

Vergaderjaar 2008–2009

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 61

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 september 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 10 september 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 18 juli 2008 over Routekaart invoering prestatiebekostiging en DBC-verbeterplan (29 248, nr. 51);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 18 juli 2008 over aanbieding Monitor Ziekenhuiszorg 2008/uitbreiding B-segment (29 248, nr. 49);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 8 september 2008 over criteria voor inzet prijsbeheersingsinstrument (29 248, nr. 52).**

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

Voorzitter: Schippers

Griffier: Teunissen

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Spelen met levens. Zo kun je de drieste uitbreiding van de marktwerking in de ziekenhuizen omschrijven. Spelen met levens, jazeker. De acute zorg wordt vrijgegeven voor de markt. Mensen met een hartinfarct of een beroerte weten straks niet meer zeker of zij de beste zorg krijgen, omdat financiële afwegingen steeds belangrijker worden. Een academisch medisch centrum gooit twee weken de afdeling gastro-enterologie dicht, om winstgevend liefsbreukoperaties te verrichten. Daardoor worden spoedeisende operaties voor bijvoorbeeld kankerpatiënten noodgedwongen uitgesteld. Verpleegkundigen krijgen de opdracht, de pijnbestrijding na een operatie zo snel mogelijk te stoppen, zodat patiënten sneller kunnen worden ontslagen. Alleenstaande vrouwen met borstkanker worden na een borstsparende operatie dezelfde dag naar huis gestuurd. Tenzij je mondig bent, dan mag je langer blijven. Lang leve de marktwerking en het productiedenken!
In het regeerakkoord is opgenomen dat de invoering van de marktwerking zorgvuldig moet geschieden. De eerste ervaringen met de vrije prijzen zijn

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

niet gunstig. Marktwerking heeft als doel betere zorg tegen lagere kosten. Het vrij onderhandelbare B-segment laat over 2006 en 2007 een bijna tweemaal zo hoge groei zien als het niet-vermarkte A-segment. De totale kosten van de ziekenhuiszorg zijn in 2007, met 6,5% tot 7,5%, sterker gegroeid dan in voorgaande jaren, toen wij een groei van gemiddeld 5% zagen. Een verbeterde kwaliteit door de marktwerking is niet aangetoond. Wel dat er mogelijk sprake is van overbehandeling bij de vermarkte staarbehandelingen. Dat was ook de reden dat ik voor de zomer een motie heb ingediend om een pas op de plaats te maken met de uitbreiding van de marktwerking en om na het reces opnieuw over de wenselijkheid van marktwerking en verdere liberalisering te debatteren. Dat gebeurde met steun van de PvdA, zodat een Kamermeerderheid ontstond. In de vakantie lapte de minister de motie echter aan zijn laars. De PvdA trekt vervolgens haar keutel in en buigt voor het CDA. De conclusies van de Nederlandse Zorgautoriteit hebben ons gerustgesteld, zegt de PvdA. Hoe zit het nu, mijnheer Van der Veen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Volgens mij was het een puur procedurele motie, waarin het niet gaat om uitstel van marktwerking. In de motie is de minister gevraagd het advies van de NZa alsnog begin september te behandelen. Misschien dat de heer Van Gerven kan zeggen waar het woord «marktwerking» in de motie staat.

De heer **Van Gerven** (SP): In de motie staat nadrukkelijk dat de minister geen stappen mag zetten voordat de Kamer heeft gediscussieerd over de uitkomsten van de monitor. De PvdA heeft de motie gesteund. Vervolgens verandert er niets. De monitor verschijnt en vervolgens stemt de PvdA ermee in. Dat vind ik onverklaarbaar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij zijn het er dus over eens dat de motie niets met marktwerking te maken heeft. Het is een procedurele motie over uitstel van de behandeling van het NZa-advies.

De heer **Van Gerven** (SP): De motie heeft alles te maken met marktwerking. De SP wil de marktwerking stoppen. Wij willen een pas op de plaats maken om te kunnen beoordelen wat de NZa zegt. Vervolgens willen wij discussiëren over de vraag of doorgaan met marktwerking zinnig is. Het heeft alles met de inhoud te maken en het is dus niet alleen een procedurele motie.

De rol van de NZa is curieus. In maart waarschuwt de zorgautoriteit de minister nog dat verdere liberalisering riskant is. Het dbc-systeem rammelt aan alle kanten. Daarom is verdere liberalisering niet verantwoord, zo lezen wij. Na een behandeling door het ministerie zijn zij later ineens wel voor uitbreiding. Hoezo, zorgvuldig onderzoek? Er zijn nog geen cijfers over de effecten van verruiming van de marktwerking in de ziekenhuissector naar 20%. De zorgautoriteit concludeert zelf dat de oorzaken van de volumeontwikkeling niet bekend zijn. Het is daarom lastig te beoordelen of bepaalde ontwikkelingen wenselijk zijn. In gewoon Nederlands: wij weten niet hoe de marktwerking uitpakt. Waarom maken wij dan geen pas op de plaats, zo vraag ik nogmaals de PvdA. Dit is toch niet zorgvuldig, zoals in het regeerakkoord is afgesproken?

De SP wil als harde voorwaarde dat de overschrijding van het zorgvolume door de ziekenhuizen niet afgewenteld wordt op de verzekeren. Is de PvdA ook dit standpunt toegedaan? Van de minister krijgen wij geen duidelijkheid. Die biedt geen hom of kuit.

Dan de acute zorg. Hoe is het mogelijk dat mensen met een hartaanval of beroerte aan marktwerking blootgesteld worden? De zorgautoriteit stelt dit voor vanwege economische motieven. Maar is dit geen spelen met levens, zo vraag ik minister en zijn coalitiegenoten. Dit is toch volledig in

strijd met het regeerakkoord? Of heb ik het mis? Wordt hier niet een morele grens overschreden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven spreekt over acute zorg onder de marktwerking. Naar mijn beleven blijft acute zorg gewoon in het A-segment.

De heer **Van Gerven** (SP): In het voorstel van de zorgautoriteit worden coronaire aandoeningen, dreigende hartinfarcten en beroertes, wel dege-lijk vermarkt en overgegeven aan de vrije prijsvorming. Als dat niet zo is, hoor ik dat uiteraard graag. In het voorstel gebeurt dat wel.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven gooit alles op één hoop. In principe zit de acute zorg in zijn algemeenheid niet onder de 34%.

De heer **Van Gerven** (SP): In de bijlage van de Nederlandse Zorgautoriteit staan coronaire aandoeningen en beroertes nadrukkelijk genoemd als te vermarkten en als te liberaliseren deel. Ik hoor graag dat het niet zo is. Ik lees het echter anders. Ik neem aan dat de minister het voorstel wil overnemen.

Hoe staat het met behoud van de kleine ziekenhuizen? Het recente onderzoek van Gupta Strategists is alarmerend. Het adviesbureau verwacht een verdere schaalvergroting, waarbij de kleine ziekenhuizen het loodje dreigen te leggen. Hoe gaat de minister de ontmanteling van de streekziekenhuizen keren? Mensen hechten grote waarde aan de menselijke maat in het streekziekenhuis om de hoek. Een kleiner ziekenhuis is relatief veel meer geld kwijt aan beschikbaarheidsfuncties zoals intensive care en spoedeisende en eerste hulp. Hoe zit het met de beschikbaarheidstoelage? Wat gaat de minister doen als de kosten van de ziekenhuiszorg verder stijgen dan begroot? Worden de ziekenhuizen gekort? Wordt het pakket uitgekleed of komen er eigen bijdragen? Kan de minister hom of kuit geven?

De kwaliteit wordt niet echt gemeten en is niet te constateren. Wat betekenen alle maatregelen voor de werkdruk van het personeel? Worden mensen niet te snel uit het ziekenhuis ontslagen als de ligtijd voortdurend wordt verkort? De trend is steeds meer dagbehandeling in plaats van opname. Is dit in alle gevallen wenselijk? Zorg wordt steeds meer productie draaien. Is dit wenselijk? Is de minister bereid, onderzoek te doen naar wat de ontwikkelingen op deze aspecten betekenen voor de kwaliteit, het personeel en de mensen? Zijn er aanwijzingen dat er voorrangszorg voor verzekerde zorg ontstaat, conform het principe: «service goes where the money flows», bijvoorbeeld bij de zbc's? Is de minister bereid dit nauwgezet te volgen? Wij moeten absoluut niet de kant op van tweedeling en voorrangszorg.

Een actuele vraag is die over het Orbisconcern in Sittard en omgeving, het Maaslandziekenhuis. Dat heeft momenteel grote problemen om de financiering rond te krijgen. Ik heb met de raad van bestuur gesproken. Mijn vraag aan de minister is om te bemiddelen om de financiering rond te krijgen. Ik heb begrepen dat de Europese Investeringsbank een rol kan spelen om de financiering rond te krijgen. Ik ben er wezen kijken. Het is een geweldig ziekenhuis, met alles erop en eraan. Het is bijna klaar. Het moet zo snel mogelijk afgebouwd worden en van start gaan, ook gezien de historie. Het is immers een prijsvraag van minister Borst van tien jaar geleden die tot dit ziekenhuis heeft geleid. Het mag niet zo zijn dat liberalisering en kapitaallasten het de das om doen. Het Maaslandziekenhuis moet blijven. Het nieuwe ziekenhuis moet zo snel mogelijk afgebouwd worden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Als ik de heer Van Gerven hoor, vraag ik mij af of wij dezelfde NZa-monitor hebben

gelezen. Ook ik ben kritisch over ontwikkelingen. Ik zal straks ook kritische vragen stellen. De resultaten stemmen echter overwegend positief. De toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg is vergroot. Er is meer aandacht voor kwaliteit. Er is sprake van een gematigde prijsontwikkeling. Dat is positief, zo zou ik zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP): De prijsontwikkeling over 2006–2007 van het vrije segment en het niet-vrije segment laten geen lagere prijzen in het B-segment zien. De prijzen laten een wisselend beeld zien. Het volume van het B-segment stijgt in 2006 twee keer zo hard. Ook in 2007 stijgt het sterker dan het A-segment. Dat lees ik in de monitor. Kosten zijn volume maal prijs. Mijn voorlopige conclusie is dat het B-segment een sterkere groei laat zien dan het A-segment. Dat blijkt uit de monitor en uit andere onderzoeken, zoals van het CVZ.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie is met overtuiging de weg opgegaan van de Zorgverzekeringswet, waarbij vraagsturing centraal staat. De zorgvrager moet zich verzekerd weten van kwalitatief goede zorg die betaalbaar en goed toegankelijk is. Het is aan ons als overheid om dat te borgen. Een middel om die zorg mogelijk te maken, is dat er meer ruimte komt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te onderhandelen over de kwaliteit van de tarieven en de behandelingen. Die ruimte zit in het B-segment. Het resultaat van die onderhandelingen moet beantwoorden aan de doelstelling van meer kwaliteit van zorg, in combinatie met een beheerste prijsontwikkeling. Daarop beoordelen wij de voorstellen van de minister. Om een zorgvuldige uitbreiding van het B-segment mogelijk te maken, hebben wij in juni toegestemd met het principebesluit in afwachting van de monitor van de NZa. Wij constateren dat de NZa met een zekere terughoudendheid het groene licht geeft. Dat heeft vooral te maken met de korte periode waarop de NZa haar bevindingen kan baseren. Daarnaast is een verbeterd dbc-systeem noodzakelijk. Alles afwegend zien wij samen met de minister positieve ontwikkelingen en een sterke noodzaak van een behoedzame en beheerste uitbreiding van het B-segment. Daarom steunen wij deze route.

Wij realiseren ons terdege dat wij in een overgangssituatie zitten van aanbod- naar vraagsturing, met alle onzekerheden van dien. Daarom vraag ik aandacht voor de volgende punten in de brieven. Het NZa-rapport richt zich duidelijk op kwaliteit. Dat is heel plezierig. De NZa vindt het cruciaal dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in de contractonderhandelingen meer werk maken van afspraken over geleverde kwaliteit en de transparantie daarvan. Ook de Raad voor de Volksgezondheid maakt kritische opmerkingen over de kwaliteit van de onderhandelingen. Het duurt bovendien erg lang voordat de contracten worden gesloten. Kan de minister aangeven of hij de partijen op dit punt aanspreekt? Wij roepen partijen op om hun verantwoordelijkheid te nemen en ervoor te zorgen dat het prijsbeheersingsinstrument dat de minister in de lucht laat hangen overbodig is. Dreigen met een bodemprocedure helpt daarbij niet echt. Als het leven sterker is dan de leer het volgende. In de brief van 8 september geeft de minister de voorwaarden aan voor mogelijke invoering van het pbi. Wij delen zijn mening dat vrije prijzen bedoeld zijn om zowel de prijs als de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Wij steunen ook de gedachte om het pbi te baseren op de kostengroei in het B-segment. Wel willen wij dat scherp omschrijven. Als de groei in het B-segment hoger uitvalt dan het totaal van de volume- en prijscomponent, volgt de prijsmaatregel. Over welk volume hebben wij het dan? Het is toch de gedachte om de prijzen te beperken, zodat er niet ingegrepen hoeft te worden in het volume? Hoe zit dat? De minister wil een uitzondering maken voor het wegwerken van wachtlijsten. Hoe gaat dat in de praktijk? De minister kondigt in de brief van 18 juli criteria aan voor de volumeoverschrijding, die hij zal hanteren op het moment dat actie nodig is. Kan

hij daarover iets zeggen? Overigens zijn wij zeer content met het toegezegde onderzoek naar de volumegroei. Wanneer wordt dat onderzoek verricht?

In principe valt het hele B-segment onder het pbi. Is echter de noodzakelijke korting in het B-segment beperkt en kan de NZa de verantwoordelijke groep afbakenen, dan kan er wellicht sprake zijn van gedeeltelijke regulering. Wanneer hebben wij het echter over het begrip «beperkt»? Wordt bij invoering van het pbi ook de mogelijkheid van contractering tussen verzekeraars en ziekenhuizen belemmerd? Gaat een dergelijk prijsbeheersingsinstrument ook een rol spelen bij de kwaliteit? Het mag niet ten koste van de kwaliteit gaan. Wij willen uiteindelijk door met de vrije onderhandelingen en daarmee kwaliteit van zorg tegen een redelijke prijs bereiken. Het pbi is naar onze mening een tijdelijke bescherming tegen te hoge prijsstijgingen. Wij zien met belangstelling de nadere informatie in de herfst tegemoet.

Dan de routekaart naar invoering van de prestatiebekostiging. Wij zien met die routekaart duidelijk dat het goed is om het vernieuwde dbc-systeem iets later in te voeren. Wij hebben in het AO van 18 juli vragen gesteld over de consequenties voor het functiegericht budget. Het lijkt ons een goed idee dat partijen zelf met de NZa de knelpunten inventariseren en oplossen.

Tot slot iets over de aanpassing van de risicoverevening. In een recent onderzoek van de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie over de aanvullende verzekering kwam zijdelings naar voren dat een risico-selectie direct of indirect zou kunnen dreigen voor de basisverzekering omdat de verevening niet toereikend zou zijn. Volgens de routekaart wordt de verevening per 1 september aangepast en is die per 1 januari operationeel. Is die verevening voldoende? Non-selectie is een van de steunpilaren van de Zorgverzekeringswet. Wij hechten aan een adequate verevening.

De heer Van Gerven heeft een verhaal gehouden over Orbis. Bemiddeling is wat sterk. Wij wachten met veel belangstelling de beantwoording af van de schriftelijke vragen die het CDA daarover gisteren heeft gesteld. Hoe heeft dit zo kunnen komen?

De **voorzitter**: Die vragen zijn overigens buiten de orde. Dit onderwerp staat niet op de agenda. Als de minister die kan meenemen, is het meegenomen. In principe moeten die vragen elders worden gesteld.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Voor het reces heeft een algemeen overleg plaatsgevonden waarin is gesproken over de voorstellen van de minister om het vrije prijssegment uit te breiden tot maximaal 34%, mits de NZa-ziekenhuismonitor over 2008 daarvoor voldoende aanleiding geeft. Mijn fractie heeft bij dat AO aangegeven onder deze voorwaarde met uitbreiding van het vrije prijssegment te kunnen leven. Inmiddels zijn de resultaten van de NZa-monitor bekend. De resultaten stemmen overwegend positief, zo zei ik net al tegen de heer Van Gerven. Ik noem de vergrote toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg en meer aandacht voor kwaliteit. Ook is er sprake van een gematigde prijsontwikkeling. Deze resultaten geven mijn fractie voldoende vertrouwen dat de voorgestelde uitbreiding van het vrije prijssegment niet tot onverantwoorde kostenstijgingen zal leiden en ook niet tot de door de heer Van Gerven geschetste onverantwoorde situaties. Dat betekent niet dat mijn fractie op alle punten gerustgesteld is en geen vragen meer heeft.

Het is belangrijk dat de minister een sturingsinstrument voor de kosten in handen houdt. Het is daarom goed dat er wordt gewerkt aan een verbeterde vorm van maatstafconcurrentie. Als het gaat om de vormgeving van het prijsbeheersingsinstrument wordt in de brief gesproken van een denkrichting. Hoe concreet is de in de brief gepresenteerde uitwerking? Waarin

verschilt dit nog te ontwikkelen pbi van de eerder voorgestelde maatstaf-concurrentie? Waarvan zijn eventuele aanpassingen afhankelijk?

De minister wijst er in zijn brief terecht op dat het pbi effectief en juridisch houdbaar moet zijn. De effectiviteit hangt nauw samen met de juridische perfectie en daarmee met de juridische verankering. Het zou om die reden goed zijn als het pbi een wettelijke basis krijgt, bijvoorbeeld in de WMG. Mijn vraag is of dit ook het voornemen van de minister is.

Het prijsbeheersingsinstrument zal ook worden ingezet als rem op volumegroei. Het is het enige instrument dat de minister heeft om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. De overheid heeft een pas op de plaats gemaakt om ruimte te geven aan ziekenhuizen. Het is niet ondenkbaar dat de ziekenhuizen deze ruimte ten volle zullen benutten om door middel van zorginnovaties hun marktaandeel te vergroten. Tegelijkertijd geven de ziekenhuizen aan zich niet verantwoordelijk te voelen voor volumegroei. De vraag doet zich voor wie er nog aan te spreken valt op een visie op de inrichting van de zorg. Het gaat dan om de totaalvisie. Wie maakt zich druk om de totaalomvang en samenstelling van het aanbod? Als zich opnieuw wachtlijsten voordoen, wie valt er dan aan te spreken op ontbrekende infrastructuur? Dit zijn vragen voor de uitwerking in de toekomst. Ik wil niet ronduit negatief zijn. Het is echter belangrijk dat de minister ook inhoudelijke instrumenten in handen heeft, behalve het in de strijd gooien van het prijsbeheersingsinstrument. Hij moet wegen hebben om te sturen en om ziekenhuizen en andere aanbieders op zorginhoud aan te spreken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de toegezonden brieven. Een kleinigheid is het volgende. Ik heb al vaker geconstateerd dat ik het niet erg vind om dit soort brieven, ook gezien de complexiteit van de materie, eerder te ontvangen. De brieven zijn pas eergisteren ontvangen. Het is dan erg lastig om over zo'n ingewikkelde zaak een oordeel te vormen.

Iets anders is het NZa-advies. In de junivergadering hebben wij met klem aangedrongen om de discussie over het NZa-advies in september te voeren. Om die reden hebben wij ook de motie van de SP mee ondertekend. Wij begrijpen van de minister dat in verband met de risico-verevening en de samenstelling daarvan er echt besluitvorming moest plaatsvinden. Dat hebben wij geaccepteerd. Ik wil wel graag van de minister de toezegging dat dit eens maar nooit weer is. Wij vinden het uiterst vervelend dat wij niet over het NZa-advies hebben kunnen spreken. De PvdA is voor transparantie, is voor kwaliteit en is voor inzicht van de burger in de gezondheidszorg. Wij steunen alles wat daartoe bijdraagt. Als verandering van een financieringssysteem die transparantie bevordert, zijn wij daarvoor. Wij realiseren ons dat dit om een veranderingsproces vraagt. In dat proces kun je niet alles van tevoren strak vastleggen. Je moet met gemotiveerde en creatieve mensen werken. Je moet er ook voor zorgen dat creativiteit en motivatie een plek vinden. Daartegenover staat dat het om gezondheidszorg en om heel veel geld gaat. Net zoals in andere veranderingsprocessen moet ervoor gezorgd worden dat er duidelijkheid bestaat over de te bereiken stappen. Je moet helder zijn als een stap niet bereikt is. Je moet ook helder zijn wie verantwoordelijk is als het onverhoopt misloopt. Wij hebben er in juni erg veel aandacht aan besteed. Dat punt blijft ons bezighouden.

De brieven geven op een aantal punten meer duidelijkheid. Ons spreekt vooral in de brief van 18 juli aan dat de minister schrijft dat de bewijslast voor de beheerste prijs- en volumeontwikkeling bij de ziekenhuizen ligt. Dat hebben wij ook een- en andermaal betoogd. Wij zijn blij dat de minister dat zo klip en klaar stelt. Risico's dienen volgens de minister niet ten laste van de burger of de overheid te komen. Dat is bijna een letterlijk citaat van de PvdA-inbreng van juni. Kan de minister werkelijk garanderen dat de stappen die hij nu wil zetten straks geen pakketverkleining of premieverhoging betekenen? Ik stel deze vraag omdat de minister in de

brief van 8 september aangeeft dat hij bij overschrijding naast de instrumenten van pakketverkleining en het invoeren dan wel verhogen van de eigen bijdrage over een prijsbeheersingsinstrument wil beschikken. Graag duidelijkheid op dat punt. Nogmaals, de bewijslast bij de ziekenhuizen spreekt ons zeer aan.

Dan de zorgvuldigheid in verband met risico's en onzekerheden. Wij hebben het hier steeds over wat er gebeurt als de kosten meer stijgen dan voorzien. Bij de prijs komen wij er wel uit. Die wordt bij de onderhandelingen vastgesteld. Het gaat mij vooral om het volume. Kan de minister aangeven op welk moment de volumeoverstijgingen van 2009 bekend zijn? De minister schrijft dat er een onderzoek komt naar de bepalende elementen van de volumegroei. Het is eerder aan de orde geweest. Kan de minister aangeven op welke termijn het onderzoek afgerond zal worden en welke afspraken er met zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn gemaakt over de uitkomsten van het onderzoek? Heeft de minister daarover sluitende afspraken gemaakt, zodat er achteraf geen discussie bestaat over de uitkomsten? Wij zijn uitermate nieuwsgierig hoe het staat met de bodemprocedure. Ook daarbij is het volumeaspect aan de orde. Wij zouden graag weten welke afspraken de minister daar met de ziekenhuizen over heeft gemaakt.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): In het coalitieakkoord staat dat verdere uitbreiding van de volledig vrije prijsvorming pas plaatsvindt na zorgvuldige evaluatie. Die zorgvuldige evaluatie zou moeten blijken uit de NZa-monitor die wij hebben gekregen. Ik hoor graag van de heer Van der Veen of hij dat inderdaad een zorgvuldige evaluatie vindt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zorgvuldig is een subjectief begrip. Wij vinden het voldoende onderbouwd om deze stap te zetten.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Kan de heer Van der Veen de term «voldoende» toelichten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Door de collega's van het CDA en de ChristenUnie is een aantal opmerkingen gemaakt over een aantal zaken in het rapport. Dat geeft ons aanleiding om te zeggen dat het voldoende is: een 6+.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is een nieuw standpunt van de PvdA. Ik heb gehoord dat een collega van de heer Van der Veen, Mei Li Vos, zojuist in de plenaire vergadering heeft gezegd: de PvdA zal niet instemmen met uitbreiding van de marktwerking in de ziekenhuiszorg. Hoe is dat te rijmen met dit verhaal?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben mijn betoog met opzet begonnen met de melding dat wij het hier hebben over een andere financierings-systematiek, vergelijkbaar met die bij de huisartsen, waar het abonnementssysteem verlaten is voor een min of meer verrichtingensysteem. Dat laatste moet de huisartsen prikkelen tot andere werkzaamheden en de patiënt meer inzicht geven. Hier vindt iets vergelijkbaars plaats. Zo kijken wij hiernaar.

De heer **Van Gerven** (SP): Met welke PvdA hebben wij nu van doen? Mei Li Vos zegt toch wat anders? Dit is toch uitbreiding van de marktwerking? Ik begrijp het niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan niet helderder zijn. De PvdA heeft duidelijke reserves over marktwerking. Wij hebben een- en andermaal aangegeven dat marktwerking alleen toelaatbaar is als het de patiëntenzorg ten goede komt. Hier spreken wij over een veranderde financierings-

systematiek. Ik heb de SP niet gehoord toen de huisarts van een abonnementsstelsel op een verrichtingsstelsel overging. Hier is grosso modo van hetzelfde sprake.

Het is ontzettend belangrijk dat het contracteren snel plaatsvindt. Tot nu toe is dat een knelpunt. Heeft de minister toezeggingen dat het contracteren sneller zal plaatsvinden? Over de kapitaallasten komen wij nog te spreken. Dat die nu nog niet duidelijk zijn, maakt helder dat dit een punt is bij de beoordeling van de ontwikkeling. De NVZ heeft daarover ook opmerkingen gemaakt.

Het proces van vereenvoudigde dbc's. Anderen hebben er al over gesproken. Wij willen van de minister weten wanneer er sprake is van eenvoudige en toepasbare dbc's. Zorgverzekeraars Nederland spreekt daar ook over.

Er is onzekerheid over de werkelijke kosten. Het is nogal wat. Het is bekend dat er een gat zit tussen de bevoorschotting van de ziekenhuizen en de bonnetjes die zij vervolgens inleveren. Het leidt ertoe dat accountants in toenemende mate risicoparagrafen invoeren bij ziekenhuizen. Wij vragen ons af hoe goede prognoses gemaakt kunnen worden als niet zeker is wat de kosten in het verleden waren. ZN geeft daarover een signaal. Die organisatie zegt de kosten in het ex-antesysteem niet goed te kunnen voorspellen. Ook daarop graag een reactie.

Een technische vraag over een risicoverevening. Vallen alle dbc's, oud en nieuw, buiten de nacalculatie of gebeurt dat op een andere manier? Staan de risico's die de overheid loopt in verhouding tot de risico's voor de andere partijen?

Wanneer wordt het prijsbeheersingsinstrument, dat er nog niet is, ingezet? Wij voelen voor de ontwikkeling, maar wij vinden er erg veel geloof in zitten. Geloven is in sommige kringen een zeker weten. Voor ons geldt dat wij het zeker weten willen laten toenemen. Wij willen dan ook meer zekerheid van de minister, zodat ons geloof kan toenemen.

De heer **Van Gerven** (SP): Wat vindt de PvdA van het vermarkten van de acute zorg?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is volgens mij niet aan de orde. Wij hebben altijd gezegd dat acute zorg niet voor vermarkting in aanmerking komt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voor mij ligt het lijstje van de Nederlandse Zorgautoriteit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): U vraagt mij toch wat ik ervan vind?

De heer **Van Gerven** (SP): Bent u erop tegen dat mensen met een hartaanval of een beroerte voor behandeling naar het vrije segment moeten? Ja of nee? Dat is immers acute zorg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is voor mij een nieuw inzicht. De PvdA ziet geen voordelen van marktwerking als het gaat om acute zorg.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Het debat van vandaag is cruciaal voor de kostenbeheersing van de ziekenhuiszorg. Er staat veel op het spel. De kernvraag voor ons is een politieke vraag. Die vraag is of de Kamer de minister de ruimte geeft om te breken met het coalitieakkoord. Staan wij hem toe om de volledig vrije prijsvorming in de ziekenhuizen verder uit te breiden dan is afgesproken? Of roepen wij hem terug op basis van de oorspronkelijke afspraak dat er alleen wordt uitgebreid als uit zorgvuldige evaluatie blijkt dat dit de publieke belangen dient en dus toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid? Helaas, de reactie van de heer Van der Veen

doet mij vermoeden dat de Kamer deze minister niet terugfluit. Ik zal in de rest van mijn betoog toch een vurig pleidooi houden om dat wel te doen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Volgens mij komt het het betoog van mevrouw Sap ten goede als zij niet spreekt over de vraag of het coalitieakkoord gebroken wordt of niet. Zo ervaar ik dat niet. Misschien kan zij beter zeggen dat het voor haar gevoel gaat om deze vraag. Volgens mij heb ik dan wat meer helder waarover wij spreken. Anders wordt het wel een heel vreemde discussie. Dat maakt het lastig debatteren.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik zal zo direct mogelijk zijn in mijn woordkeuze. Overall waar ik zeg: wij vinden, ik vind of de minister doet dit of dat, mag het helder zijn dat het steeds de interpretatie van GroenLinks is. Ik ga dat niet steeds toevoegen. Alles wat ik zeg is mijn interpretatie of de interpretatie, het gevoel of het vermoeden van de fractie van GroenLinks. Mijn fractie kan niet anders dan constateren dat de minister zich kennelijk niet gebonden voelt aan de randvoorwaarde van zorgvuldige evaluatie. Nog voordat de evaluatie van de Nederlandse Zorgautoriteit beschikbaar was, had de minister al zijn besluit genomen. Terecht zegt de heer Van der Veen daarvan: dat is eens maar nooit weer. Dat steunen wij van harte. Tijdens het vorige algemeen overleg heeft de Kamer zich daarover ook zeer kritisch getoond. Net voor het zomerreces hebben wij een motie aangenomen waarin wij de minister vragen om de besluitvorming tot december uit te stellen. Op basis van de evaluatie en het oordeel van de Kamer daarover kan dan een weloverwogen volgende stap worden gezet. En wat doet de minister? Die stuurt ons een paar dagen geleden een brief, waarin hij schrijft dat hij zijn besluit, tegen de wens van de Kamer in, heeft doorgezet omdat het veld en de rekenaars voldoende tijd nodig hebben om zich op zijn beslissing voor te bereiden. Hij vindt het besluit ook verantwoord, op basis van zeer gebrekkige gegevens voor 2008. Ik vraag de minister wat hij onder een zorgvuldige evaluatie verstaat. Een onvolledig beeld op basis van een zeer klein deel van de omzet, volgens de NZa 16%? Is dat een zorgvuldige evaluatie? Het zal duidelijk zijn dat mijn fractie dat niet vindt.

Ik ga graag in op de monitor ziekenhuiszorg. Mijn interpretatie van de gegevens daarin is een andere dan die van de meeste fracties. Wij hebben zo weinig gegevens beschikbaar omdat de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zeer moeizaam verlopen. Knelpunt is volgens de NZa dat de onderhandelingsmacht nog steeds te veel bij de ziekenhuizen ligt. Dat vinden wij een levensgroot risico. Het risico is namelijk dat de onderhandelde prijzen uiteindelijk te hoog uitvallen. Ik hoor graag wat de minister hiervan vindt.

Uit de NZa-monitor blijkt ook dat wij nog erg weinig weten van de effecten van het verder vrijgeven van de vrije prijsvorming op de drie publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid. Voor de kwaliteit constateert de NZa dat er in 2008 meer aandacht is, maar nog geen concrete verbetering. Wat de toegankelijkheid betreft, constateert de NZa dat in de afspraken voor 2008 de wachttijden juist minder aandacht krijgen, terwijl die nog steeds boven de norm liggen. Wat betreft prijs- en volumeontwikkeling is nog niets bekend. In 2007 was die wel hoger dan in het A-segment. Dat vinden wij geen geruststellende conclusies. De NZa-conclusie dat er onvoldoende indicaties zijn dat uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 tot negatieve effecten op de drie publieke belangen leidt, vinden wij een terechte, zeer voorzichtige constatering. De minister schrijft in zijn brief dat vergroten van de vrijheids- en verantwoordelijkheidsgraden dienend moet zijn voor de publieke belangen. Wat verstaat de minister echter onder «dienend»? Is dienend dat je iets aan de publieke belangen bijdraagt of is dienend ook al dat je de publieke belangen niet schaadt? De NZa-monitor kan volgens de

GroenLinks-fractie maar tot één wijs besluit leiden: wij maken in 2009 alsnog pas op de plaats en zien af van de verdere uitbreiding van de volledig vrije prijsvorming. Wij vinden dat deze minister het coalitie-akkoord moet uitvoeren en moet stoppen met het doorduwen van zijn eigen partijprogramma. Wij roepen dan ook de PvdA-collega's op – mevrouw Vos is kennelijk al zo ver – om stand te houden en de ferme houding van juni vol te houden. Wij roepen hen op om de minister tot de orde te roepen, samen met ons. Minister, zorg dat er echt werk wordt gemaakt van het prijsbeheersingsinstrument. Stop daar uw energie in 2009 in en schrap de ongereguleerde uitbreiding van de vrije prijsvorming. Het risico dat deze leidt tot forse budgetoverschrijdingen die uiteindelijk toch op de burger verhaald gaan worden, is naar de mening van mijn fractie veel te groot.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De PVV is geen dogmatische tegenstander, maar ook geen blinde voorstander van vrije prijsvorming. In theorie valt er niets op af te dingen. Het principe van vraag en aanbod is immers de basis van onze welvaart. Door schade en schande wijs geworden, weten wij inmiddels dat het ook heel erg mis kan gaan als wij de prijzen vrijmaken. Kijk maar naar de thuiszorg. Er moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan, zoals voldoende aanbod. Dat is toch waar wij bezorgd over zijn bij de ziekenhuizen. Als wij uitgaan van het principe van vraag en aanbod bij een schaarse dienst of product, zal de prijs ervan stijgen. Een kostenbesparend effect treedt alleen op wanneer er voldoende aanbod is. Zit daar ons systeem niet juist op slot met de numerus fixus, de stop op het aantal specialisten en de stop op het kunnen concurreren met elkaar? Ook is er sprake van dubbele vergrijzing. De vraag zal veel meer toenemen dan het aanbod, waardoor de prijs omhoog gestuwd zal worden. Dat laat onverlet dat er 500 000 zorgmedewerkers gevonden moeten worden. Dit alles maakt dat wij uiteindelijk grote prijsstijgingen zullen zien. Een van de oplossingen in het prijsbeheersingsinstrument is verkleining van het pakket. Dan spekken wij de zakken van de specialisten en schrappen wij in het basispakket. Die kant moeten wij zeker niet op. Ik vraag de minister nog eens uit te leggen hoe hij dat gaat voorkomen. Tijdens het vorige debat over de dbc's heb ik een aantal systeem-mankementen aangegeven. De minister zou nog schriftelijk terugkomen op de «one stop visits». Daar hebben wij helaas niets meer van gehoord. Het gaat erom dat dbc 16, waar ongeveer € 80 voor staat, inhoudt dat je vaker terug moet komen, en dat dezelfde dbc voor een «one stop visit» maar € 38 kost. Specialist laten de cliënt gewoon vaker terugkomen omdat dat meer oplevert dan een «one stop visit». Een tweede systeem-mankement is die van de gebrekkige relatie tussen de inspanningen en de kosten. De minister zou daarop terugkomen. Ook dat heb ik niet gezien. Het derde systeem-mankement gaat over de zelfstandige behandelcentra. Daar heeft de minister op gereageerd, zij het redelijk teleurstellend. Ik heb een concreet voorbeeld gegeven, dat de minister weinig realistisch noemt. Ik zal het straks herhalen. Het is gewoon een praktijkvoorbeeld. De minister zegt dat ik «suggereer» dat er door het B-segment een verschuiving plaatsvindt van eenvoudige behandelingen door ziekenhuizen naar zelfstandige behandelcentra. Dat is echter heel erg logisch. Als een ziekenhuis € 1000 krijgt voor een dbc en een specialist € 150, dan krijgt bij een zbc de specialist € 1150. De kosten in beide gevallen zijn € 400. In het zbc houdt de specialist € 750 over. In het ziekenhuis € 150. Voor de toekomst ziet het er dus naar uit dat de zbc's de krenten uit de pap zullen halen voor de ziekenhuizen. De ziekenhuiszorg wordt daardoor relatief duurder. Die is al duurder omdat zij ook een intensive care, een dialyseafdeling en een spoedafdeling draaiende moeten houden. Ik vind het antwoord van de minister tekortschieten. Ik vraag hem dit nog eens toe te lichten.

Wij blijven dit dossier kritisch volgen. Wij zijn vooralsnog geen voorstander van uitbreiding van het B-segment.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik zal proberen het kort te houden. Ik heb hier een interessant rapport voor mij liggen van Gupta Strategists, getiteld Brave New World. Er zit ook een vooruitblik 2007–2012 bij. Ik wil de aanwezigen niet onthouden wat onder punt 1 wordt vermeld: «De uitgaven van de ziekenhuizen zullen 20–25 mld. bedragen in 2012, vergeleken met 16 mld. in 2007. Wij voorspellen een tekort van 1 à 2 mld. ten opzichte van de huidige beschikbare begrotingsontwerpen. Deze 1 à 2 mld. extra moet vrijgemaakt worden voor de ziekenhuizen via hogere premies.» Ik moet even slikken van deze tekst. Dit zijn behoorlijke bedragen. Dat betekent werk aan de winkel voor de minister.

De laatste weken van augustus was regelmatig wat te lezen over ziekenhuizen die in de toekomst winst kunnen uitkeren. Horrorscenario's over kwaliteitsverlies en extreme prijsstijgingen passeerden de revue. Soortgelijke scenario's waren er ook over de dbc's in het B-segment. De Monitor Ziekenhuiszorg 2008 van de NZa laat zien dat deze angstbeelden ongegrond zijn. Dat is althans mijn mening. De prijzen zijn niet extreem gestegen. Noch is de kwaliteit verloren gegaan. Sterker nog, de B-segmenten doen het nu al iets beter dan de A-segmenten. In het Gupta-rapport valt te lezen dat het B-segment een stabiel niveau bereikt van 6% van de totale ziekenhuisomzet. De groei van het B-segment in absolute waarde is vergelijkbaar met de groei van het A-segment. Alle ziekenhuizen hebben een redelijke kans om uit te blinken in het B-segment. Patiënten wisselen vier maal vaker van ziekenhuis in het B-segment dan in het A-segment. Nog een conclusie die volgens mij tekenend is. Mijn vraag is hoe het kan dat het A-segment zo achterblijft bij het B-segment. Heeft dat inderdaad te maken met de vrije prijsvorming?

In mijn inbreng bij het vorige AO heb ik al onderstreept dat het prijsplafond niet ingevoerd moet worden. Een complex prijsbeheersingsinstrument houdt echte prijsvorming en concurrentie tegen. Ik wil het beste voor de patiënt. Dat betekent dat wij straks de zorg moeten kunnen betalen. De patiënt moet de zorg krijgen die hij of zij verdient. Geef het geliberaliseerde B-segment een kans om zich te ontwikkelen, voordat er weer allerlei voorwaarden aan worden gekoppeld. In de brief van de minister lees ik dat hij dit niet direct wil invoeren, maar achter de hand wil houden voor als het uit de hand loopt met prijsstijgingen. Wat is precies het moment waarop de minister wil ingrijpen? Wanneer lopen de kosten volgens de minister uit de hand? Lopen de kosten überhaupt uit de hand? Graag een antwoord.

Kiesbeter.nl is een duidelijke plek voor de consument om informatie te vinden over de zorg. Het is een prima initiatief. De NZa constateert echter dat de keuze-informatie nauwelijks is toegenomen ten opzichte van 2007. Bij Gupta lees ik iets anders. Voor transparantie en kwaliteit van de zorg is toename in keuze-informatie nodig. Het dwingt de ziekenhuizen nog meer in te zetten op kwaliteit als de consument kan zien hoe goed of slecht het ziekenhuis presteert. Bij de vergelijkingen worden allerlei verschillende invalshoeken ingenomen. Misschien is het goed om daarvoor normen te formuleren. Dan kunnen de vergelijkingen wellicht beter worden. Ik vraag de minister hiernaar te kijken en de Kamer zijn bevindingen te laten weten, zo nodig schriftelijk.

Uiteraard heeft het onderwerp van de numerus fixus wel met dit alles te maken. De vraag wordt immers groter. Dan kunnen wij niet hebben dat er onvoldoende huisartsen, specialisten et cetera zijn. Wat dat betreft is het tijd om de numerus fixus af te schaffen.

Kan de minister aangeven wanneer de overfinanciering van de ziekenhuizen over de jaren 2005 en 2006 formeel volledig is afgewikkeld? Het lijkt mij van belang om daarover helderheid te krijgen.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De bespreking van de kapitaal-lasten is uitgesteld. Ik zal er inhoudelijk niets over zeggen, in afwachting van het resultaat van de commissie van wijzen. Ik hoop echter dat deze commissie werkelijk met een concreet voorstel komt en niet met een tussenstandachtig stuk, zonder adviezen op basis waarvan besluiten kunnen worden genomen. De sector moet helderheid krijgen. De huidige onzekerheid is «killing».

Bij de vergroting van het B-segment zijn wij blij met het besluit van de minister. Complimenten daarvoor. Voortgang is belangrijk. Onderzoek en ervaringen wijzen ook uit dat vrije prijsvorming belangrijk is. Als wij het NZa-rapport lezen, zien wij een gematigd positief beeld. Je kunt daarop kritiek hebben, maar dit is al veel meer inzicht dan wij ooit hebben gehad. Alle mensen die kritiek hebben op de situatie, wil ik vragen om eens te kijken naar het A-segment. Werkt het in dat A-segment allemaal zo vreselijk goed? Zijn de incidenten waarover de heer Van Gerven spreekt geen incidenten die je ook in het A-segment tegenkomt? Is het daar allemaal adequaat geregeld? Ik denk van niet. Ik denk zeker niet dat het NZa-rapport en het besluit van de minister de tirade van de heer Van Gerven rechtvaardigen.

Het is goed dat de oorspronkelijk in te voeren maatstafconcurrentie weg is. Dat was zo'n potentieel bureaucratisch gedrocht dat dit besluit echt een zegen is. Onze vrees is wel dat de prijsmaatregel die momenteel wordt ontwikkeld eenzelfde gedrocht wordt. Dat betekent dat aan de voordeur de maatstafconcurrentie als bureaucratische moloch is tegengehouden en die moloch via de achterdeur in de vorm van een prijsmaatregel alsnog binnenkomt. De VVD-fractie vindt het raar dat er heel veel energie en tijd in de ontwikkeling van deze prijsmaatregel gestoken wordt, terwijl daar geen aanleiding voor is. Dat wordt weer: meten, gemiddelden, modellen, rekenen, bijschaven. Als de prijsmaatregel wordt ingevoerd, pakt die slecht uit voor de zorg, de kwaliteit en de ontwikkeling van de sector naar een klantvriendelijke en vraaggestuurde sector. Gewoon niet doen dus en er ook geen tijd, energie en geld in steken. Wie wil dat het goed gaat, moet zorgen voor een «balance of power». Dan is de route natuurlijk die van het vergroten van de risicodragendheid van de zorgverzekeraar. Dat is het systeem waarvoor wij kiezen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een van de zaken waarover wij ons zorgen maken, zoals wij dat steeds luid en duidelijk zeggen, is volumeoversijging. Wat gebeurt er als er meer volume ontstaat dan afgesproken is? Hoe ziet mevrouw Schippers dat? Zij gaf zo-even aan dat de «balance of power» vooral van belang is voor de risicodragendheid van de zorgverzekeraars. Wat vindt mevrouw Schippers van wat de minister in de brief aangeeft over de risicodragendheid van de zorgverzekeraars? Voldoet dat aan haar idee van «balance of power»?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben steeds gezegd een versnelde afbouw van de nacalculatie te willen. Hoe groter dat segment voor risico's wordt, hoe belangrijker het is dat verzekeraars daadwerkelijk voelen dat het uitmaakt wat zij doen. Ik ben het dus ook helemaal niet eens met de stelling van Zorgverzekeraars Nederland dat wij het allemaal rustiger aan moeten doen. Dat past niet bij elkaar. Het model moet het model zijn. Als je daarin niet gelooft, moet je er niet aan beginnen. Hetzelfde zeg ik tegen de heer Van der Veen. Die zegt enerzijds in een systeem te geloven waarin een zorgverzekeraar selectief inkoopt op prijs en kwaliteit. Hij zegt anderzijds te willen dat de overheid met een prijsmaatregel ingrijpt. Wij weten echter allemaal welke desastreuze gevolgen dat gaat hebben voor kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoor ik goed dat mevrouw Schippers zegt dat wat de minister nu zegt over de risicoverevening onvoldoende is voor een «balance of power»?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb het niet over de risicoverevening. Ik heb het over de nacalculatie. Wij vragen al een tijdje of de nacalculatie van de zorgverzekeraars afgebouwd kan worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Vindt mevrouw Schippers de afbouw van de nacalculatie voldoende?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij vinden dat er sneller afgebouwd moet worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als dat niet gebeurt, is er dan geen «balance of power»?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij vinden dat er sneller afgebouwd moet worden. Als ik naar de NZa kijk wat betreft prijsontwikkeling, volumeontwikkeling, kwaliteitsontwikkeling en toegankelijkheidsontwikkeling van het segment dat nu vrij is, vind ik het buiten proportie om dit niet door te zetten. Als wij geen stap maken naar vergroting van het vrije segment, komt het als een boemerang terug. Weet je wat je dan krijgt? Een sector die afwacht of het nog gaat gebeuren of niet. Die hangt dan in twee systemen die steeds bijgespijkerd moeten worden. Dat is heel slecht voor de sector. Ik vind dat de heer Van der Veen met zijn standpunt daaraan voorbij gaat. Dat vind ik echt kwalijk.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij maken ons zorgen over de volumestijging. Waarom? Omdat wij niet willen dat de kosten voor experimenten die niet goed lopen worden afgewenteld op de burger, hetzij in de premie hetzij in het pakket. Mevrouw Schippers zegt dat wij de boel maar moeten vertrouwen, hoewel er geen sprake is van «balance of power». De volumes kunnen wij dus niet in de hand houden. Laat het dan maar neerslaan op de burger. Daarmee hebben wij grote problemen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben dat niet met de heer Van der Veen eens. Het is geen experiment, maar een systeemwijziging. Daar heeft de Kamer voor gekozen, inclusief de PvdA. Die heeft altijd de vrije prijzen in het B-segment gesteund. Wij kiezen voor een systeemwijziging. Als wij vervolgens in die wijziging zitten en er een rapport komt dat spreekt van gematigd positieve ontwikkelingen en duidelijke positieve effecten voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, kan de heer Van der Veen de sector niet op basis daarvan «on hold» zetten. Volgens hem moeten wij alle systemen in de lucht houden omdat er nog een paar jaar evaluatie nodig is. Nou, dan gaat het lekker in de zorg!

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ziet mevrouw Schippers bij dit alles nog een rol weggelegd voor de overheid en zo ja, welke?

Mevrouw **Schippers** (VVD): De overheid heeft in de gezondheidszorg een enorm grote rol. Wij bepalen tarieven, enz. Met de wet bepalen wij eigenlijk alles. Nu geven wij een beetje lucht. Wij zeggen tegen zorgverzekeraars dat zij zorg van goede kwaliteit moeten inkopen. De overheid is daar per definitie niet zo goed in. Met dat systeem geven wij een beetje lucht tegen de achtergrond van de zware regelgeving die van alle kanten van kracht is, met legio bijsturingsmogelijkheden. Het is niet zo dat de overheid maar een beetje kijkt hoe het afloopt en dat de sector in het diepe springt. Dat is niet het geval. Wij breiden dit met heel kleine stapjes uit.

Men kan zich afvragen of die stapjes niet te klein zijn om daadwerkelijk de gang in het systeem te houden en daadwerkelijk een einde te maken aan allerlei bureaucratie, omdat allerlei verschillende systemen in de lucht gehouden moeten worden. Vanmiddag hebben wij dat ook gehoord.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): In de interpretatie van mevrouw Schippers van de NZa-monitor laat die een positief of een gematigd positief beeld zien. Ik lees in die monitor dat het positieve beeld vooral voor de beginjaren geldt, 2005 en 2006. In 2007 vlakt het al een beetje af en kantelt het wat. Voor zover er iets bekend is voor 2008, is het beeld helemaal niet zo positief. Mevrouw Schippers zegt ook erop te vertrouwen dat de marktpartijen hun werk goed gaan doen. Wat nu als dat niet het geval is? Volgens mevrouw Schippers heeft de overheid andere manieren om te compenseren. De andere manieren die de overheid nu heeft, gaan echter alle ten laste van de burger. Hoe voorkomt mevrouw Schippers dat de hogere kosten ten laste van de burger komen en dat die hogere prijzen voor de zorg moeten betalen?

De **voorzitter**: Graag een bondig antwoord.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Sorry, ik raak een beetje op dreef. Ik denk meteen: wie betaalt nu de kosten voor het A-segment? Al die inefficiënties die wij al jaren laten bestaan, wentelen wij af op de burger. Zo kun je ook naar de zorg kijken. Ik heb helemaal geen vertrouwen in marktpartijen. Ik vind dat je goed moet regelen dat er een «balance of power» is. Als je dat niet goed doet, dan gaat het ook niet goed. De NZa is gematigd positief, maar de minister breidt ook niet uit met een enorme stap van 40% of 50%. De minister doet een heel klein stapje van 12%. Dat kleine stapje zet hij op basis van een gematigd positief advies. In deze politieke omstandigheden vind ik het heel goed en moedig van de minister dat hij doorzet. Van mij had het best iets ruimer gemogen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Volgens mevrouw Schippers maken wij een heel klein stapje van 12%. Wij gaan echter van 20% naar 34%. Dat is ongeveer anderhalf keer zo veel. Dat is een behoorlijk grote stap.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het is maar hoe je ernaar kijkt. Mevrouw Sap wil nul en ik wil veel meer. Wij komen echter niet eens in het midden uit.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik wil niet naar nul. Ik wil wel dat zorgvuldig gekeken wordt naar wat er gebeurt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als je daar heel lang de tijd voor neemt, slaat zorgvuldigheid om in uitzichtloosheid. Dat is in mij ogen funest bij dit soort systeemveranderingen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Opvallend dat de steun voor minister Klink vooral van D66 en VVD moet komen. Ik heb een vraag gesteld aan minister Klink omdat het B-segment het beter doet dan het A-segment. In het B-segment vindt vier keer zoveel «switching» plaats. Er vindt dus veel meer concurrentie plaats. Mijn vraag aan de minister is of dat komt door de vrije prijsvorming. Heeft mevrouw Schippers daar andere ideeën over?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik wacht het antwoord van de minister af. Mijn oordeel is dat wij af moeten van de wijze van financiering van de ziekenhuiszorg in het A-segment. Hoe sneller, hoe beter. Iedereen heeft het over de situatie in het B-segment. Ik hoor graag een analyse van de inefficiënties en de situatie in het A-segment. Per 1 mei jongstleden bleek slechts 30% van de ziekenhuizen een contract afgesloten te hebben met de zorgverzekeraars. Ik ben daar ontzettend van

geschrokken. Dit is een majeur aandachtspunt. In november, als wij allemaal weer kunnen overstappen en opnieuw een verzekeraar kunnen kiezen, tekenen burgers feitelijk geblinddoekt voor een naturacontract met de zorgverzekeraar. Dat kan toch niet? Ik vind dat de minister daarop wat lauw reageert. Dit moet topprioriteit hebben. Ik spreek verzekeraars die de verantwoordelijkheid leggen bij de late overheidsbesluitvorming en de onzekerheden bij ziekenhuizen waardoor die niet sneller willen contracteren. Ik heb geen zin in een zwartepietenspel. Ik wil dat er een einde aan komt. Wij moeten snel analyseren hoe het komt. Wij moeten het snel rechtzetten.

De minister legt uit dat het tijdpad om het aantal dbc's terug te brengen naar 3000 en om systeemverbeteringen door te voeren gehandhaafd wordt. Ik begrijp best dat zaken soms meer tijd vergen en dat systemen niet zomaar te vereenvoudigen zijn. Ik blijf erbij dat iedere redelijkheid zoek is, zo veel tijd als hiervoor wordt genomen. Ik kan hieraan weinig veranderen in deze situatie. Ik vind het een kenmerk van grote bureaucratie. Ik vind dat wij de ambitie moeten hebben om dit snel op te ruimen. Ook vind ik de reactie van de minister op innovaties in het systeem, waarin steeds maar weer wordt verwezen naar een loket, erg bureaucratistisch. Dat gaat er dus niet echt van komen. Dat valt mij oprecht tegen. Ik zie voorlopig nog niets van de grond komen. Wel word ik, sinds ik erover geschreven heb, bedolven onder e-mails vol met ellende van mensen, artsen en innovators, die de euvele moed hebben een innovatie in een dbc te willen doorvoeren. Minister, het is echt ellende als je dit leest. Dat moet veel serieuzer opgepakt worden. Minder praten en meer doen.

Voorzitter: Schippers

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag aan mevrouw Schippers over de acute zorg. Wij hebben daarover laatst gedebatteerd. Toen heeft zij gezegd acute zorg niet vrij te willen geven aan het B-segment. Wat is haar oordeel over de lijst van de NZa? Ik doel met name op hartinfarcten, beroertes en dergelijke.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind dat de acute zorg, de ambulancezorg, spoedeisende hulp en topzorg, geen onderdeel moeten zijn van de vrije markt. De overheid moet daar sterke regie en sturing op houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Op het lijstje staat dat hulp bij een hartinfarct, acute zorg dus, onder het B-segment gaat vallen. Moet dat van het lijstje af?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind dat de financiering van de ambulancezorg en de spoedeisende hulp onder regie van de overheid moet blijven. De heer Van Gerven kan het mij honderd keer vragen, maar dit is mijn insteek. Als ik onder tram kom te liggen, moet ik daarna naar een adequaat ziekenhuis in de buurt. Punt.

Antwoord van de minister

De **voorzitter**: Ik wil de minister een tijdje het woord laten voeren zonder interrupties. Ander halen wij het niet, gezien de tijd.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik begin met een algemene inleiding. Ik wil ook een paar zaken melden naar aanleiding van vragen van mevrouw Wiegman. Die vraagt mij in hoeverre de overheid nog een rol heeft in het nieuwe verzekeringsstelsel en wat die rol uitmaakt. Ik interpreteer die vraag ook naar mijn eigen rol toe door stil te staan bij de vraag waarom deze hervormingen met het bijbehorende tijdpad gekozen zijn.

Mevrouw Wiegman stelt terecht de vraag wat de rol van de overheid is in het geheel. Wij zitten op zijn minst met twee zaken. Juridisch gezien zitten wij met de grondwettelijke taak van de overheid om te zorgen voor een fatsoenlijke gezondheidszorg. Ik vertaal het maar even in eigen termen. In het verlengde daarvan legt de overheid een verplicht basispakket op met een daarmee gemoeide premie, die vervolgens uit dien hoofde min of meer als publieke middelen kan worden gekwalificeerd. Op basis van de Grondwet en andere wetten is de overheid gehouden om betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg nu en in de toekomst te garanderen.

Ik sta daarbij stil in het licht van de dreigingen die op ons afkomen. Eerst wil ik zeggen dat als iets een overheidstaak is, dit niet betekent dat de publieke belangen het best gediend worden via wet- en regelgeving en een grote mate van overheidssturing. Het is, om het huiselijk te zeggen, een belangrijke taak van de overheid om allerlei elementaire levensvoorwaarden te garanderen die volstrekt in het publieke domein liggen. Wij kunnen luchtig doen voor zover het luxegoederen betreft. Er zijn echter basisgoederen, bijvoorbeeld met betrekking tot voeding, waarvan wij het allemaal heel belangrijk vinden dat wij die dagelijks bij een marktpartij aanschaffen. De overheid doet eigenlijk niet veel anders dan de kwaliteit van de voeding in de gaten te houden. De overheid bemoeit zich niet met de prijsvorming of de distributie. Wel wordt in de gaten gehouden dat de kwaliteit van de voeding toereikend is. Alleen in zeer grote noodsituaties treedt de overheid op. In geval van oorlogen en dergelijke gaat zij over tot rantsoenering. Ik wil maar zeggen dat je publieke belangen niet altijd hoeft te dienen met overheidsregelgeving, wet- en regelgeving. Soms kan het beter langs andere lijnen.

Ik zeg dit omdat ik bij de heer Van Gerven een heel gemakkelijke en voortdurende tegenstelling hoor. Marktwerking betekent altijd kwaliteitsverlies, dure producten en dat mensen moeten inleveren. Als de heer Van Gerven vanavond naar huis gaat en zijn voeding tot zich neemt, denkt hij er waarschijnlijk geen moment aan dat die via marktwerking tot hem gekomen is. Misschien is het zelfs lekker. Dat geldt ook voor luxegoederen. Ook daarbij gaat het over veiligheid en belangrijke publieke doelen en goederen. Ik ben het niet eens met het schema dat marktwerking en doelmatigheid altijd ten koste gaan van kwaliteit. Dat neemt niet weg dat de stelselherziening zorgvuldig moet plaatsvinden.

Ik noem een paar bedreigingen van de gezondheidszorg. Eén: de betaalbaarheid van de zorg. De kosten van de zorg zijn nu ongeveer 9% van het bruto nationaal product. Als de zorgkosten doorstijgen, zit dat percentage binnen een paar decennia op 14 tot 15. Gevoegd bij alle pensioenlasten gaat dat ons bruto nationaal product gewoon te zeer beïnvloeden. Twee: de arbeidsmarkt en de krapte daarop. Die zal als wij niet oppassen de lonen enorm opdrijven en zich vertalen in nog hogere zorgkosten. Bovendien zijn er de wachtlijsten. Ik ben ervan overtuigd dat als wij de ziekenhuizen niet de ruimte geven om te innoveren en om op bepaalde onderdelen de competitie aan te gaan in termen van kwaliteit en innovatie, wij voor grote problemen komen te staan in termen van arbeidsmarkt en wachtlijsten. Betaalbaarheid is dus belangrijk, het verminderen van wachtlijsten en wachttijden en het via innovatie niet in de valkuil lopen van gebrek aan personeel. Drie: ziekenhuizen gaan naar mensen toe in de eerste lijn, zodat er substitutie plaatsvindt, waarop het bekostigingsstelsel meer en meer ingesteld moet worden. Vrije prijzen zijn daarvoor van belang. Daar is waarschijnlijk ook een herijking van het bekostigingsstelsel in de eerste lijn van belang. Verzekeraars kunnen dan afwegen waar de zorg in termen van prijs en kwaliteit het beste gegeven kan worden.

Ik illustreer dit alles met een voorbeeld dat ik onlangs in Dordrecht zag bij een werkbezoek. Daar zei een van de medisch specialisten, die ook in het bestuur van het ziekenhuis zit, het volgende. Vijftien jaar geleden kreeg

men mij met geen stok het ziekenhuis uit. Nu gaan wij naar Strijen, Ridderkerk, de eerste lijn opzoeken, de burger en de patiënt opzoeken. Het ziekenhuis wil immers een marktaandeel. In het verlengde daarvan ligt dat het kwaliteit wil bieden en bereikbaar en toegankelijk wil zijn. Daar is in algemene zin ons hervormingsbeleid op gericht. Ik ben het graag met mevrouw Sap eens dat wij de stappen die wij zetten zorgvuldig moeten evalueren. Ik zeg mevrouw Schippers na dat wij geen avonturiers zijn. Wij zijn niet bezig met een experiment over de rug van de mensen. Wij moeten min of meer «evidence based» nadere stappen zetten. Ik teken daar direct bij aan dat 10% uitbreiding een bescheiden stap is. Er komt 10% bij de bestaande 23%. Bovendien voorzien wij een en ander van een extra veiligheidsklep met een prijsinstrumentarium dat wij gaan hanteren als de combinatie van volume en prijs het aandeel van het B-segment overschrijdt. Hier zijn geen avonturiers aan de gang. Het kabinet wil de zorg en de verzorgingsstaat voor de toekomst garanderen. De zorg moet betaalbaar blijven, goed van kwaliteit, zonder ontstaan van wachtlijsten. Zorginhoudelijk moet die ook dicht bij huis geleverd kunnen worden, omdat wij meer en meer te maken krijgen met chronisch zieken. Vandaar de substitutie naar de eerste lijn. Ik zeg mevrouw Schippers graag na: ook daarom is risicoverevening van belang. Het afstappen van de huidige functionele bekostiging is ook van belang. Nu staat alles in het teken van: wij houden van de zorg in de tweede lijn. Bij zorg in de eerste lijn is de verzekeraar immers duurder uit en krijgt hij te maken met dubbele kosten. Ook om die reden willen wij de zorghervorming realiseren. Deze drie doelstellingen staan wat mij betreft bovenaan. Dit was mijn inleiding.

De **voorzitter**: Wij hebben nog een halfuur. Ik stel voor dat iedereen alleen bij antwoorden op de eigen vragen een interruptie plaatst. Als wij dit een beetje efficiënt doen, kunnen wij misschien nog een kleine afrondende tweede termijn houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Officieel hebben wij tot kwart voor zeven de tijd, tweeënhalf uur in totaal.

Minister **Klink**: Allereerst ga ik in op een algemeen beeld waarnaar de heer Van Gerven verwijst, evenals mevrouw Sap. De heer Van Gerven wijst op een hogere groei in het A-segment. Bovendien staat volgens hem nog maar te bezien hoe de prijsontwikkeling zal verlopen. Mevrouw Sap voegt daaraan toe dat ook niet zo zeker is in hoeverre de kwaliteit gegarandeerd is. Zo meteen kom ik hierop iets meer in detail terug. Mijn globale beeld is het volgende. De volumegroei in 2005 en 2006 was verklaarbaar uit de overloop-dbc's, het feit dat er in 2005 één maand niet geregistreerd werd, hetgeen voor een twaalfde aan extra dbc's zorgde. Als dat verdisconteerd wordt, loopt volgens de NZa in 2007 het volume terug. Bovendien zitten de grote stijgers in de dbc's die naar het B-segment zijn uitgeplaatst, de heup- en de knieoperaties. Daarin doet zich de grootste stijging voor. Dat heeft mede te maken met het feit dat zich daar wachtlijsten aftekenden. Ook dat gegeven moet volgens de NZa meegenomen worden voor de waardering van de volumegroei. Bovendien loopt die terug. Naar onze inschatting zal de groei nog iets verder teruglopen dan volgens de schattingen van de CVZ en de NZa op dit moment. Waarschijnlijk komt hij zelfs onder de 5% uit. Dit gevoegd bij de reële prijsdaling in 2006, en volgens onze huidige informatie waarschijnlijke reële prijsdaling in 2008, zal de groei al binnen de kaders blijven van wat binnen het BKZ normatief voor het A-segment geldt. Over de kwaliteit bestaan onderzoeken van Gupta, van Deloitte, van de NZa en van Plexus, voor zover ik de laatste tot mij neem. Uit al die onderzoeken blijkt dat de kwaliteit verbetert waar meer ondernemerschap c.q. innovatie ontstaat. Naar mijn mening gaat de tendens dus langzamerhand juist in de goede richting.

Mede op basis daarvan heeft het kabinet in het voorjaar besloten, in elk geval de NZa te volgen als de evaluatie goed is. Hierbij is het kabinet niet over één nacht ijs gegaan. Er zijn meer studies die in de goede richting wijzen. Dat is in feite de basis geweest om de stappen te zetten.

Ik kom op de acute zorg. In hoeverre kan de dbc CVA, dus voor een beroerte, in het B-segment worden meegenomen? In feite gaat deze vraag over acute zorg en over acute voorzieningen, een punt dat zo-even ook genoemd werd. Via een beschikbaarheidsvergoeding – daarover volgt nadere informatie; deze ligt nu besloten in het FB-budget, maar als wij overgaan naar prestatiebekostiging zal dit op een andere manier gefinancierd moeten worden – zullen wij garanderen dat de spoedeisende hulp voor iedereen beschikbaar is, de ic's beschikbaar zijn en de ambulance beschikbaar is. Dat zijn drie voorzieningen waarvan de beschikbaarheid niet afhankelijk mag zijn van het aantal dbc's dat geopend wordt, en evenmin van de prijs die over die dbc overeengekomen wordt met verzekeraars. Langs deze lijnen garanderen wij de beschikbaarheid van acute zorg. Natuurlijk zullen wij ook in dat opzicht de kwaliteit monitoren. Natuurlijk houden wij daarbij de vinger aan de pols. Ook de NZa zal dat doen. Nogmaals, ook daarbij gaan wij niet over één nacht ijs.

Welke zorg zal nooit in het B-segment komen? Dat is wat mij betreft in elk geval de zorg die verleend wordt in het kader van de WBMV, de vergunningplichtige zorg. Daarvoor zal een vast tarief gelden. Ook ambulances, ic en seh zijn, zoals ik al zei, voorzieningen die in elk geval beschikbaar blijven. Daarvoor moeten wij een nieuw regime creëren.

Naar aanleiding van Gupta stelde de heer Van Gerven een vraag over de kleine ziekenhuizen. Voor zover er concentratie plaatsvindt die uit medisch-inhoudelijke hoek wordt ondersteund, komt die vooral voort uit het inzicht dat concentratie en volume uiteindelijk aan de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Ook Gupta geeft dat aan. Uit het inspectierapport over borstoperaties, in elk geval over dames met borstkanker, blijkt dat de risico's voor gezondheidsschade echt aanmerkelijk hoger zijn als er minder vaak geopereerd, althans minder vaak gediagnosticeerd en vervolgens therapeutisch gehandeld wordt. Dan denk ik dat de ontwikkeling op zichzelf, uit hoofde van de kwaliteit, te rechtvaardigen is. Dat zien medisch specialisten ook. Zij subspecialiseren ook graag. Daarom treedt soms een zekere mate van concentratie op. Dit hoeft echter niet altijd te betekenen dat ziekenhuizen moeten sluiten. Gupta wijst ook op het feit dat men kan samenwerken. Men kan backoffice-functies integreren. Van mijn kant teken ik aan dat een van de criteria die wij aan de ambulancezorg en de bereikbaarheid van de seh zullen stellen, is dat deze diensten altijd binnen 45 minuten hulp moeten bieden. Via de beschikbaarheidsvergoeding zullen wij de beschikbaarheid van de seh en de ic's garanderen.

Tegelijkertijd gaat de zorg ook naar mensen toe. Ik noemde het voorbeeld van Dordrecht al. Specialisten blijven niet meer in het ziekenhuis, maar gaan via gezondheidscentra waarin eerste lijn en tweede lijn samenkomen, meer en meer naar patiënten toe. Dat zal alleen toenemen. Het aantal nieuwe toetreders bij de zbc's blijft stijgen. Dat vond ik ook opvallend in de afgelopen jaren. Ook daarin tekent zich een meer regionale spreiding van de zorg zich af.

De heer Van Gerven vroeg voorts of ik wil bemiddelen bij Maasland. Ik kan hem melden dat de continuïteit van de zorg daar niet in gevaar is. De partijen zullen er echter zelf uit moeten komen. Ik ben niet van plan om mij daarmee te snel te bemoeien. Ik ben verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg, maar ik ben in eerste aanleg niet verantwoordelijk voor het in stand houden van instellingen. Dat geldt op een aantal fronten. De zorg moet wel gecontinueerd worden. Daarvoor moeten er natuurlijk garanties zijn. De instellingen als zodanig hoeven dat echter niet.

Mevrouw Smilde stelde een vraag over de kritische opmerkingen die zowel de RVZ als de NZa maken over de rol van kwaliteit in de contractonderhandelingen. Ook voor mij is kwaliteit, naast prijs, volume en wacht-

tijden, een belangrijk thema. In mijn gesprekken met de zorgverzekeraars wijs ik ook telkens op het belang van contracteren rond kwaliteit. Men moet dan natuurlijk wel de gegevens hebben. Mij is de afgelopen jaren opgevallen dat verzekeraars van hun kant werken aan de kwaliteitsindicatoren. Bij de ggz heb ik bijvoorbeeld eens een dik pak met documentatie met betrekking tot de kwaliteit in ontvangst mogen nemen. Dat doet de ggz niet zomaar; men houdt dan ook de vinger aan de pols. Wij zijn nu aan het werk met de 80 indicatoren via de zorgbrede transparantie. Dat zal uiteindelijk moeten leiden tot inzicht in de kwaliteit van de zorg, ook voor de patiënt en de verzekeraar. Ik denk dat daarvan een positieve ontwikkeling zal uitgaan in de richting van de verzekeraars, want als patiënten erom vragen, reken dan maar dat verzekeraars daarin vervolgens zullen meegaan.

Mevrouw Smilde stelde een vraag over de duur van de onderhandelingen. Ook de heer Van der Veen wees daarop. Mevrouw Schippers vroeg eveneens of de onderhandelingen op tijd zijn afgerond, zodat iedereen weet wat in zijn zorgpolis zit. Het tijdstip van de totstandkoming van de afspraken tussen verzekeraars en aanbieders is ook voor mij een belangrijk aandachtspunt. Zowel mijn ambtenaren als ik spreken daarover regelmatig met enige regelmaat met de koepels. De NZa wijst erop dat moeizame onderhandelingen iets zeggen over de mate waarin verzekeraars kennelijk een partij geworden zijn in de onderhandelingen, in die zin dat men zich niet gauw neerlegt bij de prijs die gevraagd wordt. Dat kun je ook weer positief zien. De verwachting is wel dat voor 2009 de onderhandelingen sneller zullen worden afgerond, omdat partijen in 2008 te maken hadden met systeemwijzigingen. Ik wijs op de kapitaallasten, die vervolgens in ieder geval in het B-segment in de tarieven moesten worden geïntegreerd. Mevrouw Schippers wees er terecht op dat dit een onzekere factor is, die zo snel mogelijk opgelost moet worden. Ik zeg toe dat de commissie-Havermans eind september met een advies zal komen. Dit zal geen tussenrapportage zijn maar zal daadwerkelijk handvatten bieden waarmee volgend jaar reëel verder kan worden gegaan, zodat ziekenhuizen weten waaraan zij toe zijn.

De onderhandelingen liepen hierdoor soms moeilijk. Dit punt hebben wij ons aangetrokken. Dat is mede de reden waarom wij in de zomer besloten hebben tot deze uitbreiding, terwijl de Kamer gevraagd heeft om daarover eerst te debatteren. Ik kom daarop terug in verband met de vraag van de heer Van Gerven als indiener van de motie. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat per 1 oktober heel veel helder moet zijn, willen ziekenhuizen hun registraties op orde krijgen, onder andere ten behoeve van declaraties in 2009. Anderzijds heeft het ermee te maken gehad dat wij wilden dat de onderhandelingen zo snel mogelijk startten, zodat ook de NZa op basis van de contracten volgend jaar een goed advies kan geven. Het is ook van belang voor de genoemde kwestie van de polissen. Die kan daardoor integraal worden opgepakt.

Mevrouw Smilde vroeg over welk volume wij het hebben in relatie tot het prijsbeheersingsinstrumentarium. Ook anderen hebben daarnaar gevraagd. Ik vind dat het BKZ daarin leidend is. Dat heb ik van meet af aan gezegd in brieven aan de Kamer. Van volume maal prijsgroei, dat in het BKZ besloten ligt, is een evenredig deel beschikbaar voor het B-segment. Als dat overschreden wordt, zal ik een prijsbeheersingsmaatregel nemen. Als daarbij wachtlijsten zijn weggewerkt, kan dat tot gevolg hebben dat de maatregel er iets ander uit ziet, op voorwaarde dat bewezen is dat het reëel om het wegwerken van wachtlijsten gaat. Ook hierbij ligt de bewijslast bij de sector. Ik zeg dat de heer Van der Veen graag na. Ik heb geen behoefte aan schimmigheden rondom het al dan niet inzetten van het prijsbeheersingsinstrumentarium. Juist omdat wij daarin zo precies wilden zijn, mede in relatie tot het ministerie van Financiën, maar zeker ook autonoom, van mijn kant, heeft het lang geduurd voordat de brief van afgelopen week bij de Kamer was. Dat vergde namelijk nog veel overleg

met Financiën. Overigens mijn excuus daarvoor aan deze commissie, inzonderheid aan de heer Van der Veen, die dit zo-even aanstipte. Een verdere verklaring hieromtrent zal ik maar niet geven, want «qui s'excuse, s'accuse». Als ik het toelicht, ben ik bang dat ik het excuus eerder wegneem dan onderstreep.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn vraag is bedoeld ter aanscherping van het verhaal over het volume en het wegwerken van wachtlijsten. Is er precies zicht op of het volume is «opgemaakt», om het zo maar te zeggen, voor de wachtlijsten dan wel op een andere manier? Kan de minister dat goed nagaan?

Minister **Klink**: De formulering van mevrouw Smilde is terecht. Als ik dat niet kan nagaan, laat ik mij niet overtuigen van het feit dat er wachtlijsten waren. Alleen als het echt kan worden aangetoond, wordt dit voor mij een reëel punt. Hierin moet ik mevrouw Sap gelijk geven. Waar is het ons immers om te doen? Wij mikken op het gegeven dat wij volumegroei kunnen veronderstellen. Sterker, wij weten zeker dat die er zal zijn. De vergrijzing komt er immers aan. De hele operatie is bedoeld om die volumegroei te accommoderen met een geringere prijsstijging. Het ging erom, de betaalbaarheid te handhaven. Als blijkt dat prijzen en volume in het B-segment, waar vrije onderhandelingen zijn, niet alleen het volume accommoderen maar ook tot prijsstijgingen leiden, is de operatie uit dat oogpunt niet zo gelopen als bedoeld. Los daarvan kan er sprake zijn van innovaties die worden uitgelokt en van substitutie, maar die zijn wellicht ook op een andere manier te bereiken, waarbij er wel een prijsbeheersingsmechanisme en regime zijn. Dit is voor mij dus een belangrijk punt, waarvan de bewijslast niet alleen bij de sector ligt maar ook bij mij. Ik geloof inderdaad in dit systeem, maar ik neem die bewijslast in zekere zin op mij. Ik schakel namelijk over op een ander instrumentarium als het niet bewezen zou worden.

In essentie ligt de bewijslast nu in elk geval ook bij de sector. Daarin geef ik de heer Van der Veen graag gelijk en ik onderstreep zijn woorden daarover. Toen voor de eerste keer naar voren kwam dat er waarschijnlijk een enorme volumestijging zou zijn over 2005–2006, zei mevrouw Borst zeer terecht – het was bij het afscheid van de heer Vierhout als voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten; ik herhaal haar woorden graag hier – «vertrouwen komt te voet en het gaat te paard». Dat geldt ook voor de medisch specialisten en voor de ziekenhuizen. Met die metafoor onderstreep ik graag wat de heer Van der Veen zei: bij hen ligt de bewijslast.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Als wij vanuit dat vertrouwen denken, zal heel helder moeten zijn waar de verantwoordelijkheid voor de volumegroei ligt. Wij werken nu weliswaar vanuit vertrouwen, maar mogelijk zullen in de toekomst lastige discussies ontstaan. Zou het met het oog daarop niet goed zijn om een heel duidelijke definitie op te stellen: waarover hebben wij het precies, wie is waarvoor verantwoordelijk en wie dient voor oplossingen te zorgen?

Minister **Klink**: De kaders zijn helder. De heer Van der Veen en mevrouw Sap vroegen hier ook naar. Dit is meteen een antwoord aan hen. In de brief wordt een aantal beheersinstrumenten genoemd: je kunt naar het pakket kijken en je kunt naar het eigen risico kijken. Daarnaast zijn er verschillende «deelmarkten», om het zo maar even te zeggen, bijvoorbeeld de geneesmiddelen. Ik heb echter geen behoefte aan een escape, waarbij de mogelijkheid bestaat om overschrijdingen in het B-segment op te vangen met eventuele besparingen bij de geneesmiddelen of met besparingen in bijvoorbeeld de AWBZ. Daar begin ik niet aan. De bewijslast geldt dus niet voor volume maar prijs is groeioverschrijding in het totale BKZ. Nee, niet voor niets hebben wij gezegd dat deze in het

B-segment in de hand gehouden moet worden, juist omdat wij beogen de volumegroei gepaard te laten gaan met een prijsverlaging, met arbeidsproductiviteitswinst. Die verantwoordelijkheid kan ik niet waarmaken. Dat moet de sector doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Deze laatste uitspraak van de minister spreekt mij zeer aan. Ik kom terug op wat hij daarvoor zei: «ook de ziekenhuizen zijn verantwoordelijk». Dat woordje «ook» viel mij op, omdat in de brief die ik geciteerd heb het woord «ook» niet staat. Dat sprak mij juist zo aan. In die brief staat gewoon «bewijslast voor een beheerste prijs- en volumeontwikkeling ligt bij de ziekenhuizen». Punt. Ik word een beetje onrustig van het woord «ook».

Minister **Klink**: Dan probeer ik het woord «ook» toe te lichten. Er is sprake van een verlengde verantwoordelijkheid. Als zij hun verantwoordelijkheid niet waarmaken, ben ik aan zet. Dan zal ik er ook door de Kamer toe geactiveerd worden om het prijsbeheersingsinstrument in te zetten. In essentie ligt daar de bewijslast voor p maal q is niet overschrijding van het groeikader dat in het BKZ besloten ligt voor het B-segment.

De **voorzitter**: Ik wil zelf ook iets vragen. Eigenlijk zegt de minister: wij gaan over naar een systeem waarbij meer vrijheid bestaat, want dat geeft een betere allocatie van middelen met een positief effect op toegankelijkheid, prijs en kwaliteit. Dat is de reden waarom de minister dit doet. Dan is het toch heel gek dat hij, voordat hij het systeem en de balance of power helemaal op orde heeft, zegt: wij gaan onze tijd en energie in een prijsinstrument steken? Zo zetten wij drie stappen terug in plaats van ervoor te zorgen dat het systeem voldoet aan de voorwaarden.

Minister **Klink**: Met het prijsbeheersingsinstrument beoog ik natuurlijk ook – en dat onderstreept nog eens de relevantie van de vraag die de heer Van der Veen mij stelde – om tegenover de ziekenhuizen en verzekeraars aan te geven dat dit geen vrij spel is. Men heeft hierin een verantwoordelijkheid ten aanzien van prijs, kwaliteit, volume, toegankelijkheid enzovoorts. In feite preciseer ik die verantwoordelijkheid nog eens door de kaders aan te geven. Het was niet bedoeld voor vrijheid in de zin dat men eventueel – «eventueel» zeg ik er nadrukkelijk bij – uitbundig kan overbehandelen of extra verrichtingen uitvoeren. Dat was dus niet de bedoeling. De bedoeling was, een reële volumegroei te accommoderen met zo nodig, en bij voorkeur, arbeidsproductiviteitsverhoging en dus prijsverlaging. Dat mechanisme zal ik hopelijk en naar verwachting niet toepassen. Ik zei immers al dat er indicaties zijn dat in 2008 een reële prijsdaling optreedt van ongeveer 0,2%. Ik denk dus dat ik het niet nodig zal hebben. Dit mechanisme preciseert echter wel de verantwoordelijkheden. Zowel in dit overleg als tijdens het vorige debat vroeg de heer Van der Veen hoe wij dit zullen monitoren en wanneer wij deze beslissing zullen nemen. De contracten zijn pas in het voorjaar helder, maar contracteren is nog niet realiseren. In de loop van het jaar, in elk geval in september, moet een en ander helder zijn. Ik zal het in elk geval zo lang mogelijk monitoren en bekijken hoe met name de volumeontwikkeling is. Daarmee is niet alleen het vraagstuk gemoeid of wij de kaders overschrijden. De heer Van der Veen heeft mij een keer uitgenodigd om onderzoek te doen naar overen onderbehandeling. Die kwestie kan hierbij ook een rol spelen. Ik vind het van belang om ook eens in beeld te brengen hoe de variatie met betrekking tot behandelingen in de regio's is. Marc Berg spreekt van «praktijkvariatie» in een artikel dat binnenkort in Medisch Contact zal verschijnen. Daarin zit zo'n spreiding dat je bijna per definitie kunt stellen dat er sprake is van over- en soms ook onderbehandeling. Dat is ook van

belang om vervolgens ziekenhuizen en verzekeraars te kunnen inlichten over de ontwikkelingen in het B-segment. Waar tekenen zich afwijkingen af?

De heer **Van Gerven** (SP): Mij is nog niet helemaal helder wanneer de minister overgaat tot pakketverkleining dan wel invoering van bijvoorbeeld eigen bijdragen. Hij noemt dit als mogelijkheden. Stel nu dat het B-segment groeit, de wachtlijsten weliswaar wat korter worden maar de Treeknormen nog steeds niet worden gehaald, terwijl er wel sprake is van een forse overschrijding. Wat doet de minister dan?

Minister **Klink**: Ook als wachtlijsten grond voor een uitzondering kunnen vormen, zal er uiteraard een balans moeten zijn tussen de overschrijding en het wegwerken van de wachtlijsten. Deze is waarschijnlijk per dbc min of meer te specificeren. Dan kan ook worden bekeken of die dbc verantwoordelijk is voor het vergaand of minder vergaand overschrijden van het gestelde kader.

De heer **Van Gerven** (SP): Stel nu dat de ziekenhuizen in de fout gaan en overschrijden. Legt de minister de rekening dan bij de ziekenhuizen of bij de patiënten, de burgers?

Minister **Klink**: Daarover kan ik heel duidelijk zijn: bij de ziekenhuizen. Dat is het kader. In zo'n geval komt er een prijsbeheersingsmechanisme dat die overschrijdingen redresseert. Wij zullen dus niet met pakketverkleiningen werken. Anders wordt het natuurlijk als het over de hele linie gebeurt, bij het A-segment en het B-segment. Dan moet je op een gegeven moment over het BKZ nadenken. Maar dat laat zich gemakkelijk vergelijken, want wij kennen de ontwikkelingen. Het A-segment kennen wij ook.

Mevrouw Smilde informeerde naar het geval waarin een groep dbc's is af te bakenen die verantwoordelijk is voor de overschrijding. Zoals ik heb aangegeven, zal ik dan waarschijnlijk een zeer selectieve en gerichte prijsmaatregel op dbc-niveau nemen. Als de ontwikkeling over de hele linie goed is maar een aantal dbc's er als het ware uit knalt, zou het natuurlijk doodzonde zijn als dat laatste het aangrijppingspunt wordt om een generieke maatregel te nemen. Dan gooi je het kind met het badwater weg. Daarop zal ik volgend jaar uiteraard terugkomen, voor zover dit aan de orde is. Dan zullen wij daarover spreken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Denkt u dan aan een percentage? U zei «eruit knalt». Hoe meet u dat?

Minister **Klink**: Op het moment dat het kader van «p maal q», de groei-ruimte, overschreden wordt voor het B-segment, gaan wij het sowieso na. Als dat overschreden wordt, onderzoeken wij de oorzaken. Als er dan een paar dbc's echt uit springen, vormt dat een reden om te bekijken of de wachtlijsten aan de orde zijn dan wel dat voor die dbc's een specifiekere maatregel moet worden genomen.

Mevrouw Smilde vroeg of een pbi de vrije onderhandelingen niet in de weg staat. Ik hoop eerlijk gezegd niet dat het zo ver komt. Overigens zal ook voor het overige A-segment natuurlijk wel naar een vorm van prijsbeheersing in termen van maximumtarieven gekeken worden. Mevrouw Schippers verwees daarnaar. Ook in het A-segment speelt die vraag dus, in 2010, als de nieuwe productstructuur klaar is. In zekere zin neemt een pbi de onderhandelingsruimte weg, maar onder die maximumtarieven kan men natuurlijk wel onderhandelen en zal men ook uitgenodigd worden om te onderhandelen. Op zichzelf wordt de ruimte begrensd, aan de bovenkant, maar daaronder is er wel degelijk ruimte.

Is het prijsbeheersingsinstrument een tijdelijke maatregel? Het BKZ blijft natuurlijk wel leidend voor het geheel. Wij hebben nu een stap van 10% gezet. Wij gaan naar een derde van de zorg, op basis van een evaluatie van de NZa over ongeveer 30% van de contracten en met allerlei indicaties van andere onderzoeksinstellingen dat dit een goede ontwikkeling is. In ieder geval voor 2009 voegen wij daaraan wel het ene specifieke punt toe van een prijsbeheersingsinstrumentarium, dat ons meer zekerheid biedt dat het de goede kant op gaat omdat daarmee meer druk op de sector wordt gezet.

Mevrouw Smilde vroeg voorts of de verevening nu voldoende is om risicoselectie tegen te gaan. Wij hebben op dit moment geen aanwijzing dat er echt risicoselectie plaatsvindt. Elk jaar weer vindt in de nazomer een afweging plaats van het systeem van risicoverevening en de ex-post-risicoverevening, de nacalculatie en de bandbreedte. Wij zitten daar nu middenin. Wij hebben voor het eerst de gegevens van particulieren en Ziekenfondsverzekerden over 2006 geïntegreerd en gerelateerd aan dbc's. Dat geeft meer inzicht in de kosten die naar verzekerd kenmerken zijn toe te rekenen. In die zin hebben wij meer grond onder de voeten met de ex-anterrisicoverevening. Op dit moment beschik ik niet over signalen over risicoselectie. Wij houden daarvoor wel de vinger aan de pols. Ik neem aan dat de NZa ook met enige regelmaat bekijkt in hoeverre zich dat aftekent.

Mevrouw Wiegman heeft gevraagd hoe het prijsbeheersingsinstrument eruitziet. In de loop van het najaar zal ik de Kamer daarover graag inlichten. Dat heb ik naar ik meen ook in de brief geschreven. Daarbij moeten de leden niet alleen denken aan de eventualiteit van een prijsbeheersingsinstrument in het B-segment in 2010, maar aan het totale A-segment, waarin het tot uitdrukking zal komen als alternatief, sequel of variant van de maatstafconcurrentie.

Mevrouw Wiegman nodigde mij uit om iets te melden over de sturing in de zorg in de nabije toekomst. Wie is verantwoordelijk voor het totaal? Mijn voorganger zei altijd: ik, als minister van Volksgezondheid, ben systeemverantwoordelijk. Ik wil niet zeggen dat dit een totaalverantwoordelijkheid is, want totalitair zijn wij niet in dit land en dat willen wij ook zeker niet zijn. Het basispakket, de mate van eigen risico en de zorgtoeslag zijn echter allemaal instrumenten waarmee wij in feite proberen het zorgstelsel aan te sturen en in goede banen te leiden. Het begrip «systeemverantwoordelijk» geeft dat aan. Dit geldt eveneens met betrekking tot de vraag of wij moeten doorgaan met budgetteren dan wel dat wij vrije prijsvorming dan wel een prijsinstrumentarium moeten hanteren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Systeemverantwoordelijkheid betreft vooral het systeem. Ik constateer dat de instrumenten die de minister in handen heeft, met name prijs- en kosteninstrumenten zijn.

Minister **Klink**: Er is wel meer. Ik gaf zo-even aan dat wij kwaliteitsindicatoren ontwikkelen. Bij de bekostiging komt bovendien nogal wat kijken. Wij hebben nu een totaal andere bekostiging in de eerste lijn, waar gewerkt wordt met vaste inschrijftarieven en consulttarieven, dan in de ziekenhuiszorg. Dat moedigt substitutie niet aan. Hetzelfde geldt voor het FB-budget. Als men nu substitueert, krijgt het ziekenhuis via de geldende verrekentarieven toch altijd het afgesproken budget. Ondertussen krijgt de verzekeraar daar bovenop de kosten uit de eerste lijn. Ook dat is geen aanmoediging. Zo zijn er, gemeten aan onze zorginhoudelijke doelstellingen, nogal wat systeemfouten die er echt uit moeten. In de komende jaren zullen wij vaker over de eerste lijn komen te spreken. Ik zal echt de nodige accenten zetten om daarvoor te zorgen. Daarmee willen wij aan de mensen duidelijk maken dat de hervormingen ten goede komen aan de zorginhoud.

De heer Van der Veen vroeg zeer terecht naar de bodemprocedure. Van de NVZ hebben wij in het voorjaar begrepen dat die bodemprocedure «on hold» werd gezet, in afwachting van de uitkomsten van het volumeonderzoek. Op dit moment bekijken de landsadvocaat en de advocaat van de NVZ hoe men dit processueel het beste kan realiseren. Het oogmerk daarbij is om het inderdaad «on hold» te zetten. De uitkomsten zal ik de Kamer zo spoedig mogelijk laten weten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het volume is inderdaad steeds het cruciale punt, waarover wij het in verband met dit onderwerp steeds hebben. Ik vind het nogal wat dat de NVZ nu nog geen duidelijkheid over de bodemprocedure heeft gegeven. Men gaat wel akkoord met een onderzoek, maar vervolgens laat men de zaak van die bodemprocedure hangen. Wij slaan een ingewikkeld pad in. Ik zeg in alle oprechtheid, juist omdat van alle partijen verantwoordelijkheid verwacht mag worden, dat ik erg teleurgesteld ben door het feit dat de minister dit antwoord moet geven en dat de NVZ geen ander standpunt inneemt.

Minister **Klink**: Ik heb echt harde indicaties – hard is in dit geval echt hard – dat de procedure wel degelijk «on hold» wordt gezet en er dus geen uitspraak van de rechter zal komen dan nadat er een volumeonderzoek is geweest. Ik houd daaraan wel vast. Zo ken ik mevrouw Leemhuis ook.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Die is niet meer aanwezig!

Minister **Klink**: Nee, nee, maar neemt u van mij aan dat haar geest in ieder geval binnen de burelen van de NVZ wel aanwezig is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik vind dit echt een heel wezenlijk punt.

De **voorzitter**: Maar ik vraag u om geen betoog af te steken. Alleen een korte vraag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wat vindt de minister van het volgende? De NVZ trekt de bodemprocedure niet in, wacht de uitkomsten van het volumeonderzoek af en beraadt zich vervolgens op wat zij zal doen. Wat is dan nog de betekenis van het onderzoek? Ik heb met opzet gevraagd welke afspraken er zijn gemaakt over de resultaten van dit onderzoek.

Minister **Klink**: Er zijn geen afspraken gemaakt over de resultaten van dit onderzoek. Er wordt een onderzoek gedaan. Ondertussen is de procedure «on hold» gezet. Zelfs al zou de procedure overigens daadwerkelijk tot een uitspraak leiden, dan maak ik mij er nog niet ongerust over of de overheid gelegitimeerd is om maatregelen te nemen. Dat is zij wel degelijk. Dit wachten wij echter niet af. Sterker nog, in de tussentijd komt er een onderzoek en wordt de procedure «on hold» gezet. Als het anders is, ben ik even teleurgesteld als de heer Van der Veen. Laat dat helder zijn. Hiermee steun ik dus zijn opmerkingen en onderstreep ik die. Daar ben ik serieus in. Ik overleg niet voor niets met de NVZ. Wij hebben niet voor niets op een bepaald moment een gemeenschappelijk perscommuniqué doen uitgaan, ook over dit punt. Dan kan het niet zo zijn dat je daarover een halfjaar later nog steeds met twijfels moet zitten. Die heb ik dan ook niet.

De heer Van der Veen heeft gevraagd hoe de nacalculatie van de kapitaallasten geregeld is in het B-segment. Toen het B-segment met 10% werd geïntroduceerd, bleven de kapitaallasten buiten de schoning van dat B-segment uit de FB. Dat is ook logisch. De kapitaallasten werden nagecalculeerd. Toen de kapitaallasten als het ware geïntegreerd moesten worden in de tarieven, zijn die natuurlijk mee geschoond. Daardoor lopen vanaf dat moment de ziekenhuizen risico op de kapitaallasten die samenhangen

met het B-segment. Dit betekent tegelijkertijd dat ik in stappen – die stappen zullen heel kort zijn – naar een nulnacalculatie wil op het B-segment ten behoeve van de verzekeraars. Ook zij gaan daarover dus risico lopen. Dat is ook logisch vanwege het feit dat de commissie van wijzen mij zal adviseren hoe ik voor de ziekenhuizen een level playing field kan creëren. In het verlengde daarvan zullen de risico's van de kapitaal-lasten op het B-segment niet meer voor rekening van de verzekeraars komen. Nacalculatie is daarbij dus niet meer per se nodig.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Begrijp ik het goed dat er binnen afzienbare tijd – het zou plezierig zijn om te horen binnen hoeveel tijd – niet meer nagecalculeerd wordt over het totale B-segment, dus zowel voor de oude als de nieuwe dbc's?

Minister **Klink**: Vooralsnog geldt dat voor de oude dbc's, maar natuurlijk volgen de nieuwe dbc's daarin, omdat van de oude dbc's schoningsprijzen bekend zijn. De richting is echter helder: het wordt nul. De stap die mij op dit moment voor de geest staat – maar daarvoor is nog finale besluitvorming nodig – is hooguit 15% volgend jaar en daarna naar nul. In de ministerraad komt een en ander volgende week of deze week nog terug.

De heer Van der Veen stelde het punt van de overfinanciering aan de orde, evenals mevrouw Koşer Kaya. In een reeks van jaren is een overmaat van middelen naar ziekenhuizen gegaan. Vanaf 2005 loopt dit achter ons aan met de dbc's. Onze nieuwe dg heeft er van meet af aan werk van gemaakt om dit onder de knie krijgen. In de loop van deze maand, denkkelijk op 23 september, zullen er brieven naar de verzekeraars gaan om tot een ultieme afrekening over de jaren 2005 en 2006 te beslissen. De verzekeraars hebben aangegeven dat zij het met de systematiek waarmee een en ander berekend werd – de mate waarin en over welke jaren men nog middelen kan terugvorderen van de ziekenhuizen – eens zijn. Dat heeft als bijkomend gemak dat die systematiek ook op de latere jaren toegepast kan worden, zodat dit probleem uiteindelijk uit de wereld is. Dat is niet onbelangrijk, want het raakt telkens weer aan de risicoverevening waarover ik zo-even sprak, omdat verzekeraars moeilijk hun schadelast kunnen berekenen als men niet precies weet hoeveel middelen men in feite nog over welke jaren kan terugontvangen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een enorm vertrouwen in uw dg, ook op basis van mijn verleden. Wat is nu echter de invloed van de overfinanciering op de prognose voor de komende periode? Dat was mijn achterliggende vraag.

Minister **Klink**: Op welke prognose doelt u?

De heer **Van der Veen** (PvdA): De prognose voor de kosteninvulling. Als je geen goed zicht hebt op de financiering in de achterliggende jaren bij de ziekenhuizen, omdat er een gat zit tussen de ingeleverde bonnetjes en het verstrekte geld, dan heb je ook niet helemaal zicht op wat zich werkelijk heeft afgespeeld.

Minister **Klink**: Wat duidelijker is geworden in verband met de overfinanciering is, voor zover ik voldoende geïnformeerd ben – misschien kan ik hierop in tweede termijn nog terugkomen – niet eens zozeer het volume ervan maar de vraag naar welke verzekeraar en over welk jaar de overfinanciering wordt toegerekend. De reëel gemaakte kosten voor zorg waren wel inzichtelijk, zodat wij ook weten wat de p maal q, dus de groei, in de komende jaren zal zijn. Daarover bestaat in mijn beleving niet zo veel misverstand.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb een punt van orde, voorzitter. U riep ons aan het begin op om ons in te houden en de punten op te zouten voor de tweede termijn. Dat heb ik keurig gedaan. Dan verwacht ik wel van u dat u bewaakt dat wij een tweede termijn kunnen houden. Anders ga ik ook in op de inhoud.

De **voorzitter**: Iedereen kan bij de beantwoording van zijn eigen vragen extra interrumpieren. Zo te zien is de minister nu aan uw vragen toe. Dat heb ik bij iedere woordvoerder toegelaten.

Minister **Klink**: Mevrouw Sap heeft daarbij de handicap dat ik in mijn inleidende betoog al geprobeerd heb om op een aantal van haar punten in te gaan.

Mevrouw Sap heeft gevraagd wat wordt bedoeld met «dienend». Dat is een belangrijke vraag. Zoals ik zo-even heb aangegeven, moet het publieke doelen dienen. Ook deze vorm van competitie, van uitlokken van innovatie, van toevoegen van vrijheidsgraden, is niet zozeer bedoeld om een soort vrijheidszin in Nederland te stimuleren, als wel om de publieke doelen – mevrouw Sap noemde terecht toegankelijkheid, kwaliteit en prijsbeheersing – werkelijk van de grond te krijgen. Evenals mevrouw Schippers en evenals verschillende onderzoeksbureaus, en in weerwil van wat de heer Van Gerven zei, schat ik de ontwikkelingen veel positiever in. Zo'n positieve ontwikkeling is er in de eerste plaats met betrekking tot de prijs. Over 2005 en 2006 is de prijs reëel gedaald, in 2007 is zo'n daling er niet maar is er ook geen exorbitante prijsstijging, en voor 2008 heb ik indicaties dat er weer een reële prijsdaling zal zijn. In de tweede plaats is die er voor de kwaliteit. Terecht signaleert mevrouw Sap dat de NZa heeft gezegd dat het een tandje meer mag. In termen van zorginkoop komt die toch meer en meer aan bod. Tegelijkertijd zijn de wachtlijsten in het B-segment echt weggewerkt. Voor zover er groei was – de groei vult ook af – zijn en waren de wachtlijsten daarvoor een verklaring. De groeiers onder de dbc's zaten met name in het B-segment.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister ziet op dit moment voldoende bijdrage aan de publieke belangen. Ik stel daar nogmaals tegenover dat de NZa heel voorzichtig concludeert dat er onvoldoende indicaties zijn voor negatieve effecten. De minister lijkt dat om te buigen in een wat positievere benadering door te zeggen: er zijn voldoende indicaties voor positieve effecten. Dat kan ik op geen enkele manier uit de conclusies van de NZa lezen. In het regeerakkoord staat heel duidelijk: nee, wij gaan niet door met verdere stappen tenzij na zorgvuldige evaluatie blijkt dat die goed uitwerken. De minister geeft mij de indruk dat hij deze afspraken ombuigt in een «ja, mits»: ja, wij gaan door, maar eventueel corrigeren wij achteraf. In zijn eerste termijn zei de minister: wij zijn geen avonturiers. Maar is hij op deze manier niet een beetje een vlegel?

Minister **Klink**: Ik zou dat bijna als een compliment zien!

Mede op basis van indicaties van de ZN en de NVZ hebben wij gezegd dat een uitbreiding tot maximaal 34% mogelijk is. Dat had te maken met de aard van de dbc's, de stabiliteit ervan, de vraag of er voldoende aanbieders zijn enzovoorts. Wij hebben dat maximum gesteld. Vervolgens hebben wij gezegd: óf en in welke mate wij het doen, laten wij afhangen van het advies van de NZa. Dat heeft de NZa natuurlijk geweten. Vandaar dat wij erover in de Kamer gecommuniceerd hebben. Uit dien hoofde heeft de NZa ook geweten wat haar oordeel daarover waard was. In het kabinet is daarover meerdere keren gesproken. Wij hebben elkaar gehouden aan het punt van de NZa. Er waren soms verschillende inschattingen. Inschattingen zijn er om je vervolgens door de feiten te laten overtuigen. Wij hebben afgesproken dat de NZa wat ons betreft leidend was. De NZa heeft gezegd dat er geen indicaties zijn om het niet te doen. Wij

houden het echter nauwlettend in de gaten. Het is een kwestie van goed kijken. Gesteund door de andere onderzoeksbureaus, die allemaal in dezelfde richting wijzen, heb ik de stellige overtuiging dat dit een verantwoorde keuze is, die past bij de evaluatie en in het kader van het coalitieakkoord.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): In het coalitieakkoord lees ik toch dat alleen wordt doorgegaan als er voldoende indicaties zijn om het wel te doen. Dit leg ik ook als vraag neer bij mijn buurman, de heer Van der Veen. Kan de PvdA leven met de interpretatie die de minister geeft van het coalitieakkoord?

De **voorzitter**: Dat gaan wij niet doen. Wij voeren geen onderling debat. Anders zijn wij niet om kwart voor zeven klaar.

Minister **Klink**: Mevrouw Sap heeft gevraagd naar de verhouding tussen ziekenhuizen en verzekeraars in de onderhandelingspositie. Zoals ik zo-even al heb aangegeven, duren sommige onderhandelingen lang. Hieruit blijkt dat men zich niet zomaar neerlegt bij wat gevraagd wordt, ook al zitten de kapitaallasten erbij. Daarnaast geven de positieve effecten in het B-segment, ook in termen van de prijs, aan dat er wel degelijk een kracht is die er de vinger op legt. Dat zijn de verzekeraars. Wat dat betreft zijn de verhoudingen niet erg scheef. Door de kwaliteit gaandeweg inzichtelijk te maken en bovendien de prijzen inzichtelijk te maken, versterken wij de onderhandelingspositie van verzekeraars ook. Transparantie betekent ook dat men meer te onderhandelen heeft. In verband daarmee vermeld ik één belangrijk punt, iets wat de NZa meerdere keren onderstreept in de monitor. Dit heeft mij ook in het voorjaar echt beziggehouden. Als wij het B-segment uitbreiden, wordt het voor verzekeraars verantwoord om te investeren in de zorginkoop. Men kan dan voor een groter deel van de markt werkelijk contracteren, op de prijzen letten en uitzoeken wie het verschil maakt. Naarmate hun inkomsten er meer van afhangen is het voor verzekeraars van betekenis of zij over een groter of kleiner deel van de markt moeten en kunnen onderhandelen. Laat ik het iets huiselijker zeggen. De uitbreiding van het B-segment als zodanig geeft een impuls aan de onderhandelingsmacht van de verzekeraars en stimuleert hen om erin te investeren.

Mevrouw Agema vroeg naar de «one stop visit» in verband met dbc 16. Die noemde zij, naar ik meen, uit de 30 000 dbc's die er zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is flauw. Het ging om een voorbeeld van een dbc. Zo zijn er zo veel.

Minister **Klink**: Ja, dan is het een beetje flauw, dat geef ik direct toe. Dan neem ik terug wat ik zo-even zei. Volgens mevrouw Agema heb ik de vraag die ik haar toegezegd had schriftelijk te beantwoorden, niet toereikend beantwoord. Eerlijk gezegd zit ik dan nu in dezelfde verlegenheid. Ik zal haar nogmaals schriftelijk antwoorden.

Mevrouw Agema vroeg of specialisten in zbc's meer verdienen. Dat zou een economisch delict zijn op grond van het feit dat specialisten op dit moment gebonden zijn aan de geldende tarieven. Daarin zit een bandbreedte van € 132 tot € 138. Men mag daar echt niet boven uitgaan. Eigenlijk zou het dus niet moeten kunnen. Als mevrouw Agema indicaties heeft dat het wel gebeurt, dan doen wij samen aangifte, zou ik bijna zeggen. Het is echt een economisch delict.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ook hierbij gaat het om het gegeven dat er bij dezelfde prijs in een ziekenhuis en in een zelfstandig behandelcentrum, er meer geld overblijft in het zelfstandig behandelcentrum. De krenten uit de pap gaan naar de zbc's. Het ziekenhuis, dat ook een ic en een afdeling

voor spoedeisende hulp in stand moet houden, komt in de knel als de krenten uit de pap naar de zbc's gaan.

Minister **Klink**: Dat is een zeer relevante vraag. Met de beschikbaarheidsvergoeding proberen wij die ongelijkheid in ieder geval weg te nemen. Daarmee worden de ic, de seh enzovoorts niet via de dbc's maar zelfstandig vergoed. Dat moet dus wel een goed mechanisme zijn, zodat dit effect wordt vermeden. Daarnaast geldt: verzekerde zorg is verzekerde zorg. Naarmate wij, bij uitbreiding van het B-segment, meer inzicht krijgen in de werkelijke kosten en deze in de rekeningen of in de prijzen verdisconteerd worden, heeft het minder zin om krenten uit de pap te halen. Dan worden namelijk reële kosten toegerekend naar reële behandelingen. Dit zien wij al bij de kapitaallasten gebeuren. Voorheen moesten wij er in het B-segment een surplus van 12,5% op zetten teneinde een zeker level playing field te krijgen tussen de ziekenhuizen en de zbc's in termen van hun prijzen voor de dbc's uit het B-segment. Met het verantwoordelijk maken van ziekenhuizen voor de kapitaallasten, is dit verdwenen en ontstaat al een level playing field. Het gaat dus om het toerekenen van de daadwerkelijke kosten naar een dbc. Daarvoor is de dbc-structuur van belang. De vrije prijsvorming helpt daarbij eerder dan dat die in de weg zit.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb nog een vraag gesteld over de numerus fixus. Verder wil ik graag een reactie op mijn opmerking dat een systeem van vraag, aanbod en prijsbeheersing niet ten koste mag gaan van het pakket. Dit mag niet minder worden als de prijzen de pan uit rijzen.

Minister **Klink**: De laatste vraag heb ik volgens mij beantwoord, toen ik zei dat er geen afwenteling zal plaatsvinden in de richting van het pakket. Sterker, wij willen een basispakket. Onlangs hebben wij daarover nog een aantal beslissingen genomen. Juist het prijsbeheersingsinstrument maakt duidelijk dat er geen afwenteling zal plaatsvinden door andere vormen van ombuigen. Over de numerus fixus hebben wij al verschillende keren gesproken. Als wij die loslaten, moet ik waarschijnlijk heel veel geld uitgeven voor opleidingen voor mensen die naderhand niet aan de bak komen. Dat is echt kapitaalvernietiging.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter...

De **voorzitter**: Laten wij geen debat voeren over de numerus fixus.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, dit zijn mijn enige interrupties in het hele debat.

De **voorzitter**: Dat is waar, maar het onderwerp is vrije prijsvorming. Dit AO gaat niet over de numerus fixus.

Mevrouw **Agema** (PVV): Vrije prijsvorming is een kwestie van vraag en aanbod. Het aanbod is klein en wordt klein gehouden door de numerus fixus. Dit lijkt mij dus buitengewoon relevant.

De **voorzitter**: Nee, dit maakt geen deel uit van dit debat. Het spijt mij.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het lijkt mij een vrij cruciaal onderdeel van dit debat.

De **voorzitter**: Ik verklaar dit onderwerp buiten de orde, net als fusies van ziekenhuizen. Het is allemaal heel relevant, maar niet voor de onderwerpen op de agenda.

Minister **Klink**: Mevrouw Koşer Kaya vroeg naar de oplossing van de overdekking. Zoals ik zei, zullen wij de verzekeraars in de week van 22 september, dus voor 1 oktober, hierover berichten. Dit is voor hen belangrijk om hun premie te kunnen bepalen en de schadelast in te schatten. Er is ook overeenstemming over het instrumentarium, zoals ik zo-even al zei. Dat is van belang voor de volgende jaren waarin de overfinanciering zich aftekende.

Ik ben het met mevrouw Koşer Kaya eens dat het B-segment een goed beeld laat zien. Dat onderstreep ik met haar.

Evenals mevrouw Schippers vraagt mevrouw Koşer Kaya of wij die complexe prijsbeheersing wel moeten invoeren op het moment dat er een overschrijding over het B-segment zou zijn. Mijn inschatting is dat dit toch noodzakelijk is. Ik geef wel toe, mede in de richting van mevrouw Schippers, op wier vragen ik zo meteen wellicht nog kom, dat wij voor het A-segment, en bij onverhoopte overschrijding ook voor het B-segment of delen daarvan, naar een prijsbeheersingsinstrumentarium moeten zoeken dat niet te complex en niet te bureaucratisch is. Dat zal bepaald nog niet meevallen. In het najaar ontvangt de Kamer van ons bericht over de wijze waarop wij denken dit in te vullen. Dit zal in goed overleg gebeuren met de NZa.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik had duidelijk gevraagd naar het verschil tussen het A-segment en het B-segment. Bij het laatste zie je een positieve ontwikkeling. Bij het A-segment zijn er allerlei problemen, die overigens niet genoemd worden. Daarover hoor ik graag meer. De heer Van der Veen is er nog niet uit of de minister groen licht krijgt. Hij vroeg wel hoe het met de kosten staat. Ik heb gevraagd: wanneer wil de minister nu ingrijpen? Zijn die kosten er überhaupt? Als ze er zijn, waar ligt dan de grens? Verder heb ik gevraagd waarom de minister geen normen formuleert om de vergelijking tussen ziekenhuizen beter vorm te geven. Het ene ziekenhuis bungelt ergens onderaan, het andere staat aan de top. Er is niet echt helderheid over de vraag hoe dit tot stand komt. Mijn laatste vraag, die misschien een herhaling is – ik meen hierover iets gehoord te hebben – betreft de overfinanciering van de ziekenhuizen over de jaren 2005 en 2006 in verband met de premievaststelling voor 1 oktober 2008.

Minister **Klink**: Ik haak aan op het laatste punt. Het hele traject van de afgelopen maanden was erop gericht om die helderheid te geven voor 1 oktober. Deze vervaldatum is overigens op veel fronten van belang, onder andere met betrekking tot de keuze voor het B-segment. Voor deze kwestie geldt dat eveneens, omdat dan de premies vastgesteld moeten worden. Voor die datum is er helderheid over de overfinanciering over 2005 en 2006. Nogmaals, er bestaat overeenstemming over de methode van toerekening. Dat is minstens zo belangrijk, omdat het daardoor mogelijk is, de problematiek ook voor de vervolgjaren in beeld te brengen en op te lossen.

Wat betreft het punt van de «lijstjes» voor de ziekenhuizen mag ik hopen dat de zorgbrede transparantie en de 80 aandoeeningen waarvoor er indicatoren komen, voldoende inzicht in de kwaliteit kunnen geven, zodat het niet alleen om schattingen gaat, maar wij op basis van reële gegevens kunnen prioriteren. Dat is wel van belang. Vanmorgen zag ik bijvoorbeeld een onderzoek over hartfalen, waaruit blijkt dat, afhankelijk van een bepaalde aanpak, de patiënten met hartklachten soms tot 30% of 40% per jaar minder vaak naar een ziekenhuis gaan. Dat is niet niets. Zo zijn er veel voorbeelden. Die uitkomstindicatoren moeten wij in beeld zien te brengen, naast de CQ-index, die met name de ervaringen van patiënten in beeld zal brengen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Wanneer verwacht de minister dat?

Minister **Klink**: Wat betreft de zorgbrede transparantie zal dit jaar naar ik meen met de eerste 28 of 26 indicatoren worden gewerkt. Zo is er een programma voor drie à vier jaar.

Over de risicovereeniging, waarnaar mevrouw Schippers vroeg, heb ik volgens mij voldoende gezegd. Nu is het al 50%. Dit wordt 0, wellicht met een tussenstap van 15%.

Ik zeg mevrouw Schippers toe dat ik schriftelijk zal melden en in beeld zal brengen welke trajecten er lopen rondom de innovaties van de dbc's en op welke wijze DBC-Onderhoud deze procedure opnieuw in werking zal zetten, mede in relatie tot het loket dat er gekomen is. Verder zal ik aangeven wat wij met het innovatieplatform doen. Dat had ik eerder al toegezegd. In 2010 komt de nieuwe productstructuur.

De **voorzitter**: Kunt u dat doen aan de hand van een aantal voorbeelden van dbc's die echt ongelooflijk lang teruggestuurd en veranderd worden zonder dat de indieners dat weten? Kunt u al zulke ellende meenemen bij het tijdspad dat u gaat beschrijven?

Minister **Klink**: Voor zover ik mij daarin de afgelopen dagen heb verdiept: er zijn er de afgelopen tijd rond de twintig aangemeld. Ik zal inzichtelijk maken wat daarmee is gebeurd en hoe dat is gebeurd.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De SP-fractie zal het niet eens worden met de minister over het nut van de marktwerking. De minister heeft een heel betoog gehouden, maar naar ons idee – ook de ervaringen in het buitenland wijzen daarop – leidt commercialisering tot medicalisering en tot het risico van tweedeling in de toegang tot de zorg en van verschillen in kwaliteit. Wat de minister in het hele debat niet heeft meegenomen, is de verantwoordingsbureaucratie, de transactiekosten, de pr-bewegingen die ziekenhuizen maken enzovoorts. Dat is allemaal weggegooid geld.

Met betrekking tot de kleine ziekenhuizen en de beschikbaarheidstoelage vind ik het een goed voornemen dat de acute zorg, de ic's en de spoedeisende hulp losgekoppeld worden van de productie, zoals de minister heeft gezegd. Hieruit concludeer ik dat de kleine ziekenhuizen in dit opzicht uit de brand zijn. Graag krijg ik een bevestiging daarvan de minister.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, uw tijd is om. U hebt tot nu toe de meeste spreektijd gehad.

De heer **Van Gerven** (SP): Misschien kan ik nog een opmerking maken over de acute zorg. De minister is onduidelijk geweest in zijn antwoord.

De **voorzitter**: Nee. U hebt veruit de meeste spreektijd gehad.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kondig een VAO aan.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Met name over het volume hadden wij nogal wat vragen. Wij willen dat de bewijslast bij de sector komt te liggen. Ook wilden wij weten hoe het staat met het wegwerken van de wachtlijsten. De meeste andere vragen zijn beantwoord. Wij hebben nog één vraag: hoe zit het met het onderzoek naar het volume, waarover gaat dit precies en wanneer komt het?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik kan mij bij de woorden van mevrouw Smilde aansluiten. Ik voeg er dit aan toe. Omdat de volumegroei cruciaal is, is ook de

prijsbeheersingsmaatregel cruciaal. Er is nog heel veel onduidelijkheid over de vraag hoe die eruit komt te zien. Daarom vind ik het heel belangrijk dat de brief die de minister heeft toegezegd, er echt in oktober is. Ik wil dat daarin dus aandacht wordt besteed aan de effectiviteit en de juridische perfectie, die van groot belang is. Wij zijn niet geholpen met een stok waarmee je niet kunt slaan, of een wassen neus, of hoe je het ook wilt noemen. Ik vraag dit met het oog op de volumegroei en met het oog op de verantwoordelijkheid die de minister voor zichzelf ziet weggelegd als systeemverantwoordelijke.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik heb begrepen dat wij niet meer dezelfde situatie zullen krijgen als die wij rond de zomer hebben gehad met het NZA-advies, en dat wij dit in het vervolg netjes zullen behandelen. Voorts heb ik begrepen dat de bewijslast voor de beheerste prijs- en volumegroei echt bij de ziekenhuizen ligt en niet neerslaat op de burger in de vorm van de verzekeringspremie of een eigen risico. Ik ben het eens met de opmerking van mevrouw Wiegman over het volume. Hieraan voeg ik toe dat ik heel graag van de minister wil weten op welk moment het volume bekeken wordt. Wanneer is er sprake van volumeoverschrijding? Hoe realistisch is dat? Graag krijg ik ook echt informatie over het prijsbeheersingsinstrument, zoals mevrouw Wiegman eveneens heeft gevraagd. Verder krijg ik graag zwart op wit meer helderheid over de risicoverevening en nacalculatie bij de verzekeraars. Hoe gaan die eruitzien?

Ten slotte: ik zou het plezierig vinden als partijen zoals de NVZ en ZN iets royaler in dit traject meedingen. Ik heb nu toch sterk het idee dat die twee partijen een beetje in de zetel zitten en dat hier veel terecht komt. Daarvan heb ik net een voorbeeld gegeven. Daarbij komt veel terecht. Veel van mijn opmerkingen, zeg ik in alle oprechtheid, hebben te maken met de naar mijn mening toch erg terughoudende opstelling van de NVZ en Zorgverzekeraars Nederland als het om hun positie gaat.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. In het begin van zijn reactie zei de minister duidelijk dat de betaalbaarheid van de zorg, die in de visie van mijn fractie een groot probleem vormt, vraagt om meer innovatie, meer marktwerking en om meer vrije prijzen. Daaruit spreekt voor mij dat deze minister tot de gelovigen behoort. Hij gelooft in marktwerking, en daarbij past zijn strategie van «ja, mits». In het regeerakkoord is echter echt iets anders afgesproken. Daarin staat: «nee, tenzij». Die visie hangt mijn fractie aan. Wij zien marktwerking als een mogelijk nuttig instrument, dat kritisch op zijn effecten moet worden bezien. Wij voelen ons in deze visie gesteund door het plenaire debat dat vandaag in de Kamer heeft plaatsgevonden. Minister Van der Hoeven heeft hierin uitgesproken dat het kabinet in 2008 de markteffectentoets wil uitvoeren bij toekomstig marktwerkingsbeleid. Zij heeft in dat debat ook gezegd dat in haar visie de verdere vrije prijsvorming in de cure de enige grote marktwerkingsoperatie is van dit kabinet. De minister noemt de volgende stap die hij wil zetten «bescheiden». De helft erbovenop vind ik echter niet bescheiden. Dat vind ik fors. Zo'n stap zie ik als een belangrijk onderdeel van een nieuwe, grote, toekomstige marktwerkingsoperatie. Mijn collega Kees Vendrik heeft hierover een motie ingediend, die wordt gesteund door Mei Li Vos. Ik roep de PvdA op om stand te houden, zodat deze operatie waar mogelijk zorgvuldiger wordt uitgevoerd.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Een van de basisvoorwaarden van een vrije markt en vrije prijsvorming is dat specialisten gaan concurreren. Zij gaan niet concurreren als zij onvoldoende collega's hebben. Daarom: schaf de numerus fixus af! Dat is een van de basisvoorwaarden in het debat dat wij hier voeren. Graag krijg ik hiervoor een toezegging van de minister. Anders zal ik een motie indienen op dit punt. Mijn tweede punt

betreft de prijsbeheersingsinstrumenten. Gisteren heeft de minister duidelijk in zijn brief gesteld dat hij daarvoor de pakketverkleining en de verhoging van de eigen bijdragen als mogelijkheden ziet. Uit zijn woorden in dit overleg maak ik op dat dit van de baan is. Dat wil ik nogmaals duidelijk van de minister horen. Anders zal ik ook op dit punt een motie indienen. Het kan immers niet zo zijn dat wij straks torenhoge prijzen hebben en dat de kosten van het basispakket wederom omhoog vliegen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik constateer dat de PvdA helemaal geen groen licht heeft gegeven. Ik hoop dat de minister zijn rug recht houdt en dat wij een voorlopige, voorzichtige start kunnen maken. Alle kosten die op ons afkomen, en de toename in de zorgkosten, brengen met zich mee dat wij niet kunnen wachten maar een stap vooruit moeten zetten. Ik ben benieuwd hoe dit verder zal verlopen!

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ieder systeem dat ruimte geeft voor vrijblijvendheid en uitbundige productie, om in de termen van de minister te spreken, is een waardeloos systeem. Daar moet je nooit aan beginnen. In mijn ogen kan dit nooit een argument zijn om met een prijsinstrument aan de slag te gaan. Wij zijn geen gelovigen. Wij geloven namelijk niet dat de overheid in staat is om de beste kwaliteit zorg te leveren tegen een redelijke prijs. Wij vinden dat je een systeem moet bouwen dat in zich de remmen bergt om de productie, de kwaliteit en de toegankelijkheid met elkaar in evenwicht te brengen. Als dat niet voldoet, moet je geen nieuwe staatsinstrumenten ontwikkelen, maar moet je ervoor zorgen dat het systeem werkt. Wij hebben signalen ontvangen dat het prijsinstrumentarium een enorme bureaucratie zal teweegbrengen. Ik hoop dat die signalen niet kloppen. Dat zou echt heel erg zijn. Wij vinden dat niet acceptabel.

Voorzitter: Schippers

Minister **Klink**: Voorzitter. Commercialisering roept medicalisering over ons af, zei de heer Van Gerven. Wij hebben het echter niet zozeer over commercialisering. Het gaat steeds om instellingen die geen winst mogen uitdelen. Van commercialisering is dus vooralsnog geen sprake. Bij die medicalisering plaats ik ook een vraagteken. Vaak wordt Amerika erbij gehaald. Laat ik een tegenstatement geven: als in Amerika één ding in het zorgstelsel ontbreekt, voor zover men daar al een zorgstelsel heeft, is het wel competitie. Ik zou graag eens – daarvoor is het nu niet de gelegenheid – met de heer Van Gerven het debat hierover aangaan. In Amerika lopen de zaken compleet uit de hand vanwege een gebrek aan competitie tussen verzekeraars en tussen zorginstellingen en vanwege een gebrek aan transparantie. Het idee dat de marktwerking in Amerika tot torenhoge kosten leidt, is een misvatting, want als marktwerking ergens ontbreekt, is dat in de Verenigde Staten. Daarover gaan wij misschien eens het debat met elkaar aan.

«Verantwoordingsbureaucratie» is een ander prachtig woord van de heer Van Gerven. Vandaag was er een debat over de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Vindt de heer Van Gerven het erg als patiënten straks weten welke huisarts beter bereikbaar is? Daarvoor heb je wel gegevens nodig! Vindt hij het erg als mensen die aan hartfalen lijden, straks weten dat zij bij die of die zorgaanbieder meer samenhang krijgen? Daarvoor moet je wel de feiten weten! De tijd dat je op de blauwe ogen van de huisarts of specialist vertrouwde en dacht dat je overal dezelfde kwaliteit van zorg ontving, is simpelweg voorbij. Patiënten eisen inzicht. Wat die verantwoordingsbureaucratie met hoge transactiekosten betreft, die wij volgens de heer Van Gerven over ons afroepen, is het van tweeën één. Of

patiënten krijgen dat inzicht niet, en dan is er dus geen bureaucratie óf de heer Van Gerven neemt die verantwoording op de koop toe, zodat patiënten weten welke kwaliteit geboden wordt. Dat is een afweging die hij moet maken. Ik heb de mijne gemaakt: ik vind dat patiënten gewoon recht hebben om te weten welke kwaliteit geboden wordt tegen welke prijs.

Over de kleine ziekenhuizen worden wij het snel eens. De beschikbaarheid van seh of de beschikbaarheid van ic zal geen reden worden waarom een bepaald ziekenhuis slechter af is dan een ander ziekenhuis, voor zover noodzakelijk met het oog op toereikende en bereikbare zorg uiteraard. Enkele vragen betroffen het wegwerken van de wachtlijsten en het onderzoek naar het volume. Ik zal de Kamer zo snel mogelijk op twee fronten informatie verschaffen. Ten eerste laat ik weten wanneer en met welke vragen wij het volumeonderzoek zullen doen. Ten tweede – dit punt bracht de heer Van der Veen naar voren – informeer ik de Kamer wanneer wij op basis van de volumeontwikkeling en het inzicht dat wij daarin in 2009 hebben, uiteindelijk al dan niet beslissen om in 2010 het prijsbeheersingsinstrument in te zetten. Deze informatie krijgt de Kamer binnenkort. Mevrouw Wiegman vroeg of ik voor oktober kan realiseren dat het prijsbeheersingsinstrument daarin afgerond is. Ik heb gezegd dat het in het najaar zou zijn, en het najaar duurt langer dan tot oktober. Het moet zorgvuldig gebeuren. Er zitten de genoemde juridische implicaties aan vast. Dit moeten wij samen met de NZa en DBC-Onderhoud goed neerzetten.

In antwoord op de vraag van de heer Van der Veen onderstreep ik dat de bewijslast bij de ziekenhuizen komt te liggen. Over de risicoverevening bericht ik de Kamer zo spoedig mogelijk, zodra wij dit in de ministerraad hebben afgetikt. Ik hoop eveneens op royale medewerking van de NVZ en ZN in dit traject, al was het maar omdat wij de productstructuur in 2010 af willen hebben. De heer Van der Veen doelde echter met name op de gereserveerdheid met betrekking tot de risicoverevening en de reserves met betrekking tot het volumeonderzoek enzovoorts. Ik geloof dat wij elkaar daarin wel kunnen vinden.

Ben ik «een gelovige»? Nee, want wij monitoren voortdurend de ontwikkelingen. Ik zeg wel graag mevrouw Schippers één ding na: laten wij niet doen alsof de overheidsbudgettering zo geweldig geholpen heeft. Over de wachtlijsten die ontstonden en de ineffectiviteit hoef ik niet uit te weiden. Ik heb de hele inbreng van mevrouw Sap overigens niet zo verstaan dat zij een gelovige aan de andere kant is. Zij is meer een realist, die vindt dat wij een vinger aan de pols moeten houden. Daarom zegt zij tegen mij: iets minder geloof zou wel kunnen.

Over de numerus fixus hebben wij al verschillende keren gesproken. Ik geloof niet dat mevrouw Agema en ik het daarover snel eens zullen worden. Over het pakket heb ik het mijne gezegd. Het prijsbeheersingsinstrumentarium is er niet voor niets; een pakketbeslissing ligt niet in het verlengde daarvan.

Mevrouw Koşer Kaya wees nog eens op de bureaucratie en de kosten die gemoeid zijn met het prijsbeheersingsinstrumentarium. Mevrouw Schippers sloot zich daarbij aan, en ik voel mij daardoor aangesproken.

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

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