betoog over de uitkomstmetingen. Dat wil ik wel eens van hem horen. Maakt hij zich geen zorgen over indicaties die verruimd worden?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb een aantal dingen genoemd: het hoofdlijnenakkoord is goed om de zorguitgaven te beheersen, zorgverzekeraars gaan selectief inkopen, de verzekeraars worden in hun rol gezet door de

ex post verevening af te schaffen zodat ze echt risico lopen, er wordt wat gedaan aan de praktijkvariatie, er is sprake van prestatiebekostiging en een verhoging van het eigen risico om de zorgvraag wat af te remmen en waarschijnlijk komen er ook hogere eigen bijdrages. Dat zijn de knoppen waar we aan kunnen draaien. Ik heb dat meerdere malen, in bijna elk debat, gezegd. Dat is heel concreet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Verschillende partijen hebben er al op gewezen dat het hoofdlijnenakkoord in juli 2011 werd afgesloten. Op dat moment werd dat akkoord over de beheersing van de zorgkosten door het hele veld gedragen. Dat akkoord komt in allerlei andere debatten terug, ook als voorbeeld van wat de minister op andere plekken wil. Maar inmiddels is de glans er wel een beetje af, omdat de NVZ uit het akkoord wil, want zij is het oneens met het gekozen macrobeheersinstrument. Volgens haar heeft de minister niet of nauwelijks gecommuniceerd over een alternatief. Daarnaast komen de ziekenhuizen in de problemen, omdat zorgverzekeraars mogelijk niet bereid zijn tot bevoorschotting.

In het macrobeheersinstrument wordt uitgegaan van de verkeerde prikkels, omdat ook ziekenhuizen die niet overschrijden, worden gekort. Dat geeft geen prikkel tot kostenbeheersing en kan zelfs averechts werken. De heer Mulder heeft daar eerder een motie over ingediend om te komen tot een verfijnder alternatief. Goed beschouwd heeft de minister daar nog niet zo veel mee gedaan maar verzekeraars en ziekenhuizen wel, want die hebben het voorstel gedaan om per 1 januari 2013 met een alternatief beheersinstrument te komen. Ik wil graag een reactie van de minister horen op dat alternatieve voorstel. Ziet ze dat zitten? Zegt ze: dat gaan we nu doen? Of blijft ze toch vasthouden aan de huidige voorstellen?

De spanningen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen hangen samen met de ontwikkelingen rondom het hoofdlijnenakkoord. Zorgverzekeraars willen niet bevoorschotten en daardoor ontstaan liquiditeitsproblemen bij ziekenhuizen en behandelcentra. We hebben al het voorbeeld gezien van Achmea en het TweeSteden Ziekenhuis. Er wordt selectief ingekocht, maar dat leidt tot weerstand bij patiënten en ziekenhuizen. Het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg behandelt geen patiënten meer van Achmea, omdat het aan het aantal afgesproken behandelingen zit en Achmea niet meer wil bekostigen dan wat er is afgesproken. Dat leidt tot een onwerkbare situatie. Hoe wil de minister de zorg voor de mensen nou gaan waarborgen? In een discussie tussen ziekenhuizen en verzekeraars mag de patiënt immers niet tussen wal en schip vallen.

Eind november hebben ziekenhuizen voor 90% contracten gesloten over 2010. Volgens de minister is dat vergelijkbaar met vorige jaren, maar zijn de afspraken later in het jaar tot stand gekomen. Daarom heeft zij in het hoofdlijnenakkoord afgesproken dat er tot versnelling van de contractering moet worden overgegaan, maar blijkbaar is dat hierbij nog niet gecontracteerd. Ik zei net ook al tegen de heer Mulder dat ik mij zo langzamerhand begin af te vragen of we niet af moeten van al die aparte afspraken. We willen dat er bekeken wordt hoe je de zorg zo goed mogelijk organiseert tegen een zo redelijk mogelijk tarief, en dat er dus niet ten onrechte zorg wordt verleend, dat er geen overbodige zorg wordt verleend en dat zorg wordt verleend waar het ook het goedkoopste is. Dan moet je geen afspraken per sector gaan maken over hoe groot de groei mag zijn, want dat werkt juist averechts. Wat zou de minister ervan vinden om de schotten tussen de eerste en de tweede lijn weg te halen en afspraken te maken met zorgaanbieders in zijn algemeenheid over wie wat doet? Ik denk dat dat een enorme operatie wordt. Dat realiseer je je vast niet zomaar even, maar we moeten echt toe naar een verandering in het denken over de beheersbaarheid van de kosten. Nu wordt er steeds binnen de schotten gekeken. De ene keer voeren we een debat over de

situatie bij de ziekenhuizen en de andere keer over de situatie bij de huisartsen. We komen op deze manier niet verder.

De TNF-alfaremmers gaan per 1 januari 2012 over naar de ziekenhuisbekostiging. Wij hebben het voorstel toentertijd gesteund, maar wel omdat de patiënt daar geen van last van zou hebben. Ik heb het ook nog opgezocht: het heeft altijd vooropgestaan dat de patiënt geen hinder dient te hebben van de maatregel. De minister zegt dat het in grote lijnen goed gaat, maar tegelijkertijd zegt zij dat de ziekenhuizen er te laat mee aan de slag gegaan en dat het daardoor kan voorkomen dat mensen hinder zullen ondervinden van deze maatregel. Heeft de minister hier oog voor? Wat kan zij hier nog aan doen?

Verschillende mensen hebben het ook gehad over patiënten die in een grensgebied wonen en onder behandeling staan in het buitenland. Buitenlandse ziekenhuizen vallen niet onder de regeling. Een behandeling verplaatsen naar een Nederlands ziekenhuis kan niet altijd. Ik heb een e-mail ontvangen van een mevrouw die zegt dat zij nog tot eind december medicijnen heeft, maar die zich afvraagt wat er daarna gebeurt. Ik kan mij voorstellen dat dan de wanhoop toeslaat. Onzes inziens legt de minister zich er te snel bij neer door te zeggen dat het een verantwoordelijkheid is van aanbieders en verzekeraars. Zij, en overigens ook haar voorganger, heeft tegen ons gezegd dat de patiënt geen hinder dient te ondervinden van de overheveling van de TNF-alfaremmers. Daarom spreek ik haar daar ook op aan. De patiënt mag hier niet de dupe van zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Een voorbeeld uit de praktijk doet altijd wonderen in een discussie over stelsels. «In het lopende boekjaar hebben wij 840 van de 1 460 patiënten met een wondbehandeling behandeld voor het laagste tarief, dat gekoppeld is aan een eenmalig bezoek aan ons ziekenhuis. In dat geval gaat het om het zogenaamde dbc 11 280 204, hetgeen de code is voor een eenmalige poliklinische wondbehandeling. Helaas voor u vind ik echter dat uw wond zodanig gecompliceerd is dat ik u graag over een paar dagen nog een keer wil zien. Dat is financieel zeer gunstig, want dan verandert de dbc-code in 11 280 201, hetgeen staat voor een poliklinische wondbehandeling. Alleen het prijskaartje is anders, want daar waar 11 280 204 uitgaat van een totaalprijs van € 133,52 voor de wondbehandeling, gaat de andere diagnose-behandelcombinatie 11 280 201 uit van € 332,12. Dat is meer dan twee keer zoveel. Op uw vraag waarom u dan moet terugkomen, geef ik gewoon het antwoord dat het gaat om een rafelige wond, dat er tevens lichte beschadigingen zijn aan het kapsel van de pees en dat er kans bestaat op slechte wondgenezing. Hiermee is het voor mij een gegronde reden om een poliklinische nacontrole te boeken op de dbc.»

Dit is de werkelijkheid die plaatsvindt in een ziekenhuis. Een specialist ziet dat zijn beroepseer wordt aangetast, omdat hij als risicodragende eenheid een bepaalde omzet moet draaien voor het ziekenhuis. Dan is het dus heel makkelijk om iemand terug te laten komen, terwijl het misschien niet nodig is. Dat is niet te controleren door de patiënt. Wie betaalt er? Wij betalen. Dit is ook zo erg omdat het het wantrouwen voedt tussen de patiënt en de specialist: waarom moet ik terugkomen; klopt het eigenlijk wel? Is dit het stelsel dat de minister wil?

We voeren vandaag een debat over meer marktwerking en vrije prijsvorming. Er is meer. We krijgen straks ook de winstuitkering voor de ziekenhuizen. Tegelijkertijd moeten zorgverzekeraars specifiek gaan inkopen. Ik heb de minister vaker gezegd dat zij verblind is door haar eigen marktwerkingsideologie en dat deze bijna een religie is geworden, maar ik wil haar toch een voorstel doen. Het zou namelijk zomaar niet kunnen lukken. Heeft de minister dan een plan B liggen? Is zij bereid om een plan B te maken voor als die DOT's, waar wij niet in geloven, niet werken? Er zijn bijvoorbeeld bij de TU Delft maar ook bij het Erasmus MC onafhankelijk denkende, knappe koppen die interessante stukken schrijven

over de ziekenhuisfinanciering en de efficiëntie. Ik heb hier «Ziekenhuis-middelen in verband – Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen» liggen van de TU Delft. Daar staan heel belangwekkende dingen in over schaalgrootte, bureaucratie, maar ook over indicatoren waarmee je kunt zien wat er wel of niet nodig is. Is de minister bereid om een plan B te maken?

Ik kom op de kleine ziekenhuizen. In Dokkum lopen veel mensen, 70 000 mensen, het risico om per half januari niet meer op tijd op de spoedeisende hulp te kunnen komen. Het kaartje waaraan ik refereerde toen ik een vraag stelde aan mevrouw Smilde, is een officieel kaartje dat laat zien dat de Waddeneilanden een groot risico dragen – dat weten we allemaal – maar ook dat de regio Noordoost-Friesland veel risico gaat dragen. Wat gaat de minister doen? De huisartsen zijn boos en zijn erop tegen. De hele gemeente stelt zich teweer tegen het mogelijk sluiten van De Sionsberg. Gaat de minister voorkomen dat De Sionsberg gesloten wordt?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): We komen nog te spreken over De Sionsberg. Als ik het goed begrijp, gebeurt alles wat er nu gebeurt in Dokkum naar aanleiding van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, omdat de kwaliteit van zorg er niet meer te garanderen was. Kiest de SP voor het openhouden van een kwalitatief slecht ziekenhuis, of kiest zij voor kwalitatief goede ziekenhuiszorg en de inzet van een extra ambulancepost?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij kiezen voor wat de mensen in de omgeving belangrijk vinden. De huisartsenpost die tegenover het ziekenhuis zit, zegt: wij kunnen samen de spoedzorg doen; wij willen de kwaliteit ook omhoog brengen. Maar als de spoedeisendehulp post daar verdwijnt, verdwijnt de beschikbaarheidstoeslag voor het ziekenhuis en is het ziekenhuis weg. Daar is iedereen in Dokkum heel bang voor. Dan wordt het 45 minuten criterium gehaald, dat volgens ons destijds een beetje uit de lucht gegrepen is. Maar als we dat dan hanteren, vervalt het wel voor de regio. Je kunt dus zeggen dat de inspectie grond is om te sluiten, maar je kunt ook zeggen dat de inspectie grond is om te verbeteren. Wij kiezen voor het laatste.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De inspectie heeft niet aanbevolen om te sluiten, maar om een aantal afdelingen te sluiten waar het zo slecht gesteld was met de zorg en waar het aanbod van patiënten dusdanig laag was dat de kwaliteit van zorg ook niet gegarandeerd kon worden. Hoe wil de SP regelen dat de zorg daar kwalitatief wel goed is? De inspectie heeft daar blijkbaar een heel andere mening over.

Mevrouw **Leijten** (SP): De inspectie kan ook nog wel eens samen met De Friesland een andere agenda hebben. De Friesland en ook CZ hebben namelijk al eerder gezegd dat zij bepaalde patiënten daar geen zorg meer laten krijgen, bijvoorbeeld bij een borstkankerbehandeling, terwijl de patiëntenvereniging heeft gezegd dat de zorg wel goed is. Als de omgeving in Dokkum zegt dat het ziekenhuis met de acute zorgpost overeind kan worden gehouden, en als de huisartsen, de wethouder, iedereen erom vraagt, waarom zouden wij daar dan niet naar luisteren? Voorzitter. Ik kom op het macrobeheersinstrument, een collectieve straf voor alle ziekenhuizen mocht een van de concurrenten de groei overschrijden. Het is onvermijdelijk dat overschrijding zal plaatsvinden, want je wordt dubbel gestraft als je je groei matigt, als je op die 2,5% blijft zitten. Gaat jouw buurman er fors overheen, dan krijg je namelijk een korting. Hoe denkt de minister dat dit volgend jaar gaat werken? De alfaremmers. Wij hebben de minister een aantal casussen doen toekomen van mensen die zich ernstig zorgen maken om de toekomst. De minister heeft ons laten weten dat er geen patiënten tussen wal en schip



hoeven te vallen, aangezien het de verzekerde aanspraak betreft en de verzekeraar dan de zorgplicht heeft. Maar hebben alle zorgverzekeraars daar dan ook maatregelen voor getroffen? Wij krijgen signalen dat bijvoorbeeld VGZ, ONVZ en Achmea geen contract hebben gesloten met het academisch ziekenhuis Maastricht, waarbij het gaat over een heel specifieke patiëntengroep die TNF-alfaremmers krijgt. Dan hebben we het nog niet eens gehad over de mensen die in het verleden via de thuiszorg die medicatie kregen. Hoe gaat de minister de motie-Van Gerven (29 477, nr. 154) uitvoeren, waarin staat dat de extramurale thuiszorg rond het toedienen van TNF-alfaremmers gegarandeerd moet blijven?

Ik kom op een puntje dat misschien lastig is voor onze mannelijke collega's: de Da Vinci Robots voor prostaatoperaties. Ze kosten 1,5 tot 2 mln. per stuk. Zestien ziekenhuizen hebben er één, maar er is uitgerekend dat we er maar vier nodig hebben. De minister antwoordt op vragen van onze fractie of dat niet een beetje verspilling is: «Aan de hand van dit voorstel constateer ik dat de cruciale mechanismen in ons zorgstelsel lijken te werken. Om te beginnen is er genoeg ruimte voor introductie en toepassing van innovatieve technieken.» Vervolgens zegt Achmea dat het verspilling is en dat het niet meer inkoopt. De patiënt staat erbij en kijkt ernaar. Is de minister bereid om haar verantwoordelijkheid te nemen, om af te spreken dat dit soort dure apparatuur, waarvan niet zo veel patiënten in Nederland gebruikmaken, gedeeld zal worden, en om niet zoals in de brief te stellen: dat is aan de zorgverzekeraar; ik vind dat het zorgstelsel werkt? Die antwoorden kennen we namelijk. Ik heb nog één ding.

**De voorzitter:** Nu moet u echt uw laatste zin uitspreken, want u bent over de tijd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Welke kwaliteitsvoorwaarden hanteert Menzis voor het niet inkopen van orthopedie bij een derde van de orthopedische afdelingen in ziekenhuizen? Vindt de minister dat deze kwalitatieve zorginkoop daadwerkelijk goed is voor de ziekenhuiszorg in ons land?

**De voorzitter:** Ik wil het volgende met de geachte afgevaardigden afspreken. De minister gaat in blokjes antwoorden. Als het nodig mocht zijn, interrumperen we na ieder blokje. We hebben ook een tweede termijn. De minister spreekt een aantal minuten in het algemeen. Daarna komen de volgende blokjes: macrobeheerssysteem, bevoorschotting, hoofdlijnenakkoord, TNF-alfaremmers, VUmc en overig. Als wij het blokje af hebben en als het nodig mocht zijn, stel ik u in de gelegenheid om te interrumperen.

**Minister Schippers:** Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng. Vandaag staan wij aan de vooravond van de invoering van de prestatiebekostiging en DOT en van een verdubbeling van het B-segment, vrije prijzen. 2012 is het eerste jaar waarin het hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen van kracht is. Dat zeg ik met nadruk. Er gebeuren nu allerlei dingen, maar het hoofdlijnenakkoord gaat op 01-01-2012 in en is nu nog niet van kracht. In november heb ik antwoord gegeven op de vraag die de commissie heeft gesteld bij het hoofdlijnenakkoord. Er zitten vele facetten in het akkoord, maar er zijn grofweg twee pijlers. Ten eerste zijn er afspraken gemaakt over de beschikbare groei tot aan 2015. Ten tweede zijn er afspraken gemaakt over kwaliteit en doelmatigheid. In het akkoord gaan volumeafspraken en afspraken over beschikbare groei hand in hand met het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid. Dat is een belangrijk onderdeel van het akkoord. Het is belangrijk om toenemende wachtlijsten te minimaliseren en te voorkomen. In dit akkoord zijn in samenhang afspraken gemaakt over gepast gebruik, het ontwikkelen en werken aan de hand van normen en de verhouding

tussen eerste lijn en tweede lijn. Mijn plannen om de zorg dichtbij te stimuleren liggen eraan ten grondslag. In het hoofdlijnenakkoord is expliciet opgenomen dat geld voor zorg die je kunt substitueren naar de eerste lijn, ook meegaat met de zorg. Dat is onderdeel van het hoofdlijnenakkoord. Ziekenhuizen weten dat ook. Zij hebben dat ondertekend. In geval van overschrijdingen ligt bovendien vast dat de rekening niet eenzijdig bij de patiënt wordt gelegd, maar dat partijen hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor hebben. Een van de leden vroeg: wat gebeurt er dan? Dan ga je rond de tafel zitten en dan ga je goed bekijken wat de oorzaak is. Die bepaal je en afhankelijk daarvan trek je je conclusies.

Per 1 januari is de prestatiebekostiging een feit. Partijen hebben de afgelopen periode heel hard gewerkt om goed voorbereid te zijn op de komende veranderingen. Ik krijg weleens de vraag of de invoering van de prestatiebekostiging en het hoofdlijnenakkoord niet op gespannen voet met elkaar staan. Ik snap die vraag, want in feite gaat het over spanning tussen beheersen en loslaten. Ik ben van nature iets meer van het loslaten, omdat ik van mening ben dat het veld veel beter dan de overheid in staat is om te sturen op goede zorg die voldoet aan de eisen van de patiënt van de toekomst. Maar als je wilt loslaten, is het wel nodig dat er een machtsevenwicht is tussen partijen die dat moeten doen. Juist als er naast goede prikkels ook verkeerde prikkels op de loer liggen, is het noodzakelijk om de tegenkracht goed te organiseren. Dat betekent: een risicodragende verzekeraar tegenover een zorginstelling die ook haar eigen broek op moet houden. Dat evenwicht is er nog niet. Daarom heb ik voorzien in een korte overgangperiode waarmee alle partijen in staat worden gesteld te wennen aan de nieuwe verhoudingen. Het akkoord zal bijdragen aan de benodigde rust en zekerheid in die overgangperiode. Dat betekent niet dat er niets verandert, want aanbieders en verzekeraars hebben wel degelijk een stevige opdracht. Met het door mij voorgestelde transitie-model wordt namelijk de ruimte behouden om goede kwaliteit en prestaties te belonen. Verzekeraars worden op hun beurt meer uitgedaagd om hun rol echt op te pakken en om te sturen op kwaliteit. Dit zal moeten leiden tot doelmatigere en betere kwaliteit van zorg.

In feite redeneer ik consequent door op de uitgangspunten van het stelsel zoals dat in 2006 is geïntroduceerd. Om dat stelsel van vraagsturing te bereiken, moeten we eerst de stap naar prestatiebekostiging zetten en moeten de verzekeraars volledig risicodragend worden gemaakt. De invoering van de prestatiebekostiging en DOT in combinatie met de afspraken in het hoofdlijnenakkoord leggen daarvoor de basis. Vraagsturing betekent dat we uiteindelijk zullen betalen voor de resultaten en niet alleen voor de geleverde prestaties. Dat betekent dus dat we uiteindelijk moeten doorontwikkelen naar een outcome- of uitkomstfinanciering. Dat heb ik al eerder met de Kamer besproken. Ik zie de prestatiebekostiging op basis van DOT als een noodzakelijke stap in de goede richting.

Voor outcomefinanciering is het ook nodig dat we inzicht hebben in de definitie van goede zorg. Dat vergt van partijen in het veld de komende jaren een grote inspanning, want er zijn voor grote delen van de zorg, ook van de ziekenhuiszorg, nog geen goede standaarden beschikbaar. Dat is primair een taak voor medische professionals, maar deze week krijgt de Kamer ook het bericht dat het wetsvoorstel voor een kwaliteitsinstituut naar de Raad van State wordt gestuurd, want dit kwaliteitsinstituut krijgt een faciliterende en aanjagende rol om deze standaarden tot stand te laten komen. Als we beter gedefinieerd hebben wat goede zorg is, kan dat bijvoorbeeld betekenen dat op termijn prestatiebeschrijving in de vorm van dbc-zorgproducten of DOT-zorgproducten voor delen van de ziekenhuiszorg verdwijnen, omdat verzekeraars dan op basis van objectieve kwaliteitsinformatie kunnen contracteren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister geeft net aan dat je, als er sprake is van een overschrijding, met elkaar om de tafel gaat zitten en je je conclusies trekt. Kunnen die conclusies ook inhouden dat je een grotere overschrijding dan 2,5% accepteert?

Minister **Schippers**: Iedereen heeft de verplichting om het maximale te doen om binnen de afspraken te blijven, zoals wij die hebben gemaakt. Maar omdat je dat niet kunt garanderen – garanties krijg je namelijk op stofzuigers en die kun je bij dit soort ingewikkelde dingen niet geven – zou je je moeten afvragen: als dat dan wel gebeurt, hoe komt dat dan, en waar liggen dan de oorzaken? Dan moet je dus een analyse hebben in plaats van, zoals tot nu toe het geval is, automatisch geld terughalen bij de sector als er overschreden is. Dat gebeurt al jaren bij de ziekenhuizen. We hebben afgesproken dat we eerst gaan bekijken hoe het komt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat was niet de vraag. Het lijkt mij prima dat je hier conclusies uit trekt. Mijn vraag was: kunnen die conclusies inhouden dat er meer overschrijding dan 2,5% wordt geaccepteerd? De indruk is namelijk gewekt dat in alle gevallen bij een overschrijding van 2,5% een en ander teruggehaald wordt. Maar nu zegt de minister dat we dan rond de tafel gaan zitten. Dat vind ik ook verstandig. Dat hebben we eerder bepleit. Maar kan het dan inhouden dat je een grotere stijging dan 2,5% accepteert? Op basis van welke dat criteria gebeurt, is dan ook een interessante vraag. Maar nogmaals, kun je meer dan 2,5% overschrijden zonder dat het teruggehaald wordt?

Minister **Schippers**: In het hoofdlijnenakkoord staat dat de inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) geen automatisme is, maar een ultimatum remedium. Je moet dus eerst bekijken: hoe komt het dat het is overschreden; hebben wij hier bijvoorbeeld een catastrofe gehad, waardoor er een enorm beroep is gedaan op ziekenhuizen, die geen mensen hebben kunnen weigeren, en er dus veel te veel is uitgegeven? Dat zou aanleiding kunnen zijn om te zeggen: ja, er is iets heel ergs gebeurd in Nederland, waardoor het is toegenomen. Dan kunnen we daarnaar kijken, maar in principe gaan we ervan uit dat iedereen goed is voor zijn handtekening.

Van het macrobeheersinstrument zegt iedereen dat het niet het mooiste instrument is dat we zouden kunnen ontwikkelen. Maar als ik vervolgens geen genoeg neem met het instrument zoals dat er nu is, omdat we het niet mooier hebben kunnen maken, dan zou ik geen enkele stok achter de deur hebben om de patiënt te beschermen voor enorme premiestijgingen. Ik moet op een of andere manier een instrument hebben om grote overschrijdingen terug te kunnen halen. Kan ik dat niet, dan is er maar één iemand die ervoor opdraait: de premiebetaler. Dat wil ik voorkomen. Er is een alternatief ontwikkeld. Dat heb ik aan de NZa voorgelegd. De NZa heeft daarop een uitvoeringstoets gedaan. Zij heeft gezegd dat het juridisch onvoldoende is om stand te houden. Dan moet je verstandig zijn. Je moet geen dingen invoeren die niet juridisch houdbaar zijn. Dat zou onverstandig zijn. Ik heb dit als stok achter de deur gezet, als ultimatum remedium. Als iedereen zich aan zijn handtekening houdt, hebben we het helemaal niet nodig. Maar ik moet wel iets in handen hebben, anders wordt de kans kleiner dat iedereen zich eraan houdt. Maar er wordt wel heel naarstig gezocht naar een betere uitvoering van het instrument, niet alleen voor de ziekenhuizen, maar ook voor de ggz. Als we in 2013 over zouden gaan op prestatiebekostiging bij de ggz, wat ook in het regeerakkoord staat, heb ik daar ook een instrument voor nodig. Als we dan toch zoeken, laten we dan meteen een gedifferentieerd instrument ontwikkelen. Wij hebben, om het maar huiselijk te zeggen, de knappe koppen bij elkaar zitten, en wij zoeken naar een betere vorm van het instrument dan die wij nu hebben.

Mij is gevraagd hoe een goed presterende zorgaanbieder kan groeien en een slechte niet. Wie bepaalt die differentiatie? Die differentiatie wordt bepaald door de contractering van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar contracteert het ziekenhuis waarvan hij vindt dat de kwaliteit beter is of dat het aanbod beter is. De verzekeraar moet wel goed in de gaten houden dat hij die 2,5% goed managet en dat hij niet overal plust, want als hij ergens plust, moet hij ook ergens minnen. Dat is het eerste jaar overigens gelimiteerd op basis van het transitie-model. Een ziekenhuis weet in ieder geval dat het niet met meer dan 5% zal groeien of krimpen. Dat hebben we in het eerste jaar gedaan om ervoor te zorgen dat er geen grote schommelingen zijn, die bijvoorbeeld zouden kunnen ontstaan door de overgang naar DOT-financiering. Ziekenhuizen mogen niet in de problemen komen omdat je op een ander systeem overgaat. Mevrouw Leijten vroeg of ik een plan B heb als het systeem dat nu wordt ingevoerd, niet zou werken. Er is een zwaar programma bij de uitvoering van DOT. Het is al met een pilot uitgeprobeerd. Wij zullen het bijsturen als het nodig is, maar wij zullen het sowieso doorontwikkelen om het te verbeteren. Dat gebeurt als het geen succes zou worden. Maar het systeem dat ik invoer, is niet zo bijzonder. Ik borduur eigenlijk voort op het systeem dat er al is. Zorgverzekeraars moeten namelijk al selectief inkopen. Ze doen het alleen niet, omdat ze er onvoldoende resultaat mee behalen. Die prikkels versterk ik alleen maar. Ik wil uiteindelijk outcomefinanciering. Uiteindelijk wil ik dat wij niet betalen op basis van verrichtingen, maar op basis van het resultaat dat de zorgverlener behaalt. Dit was het mbi-blokje.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik vraag nog even door op wat de minister zei over het hanteren van het macrobeheersinstrument. Ik ben nog aan het zoeken, want ik was even afgeleid.

De **voorzitter**: Dan ga ik eerst naar mevrouw Smilde.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat is goed.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik had nog een vraag over de goed en slecht presterende zorgaanbieders. Juist omdat het een generieke maatregel is, vraag ik mij af hoe de zorgverzekeraar daar wat aan kan doen, temeer omdat ik ook nog een vraag heb gesteld over restitutiepolicen. Hoe kun je inzichtelijk maken wie goed en niet goed functioneert?

Minister **Schippers**: De zorgverzekeraar kan op restitutiepolicen sturen in zijn inkoop, want hij kan veel minder betalen dan wat hij doet voor een naturapolis. Je zou wel moeten kijken naar artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Dat is al eerder aan de orde gekomen in deze commissie. Ik heb ook al gezegd dat wij bekijken of en hoe wij dat zouden kunnen aanpassen om een eventueel lek te kunnen dichten.

De heer **Mulder** (VVD): Het is goed om te horen dat de minister knappe koppen aan het werk zet. Welke alternatieven liggen er precies op tafel? Ik heb er nog één toegevoegd aan het alternatief van de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. Wanneer zijn de onderzoeken naar die alternatieven klaar?

Minister **Schippers**: De alternatieven worden uitgewerkt. Zodra wij een goed instrument hebben, kom ik daarmee naar de Kamer, maar dat moet tijdig zijn, want het moet volgend jaar ingaan.

De heer **Mulder** (VVD): Wat is tijdig? Een van de bezwaren van de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen was namelijk dat het te lang heeft geduurd het te onderzoeken. Is dat dan voor het zomerreces in 2012?

Minister **Schippers**: Wij werken aan een instrument. Als het eerder af is, dan gaan we bekijken of we dat privaat kunnen laten werken en of we het dus al eerder, namelijk in 2012, invoeren. Het is dus niet gezegd dat het mbi in 2012 in stand blijft. Als we eerder een ander en beter instrument hebben ontwikkeld, zullen we dat toepassen. Voor 2013 willen we het in ieder geval officieel en publiek goed afgeregeld hebben. Wij doen ons uiterste best om dat zo snel mogelijk goed voor elkaar te hebben. Wij zien net als de heer Mulder de noodzaak daarvan in.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als je een outcomefinanciering hebt, financier je natuurlijk nog steeds per behandeling. Ik stelde mijn vraag naar aanleiding van het interessante empirisch onderzoek van de TU Delft naar de productiviteit en de doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat je een aantal indicatoren hebt die bepalend zijn om de kosten in te schatten en dat je daar geen dbc's en DOT's voor nodig hebt. Ik vroeg om dat ook een keer onafhankelijk te laten onderzoeken, want het blijft allemaal wel dezelfde weg opgaan. Je kunt de zorg organiseren op de VVD-manier met de omzetprikkel en maximalisatie, of op de SP-manier, waarbij je uitgaat van de zorgvraag zonder te veel bureaucratie. Ik vraag deze VVD-minister om de SP-manier ook een keer langs de lat te leggen. Als dit niet lukt, is het alternatief toch niet de omzetprikkel en de marktwerking, die deze minister verder introduceert?

Minister **Schippers**: Ten eerste zie ik outcomefinanciering niet als een prikkel tot omzet, maar als een prikkel tot resultaat. Je belooft dan namelijk het resultaat en niet de verrichting. Ten tweede zijn er nu ook al allerlei manieren van financiering mogelijk. Kijk naar Menzis en het HagaZiekenhuis. Menzis heeft met een lumpsum betaald. Dat kan dus allemaal. Het is aardig dat dat nu daadwerkelijk gebeurt, en dat we dus ook kunnen kijken wat de resultaten daarvan zijn en hoe succesvol die zijn. Deze ontwikkelingen zouden mevrouw Leijten toch ook moeten aanstaan? Feitelijk wordt namelijk al in de praktijk geëxperimenteerd met verschillende vormen van financiering.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is geen antwoord op de vraag die ik stel. Wij kunnen een hele verhandeling houden over wie de macht heeft en wie de zorginkopen doet. Dat zal dan bij de zorgverzekeraars blijven. Ik vind het interessant om te bekijken waar de budgettering bij het HagaZiekenhuis toe zal leiden, maar dan blijft de macht wel bij de zorgverzekeraar liggen. Knappe koppen schrijven over een plan B waarin wordt uitgegaan van minimale bureaucratie. Ook bij het Erasmus MC zitten die knappe koppen. Is de minister bereid om een groep aan het werk te zetten om dat verder uit te werken?

Minister **Schippers**: Ik ken het rapport waar mevrouw Leijten op doelt, niet. Ik ben wel bereid om dat te bestuderen en te bekijken of we daar dingen van kunnen leren die we kunnen toepassen. Als mevrouw Leijten aangeeft welke informatie zij graag wil dat wij bestuderen, dan kunnen we dat altijd meenemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zal ervoor zorgen dat het openbare onderzoek van de TU Delft naar de minister gaat. Het is van september 2011. Wij bestuderen graag financieringsalternatieven. Dat weet de minister ook. Als zij daar serieus op wil reageren, vind ik dat heel erg prettig.

De **voorzitter**: Dat is toegezegd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik moest er even op terugkomen. De minister heeft gezegd: de partijen moeten met elkaar om de tafel gaan zitten als het niet lukt om de afspraken na te komen. Ik vroeg: wat doe je daar nou

precies, want te veel behandeld is toch gewoon te veel behandeld? Daarop zei de minister dat je dan gaat bekijken waar het door komt en dat je daarop maatregelen neemt. Ik blijf mij toch afvragen hoe het dan zit met de afgesproken groei. Ik heb het niet over calamiteiten, maar wel over het voorbeeld van het TweeSteden Ziekenhuis. Dat valt niet onder het akkoord, maar daar is het op een gegeven moment bereikt, het budget dat de zorgverzekeraars beschikbaar hebben gesteld, is op. Dan kun je maar één conclusie trekken: that's it.

**Minister Schippers:** De afgesproken groei is niet voor niks afgesproken. Die is afgesproken omdat die ook een maximale groei is. Bij het gepast gebruik van zorg hebben verschillende organisaties zoals DBC-Onderhoud maar ook de NZa, KNMG, patiënten en zorgverzekeraars bekeken hoe het zit met de spreiding van bepaalde medische behandelingen. Die is echt enorm. Bij gepast gebruik hebben we een zware agenda met elkaar. Dat gaat niet vanzelf. Het gaat erom dat je aan het einde van de rit bekijkt: waarin zijn er overschrijdingen, wat is er gedaan om dat gepast gebruik terug te dringen, is er een fors programma op gezet, en hebben we forse resultaten behaald? Als het antwoord overal nee op is, is het heel makkelijk. Dan hebben we dat instrument achter de hand. Het gaat er mij niet om dat we het op de makkelijke manier doen, namelijk door alles in wachtlijsten te laten lopen. Het is overigens wel 2,5% netto. Daar zit behoorlijk wat tussen. Iedereen doet namelijk net alsof het een enorm verschil is, maar zo groot is het niet. Het is dus een heel haalbaar doel. Wij vragen van alle partijen om zich maximaal in te zetten voor dit haalbare doel. Wij hebben allerlei handvatten in het akkoord neergezet. Een evengoed voorbeeld hier was dat van de robots. Een en ander is in het huidige systeem aangepast, want we hebben heel veel dure apparaten staan in allerlei ziekenhuizen waar ze weinig patiënten hebben. Het is dus de bedoeling dat de zorgverzekeraar gaat zeggen: nee, wij gaan dat bij u niet inkopen; u hoeft dus ook die dure apparatuur niet aan te schaffen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Is de marktscan van de NZa ook aan de orde geweest in dit blokje?

**Minister Schippers:** Nee, die komt straks in een ander blokje aan de orde.

De **voorzitter:** We gaan naar het blokje bevoorschotting.

**Minister Schippers:** Daarin komt de marktscan ook niet aan de orde. Het HagaZiekenhuis en Menzis hebben als een van de eerste contractafspraken voor 2012 en afspraken over de bevoorschotting gemaakt. Dat is verheugend, want de afgelopen periode kwamen er nogal eens berichten dat het niet goed zou gaan met die bevoorschotting. Het HagaZiekenhuis en Menzis laten zien dat je prima op lokaal niveau goede afspraken hierover kunt maken. Het is heel belangrijk dat deze twee partijen hebben laten zien dat je ook vroeg afspraken kunt maken, en dat je dus niet in november hoeft te contracteren over het jaar dat al bijna is afgelopen. Behalve de nieuwe manier van contracteren is ook de tijdigheid verheugend.

De nieuwe verhoudingen tussen verzekeraars en aanbieders brengen met zich dat de onderhandelingen over de contractering scherper gevoerd worden dan voorheen. Natuurlijk vinden partijen het spannend om over bevoorschotting te moeten onderhandelen, terwijl dat eerder bijna vanzelf ging. Maar ik vind het op zichzelf niet gek dat je, als je afspraken maakt over prijs, volume en kwaliteit van te leveren zorg, daarin ook afspraken over de bevoorschotting van gemaakte kosten maakt. Verzekeraars verwachten er op dit punt in lokaal overleg met ziekenhuizen tijdig uit te kunnen komen en zeggen geen ongelukken te zullen maken. Daar ga ik dan ook van uit. Ik ga ervan uit dat alle partijen zich houden aan de

afspraken die in het hoofdlijnenakkoord over de bevoorschotting zijn gemaakt. Verder vind ik dit een zaak van partijen zelf, waarbij ik er natuurlijk van uitga dat aan beide kanten de redelijkheid voorop blijft staan. Beide partijen hebben te maken met een flinke stelselwijziging, waarbij een transitieperiode in acht wordt genomen. Laten partijen die periode dan ook gebruiken om het in de vingers te krijgen. Wat de overheid betreft, zorg ik ervoor dat de onderdelen van de bevoorschotting die op mijn bordje liggen, goed worden geregeld. Zo komt er een zogenaamde «liquiditeitsgrouper». Die is voor de zomer van 2012 klaar en zal ervoor zorgen dat onderhanden werk van ziekenhuizen technisch op een uniforme manier bevoorschot kan worden. Een ander punt is bevoorschotting van het transitiebedrag. Instellingen die vanwege het transitiebedrag dat van toepassing is in 2012 en 2013, een groot bedrag terugverwachten, bijvoorbeeld de umc's, hebben namelijk gevraagd of het transitiebedrag bevoorschot kan worden. Omdat het transitiebedrag door de overheid wordt opgelegd, vind ik dat een logische vraag. De Nederlandse Zorgautoriteit en het College voor zorgverzekeringen zijn dit nu met partijen aan het uitwerken. Dat zal in januari, februari definitief zijn beslag krijgen. Mevrouw Smilde vroeg hoe het nu precies zit met de bevoorschotting en waarom er stelselmatig zo laat gecontracteerd wordt. Over die contractering hebben we overigens ook in het hoofdlijnenakkoord de afspraak gemaakt dat er veel vroeger, namelijk in het eerste kwartaal, gecontracteerd gaat worden. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord hebben verzekeraars en ziekenhuizen afgesproken voor 1 april, dat is dus in het eerste kwartaal, contracten te sluiten. Verzekeraars hebben recentelijk nog bevestigd dat zij verwachten dat contracten voor die datum zijn afgerond. Ik ga over naar het blokje cijfers, omzet, volume. In dat blokje wordt de marktscan behandeld, waar de heer Van der Veen net naar vroeg.

**De voorzitter:** Dan komen we de heer Van der Veen tegemoet.

**Minister Schippers:** Ja.

Er zijn de laatste tijd veel cijfers gepubliceerd over de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg in 2010, onder andere de NZa-marktscan. De omzet voor het A- en B-segment samen is, gecorrigeerd voor een eenmalig effect van de vergoeding van de immateriële vaste activa, met ongeveer 5% gestegen in 2010. Dat is aanzienlijk lager dan in eerdere jaren. Tussen 2006 en 2009 was de stijging 7%. Die omzet bestaat uit volume en prijs. Het beeld van de prijzen is overzichtelijk. Die daalden, gecorrigeerd voor inflatie, met 3% in het B-segment en 1% in het A-segment. De volumeontwikkelingen in het A-segment bedroegen ongeveer 1% in 2010. Voor het B-segment schat de NZa de volumeontwikkelingen op ongeveer 10%. Dat is een hoog percentage, maar niet zo hoog als door een aantal partijen is voorspeld. Voor de berekening van de groei in 2010 moet je namelijk rekening houden met de uitbreiding van het B-segment in 2009. Dat is een technisch verhaal, maar het komt erop neer dat een A-DBC die in 2008 is geopend en in 2009 wordt gesloten, wordt meegeteld met de A-omzet in 2009. Als diezelfde DBC in 2009 naar het B-segment overgaat, geopend wordt en weer gesloten wordt in 2010, dan wordt die voor het deel waarbij activiteiten over de jaargrens lopen, meegerekend met de B-omzet in 2010. Hierdoor zijn de B-segmentomzetten in 2009 en in 2010 slecht vergelijkbaar en krijg je een kunstmatig hoge omzetgroei in het B-segment. Dat neemt niet weg dat het een hoog percentage blijft. Het toont ook het belang van het hoofdlijnenakkoord aan. We wisten namelijk al dat verzekeraars tot nu toe vooral afspraken maken met zorgaanbieders over de prijs en dat gaat goed, maar zorgverzekeraars maken helemaal geen afspraken over volume. Met het sluiten van het hoofdlijnenakkoord hebben verzekeraars zich voor het eerst geëngaat aan het sturen op zowel prijs als volume. Ik verwacht

dan ook dat de totale omzetgroei van de sector in 2012 zich zal ontwikkelen zoals in het akkoord is afgesproken. De heer Van der Veen heeft gevraagd naar het verschil tussen de omzet en de vraag. De NZa draagt daar verschillende verklaringen voor aan. Het aantal dbc's per patiënt is toegenomen. Een zorgtraject bestaat ook vaak uit meerdere dbc's. Afhankelijk van hoe de zorg is georganiseerd, door wie de zorg wordt uitgevoerd en wanneer de zorg wordt verleend, kan een zorgtraject uit meer of minder delen bestaan. Het gemiddelde aantal dbc's per patiënt varieert per ziekenhuis. Overigens helpt het enorm als we straks naar DOT overgaan, want met een DOT kun je veel minder sturen dan nu met een dbc. Een patiënt ziet vaak meerdere specialisten. Ook dit verschilt per ziekenhuis. De indicatie voor een zwaardere ingreep is verruimd. Er kan steeds meer met minder risico's voor de patiënt. Met name bij oudere patiënten nemen de indicaties toe. Mensen krijgen nog op latere leeftijd bepaalde behandelingen. Door innovatie verschuift de zorgpraktijk naar duurdere minimaal invasieve of niet-invasieve technieken. De ontwikkelingen in de zorg zorgen ervoor dat de patiënt de ingreep als minder ingrijpend ervaart, maar de toepassing van de nieuwe technieken verschilt sterk. Het is aan verzekeraars om bij de inkoop van zorg afspraken te maken over de variatie in de behandelpraktijk. Als zij gericht zorg inkopen, kunnen zij zorgkosten beter in de hand houden. Daarom is het gepast gebruik een heel belangrijk aandachtspunt in het hoofdlijnenakkoord.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister had bij het technische verhaal kunnen noemen dat er een mazzeltje is geweest omdat het honorarium van de specialisten achter is gebleven vanwege de korting. Als je dat meerekent, is de stijging nog erger dan die al aangegeven wordt in het NZa-rapport. Als je een stijging van 10% een meevaller noemt omdat je de stijging nog hoger had geschat, dan kom je er eigenlijk altijd wel uit. Ik kan de minister, of wellicht een van de ambtenaren, aanraden om eens in de praktijk van alledag met specialisten en financiële mensen in de ziekenhuizen te gaan praten over de manier waarop er met de dbc's wordt gewerkt. Er staat ook niet in het rapport van de NZa dat er meerdere dbc's per patiënt gesloten kunnen worden. Dat kan. Nee, er staat heel duidelijk dat het aantal dbc's per patiënt toeneemt. Dat wordt ook bevestigd door het onderzoek van mevrouw Hasaart. Ik zal niet op alles ingaan, maar als je redelijk objectief dat verhaal van de NZa leest, dan staan daarin alle tekenen op rood voor deze ontwikkelingen. Alles wijst erop dat er sprake is van maximalisatie, met name van het aantal verrichtingen en daarmee van de omzet. We blijven van mening verschillen, maar ik begrijp het dus werkelijk niet. We hebben ook in andere gremia al aangegeven dat we denken dat het volgend jaar echt gaat exploderen. Maar goed, de minister blijft ervan overtuigd dat het zo is. Wanneer gelooft de minister de NZa-rapporten? Wanneer is zij ervan overtuigd dat het model zoals dat nu voorgestaan wordt, met die verzekeraars die van alles gaan doen, niet lukt? Wat moet er nog meer aan materiaal komen? Daarnaast valt mij het volgende op. Het verhaal van het HagaZiekenhuis gaat over een traditionele budgetteringsovereenkomst, zoals die vroeger ook werd gesloten. Vroeger werd er gebudgetteerd op basis van ...

De **voorzitter**: Graag kort, mijnheer Van der Veen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Waarom stimuleert de minister die ontwikkeling niet? Als we dat gaan doen, hebben we al het ingewikkelde gedoe waar we nu mee te maken hebben, niet meer nodig. Graag wil ik daarop een reactie van de minister.

Minister **Schippers**: Het is opmerkelijk hoe je eenzelfde rapport heel verschillend kunt lezen en hoe je daar zeker ook heel verschillende



conclusies uit kunt trekken. Mijn conclusie is namelijk dat een aantal ontwikkelingen zeer gunstig is, zoals de prijsontwikkeling, maar dat je je zorgen moet maken over de volumeontwikkeling. Daar neem ik dus maatregelen voor in het hoofdlijnenakkoord. Zorgverzekeraars hebben zich namelijk nog nooit verantwoordelijk gevoeld voor volume. Wij hebben afspraken gemaakt, zodat ze dat voor het eerst gaan doen. Ik vind het opmerkelijk dat de heer Van der Veen tegen alle maatregelen stemt die eigenlijk logischerwijze voortvloeien uit dit rapport. Maar als wij die maatregelen niet nemen, gaat het door op deze voet, want alles wat afgelopen jaar is gebeurd, is gewoon gebeurd. Daar heb ik nog geen maatregel voor genomen. Een en ander van het vorige kabinet is gewoon doorgelopen, want mijn maatregelen gaan pas per 1 januari 2012 in. Ik zie de NZa-marktscan wel degelijk als een aanleiding om maatregelen te nemen. Die neem ik dan ook, met name op het gebied van volume. Het contract tussen het HagaZiekenhuis en Menzis kan dus ook. Het aardige is dus dat er al heel veel kan in het huidige systeem.

De heer Van der Veen heeft bijvoorbeeld ook een en ander gezegd over de dbc's. Ik spreek ook veel medisch specialisten. Ik hoor ook die geluiden. Maar wij gaan per 1 januari 2012 over op DOT, die niet zelf geopend wordt door een medisch specialist. Uit de marktscan blijkt dat er positieve elementen zitten in de maatregelen die we nemen. Daar moet je blij mee zijn. Daar ben ik ook blij mee. Er zitten ook risico's in en daar nemen we maatregelen voor.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb net al gezegd dat het mij opvalt dat het aantal DOT's nu al van 3 000 naar 4 400 is gegaan. Volgens de minister is het een dynamisch gebeuren. Daarom verwacht ik dat het aantal alleen maar toe zal nemen. We blijven hierover van mening verschillen. De Partij van de Arbeid heeft trouwens in het vorige kabinet gepleit voor een macrobeheersinstrument, zoals dat nu heet, omdat wij ervan overtuigd waren dat er bij het B-segment sprake zou zijn van een explosie in de omzet. Dat is ook gebleken. Ik heb nog één vraag, heel kort.

De **voorzitter**: Ik ga u nu even onderbreken. U mag die vraag stellen, maar ik vraag echt om uw medewerking. We hebben nog heel veel blokjes en we willen ook nog een tweede termijn. Dus ik vraag u om het echt kort te houden, want u bent echt te lang aan het woord.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja, maar ik zeg ook heel belangrijke dingen.

Er wordt nu geen overzicht gegeven van de toename van het volume. Wellicht kan de minister volgend jaar aangeven wat de volumetoenames zijn? Nu wordt dat een beetje schattenderwijs gedaan.

Minister **Schippers**: Het vorige kabinet heeft het voorstel voor het mbi, dat generieke instrument, ingediend. Ik wil er graag een gedifferentieerd instrument van maken, zodat het nog beter gaat werken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het met de minister eens dat gepast gebruik belangrijk is. Hoe kan gepast gebruik concreet handen en voeten krijgen, ook al op heel korte termijn? Je zult namelijk eerst moeten traceren waar problemen zitten en ze dan moeten oplossen.

Minister **Schippers**: Er is heel veel informatie bekend, bij verzekeraars – die kunnen dat uit hun systeem halen – en bij DBC-Onderhoud. Ik heb daarnaar gekeken en was echt onder de indruk van de wijze waarop je kunt zien waar in Nederland de ene operatie veel vaker wordt gedaan dan in een andere regio, terwijl de samenstelling van de bevolking daar niet zozeer aanleiding toe geeft. Dat kun je heel goed zien. Verzekeraars

kunnen daar zelf dus al heel veel mee. Daarnaast is het Convenant gepast gebruik gesloten. De daarbij betrokken partijen hebben een aantal trajecten opgepakt om ongepast gebruik daarin terug te dringen.

De **voorzitter**: Wij gaan nu naar het blokje hoofdlijnenakkoord.

Minister **Schippers**: In het hoofdlijnenakkoord staat een passage over substitutie. Er bestaat hierover een misverstand. Ik vind het daarom prettig om het volgende nog een keer te zeggen. Het hoofdlijnenakkoord gaat over specialisatie voor hoogcomplexe zorg waar weinig patiënten voor zijn. Dat gaat tegelijkertijd over decentralisatie van laag medisch-specialistische zorg, van medisch-specialistische basiszorg naar de eerste lijn, als dat kan. Dat laatste wordt veel te vaak vergeten. Daarin liggen enorme kansen. Vooral als je bedenkt dat mensen het liefst zo dichtbij mogelijk, in hun eigen omgeving geholpen worden, zeker bij chronische ziekten, is dat een ontzettend belangrijke ontwikkeling. In het hoofdlijnenakkoord staat dus ook dat die ontwikkeling net zo goed een ontwikkeling is en dat het geld dus ook die zorg zal volgen. Je kunt met de gehele gezondheidszorg proberen één akkoord te sluiten, omdat alles met alles verweven is. Ik denk alleen dat ik daar meer dan een regeerperiode voor nodig heb, want het gaat niet altijd even vlot. Sommige akkoorden sluit je wat vlotter dan andere. Ondanks de groei van 15 mld., 25% groei in één kabinetsperiode, zie je dat de neiging om te overschrijden overal heel groot is. Dan moet je een en ander echt oppakken, zeker gezien de financiële urgentie. Als je dan een goed akkoord kunt sluiten, moet je dat sluiten om er in ieder geval voor te zorgen dat wij, waar dat mogelijk is, verstandige dingen doen die goed zijn voor de kwaliteit en voor houdbaarheid.

Ten aanzien van de concentratie heeft Zorgverzekeraars Nederland onlangs in kaart gebracht welke ziekenhuizen wel en welke niet voldoen aan de normen die wetenschappelijke verenigingen hebben vastgesteld voor onder andere zes kankeraandoeningen. 23 ziekenhuizen hebben inmiddels aangegeven in 2012 te stoppen met de operatieve behandeling van aandoeningen waarvan zij de minimumnorm niet halen. Verzekeraars zullen die zorg niet meer contracteren bij deze ziekenhuizen. Door concentratie van complexe zorg kunnen ziekenhuizen zich specialiseren. Dat verhoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling. Verzekeraars zijn ook bezig met het opzetten van een herstructureringsfonds, waarmee initiatieven kunnen worden ondersteund om de spreiding van de spoedeisende hulpen te verbeteren. Begin volgend jaar zullen verzekeraars een kwaliteitskader uitgewerkt hebben op basis waarvan de vormgeving van de herinrichting kan plaatsvinden. De overheid heeft hier verder geen rol in. Het is aan verzekeraars. Dat hebben we overigens ook afgesproken in het hoofdlijnenakkoord. Ik ga er daarbij van uit dat partijen bij de vormgeving de mededingingsregels in acht zullen nemen.

De heer Van der Veen vroeg of de sector klaar is voor de invoering van DOT in 2012. Om per 1 januari 2012 de dbc-zorgproducten te kunnen registreren en declareren, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun ICT aanpassen. Uit een onlangs gehouden enquête van VWS blijkt dat zij goed op schema liggen met de aanpassingen in de ICT binnen de eigen organisatie. Daarnaast heeft VWS een projectleider ingezet die test of de aansluitingen tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars ten behoeve van het declaratieverkeer goed functioneren. De onderhandelingen op basis van DOT-zorgproducten zijn op dit moment in volle gang. De eerste contracten zijn inmiddels gesloten. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat verzekeraars en aanbieders zich inspannen om zo snel mogelijk, bij voorkeur voorafgaand aan een jaar, in principe voor 1 april, de contractering af te ronden. Samengevat kan gesteld worden dat de sector op tijd klaar is voor de invoering van DOT.

Mevrouw Dijkstra vroeg of ik kan aangeven hoeveel meer patiënten er geholpen gaan worden in 2012. Aangezien partijen voor 2012 voor 1 april moeten contracteren, is de contractering nog in volle gang. Er zijn al contracten afgesloten, maar wij hebben helemaal geen zicht op al die onderhandelingen met allerlei ziekenhuizen die nu gaande zijn. Het is de bedoeling dat zij die voor 1 april hebben afgesloten. Die contracten zullen moeten blijven onder de maximale groei van 2,5%, want dat staat in het hoofdlijnenakkoord. Dat is bruto 5,3%.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb dat met name gevraagd omdat de minister stelt dat 90% al gecontracteerd is. De zorgverzekeraars zouden er nu dus toch zicht op moeten kunnen hebben. Ik zie allemaal mensen met hun hoofd schudden. Dat is dus blijkbaar niet zo. Gaat het dan om 2012 of niet?

Minister **Schippers**:

Nee, het gaat om 2011. Die informatievoorziening waar we ons hier met elkaar zorgen over maken en die we moeten verbeteren, is er aanleiding toe geweest om sneller te contracteren, zodat je ook veel sneller weet hoe de vlag erbij hangt in de sector. Als je nu in november namelijk nog loopt «na te contracteren», zo noem ik het contracteren maar even, dan schiet het natuurlijk niet op.

De **voorzitter**: Dan gaan wij naar het volgende blokje: de TNF-alfaremmers.

Minister **Schippers**: Per 1 januari vallen de TNF-alfaremmers onder de ziekenhuisbekostiging en zijn deze geen onderdeel meer van het vergoedingssysteem voor extramurale geneesmiddelen. Dat is een eerste stap van de toekomstige overheveling van andere dure specialistische geneesmiddelen van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) naar ziekenhuisbekostiging. Met de overheveling krijgen we een meer eenduidige aanspraak en bekostiging bij deze zorg. Ook zijn er kansen op lagere geneesmiddelenprijzen als de ziekenhuizen de middelen scherper gaan inkopen. Er is een verschuiving in financiering. De patiënt heeft nog steeds aanspraak op deze geneesmiddelen en kan deze indien nodig ook in de thuissituatie toegediend krijgen. Ik heb de Kamer per brief laten weten dat ziekenhuizen druk doende zijn om ervoor te zorgen dat patiënten ook na 1 januari hun medicatie tijdig ontvangen en zo nodig thuis toegediend krijgen. Ziekenhuizen zijn vaak wel laat met de voorbereidingen gestart, waardoor veel patiënten laat zijn geïnformeerd over de veranderingen. Uit een survey onder ziekenhuisapotheken blijkt dat het grote merendeel van de ziekenhuizen er klaar voor is. Zes ziekenhuizen kunnen dat nog niet garanderen, maar zij zeggen daar nu druk mee bezig te zijn. Van een klein aantal ziekenhuizen, vier, is nog geen reactie bekend. Ik laat de effecten in de praktijk monitoren door de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorzieningen (EGV), die dit namens patiënten en artsenorganisaties doet. Zij verzorgt ook de communicatie met patiënten en artsen.

Wat vind ik van de casus waarbij men naar een ziekenhuis moet om de TNF-alfamedicatie op te halen? Het uitgangspunt is dat patiënten geen hinder ondervinden van de overheveling. De ziekenhuizen moeten voortaan organiseren dat patiënten hun medicatie krijgen en zo nodig ook thuis toegediend krijgen. De aanpak van ziekenhuizen verschilt, heb ik begrepen. Er zijn ziekenhuizen die de medicatie bij de patiënt laten thuisbezorgen. In andere gevallen kan de medicatie bij de lokale apotheek worden opgehaald. En er zijn ziekenhuizen die de medicatie bij het reguliere controlebezoek aan de patiënt meegeven. Dit lijken mij allemaal prima oplossingen. Als de patiënt de medicatie zelf inneemt, moeten, met het oog op productveiligheid, de bewaarcondities wel in de gaten worden

gehouden, maar dat weten zorgaanbieders ook. Van de genoemde casus waarin ouders van patiënten vier keer per jaar een uur naar het ziekenhuis moeten reizen om de medicatie op te halen, ken ik de specifieke details niet, dus ik heb de casus verder niet na kunnen trekken, maar in het algemeen lijkt mij dit geen wenselijke situatie. Als mevrouw Smilde mij vraagt of ik kan nagaan hoe het daarmee staat, zal ik de details van deze casus moeten hebben, want zonder die details kan ik dat niet nagaan. Ik vind wel dat het betreffende ziekenhuis en de zorgverzekeraar een betere oplossing moeten bieden, net zoals andere ziekenhuizen dat blijkbaar ook kunnen.

Wat betekent de overheveling voor patiënten die in het buitenland onder behandeling staan? Onder anderen mevrouw Gerbrands vroeg daarnaar. Patiënten die nu in het buitenland, bijvoorbeeld België en Duitsland, onder behandeling staan, kunnen deze behandeling daar gewoon voortzetten als de zorgverzekeraar die zorg gecontracteerd heeft. Patiënten hoeven niet ineens naar een Nederlands ziekenhuis. Zorg met TNF-remmers in het buitenland vallen onder hetzelfde regime als andere medisch-specialistische zorg die verzekerden in het buitenland genieten. Zorgverzekeraars kunnen passende afspraken maken met behandelaars en ziekenhuizen in het buitenland. Volgens mijn informatie zijn zorgverzekeraars zich bewust van de groep patiënten die in het buitenland TNF-remmers krijgt voorgeschreven. Ik heb signalen dat men doende is dit in goede banen te leiden.

Krijgen patiënten in zbc's hun TNF-remmers nog wel vanaf 1 januari 2012? De heer Van der Veen vroeg daarnaar. Patiënten die nu nog behandeld worden in een kliniek of een zbc, kunnen hun behandeling daar nog gewoon voortzetten, mits de zorgverzekeraar daarover voor volgend jaar afspraken heeft gemaakt met de betreffende kliniek. De zorgverzekeraar moet vanuit zijn zorgplicht de behandeling waarborgen. Dat betekent dat lopende behandelingen worden voortgezet in de kliniek of het zbc, of elders worden ondergebracht. De behandelaar en zorgverzekeraar dienen de patiënt hier tijdig over te informeren. Ik heb hierover recentelijk geen verontrustende signalen ontvangen. Volgens mijn informatie worden een paar honderd patiënten in een kliniek of zbc met TNF-remmers behandeld. Maar ik wil nogmaals het volgende zeggen tegen degenen die individuele casussen hebben waarvan ze zeggen: dit gaat echt niet goed. Wij kunnen zonder naam en toenaam of een ziekenhuis, niet willekeurig een persoon of een organisatie ergens op aanspreken. Wij houden het wel in zijn algemeenheid goed in de gaten.

Mevrouw Leijten had een vraag over het academisch ziekenhuis Maastricht. Ik begrijp dat er patiënten met sarcoïdose die bij het azM onder behandeling waren, onduidelijkheid bestaat over waar zij de zorg met het geneesmiddel Remicade kunnen voortzetten. Omdat het primair aan zorgverzekeraar en aanbieder is om hier duidelijkheid over te scheppen, beperk ik mij tot een algemene reactie. Deze kwestie betreft wel zorg met TNF-remmers, maar staat verder los van de overheveling van die remmers. Mevrouw Leijten had het eigenlijk over een andere zaak. Het ziekenhuis dat stopt met het aanbieden van sarcoïdosezorg met Remicade, moet ervoor zorg dragen dat de patiënten hun behandeling elders kunnen voortzetten. Ook de zorgverzekeraar moet vanuit zijn zorgplicht deze zorg waarborgen door die elders te contracteren. In deze kwestie spelen de kosten van deze dure behandeling een belangrijke rol. Die kosten kunnen vanaf 1 januari 2012 gewoon door het behandelend ziekenhuis gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Er is een wettelijke aanspraak op Remicade bij ernstige sarcoïdose. Ook is er in de bekostiging voor deze behandeling een expliciete betaaltitel voor instellingen vastgesteld. Nadat we dat hadden nagevraagd, heb ik vernomen dat het azM heeft aangegeven dat de betreffende patiënten voortaan terecht kunnen in Utrecht. Met het UMC Utrecht zijn hierover

afspraken gemaakt. Daarnaast bieden het Erasmus MC en het OLVG in Amsterdam in samenwerking met het AMC sarcoïdosezorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij hebben dit niet voor niks van tevoren aan de minister voorgelegd. Wij kunnen de argumentatie «in specifieke gevallen kunnen wij bekijken wat er specifiek aan de hand is» namelijk wel volgen. Maar wij krijgen te horen dat er geen patiënt tussen wal en schip zal vallen, terwijl wij vier concrete casussen in handen hebben waarbij de zorgverzekeraar zegt: ik weet van niets; je moet bij het ziekenhuis zijn. De patiënt heeft dan een probleem. We zullen ze voorleggen, maar het is ingewikkeld omdat de specifieke afdeling gesloten is, waardoor de patiënt langer moet reizen, maar ook omdat de patiënt die medicatie nog niet kan krijgen bij een ander ziekenhuis, omdat de zorgverzekeraar dat niet doet. Maar ik heb eigenlijk nog een algemenere vraag over de TNF-alfaremmers. De minister zegt de hele tijd: mensen kunnen dat «zo nodig» krijgen in de thuissituatie. Maar de Kamer heeft voor de zomer een motie aangenomen waarin wordt verzocht om mensen die nu via thuiszorg TNF-alfaremmers thuis krijgen, bij de overheveling van de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget niet te confronteren met een gewijzigde situatie. Ik wil graag van de minister een overzicht van welke ziekenhuizen in gebreke blijven om de thuiszorg en de thuistoediening te continueren.

Minister **Schippers**: Ik heb met «zo nodig» niet willen aangeven dat de mensen die de TNF-alfaremmers in de thuissituatie krijgen, ze niet meer krijgen. Dat is een misverstand. Dat zat niet in die woorden «zo nodig». Als iemand ze thuis heeft en thuis wil krijgen, moet dat thuis geregeld worden. Zo hebben we het met elkaar afgesproken. Verder is het de verantwoordelijkheid van aanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Aanbieders weten al heel lang dat dit eraan komt. Sterker nog, dit traject is al ingezet door de heer Klink, mijn voorganger, en is uitgesteld. Het komt dus niet uit de lucht vallen. Maar we hebben het hier vaker over gehad. Wij willen dat het zorgvuldig gebeurt en dat er geen mensen tussen wal en schip vallen. Dat wil niet zeggen dat ik de verantwoordelijkheid overneem van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daar blijft ze bij liggen. Ik heb wel gezegd dat ik een en ander wil doen, als ik signalen krijg van de Kamer dat er mensen tussen wal en schip vallen en zij enigszins richting aangeeft wie ik waarop moet aanspreken, want zonder naam of adres kan ik ook niets. Ik vind echter niet dat wij ervoor verantwoordelijk zijn, want de verantwoordelijkheid ligt bij het veld. Maar omdat we dit traject hebben ingezet en dat zorgvuldig willen doen, heb ik zojuist toegezegd dat ik er extra aandacht aan zal besteden als de Kamer wil dat ik iets natrek of iemand ergens op aanspreek of kijk of dat wel goed gaat.

Mevrouw **Leijten** (SP): De verantwoordelijkheid is er natuurlijk wel, want het stelsel verandert waardoor ook de systematiek verandert. Ik vind dat die verantwoordelijkheid niet zomaar afgeschoven kan worden. De minister zegt dat het alleen maar gaat tussen aanbieders en verzekeraars. We zien bij het TweeSteden Ziekenhuis en Achmea hoe ontzettend fijn dat voor de patiënt is. Ik vroeg de minister om een overzicht van of en hoe de situatie van mensen die TNF-alfaremmers thuisbezorgd en thuis toegediend kregen, al dan niet met sporadische begeleiding, is gewijzigd door een ander aanbod van het ziekenhuis. Het gaat niet om zoveel duizenden patiënten dat het niet in kaart te brengen is. De minister bezuinigt wel even 50 mln. op dit dossier. Is zij bereid om, als wij in januari of februari zien dat zich daarbij knelpunten voordoen, te bekijken of er toch nog extra middelen nodig en mogelijk zijn om de problemen die voor het dagelijks leven van mensen ernstige gevolgen zullen hebben, op te lossen?

Minister **Schippers**: Die bezuiniging zit erin dat wij hebben gezien dat deze medicijnen door een veel grotere groep mensen gebruikt wordt en de prijzen veel te hoog blijven. Door selectieve inkoop kun je daar wat aan doen. Ik schuif helemaal niets af. Wij hebben een stelsel en daarin hebben wij wettelijk vastgelegd waar een patiënt recht op heeft. Wij hebben een zorgverzekeraar, die koopt dat voor die patiënt in. Die zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Hij moet ervoor zorgen dat het goed loopt. De aanbieder moet ervoor zorgen dat hij regelt dat iemand die thuis medicatie wil ontvangen, ze thuis krijgt, en iemand die ze bij de behandeling mee wil krijgen, ze bij de behandeling meekrijgt et cetera. Daar ligt de verantwoordelijkheid. Maar omdat we hier een systeemwijziging hebben, geef ik als «woordvoerder», verantwoordelijke voor de overheid, juist aan dat de overheid erachteraan gaat als de Kamer mij zaken voorlegt waarvan zij denkt dat het niet goed gaat. Ik heb weinig zin om mensen in te zetten om onderzoek te doen naar wie wat waar nu krijgt. Die mensen wil ik liever inzetten om in te kunnen grijpen als er signalen zijn dat iets niet goed gaat. Dat wil ik hier toezeggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voordat ik helemaal in de oude techniek kom, de TNF-alfaremmers zijn ook bedoeld om zo'n 12,5% via het budget te verdienen daarop. Dat wordt bij de zbc's heel erg ingewikkeld om een aantal redenen. Ik vraag toch om nog eens heel specifiek te bekijken wat het betekent voor de zbc's en of er met de verzekeraars gesproken kan worden over wat het in de hele financiering betekent, met name via die add-ons en hoe het verder geregeld wordt. Ik krijg het signaal dat er geen enkele groei mogelijk is in die TNF-alfaremmers als je het allemaal goed toepast, ook in de ziekenhuizen. Wellicht kan daar nog eens naar gekeken worden. Het is een vrij technische kwestie, maar ik ben er niet helemaal gerust op dat het op dit moment goed loopt.

Minister **Schippers**: Ik heb net aangegeven dat wij, de vinger aan de pols houdend, door middel van een survey hebben bekeken hoe de situatie ervoor staat in Nederland. Daaruit blijkt dat veruit het meeste heel goed gaat. Meer dan 90% van de ziekenhuizen heeft het allemaal al op orde. Een aantal is er al heel druk mee bezig. Bij vier ziekenhuizen moeten wij echt nog wat meer doen dan de vinger aan de pols houden. Iemand heeft gewoon recht op TNF-alfaremmers als hij daar met zijn ziekte voor geïndiceerd is. Het is dus makkelijk zat. Daarvoor is de zorgplicht van de zorgverzekeraars.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De vraag is niet of mensen wel of niet TNF-alfaremmers krijgen. Ik ben het ermee eens dat er gewoon een recht op verstrekking is. De vraag is of het in de hele financieringstechniek mogelijk is om die 12,5% korting te halen. Het gaat toch om 12,5% – ik zeg dit uit mijn hoofd – bij die dure geneesmiddelen in de ziekenhuizen? Hetzelfde geldt voor de zbc's. Wat betekent het met name voor de financieringssystematiek? Wat betekent het voor de opbrengsten? Wat betekent het voor de eventuele groei van TNF-alfaremmers? Als daar namelijk geen enkele ruimte in zit, ben je niet goed bezig. Wat mij betreft mag dat verder uitgezocht worden.

Minister **Schippers**: Maar een zorgverzekeraar koopt wel in waar het het gunstigst geprijsd is, waar hij de beste deal kan halen. Zo hebben wij ons systeem in elkaar gezet. Als meer patiënten TNF-alfaremmers nodig hebben en ze daar wettelijk recht op hebben, dan zal de groei gewoon plaatshebben. Alleen zouden wij het wel prettig vinden dat je het terugziet in de prijs als er groei plaatsheeft. Daar heb je meer onderhandelingsmacht voor nodig.

De **voorzitter**: We gaan naar het volgende blokje: VUmc.

Minister **Schippers**: Een longchirurg van het VUmc heeft zich dit voorjaar bij de inspectie gemeld vanwege een calamiteit. Die melding deed hij tegen de wil in van zijn collega's. De longarts meldde de inspectie dat dit een niet op zichzelf staande casus was. Dit was aanleiding voor de inspectie voor intensief onderzoek, omdat de veiligheid in het geding kon zijn. Zij heeft meer dan twintig personen in en om de organisatie gesproken. De conclusie van de inspectie was dat er ernstige samenwerkingsproblemen waren op de ic en bij de toeleverende specialismen en dat er geen goede communicatie plaatshad. De inspectie heeft de raad van bestuur ontboden en die van de ernst van de situatie doordrongen. De raad van bestuur heeft maatregelen getroffen. Ook de raad van toezicht zit daarbovenop. Gisteren heeft de inspectie nog een gesprek met de raad van bestuur gehad en geconstateerd dat er serieuze maatregelen zijn getroffen en dat verbetering zichtbaar is. Ook de omgeving, de raad van toezicht en specialisten melden verbeteringen in de situatie. De communicatie komt weer op gang. Dat is maar goed ook. De inspectie houdt de vinger nog steeds aan de pols. Hiermee is het niet afgedaan. Ze blijft daar nauw bij betrokken.

De longarts staat niet op non-actief. Hij voert wel werkzaamheden uit. Maar het is vaker het geval dat het allemaal nog niet lekker zit. Er worden momenteel gesprekken gevoerd met alle betrokkenen om dat in goede banen te leiden. Dat wil zeggen dat de longspecialist echt teruggaat naar zijn reguliere werkzaamheden. De bereidheid bij alle betrokkenen om eruit te komen wordt gezien en wordt door ons zo ervaren, maar we zijn er nog, want het vergt wel overleg en afspraken daarover.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit zijn altijd lastige situaties om vanuit de Kamer te beoordelen. Het klinkt allemaal wel heel erg goed, maar als patiënten vervolgens toch onnodig overlijden, schiet het ook allemaal niet op. Je kunt nooit garanties hebben dat er helemaal niets gebeurt, maar ik vind dit een beetje vaag. Ik krijg nu namelijk het idee dat iedereen met elkaar praat en het allemaal graag op wil lossen, maar ondertussen liggen er wel patiënten op de ic. Kunnen we niet afspreken dat we zo snel mogelijk geïnformeerd worden als de indruk bestaat dat het niet zo geweldig gaat? Het is niet aan ons om daar te gaan staan om het op te lossen, maar hier krijg ik nog niet helemaal een goed gevoel van.

Minister **Schippers**: Het is altijd lastig met individuele zaken, want de inspectie zit daarbovenop. Maar zoals de Kamer weet, is de inspectie onafhankelijk. Zij volgt dit soort zaken naar eigen bevinden en zij handelt daarbij naar eigen oordeel. Zij heeft ons aangegeven dat zij er ook bovenop zit. Ik zal de vinger bij de inspectie weer aan de pols leggen. Zodra ik dingen hoor die mij verontrusten, zal ik dat aan de Kamer laten weten.

De **voorzitter**: We gaan naar het laatste blokje: overige.

Minister **Schippers**: Een aantal leden heeft vragen gesteld over Achmea en het TweeSteden Ziekenhuis. De verzekeraar en het ziekenhuis hebben een verschil van mening over een afgesloten contract. Dit heeft dus niets met het hoofdlijnenakkoord te maken. Het hoofdlijnenakkoord gaat per 01-01-2012 in. Maar er is een contract afgesloten. Blijkbaar hebben de verzekeraar en het ziekenhuis daar een verschil van mening over. Ik constateer wel dat mensen die spoedeisende hulp nodig hebben, niet worden geraakt, en dat voor mensen bij wie de behandeling al is gestart, deze gewoon doorloopt, en dat voor planbare zorg, waar het hier om gaat, een alternatief beschikbaar is in de buurt, namelijk het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, waarmee ook een contract is gesloten. Ik vind dat verzekeraar en zorgaanbieder zo'n situatie moeten voorkomen. Als zij een

dispuut hebben over een contract, moeten zij dat samen oplossen en dan moet de patiënt daar geen last van hebben. Dat principe delen wij.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik had dit onderwerp genoemd in combinatie met het macrobeheersinstrument en de afspraken die zijn gemaakt over de groei van 2,5%, zodat er, als er inderdaad afspraken worden gemaakt over het volume, niet op 2 november wordt gezegd: sorry jongens, we doen dit niet meer. Wat doen wij om te voorkomen dat dit soort dingen gebeuren? Uiteindelijk is de patiënt hier namelijk de dupe van. Dat moeten we met zijn allen niet willen.

Minister **Schippers**: Uit deze casus blijkt dat het altijd kan gebeuren, want hier is het ook gebeurd zonder dat wij daar afspraken over hadden. Ik vind het niet netjes zoals het gebeurd is. In het hoofdlijnenakkoord hebben wij hier dan ook expliciet afspraken over gemaakt. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar altijd een zorgplicht. Het is dus de bedoeling dat wij met name drukken op de enorme variatie in ziekenhuizen. Ik denk dat ze ongeveer 1,5% moeten drukken in het volume. Dat lijkt mij geen ongelooflijk spannende opgave, als je bekijkt wat er allemaal gebeurt in ziekenhuizen. Over die 1,5% zijn afspraken gemaakt.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dan bekruip mij toch de vraag of wat nu gebeurd is, te maken heeft met de voorgenomen fusieplannen met het St. Elisabeth Ziekenhuis. Er wordt gezegd dat patiënten worden doorgestuurd naar het St. Elisabeth Ziekenhuis. Wordt hier op een slinkse manier geduwd in de richting van zo'n fusie? De NMa heeft vraagtekens bij die fusie gezet en ze is op de lange baan geschoven, heb ik begrepen. Probeert een zorgverzekeraar op deze manier ervoor te zorgen dat zo'n fusie er wel doorkomt, als men dit soort dingen gaat doen? Dan houd ik namelijk mijn hart vast.

Minister **Schippers**: Ik heb geen aanleiding om dat te denken. Ik weet niet of de fusie ingegeven was door de zorgverzekeraar of door de ziekenhuizen zelf. We moeten ook niet te snel de zorgverzekeraar van alles de schuld te geven. Maar ik vind sowieso dat je een conflict bij voorkeur samen moet oplossen en dat je ervoor moet zorgen dat de patiënt er niet de dupe van wordt. Dat is hier duidelijk wel gebeurd.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister verdergaat met de beantwoording van de overige vragen. Er zal ook nog een tweede termijn gehouden worden. Ik vraag de leden om te bekijken of ze hun interrupties eventueel ook in tweede termijn kunnen doen.

Minister **Schippers**: Ik kom op de bereikbaarheid van de basiszorg. Mevrouw Gerbrands vroeg: raken artsen in streekziekenhuizen niet gedemotiveerd? Ik denk dat het hierbij gaat om specialisatie in de basiszorg. Een streekziekenhuis moet gewoon heel goed zijn in galblazen en het uitvoeren van andere medisch-specialistische basiszorg. Dat is een prachtig vak als je dat in den brede kunt uitvoeren. We moeten ook zorgen dat wij de ziekenhuizen houden die in den brede de medische basiszorg uitvoeren. Er liggen onwijs mooie kansen in de samenwerking tussen streekziekenhuizen. Bij de anderhalvelijnszorg en de eerstelijnszorg is echt een wereld te winnen. Ik denk niet dat dat tot demotivatie zal leiden. 5% van de zorg die artsen en ziekenhuizen in rekening brachten, werd dubbel gedeclareerd. Van zorgverzekeraar CZ heb ik vernomen dat er over het algemeen geen sprake bleek te zijn van kwade opzet, dus fraude, maar dat onduidelijkheden in het declaratieproces de oorzaak waren van veel dubbele declaraties. Meestal komen de verzekeraar en de specialist er in hoor en wederhoor samen uit en wordt het te veel gedeclareerde bedrag teruggestort. Het is van groot belang dat eventuele prikkels of onduidelijk-



heden in het systeem weggenomen worden. Met de invoering van DOT worden de prikkels voor een dergelijk declaratiegedrag voor een belangrijk deel ondervangen. De rol van de verzekeraar wordt steeds belangrijker in afspraken en controle bij ziekenhuizen. Verzekeraars krijgen meer belang en mogelijkheden om de kosten te beheersen. Ik zal er bij de NZa en zorgverzekeraars op aandringen om sterker te controleren en het maximale te doen aan rechtmatigheid van de uitgaven en de declaraties. Wij hebben het hier wel eens eerder over gehad. Ik denk dat het enorm zal schelen als de patiënt zelf mee kan kijken.

Hoe kijk ik aan tegen de mogelijkheden tot het koppelen van prestaties aan het honorarium van specialisten, enerzijds het integrale tarief en anderzijds specialisten in loondienst? Het convenant dat ik gesloten heb, geldt tot 2015, want daarna is het de bedoeling dat er integrale tarieven zijn. Dan wordt het honorarium van de medisch specialist onderdeel van in dit geval DOT, en is het dus niet meer apart zoals nu.

Ik kom op de conclusie dat financiering op basis van dbc's strategisch gedrag uitlokt bij artsen. In het onderzoek van mevrouw Hasaart wordt geconcludeerd dat de invoering van het dbc-systeem een effect heeft op het gedrag van medisch specialisten in ziekenhuizen. Het is van belang dat we die prikkels op de juiste plek leggen. Dat betekent dat je extra inzet met als doel meer gezondheidswinst beloont. De dbc-systematiek heeft veel positieve effecten. Zij heeft de zorg transparanter gemaakt en heeft een positief effect gehad op de wachtlijsten. Ieder systeem heeft risico's. Binnen de dbc-systematiek en de prestatiebekostiging is er een risico dat de dbc's leiden tot overproductie. Ik verwacht dat door DOT dergelijke risico's beperkt worden. De NZa zal de werking van DOT in de praktijk monitoren. Naast de goede dbc-systematiek zijn hier ook goede richtlijnen en behandelprotocollen voor nodig. Met de komst van het kwaliteitsinstituut wordt hier samen met het veld aan gewerkt.

Waarom dreigen in ziekenhuis De Sionsberg de afdelingen oncologie, cardiologie, spoedeisende hulp, eerste hulp en kraamzorg te worden gesloten? De inspectie heeft moeten vaststellen dat De Sionsberg de kwaliteit van zorg van verschillende basisprocessen heel erg moeilijk tot niet op een verantwoord niveau kan handhaven. Het ziekenhuis en zijn adherentiegebied zijn te klein om te kunnen blijven voldoen aan de minimale richtlijnen en volumennormen. Die normen en richtlijnen zullen in aantal en soort toenemen de komende tijd. Om die reden heeft het bestuur van het ziekenhuis een onderzoek uitgevoerd naar toekomstige mogelijkheden voor ziekenhuiszorg in De Sionsberg. Dit onderzoek heeft geleid tot de uitwerking van een viertal scenario's. Vervolgens zijn die scenario's beoordeeld op kwaliteit en financiële consequenties. Dit heeft geleid tot het inzicht dat het volledige basispakket voor De Sionsberg voor de toekomst vanuit beide perspectieven onhaalbaar is. Er is een primaire keuze voor een scenario gemaakt, waarvan de hoofdlijnen zijn dat er geen acute zorg, cardiologische zorg, hoogcomplexere chirurgische oncologische zorg en geboortezorg wordt geboden. Gezocht wordt naar de meest gewenste vorm voor zorg dichtbij huis. Voor nu betekent het dat er in De Sionsberg wordt gestopt met de uitvoering van complexe oncologische chirurgie en dat de klinische cardiologie niet wordt heropend. De spoedeisende hulp heeft al eerder een andere functionaliteit gekregen. In plaats van de SEH is er een acutezorgpost beschikbaar. Over de aard van de zorg die van daaruit kan worden geboden, zal met de relevante wetenschappelijke verenigingen overlegd moeten worden omdat daar feitelijk geen normen of richtlijnen voor bestaan. De geboortezorg blijft voorlopig in De Sionsberg beschikbaar. Daar zal een goed plan voor ontworpen worden. Voor de complexe gevallen en sectio's wordt doorverwezen naar de andere ziekenhuizen in de omgeving als daar aanleiding toe bestaat, bijvoorbeeld vanwege complicaties. Een en ander vloeit ook voort uit het feit dat De Sionsberg geen voorziening heeft op het niveau van een ic-1. Deze week is er overeen-

stemming over bereikt dat De Sionsberg in half januari 2012, in afstemming intern met de medische staf en extern met de zorgverzekeraar, de portfolio nader zal uitwerken tot een toekomstbestendig zorgbeleidsplan en dat tot die tijd de acute zorgpost blijft functioneren conform de afspraken. Het bestuur van het ziekenhuis buigt zich nu over de toekomstplannen die moeten voorzien in een nieuw en innovatief model om vormen van ziekenhuiszorg dichtbij huis, in de regio te kunnen blijven garanderen. De inspectie blijft De Sionsberg intensief volgen om te zien of de plannen verantwoord kunnen worden uitgewerkt en geïmplementeerd en of de veranderingen in het gebied goed geborgd kunnen worden.

Er zijn vergelijkbare regio's als Noordoost-Friesland. Er is mij gevraagd hoe ik omga met de kleine ziekenhuizen in dergelijke krimpregio's. Ik ben mij heel bewust van de kwetsbaarheid van krimpregio's. De regio Noordoost-Friesland en vergelijkbare regio's hebben meer dan elders in het land te maken met versnelde vergrijzing en bevolkingskrimp. Ik realiseer mij dat deze ontwikkelingen gevolgen hebben voor de zorgvraag en dat het huidige zorgaanbod hierdoor niet ongewijzigd kan blijven. Voor deze regio's vind ik het van groot belang dat partijen in de regio's zich sterk maken voor een goede afstemming van het zorgaanbod op de toekomstige ontwikkelingen en voor meer samenhang tussen de verschillende zorg- en hulpvormen. Ik denk hierbij aan vernieuwende en alternatieve vormen van zorg in de eerste of «anderhalfste» lijn waarmee het zorgaanbod waar nodig wordt versterkt en de zorg dicht bij de patiënt wordt georganiseerd. Op 14 oktober heb ik de Kamer een analyse gestuurd van de noodzaak om de zorg en ondersteuning in de buurt te versterken. Aansluitend op die analyse zal ik de Kamer voor de zomer van 2012 een concreet werkplan sturen, waarin ik inga op de maatregelen die ik wil inzetten om de zorg en ondersteuning in de buurt daadwerkelijk te versterken.

De heer Van der Veen vroeg of ik bij de brief over het zorglandschap de stand van zaken kan geven van de ziekenhuisontwikkeling. Ik vind dat prima. Ik zal het bij die brief meenemen.

De **voorzitter**: Nee, geen interrupties, wij gaan meteen naar de tweede termijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb uitgebreide vragen gesteld over De Sionsberg. Die zijn niet beantwoord.

Minister **Schippers**: Ik heb nog één antwoord op de vraag over de beschikbaarheidsbijdrage.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, ik kijk naar de tijd en ik tel even uit. Ik gun de leden een tweede termijn. Daarvoor ben ik hier ingehuurd. Als er een vraag is blijven liggen, dan hebt u het recht om dat te melden.

Minister **Schippers**: De Sionsberg heeft een beschikbaarheidsbijdrage op basis van de spoedeisende hulp die daar aanwezig was. Die spoedeisende hulp is niet meer zoals wij die kennen, maar die is een ander soort acute hulp geworden die wel kwalitatief gegarandeerd is. Wij zijn nu in overleg met de NZa over hoe wij de beschikbaarheidsbijdrage voor De Sionsberg in 2012 kunnen voortzetten.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, wat is blijven liggen? U kunt alleen een vraag stellen over wat is blijven liggen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er wordt nu bekeken hoe die beschikbaarheidsbijdrage overeind gehouden kan worden. Wordt daarbij ook betrokken dat het achterland van De Sionsberg nu al niet aan de 45 minuten norm

voldoet? En dan hebben we nog niet eens over de Waddeneilanden gesproken.

Minister **Schippers**: Er komt een ambulancepost om ervoor te zorgen dat die 45 minuten in ieder geval gegarandeerd wordt.

De **voorzitter**: Mijnheer Van der Veen, welke vraag is blijven liggen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag over het oordeel van de inspectie over de semi-acute zorg. De inspectie zou gezegd hebben dat deze zorg kwalitatief niet op orde is. Ik heb daar geen antwoord op gekregen.

Minister **Schippers**: Er was een spoedeisende hulp, maar die was van onvoldoende kwaliteit. Er is nu een andere variant ontwikkeld, waar niet echt normen voor bestaan omdat deze een beetje een plusvariant van de anderhalvelijnszorg is. Daarom kunnen we volgens de huidige regels niet zo'n beschikbaarheidsbijdrage daaraan verlenen. Wij kijken er nu welwillend naar, want het is van belang dat er in zo'n regio ook ziekenhuiszorg kan blijven bestaan. Wij kijken welwillend naar hoe we dat financieel kunnen regelen, maar de kwaliteit staat wel voorop. Die is het uitgangspunt.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde gekomen van de eerste termijn. Wij gaan naar de tweede termijn van de Kamer. Ik stel een spreektijd voor van maximaal twee minuten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb op meerdere punten geen antwoord gekregen.

De **voorzitter**: Wilt u dan heel kort, staccato, aangeven welke vragen niet beantwoord zijn? Ik vraag echt om uw medewerking. We hebben ieder blokje gehad. Daarom verbaast het mij enorm dat u uw vragen niet even gememoreerd heeft. Of behoren ze tot het blokje overig?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een vraag gesteld over de Da Vinci Robots.

De **voorzitter**: Die heeft de minister beantwoord.

Mevrouw **Leijten** (SP): En de vraag over de kwaliteitseisen voor de inkoop van orthopedische zorg door Menzis?

Minister **Schippers**: Het is aan Menzis om aan zijn zorgplicht te voldoen. Waar de zorg vervolgens wordt ingekocht, is juist de taak en de rol van de verzekeraar.

De **voorzitter**: Dan gaan wij nu aan de tweede termijn beginnen. De spreektijd is maximaal twee minuten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. Ik had het mij niet zo gerealiseerd, maar natuurlijk is het mbi geen automatisme. Het is goed om dat te realiseren. Ik kom wel even terug op de substitutie. De minister zegt dat die ook in het akkoord zit. Misschien moet ik dit morgen herhalen bij het AO over huisartsenzorg. Maar als er daadwerkelijk substitutie is in de eerste lijn, dan moet daar op de een of andere manier geld naar toe. Daarin zit nou juist ook de crux met de huisartsen, maar misschien moeten we daar morgen over spreken. Op dit punt vraag ik mij af hoe we dat dan concreet gaan maken.

Ik denk dat het goed is om artikel 13 aan te passen, want daar lopen we tegenaan.

Ik ben heel blij – ik spring van de hak op de tak – dat de minister toch aan de gang is met het mbi. Als ik haar goed beluister, wordt er ook voortvarend gewerkt aan het vinden van een variant. Als we de prestatiebekostiging in de ggz krijgen, is het heel belangrijk om daar op een goede manier mee te beginnen.

Ten slotte dank ik de minister voor haar klip-en-klare antwoord over de TNF-alfaremmers. Dat is heel erg duidelijk. Ik zal even precies kijken naar die casus, maar je kunt aan iedereen aangeven wat hierbij de antwoorden zijn. Ik dank de minister ook voor de stand van zaken rond De Sionsberg. Ik denk dat het ons een maandje lucht geeft om daar goede afspraken over te maken.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor de heldere antwoorden. Ik ben erg blij met haar toezegging – als ik die goed begrepen heb – dat we, als er inderdaad een alternatief door die knappe koppen verzonnen wordt voor het macrobeheersinstrument, dat ook in 2012 al kunnen invoeren. Het lijkt mij een heel goede prikkel voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars om daar op voorhand rekening mee te houden.

Ik vind het aanbod van de minister om te kijken naar problemen die zijn ontstaan bij de overheveling van TNF-alfaremmers, erg royaal. Daar moeten we heel blij mee zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik kan mij aansluiten bij de vorige twee sprekers. Wij kijken uit naar het alternatief voor het macrobeheersinstrument. Het is goed om te horen dat dit misschien al met ingang van het komende jaar kan. Wij kijken daarnaar uit.

In het hoofdlijnenakkoord staat het een en ander over substitutie. De vraag is: hoe laat je dat nou vliegen? Eigenlijk hebben we het de hele middag al over substitutie gehad, want die TNF-alfaremmers is een substitutie, maar dan van de eerste naar de tweede lijn. Hoe laat je het nou ook vliegen de andere kant op, van de tweede naar de eerste lijn? Wat zijn daar de voorwaarden voor? Zijn er misschien regels die dat in de weg staan? Hoe zit het met de financiële prikkels? Wellicht is dat iets voor het volgende AO over het zorglandschap.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor haar antwoorden. Het is goed dat zij aangeeft dat er een alternatief wordt ontwikkeld voor het mbi. Zij heeft wel gezegd dat de generieke korting nog geldt voor 2012. De prikkel blijft dan nog steeds verkeerd liggen. Hoe snel kan het allemaal gaan?

Er is nog wel wat blijven liggen. Ik heb de minister een vraag gesteld over het meegaan van het honorarium. Als een behandeling stopt vanwege de slechte kwaliteit, dan kan het honorarium omlaag, maar het geld dat overblijft, moet dan mee naar het nieuwe ziekenhuis. De minister heeft aangegeven dat zij denkt dat specialisten dit onderling wel gaan regelen. Ik heb daar mijn scepsis over uitgesproken en ik heb haar gevraagd of zij de overdracht van het honorarium wil verplichten. Daar heb ik haar niet op horen reageren, tenzij ik inmiddels zo duf ben dat ik dat gemist heb. Ik had ook een vraag over de financiering van de TNF-alfaremmers. Ik heb daar een motie over ingediend (29 477, nr. 167) waarin wordt verzocht dat die financiering gebaseerd wordt op een koppeling tussen behandelresultaten en het voorzichtige voorschrijven. Die motie is ook aangenomen. Ik heb zojuist gevraagd hoe het met onderzoek van de NZa daaromtrent staat. Dat zou ik nog graag van de minister willen horen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden. Wij worden het toch niet eens. Met name de NZa-scan geeft

naar mijn idee voldoende aanleiding om uiterst terughoudend te zijn met de dbc-DOT-constructie. Wij zijn er uiterst pessimistisch over dat het in financiële zin op zal leveren, wat het moet opleveren. Maar goed, daarover hebben wij uitvoerig van gedachten gewisseld.

Ik heb gevraagd dat, als er een scan komt, we dan ook de volumeontwikkeling erbij hebben. Dat zou ik wel plezierig vinden. Nu gaat het alleen over de prijs en de omzet, maar het is toch aardig om te weten wat het volume is.

Ik ben ook niet overtuigd van de werking van het macrobeheersinstrument, met name van het rond de tafel gaan zitten en met elkaar gaan kijken wat er gaat gebeuren. Mijn ervaring in de gezondheidszorg is over het algemeen dat het dan heel veel geld gaat kosten. Maar dat zien we dan nog.

De minister reageert wat laconiek, ook op het verhaal van mevrouw Hasaart over de dubbele declaraties. Het is eigenlijk te gek voor woorden dat er een miljard te veel gedeclareerd wordt en dat zo'n zorgverzekeraar vervolgens zegt dat ze dat niet met opzet hebben gedaan en dat de zorgverzekeraars alweer een beetje hebben teruggekregen, en dat je 200 mln. bezuinigt op cultuur, maar bij een miljard zegt: het loopt zoals het loopt. Ik heb daar eerder iets van gezegd. Ik hoop dat verzekeraars daar veel meer bovenop gaan zitten. Ik vind het nog steeds onbegrijpelijk dat het kan gebeuren.

Tot slot wens ik de minister en de ambtenaren heel goede feestdagen.

De **voorzitter**: Dank u wel, maar wij zien de minister nog vaker dan vandaag.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De heer Van der Veen niet, maar een aantal andere Kamerleden nog wel.

De **voorzitter**: Dat is waar.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik ben blij dat de minister blijft bekijken hoe het macrobeheersingssysteem rechtvaardiger kan zijn. Ik vat dat op als een open houding naar voorstellen van andere organisaties.

Ik kom op de TNF-alfaremmers. Ik denk dat het heel goed is dat we gehoor geven aan de vraag van de minister naar concrete casussen. Via de commissie hebben we een paar mails gehad. Ook mevrouw Leijten heeft een aantal casussen. Zo wordt het voor de minister ook duidelijk waar we het hier over hebben. Ik ben ook erg blij met haar concrete uitspraak dat mensen die nu TNF-alfaremmers thuis ontvangen en die ze zo willen blijven krijgen, ze ook thuis moeten blijven ontvangen. Onder die voorwaarde hebben wij ingestemd met de overheveling. Daar zullen we ook bij blijven.

De rest van mijn spreektijd doneer ik graag aan mevrouw Leijten.

De **voorzitter**: Wij doneren elkaar hier niets. Daar gaat de voorzitter over.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij hebben nog 25 minuten, dus ik bedank mevrouw Voortman.

Voorzitter. Als we lezen dat er bij het VUmc een ernstige kwestie aan de hand is op de SEH, dat er ruzie is en dat de inspectie er ook bij betrokken is, willen wij allemaal het naadje van de kous weten. Op het moment dat de minister zegt dat het al in goede banen is, dat ze met elkaar handjes hebben geschud en dat iedereen weer tevreden is, dan is er weer vertrouwen. Maar als in de regio Noordoost-Friesland artsen samen met specialisten, verpleegkundigen, de bevolking, patiënten, de politiek, zich teweer stellen tegen het sluiten van een ziekenhuis, dan is er geen vertrouwen in een mogelijke inzet voor kwaliteit. Dat vind ik heel erg

scheef. Het is ook een heel erg signaal dat de heer Mulder zegt: wij zullen onze rug recht houden bij het omvallen van ziekenhuizen. Als de zorgverzekeraars niet selectief gaan inkopen op kwaliteit, zoals Menzis bijvoorbeeld met de orthopedie doet, dan kunnen we ziekenhuizen afknijpen. Ik maak mij grote zorgen om streekziekenhuizen. Ging het maar alleen om De Sionsberg, maar hetzelfde gebeurt ook in Zevenaar, in Hoogeveen en in Meppel. Moet het dan eerst in de Randstad gaan gebeuren voordat de commissie hier wakker wordt? Dat is een beetje een retorische vraag. Maar ik heb een vraag die heel specifiek gericht is aan de minister.

De heer **Mulder** (VVD): Vindt mevrouw Leijten dat een ziekenhuis dat onder de maat blijft presteren, open moet blijven?

Mevrouw **Leijten** (SP): Als er zo veel energie is in een regio om er wat van te maken, dan moeten wij dat steunen. We moeten De Friesland dan niet de vrije hand geven om een ziekenhuis te verplaatsen waardoor zo'n ziekenhuis wordt afgeknepen. Een adherentiegebied van 70 000 inwoners voor een ziekenhuis is behoorlijk wat. Het is erg belangrijk dat die mensen binnen 45 minuten op de spoedeisende hulp kunnen zijn. De heer Mulder zegt altijd dat goedkoper ook kwalitatiever is. Dat is hierbij duidelijk niet het geval, want het ziekenhuis heeft duidelijk een beschikbaarheidstoeslag nodig om het overeind te houden. Als er zo veel energie is in een regio, wil ik dat liever belonen dan bestraffen.

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Leijten geeft geen antwoord op de vraag. Vindt zij dat een ziekenhuis dat onder de maat presteert, open moet blijven? Die vraag is toch eenvoudig te beantwoorden met ja of nee?

Mevrouw **Leijten** (SP): Er moet ziekenhuiszorg dichtbij beschikbaar zijn. Als een ziekenhuis onder de maat presteert, zorgen we dat het verbetert in plaats van dat we het sluiten, want als je het sluit, krijg je het nooit meer terug. Als de heer Mulder inderdaad wil dat er op de agenda staat dat we naar 60 ziekenhuizen gaan, dan moet hij eerlijk zeggen tegen Noordoost-Friesland, tegen de regio's in Drenthe en tegen de regio waar het ziekenhuis van Zevenaar ligt: sorry, maar we gaan uw ziekenhuis sluiten; we nemen zelf geen politieke verantwoordelijkheid, maar we laten die agenda uitvoeren door de zorgverzekeraars. Dat vindt de SP niet goed. Zij zal debatten voeren over ieder ziekenhuis dat gesloten wordt door inkoopmacht.

Voorzitter. Ik wil de minister een vraag stellen. Er is vrijdagavond een actievergadering van specialisten, artsen, huisartsen, verpleegkundigen, patiënten en lokale politiek over de toekomst. De minister zegt dat er een opening is bij de beschikbaarheidsbijdrage. Zal zij dan wel iemand van het ministerie daar aanwezig zijn? Zo ja, dan laat de minister aan deze regio zien dat zij wil meedenken. Ik zou dat een uitermate goed signaal vinden. Ik heb een vraag over de TNF-alfaremmers. Heeft de minister alleen navraag gedaan bij de ziekenhuizen, waarop zij zeggen dat ze het geregeld hebben, of heeft zij ook gekeken naar de patiëntgroepen en de artsen en is het daar geregeld?

Als wij het prima vinden dat er zo veel middelen verspild worden aan dure apparatuur en dat wij niet doen aan gezamenlijk inkopen, dan is de voorspelling van de minister dat de zorg goedkoper zal worden, een beetje een holle frase.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Die verspilling van apparatuur is juist een kenmerk van onvoldoende selectief inkopen, want blijkbaar kon ieder ziekenhuis zulke apparatuur neerzetten zonder dat zij daar voldoende patiënten voor heeft of zonder dat ze nodig was. Ik vind het heel erg dat dat gebeurt. Het gebeurt niet alleen bij die robot. Bij een heleboel dure

apparatuur, denkt een ziekenhuis in de regio: ik wil dat apparaat. Een ander ziekenhuis denkt dan: ja maar, ik ben het innovatieve ziekenhuis; ik neem het ook. Dan denkt een academisch ziekenhuis: ja maar, dan hebben wij het ook. Dat willen wij juist tegengaan. Alle acties zijn erop gericht dat de zorgverzekeraar wel selectief gaat inkopen. Wat wij doen, is juist goed, want dat zal voorkomen dat wij dit vaker tegenkomen.

Ik kom op de TNF-alfaremmers. Het is belangrijk dat ziekenhuizen zelf kijken bij patiëntengroepen en bij hun artsen of alles in orde is. Uiteindelijk heeft het ziekenhuis zelf de verantwoordelijkheid om aan te geven: het is bij ons in orde; wij hebben dat goed opgepakt. Van zorgverzekeraars vraag ik hetzelfde. Waar het misgaat – ik hoop dat dat in heel weinig gevallen gebeurt – zullen wij ons best doen om daar een zetje aan te geven, zodat het wel goed gaat.

Ik kom op De Sionsberg. Juist in krimpregio's kunnen ziekenhuizen en andere zorg in de problemen komen. Wij vragen aan de krimpregio's om de handen ineen te slaan en om ervoor te zorgen dat de kwaliteit niet onder de maat zakt. Als die onder de maat zakt, kun je gewoon niet zeggen dat je ermee doorgaat, want uiteindelijk is kwaliteit het belangrijkste. Maar juist bij De Sionsberg zoekt iedereen, inclusief de verzekeraar, heel druk naar wat daar met voldoende kwaliteit overeind gehouden kan worden. Wij voelen ons zo betrokken dat, in plaats van dat ik daarnaar afreis om het te vertellen, ik gewoon actie ondernem en samen met de NZa ga bekijken hoe wij de beschikbaarheidsbijdrage, ook op de faciliteit die daar is, die geen spoedeisende hulp genoemd wordt, kunnen aanpassen, zodat we die overeind kunnen houden, want uiteindelijk gaat het wel om de resultaten.

De heer Van der Veen sprak over de noodzaak dat de zorgverzekeraar boven op de rechtmatigheid zit. Dat standpunt deel ik van harte met hem. Dat heb ik net gezegd, maar dat wil ik expliciet herhalen. Als er sprake is van fraude, moet je die snoeihard aanpakken, want met zijn allen zaken betaalbaar houden, betekent ook met zijn allen netjes declareren en niet meer dan nodig is. Mensen worden namelijk goed betaald.

Mevrouw Dijkstra vroeg hoe het staat met het NZa-onderzoek. In het voorjaar krijgen we daarvan de resultaten.

De medisch specialisten die van ziekenhuis veranderen, nemen het geld mee. In het beheersmodel medisch specialisten is een schuifruimte van 3,2% beschikbaar voor groei en overheveling van honorarium. Verzekeraars spelen een rol bij deze verdeling van de schuifruimte. Verzekeraars en aanbieders dienen hiervoor een verzoek in bij de NZa. Ik kan instellingen daar niet toe dwingen.

Verschillende leden, onder wie mevrouw Smilde en de heer Mulder, vroegen naar de substitutie. Uiteindelijk is het aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet zorg inkopen waar hij de beste kwaliteit kan krijgen voor de scherpste prijs. We hebben gezien dat de nacalculatie in de ziekenhuizen beter was geregeld dan in de eerste lijn, en dat zorg waarvan je eigenlijk in alle rationaliteit kunt zeggen dat je die beter in de wijk kunt inkopen, in het ziekenhuis werd ingekocht. De macronacalculatie is eraf, dus je neemt aan dat de zorgverzekeraars er meer bovenop gaan zitten om die substitutie daadwerkelijk waar te maken. Maar hoe zie je nu wanneer iets verschuift? Het lijkt mij dat wij samen met huisartsen goed moeten afspreken dat we dat gaan monitoren en dat men elkaar daar daadwerkelijk op kan afrekenen, zodat er afrekenbare afspraken worden gemaakt.

Als wij de oplossing voor het mbi eerder vinden, in 2012 – dat is dan een private oplossing – dan kijken we of die juridisch waterdicht te maken is. Als de partijen die nu ook allerlei alternatieven aandragen, zoals zorgverzekeraars en ziekenhuizen, het vervolgens met ons eens zijn dat dat een veel beter instrument is, dan kan dat ingaan, ook al in 2012. Iedereen die er dan op gespeculeerd heeft dat hij heel veel moet produceren om het terug te krijgen, heeft dan pech.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is jammer dat de minister en haar ambtenaren niet naar de actievergadering op vrijdagavond gaan, maar ik juich het toe dat zij met de NZa kijkt naar de beschikbaarheidstoelage in een andere vorm. Ik ga wel naar die actievergadering. Ik wil graag iets laten weten aan de mensen daar, want half januari zien zij de boel echt omklappen als er niets gebeurt. Op welke termijn verwacht de minister de uitkomst van de studie over dit onderwerp, die zij samen doet met de NZa? Als ik dat weet, dan kan ik dat doorgeven.

Minister **Schippers**: Binnen een week.

Mevrouw **Leijten** (SP): Binnen een week. Dus voor oud en nieuw worden we nog geïnformeerd over hoe het verdergaat met de beschikbaarheidstoelage van De Sionsberg?

Minister **Schippers**: Ja.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Er was nog één ding blijven liggen: mijn opmerking over de specialisten in loondienst. Daar heb ik de minister niet op horen reageren. Zij heeft wel gereageerd op het honorarium in het DOT-systeem, maar zij heeft nog niet gezegd wat zij van de andere optie vindt.

Minister **Schippers**: Er zijn ziekenhuizen met specialisten in loondienst en ziekenhuizen met specialisten in maatschap. Het kan allebei. Het allerbelangrijkste is dat in 2015 hetgeen je een specialist betaalt, deel uitmaakt van de prijs die je betaalt. Je betaalt dan een integraal tarief. Dat is het cruciale. We kunnen erop speculeren of iemand in 2015 liever in loondienst werkt of niet, maar dat zullen we dan zien.

De **voorzitter**: Is er nog behoefte aan een VAO of kunnen we dit AO als afgesloten beschouwen? Ik zie geknik. Kan mevrouw Leijten aangeven waar het VAO dan ongeveer over gaat?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij zullen een motie indienen over de TNF-alfaremmers, maar ook over het gezamenlijk inkopen van gespecialiseerde apparatuur of de samenwerking daarbij, om verspilling te voorkomen.

De **voorzitter**: Dan komt er een VAO met als eerste spreekster mevrouw Leijten.  
Ik dank de minister en haar ambtenaren, het publiek op de publieke tribune en de geachte afgevaardigden.