

## 7

### Marktordening gezondheidszorg

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

De beraadslaging wordt hervat.



#### Minister **Schippers:**

Voorzitter. Allereerst feliciteer ik mevrouw Frieters-Klijnen van harte met haar maidenspeech. Met haar verwijzing naar Confucius zet zij een mooi debuut neer dat past in de geest van de Kamer.

Ik ben verheugd vandaag dit wetsvoorstel met de Kamer te mogen bespreken, omdat het van groot belang is in verband met de beoogde invoering per 2012 van de prestatiebekostiging bij de ziekenhuizen en het beheersmodel voor de medisch specialisten. Ik zal allereerst een schets geven waarin ik mijn visie uiteenzet op de wijze waarop dit wetsvoorstel past bij de toekomstontwikkelingen die ik voor dit stelsel voor mij zie. Daarna behandeld ik een aantal afzonderlijke thema's.

Vrijwel alle leden hebben vragen gesteld over de verhouding tussen het invoeren van de prestatiebekostiging onder gelijktijdige handhaving van een macrobeheersinstrument en de perverse prikkels die dit beheersinstrument met zich brengt. Markt en budget tegelijk: kan dat eigenlijk wel? Dat is een zeer relevante vraag. In feite gaat het over de spanning tussen beheersen en loslaten.

Natuurlijk ben ik, als liberale minister, van mening dat wij meer moeten loslaten. Het veld is namelijk veel beter dan de overheid in staat om te sturen op goede zorg die voldoet aan de eisen van de patiënt van de toekomst. Voordat ik dat kan doen, is het nodig dat er een machts-evenwicht bestaat tussen de partijen die dat moeten doen. Dat noemen wij countervailing powers. Juist als er naast de goede prikkels ook verkeerde incentives op de loer liggen, is het noodzakelijk om tegenkracht goed te organiseren. Dat betekent dat ik, zolang de verzekeraars onvoldoende risicodragend zijn tegenover een zorginstelling en voordat een zorginstelling daadwerkelijk de eigen broek kan ophouden, overheidsmaatregelen moet nemen om het gebrek aan countervailing powers op te vangen. Anders is de patiënt, de verzekerde, de dupe, want het wordt op zijn premie afgewenteld. Dit wetsvoorstel geeft mij de instrumenten die ik daarvoor nodig heb.

Een aantal leden, onder wie mevrouw Slagter, heeft zorgen uitgesproken over de onzekerheden die de overgang van dbc's naar DOT's met zich brengt. Er zijn inderdaad onzekerheden en die zijn niet helemaal uit te sluiten. Het is een majeure operatie. Je gaat ziekenhuizen echt anders bekostigen. Ik moet wel zeggen dat er door de ziekenhuizen in de afgelopen periode snoeihard is gewerkt om de overgang goed voor te bereiden. Daardoor weten ziekenhuizen heel veel over hun huidige en toekomstige financiële huishouding. Ook verzekeraars hebben heel veel informatie. Toch is het van belang om geen onverantwoorde risico's te nemen. Daarom hebben wij voor volgend jaar een transitiebedrag dat in hoge mate zekerheid

biedt: 95% in 2012, 70% in 2013. Er hoeft dus geen ziekenhuis om te vallen door deze systeemwijziging.

Dan iets over het perspectief naar de toekomst. Ik reageer daarmee in het bijzonder op vragen van de heer Putters en de heer Ganzevoort. Wat ik in feite doe, is het consequent doorredeneren op de uitgangspunten van het stelsel zoals dat in 2006 door mijn voorganger Hoogervorst is geïntroduceerd. Om dat stelsel van vraagsturing te vervolmaken, moeten er twee dingen gebeuren. Eerst moeten wij de stap naar prestatiebekostiging zetten. Daarnaast moeten verzekeraars risicodragend worden gemaakt. Dit wetsvoorstel, in combinatie met de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en in combinatie met de maatregelen ten aanzien van die risicodragendheid, leggen daarvoor de basis. Om het systeem van vraagsturing te vervolmaken, zullen wij uiteindelijk gaan betalen voor geleverde resultaten en niet alleen voor geleverde prestaties. Dat betekent een outcomefinanciering.

De heer Putters vraagt of dit wetsvoorstel bijdraagt aan dat toekomstbeeld. Ik vind van wel. Ik zie de prestatiebekostiging op basis van de nieuwe DOT's als een noodzakelijke stap in de goede richting. Wij zullen eerst moeten vereenvoudigen voordat wij naar een outcomefinanciering kunnen gaan.

Voor outcomefinanciering is het ook nodig dat wij inzicht hebben in de definitie van goede zorg. Dit vergt van de partijen in het veld de komende jaren een grote inspanning op diverse terreinen. Er zijn voor grote delen van de zorg nog geen goede standaarden beschikbaar. Dat is primair een taak voor de medische professionals en dat blijft ook zo. Het kwaliteitsinstituut krijgt een faciliterende en aanjagende rol om deze standaarden tot stand te brengen. Als die niet tot stand komen, krijgt het doorzettingsmacht. Het moet immers wel gebeuren. De vrijblijvendheid gaat eraf.

Het kwaliteitsinstituut krijgt bovendien als opdracht mee hiervoor samen met het veld, de patiënten, de verzekeraars en de zorgaanbieders, een meerjarenprogramma te ontwikkelen. Daarin wordt vastgesteld voor welke zorg wanneer moet zijn omschreven wat goede zorg is. Op basis van dit meerjarenprogramma kan de ontwikkeling naar outcomebekostiging aan concrete tijdlijnen worden verbonden. Met de kwaliteitstransparantie die langs deze weg ontstaat, is het vervolgens mogelijk om verdere stappen te zetten in de bekostiging.

Men zou hieraan de suggestie kunnen ontleenen dat het kwaliteitsinstituut een groot bureaucratisch instituut wordt. Dat is geenszins waar. Ik zal daarvoor waken. Zowel in de organisatieopzet als in de werkwijze zal het een klein en slagvaardig instituut zijn, lean and mean, van en voor professionals. Ik vind het belangrijk dat al die professionals niet in dienst komen van het kwaliteitsinstituut, maar dat zij gewoon werken in het werk waarin zij goed zijn en waarvoor zij zijn opgeleid. Net zoals wij dat nu bij de Gezondheidsraad doen, moeten zij tijdelijk worden betrokken bij een project waarvan zij kennis hebben en waarop zij meewerken.

Ik heb afgesproken dat ten aanzien van de administratieve lasten en de ervaren kosten Actal met ons meekijkt naar de vormgeving van het kwaliteitsinstituut. Als je iets nieuws opricht, is het voor je het weet een log bureaucratisch instituut. Bovendien ben ik bezig met een plan van aanpak over hinderlijke, overbodige en belemmerende regels. Met dat plan van aanpak zal ik in de loop van volgend jaar naar de Kamer komen.

## Schippers

Als het mechanisme van kwaliteitsontwikkeling goed gaat werken, kan dat op termijn betekenen dat prestatiebeschrijvingen in de vorm van DOT-zorgproducten voor delen van de ziekenhuiszorg zullen verdwijnen. Verzekeraars zijn dan in staat om op basis van objectieve kwaliteitsinformatie te contracteren. Dat betekent ook een vermindering van de administratieve lasten. Prestatiebeschrijvingen hoeven dan immers niet langer door de NZa te worden vastgesteld voor dat deel van de zorg dat volledig aan de onderlinge krachten van partijen kan worden overgelaten. Voor het deel waarvoor de overheid altijd publieke verantwoordelijkheid houdt, zal de NZa prestaties en tarieven blijven vaststellen. Ik ben het dus met de heer Putters eens dat er een scherp onderscheid moet zijn tussen wat aan de partijen kan worden overgelaten en wat aan de overheid is. Wij hebben niets voor niets een vast en gereguleerd segment in de ziekenhuiszorg van 30%.

De heer **Putters** (PvdA):

Het is fijn dat de minister meteen de relatie met de kwaliteit legt. Ik heb daarover twee vragen. Kan zij wellicht aangeven op welke wijze de professionals en de veldpartijen binnen de afspraken waarover wij vanavond moeten beslissen, worden aangezet om daar werk van te maken? De tweede vraag betreft de doorzettingsmacht. Ik begrijp dat de minister, als zij er niet uitkomen, doorzettingsmacht bij het kwaliteitsinstituut neerlegt. Hoe ziet die eruit?

Minister **Schippers**:

Op enig moment zeggen professionals dat het belangrijk is om voor bepaalde zorgstandaarden voor te ontwikkelen. Wij zien nu al dat er heel veel standaarden en richtlijnen worden ontwikkeld. Dat duurt vaak lang, anderhalf jaar. Over anderhalf jaar is die multidisciplinaire richtlijn af en dan staat het in het werkprogramma. Als er dan een kink in de kabel komt en het voor een bepaalde datum niet af is – iets wat wij helaas vaak zien omdat professionals er niet uitkomen – kan het kwaliteitsinstituut het met de adviescommissie maken, samen met de professionals. Dan komt het wel tot stand.

Ten aanzien van de kwaliteit. Hoe worden partijen aangezet om daar werk van te maken? In alle akkoorden die ik heb gesloten, is kwaliteit een onderwerp. Daarover zijn allemaal afspraken gemaakt. Niet de minst belangrijke afspraak daarbij – mevrouw Dupuis heeft dat ook al aangegeven – is over gepast gebruik van zorg. Wanneer is wat nodig? Onder aanvoering van de patiëntenbeweging is daarover een convenant afgesloten. Daar is men dus fiks mee bezig en dat moet ook. Dat is volgens mij de enige uitweg om dat daadwerkelijk van de grond te krijgen.

Dat brengt mij automatisch op het niet geringe onderwerp dat de heer Ganzevoort heeft aangesneden: moet alles wat kan? Dat is een ingewikkeld onderwerp. Ik vind dat het debat of een medische behandeling nog langer zinvol is, niet langs de lijnen van de kosten moet worden gevoerd. Dat is heel vaak gedaan, ook door bijvoorbeeld de RVZ. Hoeveel is een levensjaar ons dan nog waard? In de dagelijkse praktijk wordt er zo vaak nog doorbehandeld terwijl er geen betekenis is in de kwaliteit van leven. Wat sol je dan eigenlijk met een patiënt door dat nog te doen? Ik vind dat we die discussie primair langs de lijnen van kwaliteit van leven moeten voeren; dat heeft alles te maken met gepast gebruik van zorg.

Het is in onze westerse samenleving heel moeilijk om afscheid te nemen van het leven, heb ik van een oosterse vriendin van mij gehoord. Wij kunnen het moeilijk los-

laten. Uiteindelijk zal een arts moeten zeggen: deze methode is er wel, maar helpt niet bij deze patiënt. We zullen ook de patiënten zo ver moeten krijgen dat zij en hun familie niet om het onmogelijke blijven vragen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik ben blij met dit antwoord. Het is verstandig om dit niet langs financiële lijnen te doen, maar wel de principiële, zorginhoudelijke discussie te voeren. Mijn vraag is wel op welke plaats de minister vindt dat deze discussie gevoerd moet worden en welke stappen gezet kunnen worden om dat voor elkaar te krijgen.

Minister **Schippers**:

Wij voeren het langs de lijnen van kwaliteit van zorg en gepast gebruik. In het afgelopen jaar merk ik dat in de verschillende gremia, ook waar ik artsen sprak, deze vraag bijna altijd naar boven komt. Het is iets waarmee men worstelt. Vroeger zeiden artsen regelmatig: gaat u eerst maar even afvallen, want als ik u nu behandel, heeft die behandeling geen zin. Je ziet dat artsen dat steeds minder vaak doen en dat heeft alles met gepast gebruik van zorg te maken.

Wat ik zo aardig vind van dat convenant waar ook artsen en patiënten bij zijn aangesloten, is dat daar het debat plaatsvindt. Men neemt ook stappen. Ik zelf stel het overal aan de orde waar ik erover spreek met gremia die daarmee worstelen; management by speech noemt men dat, geloof ik. Hoe ik dat via de parlementaire democratie moet doen, weet ik nog niet. Ik ben er nog niet uit of ik daarover een notitie moet schrijven, maar het is wel een zeer relevant onderwerp in deze context.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik deel dat. Ik denk dat het meer gaat om bewustwording, om een mentaliteitsverandering. Mag ik hieruit begrijpen dat de minister vindt dat het kwaliteitsinstituut een rol moet spelen om dit thema mee te nemen in de definitie van goede zorg?

Minister **Schippers**:

Ten aanzien van richtlijnen die de professionals opstellen, is het in de sectoren waarin men hiermee te maken heeft, een onderdeel daarvan. Wij moeten als samenleving, patiënten, overheid en medische beroepsbeoefenaars deze vraag steeds vaker opwerpen.

Er zijn nog verschillende andere thema's aan de orde gesteld: het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, het herstructureringsfonds, de spreiding van specialisatie, het macro-beheersinstrumentarium, de informatievoorziening, medische specialisten, de beschikbaarheidsbijdrage, de positie van de zbc's en de positie van de NZa.

Ten aanzien van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Ik wil tegenover de aarzeling van de heer Putters dat de NVZ haar leden niet zou kunnen binden aan dit akkoord, stellen dat de leden van de NVZ uiteindelijk ingestemd hebben met dit akkoord. Twee derde heeft ingestemd. Dat is niet 100%, maar ik vind het een groot draagvlak voor zo'n moedige stap waaraan de ziekenhuizen zich hebben geëngaat. Ik vind dat eigenlijk heel bijzonder.

Ik kan het belang van dit akkoord niet genoeg benadrukken. In het akkoord ligt namelijk besloten dat wij de beheersing van de prijs en kwaliteit gaan aanpakken met respect voor ieders verantwoordelijkheid in het systeem, zeg ik tegen van de heer Flierman. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord kent grofweg twee pijlers. In de eer-

## Schippers

ste plaats zijn er afspraken gemaakt over de beschikbare groei tot aan 2015. In de tweede plaats, dat zeg ik tegen de heer Putters, zijn er afspraken gemaakt over kwaliteit en doelmatigheid.

De heer Putters, mevrouw Dupuis, mevrouw Slagter en mevrouw Frijters vroegen naar de beheersing van de volumes. Daarbij werd een aantal cijfers genoemd. Het is heel belangrijk om bruto- en nettobedragen uit elkaar halen, want anders wordt de opgave wel heel groot. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is de gezamenlijke ambitie uitgesproken om de uitgavengroei in de ziekenhuizen en in de zbc's die de laatste jaren op 6% à 7% lag, terug te brengen naar een significant lager niveau.

De heer Flierman constateert in zijn bijdrage dat er dan feitelijk een efficiencytaakstelling ligt van 4%, maar daarbij heeft hij bruto met netto vergeleken. Dan is de stap te groot en dat zou een heel moeilijke opgave worden. Dit is namelijk bruto en er is geen rekening gehouden met de loon- en prijsstelling. Als je dat wel doet, kom je uit op een taakstelling tussen de 0,75% en 1,25%. Die taakstelling is in mijn ogen, in vergelijking met wat we van de rest van de samenleving vragen, heel redelijk en zeker haalbaar. Dat is het zeker wanneer je kijkt naar de spreiding van gepast gebruik: wanneer schrijf je generiek voor, wanneer gespecialiseerd, wanneer opereer je en wanneer opereer je niet? Als je dat tussen ziekenhuizen vergelijkt, zit er zo'n spreiding in dat je door beter zorg te leveren ontzettend veel kunt winnen.

In het hoofdlijnenakkoord gaan volumeafspraken en afspraken over beschikbare groei hand in hand met het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid. Dat is steeds een absolute eis van ons geweest in de gesprekken over dit akkoord. Als ik dat niet had gedaan, had ik misschien eerder een akkoord gehad, ook over volumes, maar was de kans op toenemende wachtlijsten veel groter. We zien allemaal waar hier de uitweg ligt. Daarom ben ik blij dat in dit akkoord in samenhang afspraken zijn gemaakt over gepast gebruik en het ontwikkelen en werken aan de hand van normen.

Ook de verhouding van de eerste lijn en tweede lijn komt in dit akkoord aan de orde. Mijn plannen om zorg dichtbij te stimuleren, liggen daaraan ten grondslag. Ik zeg tegen mevrouw Slagter en mevrouw Dupuis dat versterking van de eerste lijn uiteindelijk ook een financiële vertaling moet krijgen. Als je van de eerste lijn vraagt om meer te doen omdat uit de tweede lijn taken worden overgeheveld, moet daar geld bij zitten. Dan is het heel belangrijk dat je die afspraak goed op papier zet, want anders kom je in een welles-nietesdiscussie. Daar wil ik echt vanaf. Ik wil een goed akkoord waarin wij schrijven dat als dit gebeurt, dat erbij komt.

Bijzonder aan het hoofdlijnenakkoord is dat zorgverzekeraars zich voor het eerst in de geschiedenis verantwoordelijk hebben gemaakt voor volume. Zorgverzekeraars hebben altijd in alle gesprekken gezegd dat zij er niet zijn voor volumes; zij hebben zorgplicht. Volume zit echter ook in ongepast gebruik van zorg; het zit ook in niet-zuinig gebruik van zorg of niet-zinnig gebruik van zorg. Het is vanuit de zorgverzekeraars een hele stap dat zij voor het eerst verantwoordelijk hebben genomen voor volume.

Dat brengt mij bij de overschrijdingen. Wij hebben met elkaar afgesproken dat wij uitgaan van een gematigde groei. Die gematigde groei betekent 15 mld. extra voor de zorg. In deze economische situatie is dat een bijzonder groot bedrag waarmee wij dan ook verantwoordelijk moe-

ten omgaan. In goed overleg met de steunende politieke fracties hebben wij een basissysteem afgesproken. Als er overschrijdingen zijn, halen wij die primair terug waar ze gemaakt zijn. We zorgen ervoor dat de rekening van overschrijdingen niet alleen bij de burger komt te liggen. We zeggen ook: als u zo veel zorg kunt leveren, kan dat dan niet wat efficiënter gebeuren?

Ik ben het overigens eens met mevrouw Dupuis dat eigen betalingen zeker effect hebben op de zorgvragende partij en daarmee op de zorgvraag in het totaal. Ik realiseer mij terdege dat deze maatregelen helaas niet altijd kunnen rekenen op het benodigde politieke draagvlak. Het is geen geheim dat ik hiervan een voorstander ben. Ik zet wel een paar passen op het gebied van de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg en bij de verhoging van het eigen risico naar € 220.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd naar de vormgeving van het herstructureringsfonds. De oprichting daarvan is een van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Ziekenhuizen. Als wij gaan concentreren, is bij de zeer moeilijke zorg sprake van overcapaciteit. De zorgverzekeraars hebben aangekondigd het initiatief te nemen om te komen tot de oprichting van een herstructureringsfonds om de afbouw van niet noodzakelijke ziekenhuiscapaciteit financieel te faciliteren. Dat is overigens conform het hoofdlijnenakkoord. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat zorgverzekeraars op dit moment bezig zijn met het ontwikkelen van inhoudelijke uitgangspunten die een kader moeten bieden voor de afbouw van de capaciteit.

Vervolgens moet worden uitgewerkt welke opzet van het herstructureringsfonds het beste past bij die inhoudelijke invulling. Te denken valt bijvoorbeeld aan criteria en uitgangspunten rond financiering en besteding. Ik wil graag benadrukken dat ik conform het hoofdlijnenakkoord geen bemoeienis heb met de inrichting van het herstructureringsfonds. Dat punt zullen de zorgverzekeraars oppakken. Bij een systeem van vraagsturing past geen bemoeienis van mij, dat zou ook marktverstorend werken en ik zou direct te maken krijgen met Europese regelgeving over staatssteun.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Voorzitter. Ik wil de minister nog vragen wanneer het herstructureringsfonds wordt ingezet. Ik begrijp dat de minister nu spreekt over afbouw van capaciteit, met name bij concentratie van behandelingen. Het gaat dan toch vooral om superspecialistische zorg, kinderoncologie, slokdarmoperaties en dergelijke. Dat is een andere manier dan ik gedacht had. Kan de minister daarop een toelichting geven?

Ik heb ook gevraagd of daarbij ook patiënten betrokken worden. Als capaciteit wordt afgebouwd, kun je natuurlijk ook denken aan kleine ziekenhuizen die afgebouwd worden. Dat is een heel andere categorie. Die gaat juist de andere kant uit.

De minister had het al even over de zorgplicht. Ik heb gevraagd hoe ik die moet zien in relatie tot toenemend volume. Toenemend volume kan immers op gespannen voet staan met de zorgplicht. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben overigens gezegd dat het gaat om een inspanningsverplichting en niet om een resultaatsverplichting, maar zorgplicht is een inspanningsverplichting.

**De voorzitter:**

Dat zijn een heleboel vragen!

## Schippers

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):  
Sorry, voorzitter.

### Minister **Schippers**:

Ik probeer het te onthouden. Het makkelijkste is als zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden zeggen dat zij hetzelfde doen als tot nu toe en gewoon stoppen bij een percentage dat wij samen afspreken – 1, 2, 2,5 – en dat de rest wachtlijsten wordt. Dat hebben wij echter niet afgesproken. Wij hebben afgesproken dat zij echt gaan kijken naar zinnige en zuinige zorg. Is een snurkpoli zinnige zorg? Is een griepoli zinnige zorg? Die worden echter wel betaald. Zorgverzekeraars kunnen zeggen dat zij daarop geen zicht hebben, maar dat hebben zij wel, want zij zitten aan die onderhandelingstafel. Dat is het eerste. Zij kunnen heel wel voldoen aan de zorgplicht als het gaat om 1,75%, als je ziet hoeveel lucht er allemaal in het systeem zit.

Ik heb in het kader van de afbouw gesproken over concentratie, maar laten wij de deconcentratie niet vergeten. In de ziekenhuizen gaan natuurlijk aan de bovenkant en aan de onderkant dingen weg. Deze twee bewegingen kunnen voor sommige ziekenhuizen heel grote consequenties hebben. Ik ben er overigens niet van overtuigd dat big beautiful is, dat samenwerking en fusering per se noodzakelijk zijn. Ten opzichte van het buitenland zijn onze ziekenhuizen relatief groot, maar ook in het kader van wat bedrijfseconomisch het beste is. Als je op een gegeven moment een bepaald punt voorbijgaat, moeten er managementlagen bijkomen en wordt het helemaal niet bedrijfseconomisch. Regionale ziekenhuizen hebben een heel goede kans als zij gewoon doen waarin zij goed zijn, namelijk die basisspecialistische zorg leveren.

Het herstructureringsfonds gaat natuurlijk naar verloop van tijd werken. Deze hele situatie begint per 1 januari 2012. Ik kan mij voorstellen dat daar in de loop van 2012 misschien de eerste zaken aan de orde zijn. Ik ben er niet bij betrokken, maar ik kan wel op verzoek van mevrouw Slagter aan Zorgverzekeraars Nederland vragen om in ieder geval de patiënten te betrekken bij het herstructureringsfonds. Ik zeg haar dat toe.

### De heer **Putters** (PvdA):

Ik ben het zeer met de minister eens dat je in feite de oorzaken van overschrijdingen probeert te tackelen en daar zo gedifferentieerd mogelijk iets aan moet doen. Hoe houdt zich dit precies tot het hoofdlijnenakkoord? Wij hebben de indruk dat als een soort ultimatum remedium generiek kortingen worden toegepast bij alle ziekenhuizen, dus niet gedifferentieerd bijvoorbeeld als een snurkpoli niet nodig is. Het klinkt als een soort noodgreep, waarbij je niet zeker weet of de echte oorzaken van de overschrijdingen worden aangepakt. Misschien kan de minister hierop reageren?

### Minister **Schippers**:

Ik ben het met de laatste opmerking van de heer Putters eens. De aanleiding voor het hoofdlijnenakkoord was omdat ik achteraf bij ziekenhuizen kwam die netjes hun productie draaiden en zei: sorry, u hebt overschreden; u hebt wel netjes uw productie geleverd, maar ik kom nog even wat bij u halen. De ziekenhuizen hadden daar terecht genoeg van. Zij vroegen of het alleen hun verplichting was, of misschien ook van de zorgverzekeraars. Wij hebben met elkaar afgesproken dat wij inzetten op een gepast gebruik van zorg. Uit onderzoeken van DBC-Onderhoud, van de NZa en van de verzekeraars zelf blijkt dat er enorm

veel lucht zit in de systemen voor zinnige en zuinige zorg. Daarop wordt ingezet.

Als u vraagt of ik niet veel meer behoefte heb aan een mbi, een macrobeheersingsinstrumentarium, is mijn antwoord "ja". Dat was echter voor 2012 juridisch niet haalbaar en het was ook niet houdbaar vanwege alle procedures die wij eventueel konden verwachten. Wij hebben gezegd dat het inderdaad niet de mooiste manier is, maar wij moeten de patiënt beschermen tegen eventuele premiestijgingen. De inkt van het hoofdlijnenakkoord is nog niet droog. Ik verwacht van verzekeraars en zorgaanbieders dat zij hun uiterste best doen dat wij hiermee het eerste jaar in ieder geval niet te maken hebben. Wij gebruiken dat jaar om een veel slimmer instrumentarium in elkaar te zetten. Ik heb dat ook toegezegd aan de Tweede Kamer. Zodra ik iets heb, ben ik zo blij dat ik dat u meteen zal schrijven. Het is complexer dan wij in eerste instantie dachten.

### De heer **Putters** (PvdA):

Dat betekent dus dat het instrument dat komend jaar ontwikkeld wordt, ook dichter aansluit bij wat verzekeraars en ziekenhuizen in eerste instantie hebben voorgesteld, namelijk dat het veel gedifferentieerder zou moeten zijn. Daarop koerst de minister toch meer aan?

### Minister **Schippers**:

Wij kijken naar een slim instrumentarium. Het onder andere door ZN ontwikkelde instrumentarium was juridisch onvoldoende houdbaar. Wij moeten kijken hoe wij het zodanig in elkaar kunnen steken dat het werkt, houdbaar is en dat wij een juist gedrag belonen en ongewenst gedrag niet. Je kunt dan ook kijken of er gecontracteerde zorg geleverd is en er allerlei dingen bij betrekken.

### De heer **Flierman** (CDA):

Ik ben blij dit te horen. Ik ga ervan uit dat het model verder ontwikkeld wordt in nauwe samenspraak met de zorgaanbieders en de verzekeraars. Zij zijn nu een beetje teleurgesteld door de reactie van de NZa dat het juridisch niet haalbaar is. Het lijkt mij dat het in samenspraak verder moet worden ontwikkeld. De minister heeft ook een rol te vervullen bij de regievoering. Dan kan er enerzijds gericht straf worden opgelegd aan degene die overschrijdt en anderzijds ruimte worden geboden aan degene die goede zorg levert tegen attractieve prijzen levert.

### Minister **Schippers**:

Ik ben het helemaal met de heer Flierman eens. Het was een teleurstelling voor ons allemaal. Wij hoopten dat het goed was. Als vooraf echter al gezegd wordt dat iets niet houdbaar is, begin ik daar niet aan.

Er is gevraagd naar de rol van de overheid bij de spreiding en concentratie. Ik vind dat er een scherpe scheiding gemaakt moet worden tussen wat van de overheid is en wat niet. De overheid is verantwoordelijk voor voldoende beschikbaarheid van cruciale zorgfuncties. De voorbeelden van mevrouw Slagter en de heer Putters zijn hiervoor illustratief. Ik heb een brief gestuurd over de continuïteit van cruciale zorg waarin ik aangeef dat ik verantwoordelijk ben. Als er cruciale zorg dreigt te verdwijnen in een regio en er geen alternatief is, vind ik dat de overheid ervoor verantwoordelijk is dat de cruciale zorg geleverd wordt. Ik ben verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Daarvoor hebben wij regels en die gaan wij uitbreiden. Ik vind dat ik ook verantwoordelijk ben voor de

## Schippers

acute zorg. Daarvoor hebben wij een regionaal systeem opgezet. Wij hebben daarvoor spoedeisende hulp en aandrif, maar ik heb de Gezondheidsraad gevraagd wat voor achtervang achter de spoedeisende hulp moet zitten. Want een spoedeisende hulp alleen, zonder dat er wat achter zit, is niks. Dus daar moeten allerlei functies achter zitten. De Gezondheidsraad komt met een advies. Mevrouw Slagter had een vraag over de mededingingsbrief. Deze is in een vergevorderd stadium, in de afrondende fase. Hij is nog net niet af, maar ik probeer hem zo snel mogelijk aan te bieden.

Over het macrobeheersingsinstrument werden allerlei mooie termen gebruikt door mensen die op het gymnasium hebben gezeten en daarmee bekend zijn. Ik ben een simpel mens, dus ik zeg dat het gewoon een veiligheidsklep is. Ik onderken dat de inzet instellingen ertoe kan aanzetten hun bedrijfsvoering aan te passen om de kortingen op te kunnen vangen. Met andere woorden: de productiemachine aanzetten, volume gaan draaien. Daar is echter wel een inkomer voor nodig. Als zij die volumeknop aanzetten, is er wel een verzekeraar nodig die het afneemt. Ik heb maatregelen genomen zodat de verzekeraars die rollen veel beter gaan oppakken dan ze tot dusver deden. Het is dus cruciaal dat de macronaïcalculatie maar ook de variabele kostennaïcalculatie van ziekenhuizen volgend jaar worden afgeschaft, zodat de verzekeraars daadwerkelijk meer risico lopen en echt een financieel belang hebben bij een goede prijs-kwaliteitsverhouding en het voorkomen van onnodige zorgvraag. Bovendien kunnen instellingen hun efficiency verbeteren door bijvoorbeeld richtlijnconform te behandelen, het zogenaamde gepast gebruik. Overigens is ook in de huidige situatie sprake van vrije prijsvorming en macrobudget waarbij wij zien dat de opwaartse prijs-spiraal en de huidige marktsituatie niet zichtbaar is, integendeel. Het volume is wel toegenomen, maar daarover hebben wij nooit afspraken gemaakt met zorgverzekeraars. Dat gebeurt nu voor het eerst per 1 januari 2012. De zorgverzekeraars hebben kenbaar gemaakt en ondertekend dat zij daarvoor zeker een verantwoordelijkheid dragen.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Een klein vraagje. Heeft de minister middelen om als zorgverzekeraars niet meewerken, ze er toch toe te zetten?

**Minister Schippers:**

Ik vind dat als je met elkaar een concrete afspraak maakt en je handtekening eronder zet, je daar iedereen aan houdt. Ik vind dat men mij er ook aan kan houden. Je maakt met elkaar afspraken om ze na te komen. Dus, zeker.

Een alternatief macrobeheersmodel moet juridisch solide, cijfermatig goed onderbouwd, uitvoerbaar, controleerbaar, handhaafbaar zijn en een betere verdeling dan de generieke toepassing geven.

Mevrouw Slagter vroeg naar de mogelijkheid van toepassing van macrobeheersingsinstrumenten bij andere sectoren. In het huidige voorstel zal het mbi worden ingezet voor alle instellingen die ik in mijn voorhangbrief heb genoemd en die vallen onder het budgettaire kader zorgsectorinstellingen, medische en andere curatieve instellingen. Dat zijn algemene en categorale ziekenhuizen inclusief long- en astmacentra, academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische cen-

tra, dialysecentra, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, audiologische centra en laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor benoemde instellingen. Ook bij eventuele invoering van prestatiebekostiging bij de curatieve ggz-instellingen, ik ben voornemens om daar komend jaar heel hard met deze instellingen aan te werken, zal het macrobeheersingsinstrument absoluut noodzakelijk zijn.

Mevrouw Slagter vroeg naar de mogelijke inzet van het mbi in de eerste lijn. De eerste lijn bestaat uit een breed palet aan zorg en zorgaanbieders. Daarom geef ik een algemeen antwoord over de mogelijkheden om dat mbi in te zetten. In de eerste lijn zitten veel solopraktijken en vrije beroepsbeoefenaren. Het macrobeheersingsinstrument is niet toepasbaar op het niveau van solopraktijken en vrije beroepsbeoefenaren. Het raakt namelijk direct het inkomen. De Wmg is geen inkomenswet en biedt daarvoor geen legitimatie.

Veel verschillende sprekers spraken over de huidige informatievoorziening en de noodzaak tot verbetering daarvan. Ik vind het ongelofelijk belangrijk, dit heeft voor mij topprioriteit, om die informatievoorziening te verbeteren. Vanaf de eerste dag van mijn ministerschap heb ik dit punt opgepakt en heb ik een taskforce Versnelling Informatievoorziening aan het werk gezet. Ook via het hoofdlijnenakkoord heb ik het veld gecommiteerd aan een betere informatievoorziening. Ik wil sneller en beter inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven en laat daarom een early warningsysteem ontwikkelen waardoor het mogelijk wordt om al tijdens het lopende jaar afwijkingen van de zorguitgaven ten opzichte van de ramingen te signaleren. Ik kan dan in een veel eerder stadium dan nu zien waar zich mogelijke overschrijdingen voordoen en wat de risico's zijn. Het voordeel daarvan is dat als je het snel ziet, als je er tijdig bij bent, je een kleine beleidswijziging nodig hebt om binnen de kaders te blijven. Als je dat achteraf allemaal moet doen, is het bedrag al opgelopen en heb je veel minder kans om daadwerkelijk te kunnen sturen. Over de voorstellen van de taskforce heb ik in oktober een brief naar de Tweede Kamer gestuurd. Daarin heb ik aangegeven dat de huidige verkennende fase in het voorjaar 2012 tot definitieve beslissingen over de te nemen maatregelen zal leiden. Niet alleen in het kader van de taskforce, maar ook in het kader van het bestuurlijk akkoord tussen ziekenhuizen, verzekeraars en de overheid is de financiële informatievoorziening nadrukkelijk aan de orde gekomen. In het hoofdlijnenakkoord zijn op het gebied van informatievoorziening afspraken gemaakt, namelijk dat zorgaanbieders minimaal per kwartaal gegevens aanleveren over de gerealiseerde productie en het zogenaamde onderhandenwerk.

Tegen de achtergrond van het rapport van de Algemene Rekenkamer en datgene wat over dit onderwerp bij de begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer is gezegd, wil ik zorgverzekeraars opleggen dat zij alle door Vektis verzamelde relevante data direct en kosteloos aan mij beschikbaar stellen. Dat doen ze namelijk niet. Dat maakt het voor mij in de toekomst mogelijk om sneller kwalitatief betere analyses te maken van de ontwikkeling in de zorg. Als dit lukt, overweeg ik ook de data kosteloos beschikbaar te stellen aan universiteiten en onderzoekers, zodat zij in de gelegenheid zijn hun eigen analyses te maken. Alleen een radicale verandering maakt het mogelijk om de zorg echt transparant te maken. Die transparantie is de beste garantie voor het realiseren van doelmatigheid.

## Schippers

**De voorzitter:**

Mevrouw Slagter, is dit uw ultimatum refugium?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Deze microfoon bedoelt u?

**De voorzitter:**

Nee, uw interventie.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Het is maar een kleine vraag. De minister zei dat zij dit de zorgverzekeraars wil opleggen. Ik vroeg mij af of zij dat kan doen of dat daar wetgeving of een AMvB voor nodig is. Ik ben benieuwd hoe zij dat gaat doen.

**Minister Schippers:**

Dat weet ik niet, maar ik ga er alles aan doen. Wij zijn aan het uitzoeken hoe, want het is toch wonderlijk dat wij die gegevens niet krijgen. Ik ga er alles aan doen om die gegevens te krijgen. Ik weet niet of ik daar wetten voor moet veranderen of dat ik regels moet aanpassen of dat Vek-tis zegt: als de minister dat zo graag wil, doen wij dat gewoon. Dat moeten wij afwachten. Ik zal daar echter een groot punt van maken, want het zal enorm helpen bij de verbetering van de informatievoorziening.

De heer Flierman heeft gevraagd of, als medisch specialisten en bestuurders van instellingen niet tot verdeelafspraken komen, de ultieme consequentie is dat het ziekenhuis verantwoordelijk is en specialisten aan het ziekenhuis moeten declareren. Het antwoord is ja. Dat betekent overigens niet automatisch dat fiscaal ondernemerschap vervalt. De fiscus toetst in dat geval achteraf. Wel verdwijnt de door de medisch specialisten gewenste duidelijkheid over hun fiscale status vooraf.

De heer Flierman heeft verder gevraagd of er een prikkel bestaat voor medisch specialisten om zorg te verlenen nadat het omzetplafond medisch specialisten is bereikt en of een nieuwe wachtlijstproblematiek op de loer ligt. In het convenant dat ik met de orde en de NVZ heb gesloten, is ten aanzien van het vaste deel, dat is 80%, afgesproken dat het bestuur en medisch specialisten zodanige afspraken maken dat wachtlijsten of lange wachttijden worden voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld door degressieve tarieven af te spreken. Ik ga ervan uit dat als je een convenant afspreekt, het ook wordt nageleefd. Dat de partijen die intentie ook hebben, blijkt uit de MTO dat partijen hebben opgesteld.

De heer Flierman vroeg vervolgens of er per 2015 een einde komt aan de positie van medisch specialisten als vrije beroepsbeoefenaren. Mijn inzet voor 2015 is de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Er is dan geen sprake meer van een afzonderlijk honorariumdeel in de DOT's. Alle integrale DOT-tarieven zijn dan integraal onderhandelbaar. In dat kader zal ook opnieuw de vraag over de fiscale ondernemerstatus van de medisch specialist worden gezien. Omdat ik dat in 2015 wil en wij het dus nu al zien aankomen, is het van groot belang om in een vroegtijdig stadium te bespreken hoe wij dat in 2015 gaan regelen. Dat heb ik ook met de Orde van Medisch Specialisten afgesproken. Wij kunnen wel tot 2014 wachten, maar dan moeten wij het met stoom en kokend water gaan regelen. Het allerbeste is het dat het een integraal onderdeel wordt van de tarieven.

Mevrouw Slagter vroeg of de nieuwe MTO getekend moet zijn voordat een specialist of een specialistenmaatschap via het ziekenhuis kan declareren. De NZa gaat er

van uit dat medisch specialisten deelnemen aan het collectief of deelafspraken hebben gemaakt als bedoeld in het convenant en de MTO.

De heer Puffers heeft mij gevraagd om uit te leggen wat het instrument beschikbaarheidsbijdrage kan betekenen voor het voorkomen van perverse gedragseffecten en of het voor zorgverzekeraars een middel kan zijn om perverse gedragseffecten te voorkomen. De beschikbaarheidsbijdrage komt niet ten laste van zorgverzekeraars, maar van het zorgverzekeringsfonds of het fonds bijzondere ziektekosten. Er zijn twee modaliteiten voor de beschikbaarheidsbijdrage. De eerste is dat de hoogte van de bijdrage onafhankelijk van de DOT-omzet is, of gedeeltelijk afhankelijk daarvan. De beschikbaarheidsbijdrage die gedeeltelijk afhankelijk van de omzet is, draagt bij aan het voorkomen van perverse gedragseffecten, omdat een hogere omzet leidt tot een lagere beschikbaarheidsbijdrage. Ook vraagt de heer Puffers waarom ik de zorg bij zbc's, ggz-instellingen, centra voor long- en astmazorg en epilepsiecentra expliciet uitsluit van de beschikbaarheidsbijdrage en wat dit betekent voor de verzekerden die op deze zorg zijn aangewezen. De beschikbaarheidsbijdrage voor het jaar 2012 is exact de continuering van de huidige situatie voor zorgaanbieders. Wij hebben daar dus niets aan veranderd. De zorgaanbieders die in 2011 via het functioneel budget een vergoeding voor deze vormen van zorg hebben ontvangen, krijgen in 2012 een afzonderlijke beschikbaarheidsbijdrage. Zorgaanbieders die in 2011 geen vergoeding via het functioneel budget kregen of voor wie de bekostiging in 2012 niet wijzigt, zijn daarom en daarmee uitgezonderd van de beschikbaarheidsbijdrage in 2012, omdat volgend jaar een overgangsjaar is. De Europese Unie heeft gezegd dat de beschikbaarheidsbijdrage staatssteun zou kunnen zijn. Zoals wij het nu doen, is het te ongedifferentieerd en te weinig onderbouwd om dat te kunnen weerleggen. Dus hebben wij afgesproken dat wij de regeling in 2012 exact continueren zoals die in 2011 was. Dat jaar gaan wij gebruiken om het instrument veel preciezer te maken en veel beter te onderbouwen, zodat de Europese Unie kan zeggen: u hebt het goed onderbouwd en er is geen sprake van staatssteun. In 2013 en daaropvolgende jaren gaan wij een en ander anders toepassen, namelijk naar de situatie zoals die dan is.

De heer Flierman vroeg of de overheid een sturende rol heeft bij concentratie van bepaalde specialistische functies in ziekenhuizen of academische ziekenhuizen. Gedeeltelijk is dat natuurlijk zo, via de verschillende wetten die wij hebben. Ik noem de spoedeisende hulp of academische zorg. In die gevallen kan ik ook de beschikbaarheidsbijdrage als instrument hanteren. In andere gevallen kan dat niet. Het hangt er dus een beetje vanaf welke zorg het betreft.

Mevrouw Slagter vroeg naar de afbakening van cruciale zorgfuncties. In reactie daarop kan ik melden dat in de Algemene Maatregel van Bestuur, die per 2013 moet ingaan, de vormen van zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage, mede op basis van adviezen van de Gezondheidsraad en de NZa, beter zullen worden afgebakend. Dat is het proces waarmee wij ons het komende jaar moeten gaan bezighouden. Het gaat daarbij onder andere om de vraag welke functies, voorzieningen en activiteiten hoe dan ook, en binnen welke normen – bijvoorbeeld de 45-minutennorm – bereikbaar moeten zijn. Voor de verloskundigenzorg zal een stuurgroep mij hierover in het voorjaar van 2012 adviseren. Er zijn nieuwe normen gesteld door de stuurgroep. Vervolgens heb-

## Schippers

ben wij aan ziekenhuizen gevraagd of zij aan de normen kunnen voldoen. Die normen waren veel strenger, in het kader van de veel te hoogte babysterfte die wij in Nederland hadden. De ziekenhuizen hebben gerapporteerd aan de IGZ en de IGZ maakt nu een beeld van wat het betekent voor het palet van Nederland.

Dan kom ik op de positie van de zbc's. Mevrouw Dupuis wil weten hoe ik denk over de zbc's en of ik bereid ben hun de ruimte te geven en de zorgverzekeraars uit te dagen bij hun inkoop de zbc's te vergelijken met het reguliere ziekenhuisaanbod en op basis daarvan hun contracten te sluiten. Ik ben het wat de zbc's betreft geheel met mevrouw Dupuis eens. De zbc's zijn hard nodig om bestaande partijen te prikkelen om meer kwaliteit, service en patiëntgerichtheid tegen een lage prijs te leveren. Als je kijkt naar de cijfers, dan hebben zij al behoorlijk veel te weeggebracht, in positieve zin. Zbc's zijn nodig om het door het kabinet gewenste systeem van prestatiebekostiging aan de praat te krijgen. Ik vind het ook belangrijk dat men iets kan oprichten als men denkt dat men het beter kan. Juist daarom kies ik voor een ander transitie-model dan mijn voorganger. Dat is precies de motivatie om dit te doen. Het door mij voorgestelde transitie-model ondersteunt de marktdynamiek: in het eerste jaar plus en min 5%, in het tweede jaar plus en min 30%. Het is een stuk korter dan de overgang die mijn voorganger had bepaald. Tegen de heer Putters zeg ik dan ook dat het een goede ontwikkeling kan zijn als specialisten ervoor kiezen om in dit soort specialistische centra werkzaam te zijn en daarmee een tegenkracht vormen ten opzichte van de meer traditioneel georiënteerde ziekenhuizen.

In het najaar heb ik het makro-kader 2012 opgehoogd met 37 mln., expliciet ten behoeve van de zbc's, om meer groei-ruimte voor de zbc's te regelen. Ik heb dat gedaan omdat wij alles hebben terug herleid naar het ijkjaar 2009. De zbc's zijn in die periode ontstaan en waren toen heel klein. Zij hebben sprongen gemaakt. Als je het transitie-model op hen toepast, zouden zij acuut failliet gaan. Zij waren namelijk veel groter geworden dan in het ijkjaar. De zbc's hadden daarmee echt een relevant punt. Het was niet mijn bedoeling om bij een andere systeembekostiging de succesvolle zbc's de nek om te draaien. Dat wilde ik koste wat kost voorkomen. Daarom heb ik dit bijgeplust. In het beheersmodel medisch specialisten is bovendien zogenaamde schuifruimte gecreëerd, die ruimte biedt om extra plafondruimte toebedeeld te krijgen, boven het initieel vastgestelde plafond. Deze ruimte is gecreëerd voor instellingen met hoge groei of voor nieuwe toetreders. Het zou jammer zijn als er de komende twee jaar helemaal geen nieuwe toetreders zouden zijn.

De zbc's zijn onderdeel van het hoofdlijnenakkoord. Ik heb met betrokkenen aan tafel gezeten en afspraken gemaakt. Men vindt het natuurlijk niet leuk, maar heel goed presterende ziekenhuizen vinden de transitie het eerste jaar ook niet zo leuk. Zij zijn er echter wel tevreden mee. Zij hebben dus ook het akkoord ondertekend. Door de zbc's ook onder het macrobeheersinstrument te laten vallen, wordt de bestaande ongelijkheid ten opzichte van ziekenhuizen weggenomen. Het is aan de verzekeraars om het beschikbare kader op een effectieve en efficiënte manier te verdelen over de zich aandienende contractpartijen. Het kan daarbij niet zo zijn dat iedereen met bijvoorbeeld 10% groeit. Als iedereen groeit, hebben wij echt een probleem. Dan hebben wij het mbi nodig. Het zou wel kunnen dat het ene ziekenhuis 5% groeit, maar dan zal het

andere 5% moeten krimpen. Zo werkt het en zo zijn de afspraken.

Ook de verzekeraars worden meer uitgedaagd om hun rol echt op te pakken en te sturen op kwaliteit. Met de afschaffing van de macronacalculatie – dat is echt een grote stap – lopen zij meer risico. Je ziet ook dat zij de patiënt in hun campagnes kostenbewustzijn bijbrengen en dat zij ongewenste praktijkvariatie meer tegengaan, of in ieder geval er meer interesse voor hebben. Bij de behandeling in de Tweede Kamer heb ik gesproken over meer inzicht voor de patiënt in de kosten van zorg. Als je aan een patiënt vraagt of hij weet hoe duur de zorg is, moet je ook wel weten hoe duur de zorg is. Als een verzekeraar niet eens een rekening stuurt aan de patiënt, kun je toch ook niet verwachten dat deze weet hoe duur de zorg is? Bij de verzekeraars die het wel doen krijg je een paar codes met een bedrag erachter. Dan weet de patiënt ook nog niet waar het om gaat. Het moet dus ook nog iets zijn wat je kunt begrijpen. Ik vind het belangrijk dat wij niet over de hoofden van de patiënten daarover praten, maar dat wij de patiënt ook laten weten wat het kost, door een afschrift van de rekening te sturen.

Ik ben het met mevrouw Dupuis eens dat wij op verschillende manieren moeten proberen het kostenbewustzijn van de vraagzijde, dus van de patiënten, te vergroten. Wij broeden op allerlei plannen om dat te doen. Daar moet wel politiek draagvlak voor zijn, want wij moeten ze natuurlijk kunnen realiseren.

Er zijn wel initiatieven. Veel verzekeraars geven via hun website inzicht in de kosten. Er is echter heel veel ruimte voor verbetering. Ik heb gezegd dat ik daar met deze partijen over in gesprek ga. Ik heb de Tweede Kamer ook gemeld dat ik al een jaar aan verzekeraars vraag of zij alsjeblieft die rekening willen sturen. Ik ga dat nog een paar keer vragen, maar op een gegeven moment ga ik verzekeraars gewoon wettelijk verplichten om dat doen. Ik kan het nu namelijk niet afdwingen.

Mevrouw Slagter stelde een vraag over het afstoten van onrendabele zorg ten gunste van rendabele zorg. Het is niet alleen zo dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Het aantal vrije prijzen is verdubbeld. In een vrije prijs kun je iets kostendekkend prijzen. Er waren behandelingen in het A-segment waar een ziekenhuis verlies op leed, doordat de prijs veel te laag was. Met vrije prijzen kun je aangeven wat de kostprijs is en dus een kostendekkend tarief vaststellen.

Een patiëntenvereniging, bijvoorbeeld de Diabetesvereniging Nederland, kan een goed collectief contract afsluiten met een zorgverzekeraar. Die zorgverzekeraar krijgt dan vooraf, ex ante, extra geld voor een diabetespatiënt. Dan loont het voor een verzekeraar om slimme en goede contracten af te sluiten. Die patiënten willen zulke contracten; daarom willen zij verzekerd zijn bij zo'n verzekeraar. Bovendien kunnen die contracten zo'n patiënt heel lucratief maken voor een verzekeraar. Dat is nu precies waar dit systeem op is geënt: zodanige verevening vooraf dat het lucratief is voor een verzekeraar om ook voor chronisch zieken slimme constructies, constructies van ketenzorg of andere gewenste zorg af te spreken. Op die manier kan hij daar toch aan verdienen.

De vraag van mevrouw Slagter of de restitutiepolissen nog van deze tijd zijn, nu zorgverzekeraars steeds meer geacht worden selectief in te kopen, lijkt mij relevant voor zorgverzekeraars. Ik kan mij voorstellen dat zij hierop sturen met hun premiebeleid. Ik hoop van harte – daarom heb ik dit in stand gelaten – dat men bij naturapolissen

## Schippers

ook eens kijkt naar het eigen risico. Bij een naturapolis kan een verzekeraar zeggen: als u zich bij mij verzekert en naar de door mij gecontracteerde ziekenhuizen gaat, scheld ik u uw eigen risico kwijt. Dat is ooit in de wet gezet, maar er werd heel weinig gebruik van gemaakt. Ik hoop – daarom heb ik het erin laten staan – dat zorgverzekeraars daar creatief mee zullen zijn.

De heer **Putters** vroeg waar wij staan in de transitie naar vraagsturing, of wij bij volledige vraagsturing gaan aankomen en, zo ja, wat dit betekent voor de positie- en functiestapeling bij de NZa. Ik heb net gezegd dat belangrijke delen van de zorgsector en de ziekenhuiszorg zich in een transitiefase bevinden. Het is zoeken naar een juiste balans tussen partijen. De zorgverzekeraars moeten echt selectief gaan inkopen. Zij hebben hun geld gestopt in econometristen die op de risicoverevening zaten. Dat begriep ik wel, want daar verdienen zij hun geld. Als wij die macronacalculaties afschaffen, komen die mensen vrij en kunnen zij die tijd besteden aan de zorginkoop, wat het systeem daadwerkelijk heeft bedoeld. Die slag moet nog gemaakt worden en die vergt wel enige inspanning.

De heer **Putters** (PvdA):

Ik ondersteun wat de minister zegt. Het zou een goede zaak zijn als er meer aandacht komt voor de zorginhoud. Er is volgens mij echter wel één heel belangrijke randvoorwaarde, die eerder aan de orde is geweest in de eerste termijn van de minister, namelijk dat wij ook dat kader voor kwaliteit hebben. Waar kopen zij dan immers op in? Ik heb de minister in mijn eerste termijn gevraagd hoe zij aankijkt tegen bijvoorbeeld wat de zorgverzekeraars nu aan het doen zijn. De ene zorgverzekeraar maakt een lijstje voor de borstkankerzorg en de andere doet dat voor een andere aandoening. Het is ons onduidelijk op basis van welke criteria de verzekeraars dat nu precies doen. Terwijl de minister deze uitspraken doet en met de beste bedoelingen verzekeraars wil aanzetten tot inkopen op scherpe kwaliteit, blijft het ontwikkelen van een normenkader achter. Hoe is dat met elkaar te rijmen?

Minister **Schippers**:

Als je meekijkt met verzekeraars en beziet wat zij weten over kwaliteit, schrik je er echt van, in positieve zin, hoeveel kennis zij hebben. Zorgverzekeraars weten heel veel over kwaliteit. Zij moeten die kennis alleen gaan gebruiken. Zij moeten er belang bij hebben om die kennis actief in te zetten. Daar moeten zij mensen voor inhuren die zij nu niet hebben. Ik vind het overigens ook opmerkelijk hoeveel je bij DBC-Onderhoud kunt zien over gepast gebruik. Heel veel informatie is er dus. Dat de verzekeraars criteria stellen, zie ik als een indicatie voor toenemende interesse van zorgverzekeraars in kwaliteit. Je kunt uiteraard de vraag stellen of zij altijd de goede plusnormen hanteren. De inspectie zegt wat aanvaardbaar is in Nederland en zij zetten hier iets bovenop. Dat gaat soms onhandig. Het geeft wel aan dat men er interesse voor heeft. Je ziet ook dat in de sector, op de gebieden waarop men dat doet, ineens een enorme activiteit komt bij de professionals. Die zeggen: dat laten wij ons niet gebeuren, wij gaan aan de slag. Ik beschouw het ook als een opstart. Met het kwaliteitsinstituut, dat volgend jaar van start gaat, en met de enorme beweging die ik momenteel zie bij professionals om hier echt aan te trekken, denk ik dat wij dat been sneller bijtrekken. Er was eigenlijk bijna niets. Wij hebben dus nog een achterstand in te halen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Ik geloof – de minister heeft daarin gelijk – dat de verzekeraars veel weten over kwaliteit en dat ook de professionals erg bereid zijn om daar aan te werken en om die inzichtelijk te maken. Dat blijft lastig bij een zaak waarin sprake is van een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting, zoals mevrouw Slagter al opmerkte. Als dat zo is, waarom moet er dan nog een kwaliteitsinstituut komen? Waarom is dat nu nog nodig, terwijl de minister zelf zegt dat de professionals best willen en kunnen en dat de ziektekostenverzekeraars zo veel kennis hebben? Waarom moet er dan nog een extern instituut komen?

Minister **Schippers**:

Ik vind dat het momenteel, ook de afgelopen jaren, echt te langzaam is gegaan. Als wij daadwerkelijk willen realiseren dat zorgverzekeraars niet alleen op prijsvolume, maar ook op kwaliteit inkopen dan moeten wij hier zo'n grote slag maken dat de professionals en de organisaties die daarmee bezig zijn gewoon aan de gang gaan. Ik denk dat überhaupt het praten over een kwaliteitsinstituut al een enorme impuls heeft gegeven.

Een ander argument is dat ik vind dat bij de richtlijnontwikkeling en de kwaliteitsontwikkeling eigenlijk de stem van de patiënt en die van de verpleegkundige achterblijven. Het hoeven niet alleen de medisch specialisten en de wetenschappelijke bureaus van de medisch specialisten te zijn die bepalen wat goede zorg is. Patiënten weten ook heel goed wat goede zorg is. Hun wordt heel weinig gevraagd. Patiënten en bijvoorbeeld verpleegkundigen weten heel goed wat goede verzorging is, misschien zelfs wel beter – ik weet wel beter – dan een specialist. Zij moeten dus betrokken worden. Die elementen moeten een belangrijke rol krijgen in dat instituut. Ik zal er bij de bemsing voor zorgen dat er van de kant van de patiënten, verpleegkundigen en verzorgenden mensen aan tafel zitten die net zo veel in te brengen hebben als de andere partijen.

De heer **Putters** (PvdA):

Op zich zou de ervaringskennis van patiënten in hoge mate aanwezig moeten zijn bij verzekeraars. Volgens mij groeit de kennis daarover. Op zich zou dit het punt van mevrouw Dupuis verder versterken. Het zit daar immers al. Het kwaliteitsinstituut – misschien heb ik het verkeerd begrepen – heeft als belangrijke plus dat er doorzettingsmacht aan gekoppeld wordt. Als de veldpartijen er niet uitkomen, gaat dat kwaliteitsinstituut doorzetten. Waarop precies, is mij niet helemaal duidelijk. Ik weet niet of dit debat daar het juiste debat voor is, maar dat blijft bij mij hangen. Het is een doorzettingsmacht op deadlines. Dan zal toch ergens de publieke verantwoordelijkheid van de minister om de hoek komen kijken, over wat zij kwaliteit van zorg vindt. Dat brengt mij tot de vraag wat zij kwaliteit van zorg vindt. Dat zal dan toch gekoppeld zijn aan de doorzettingsmacht die zij heeft doorgeleid aan het kwaliteitsinstituut?

Minister **Schippers**:

Ik ben het ermee eens dat patiënten heel veel kennis hebben over wat goede zorg is. Zij worden echter niet per definitie heel intensief betrokken bij de richtlijnen. Dat wil ik juist garanderen in het kwaliteitsinstituut. Dat geldt nog meer voor de verzorgenden in de care. De verzorgenden hebben heel weinig stem, terwijl zij ontzettend veel kunnen weten over kwaliteit in de care.



## Schippers

De heer Putters vroeg ook naar de doorzettingsmacht. Op een gegeven moment spreek je met elkaar een deadline af en die wordt dan niet gehaald. Dat gebeurt nu bij multidisciplinaire richtlijn in de ggz. Wij hebben met elkaar afgesproken dat die er komt. Iedereen is bereid, maar die richtlijn komt er maar niet. Moet je dan als overheid gaan zitten wachten, terwijl die richtlijn er niet komt doordat er ergens een conflict is tussen verschillende professionals? Of moet je zeggen: nee, we hebben een adviesorgaan – het kwaliteitsinstituut – waar mensen in zitten met een hoog profiel in de sector, die gaan meekijken waar de knelpunten zitten en die knopen gaan doorhakken over hoe het daadwerkelijk gaat? Ik denk dat die stok achter de deur zal betekenen dat het in de praktijk minder hoeft te worden gebruikt, omdat de professionals zullen zeggen: wij gaan daarmee een tandje harder aan de slag.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik heb nog een korte vraag over het kostenbewustzijn. Het viel mij op dat de minister sprak over de rekening ook in kopie sturen naar de patiënt. Is er ook over nagedacht om een kopie van de rekening aan de specialist te sturen? Het is mijn ervaring dat ook heel veel kosten worden gegenereerd door specialisten. Dan kom je weer op hetzelfde punt van het zich houden aan richtlijnen. De kosten van geneesmiddelen en het stijgen van de kosten in de eerste lijn worden voor een groot deel veroorzaakt door voorschrijvers in de tweede lijn. Mijn ervaring is in ieder geval dat die tweede lijn zich dat lang niet altijd bewust is.

**Minister Schippers:**

Over het algemeen zal er worden betaald naar wat er is afgesproken bij de contractering, maar ik vind dit wel een interessant idee, dus ik zal kijken in hoeverre wij dat kunnen meenemen in de gesprekken die ik voer.

De heer Putters heeft gelijk dat de NZa inderdaad was opgericht als tijdelijke toezichthouder, maar ik denk dat veel mensen die daarbij betrokken waren en die daarnaar hebben gekeken hebben onderschat hoe complex de zorg is, hoe veel deelmarkten er bestaan en hoe lang de weg is van de centrale aanbodregulering naar een systeem waarin patiënten veel meer vraag kunnen laten gelden. Ik ben er daarom pal voor gaan staan dat de NZa niet meeging in de algehele fusie die wij nu zien, met de NMa, de OP-TA en allerlei andere toezichthouders, omdat ik vind dat er in de zorg veel zorgspecifieke dingen zijn. De NMa ontbeert die specifieke kennis van deze sector echt, waardoor ik vind dat de NZa in stand moet blijven, in ieder geval voorlopig. Ik zeg niet dat zij eeuwig moet blijven bestaan, maar wat mij betreft toch nog wel een tijdje.

De heer Ganzevoort heeft gevraagd hoe de overgang van dbc's naar DOT praktisch verloopt en of het klopt dat in de transitie nog zoveel onduidelijk is dat de declaraties pas veel later kunnen worden afgehandeld. Zoals bekend, zullen per 1 januari 2012 zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg starten met de registratie en declaratie van de nieuwe DOT. Hiervoor heeft DBC-Onderhoud op 1 juli 2011 de tabellen uitgeleverd, met daarin de DOT-producten per 2012. Het zijn allemaal vreselijke woorden, maar ik heb nog steeds geen ander woord bedacht.

Wat de tarieven voor de gereguleerde segmenten en andere benodigde gegevens betreft, de NZa heeft het hele pakket beoordeeld en geschikt bevonden. De conclusie is dat ongeveer 4400 nieuwe DOT-producten de zorg transparanter en herkenbaarder definiëren dan de huidige bijna 40.000 dbc's.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn tegelijkertijd al geruime tijd bezig zich voor te bereiden op de praktische invoering van DOT per 2012. Te denken valt aan het berekenen van kostprijzen ten behoeve van de onderhandelingen over prijs, volume en kwaliteit voor 2012, het verzekeren van de juiste registratie van zorgactiviteiten, maar ook het testen van diverse ICT-koppelingen die nodig zijn voor de gegevensstromen rondom de facturatie en de declaratie. Om het maar even samen te vatten: iedereen staat in de startblokken voor 2012 en iedereen beseft dat het om een complexe transitie gaat. Wij hebben ook niet voor niets een vangnet daaronder gelegd.

**De voorzitter:**

Mevrouw Slagter, u hebt nog wel een tweede termijn.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ja, maar dan maak ik die heel klein. Dat heb ik al beloofd.

Wij gaan over op DOT's omdat het aantal dbc's helemaal de pan uit is gerezen. Ik heb gelezen dat ook de DOT's weer doorontwikkeld gaan worden en dat er dan weer mogelijkheden komen om daar items als multimorbiditeit in te stoppen, wat bij mij de vrees oproep dat wij vervolgens weer hetzelfde krijgen als wat wij ook met de dbc's hebben gehad. Kan de minister mij daarin geruuststellen?

**Minister Schippers:**

Ik denk dat wij altijd op twee dingen alert moeten zijn, namelijk dat ieder nieuw instituut dat je opricht de neiging heeft om uit te dijen – denk ook maar even aan het kwaliteitsinstituut – en dat ieder nieuw instrument in deze DOT ook die neiging heeft. Dus dat is iets waarop wij zeer alert moeten zijn. Soms moet je wel iets daadwerkelijk kunnen benoemen en dan heb je een apart element nodig, maar ik denk echt dat wij hiervoor moeten waken. De dbc's zijn uit de hand gelopen, dat is een soort ontploft administratief ingewikkeld gebeuren geworden. Het voordeel van de DOT is dat een medisch specialist het niet zelf hoeft aan te klikken, dat het allemaal automatisch gebeurt, dus dat we in ieder geval van upcoding die ellende ook niet hebben. Maar ik ben het met u eens dat we daar zeer strikt naar zullen moeten kijken.

**De voorzitter:**

Hoe lang denkt de minister nog nodig te hebben voor haar beantwoording?

**Minister Schippers:**

Volgens mij ben ik klaar, voorzitter.

**De voorzitter:**

U bent nu klaar?

**Minister Schippers:**

Ja.

**De voorzitter:**

Dan heb ik dat goed aangevoeld.

**De heer Putters (PvdA):**

Voorzitter. Ik wil beginnen de voorzitter van harte te feliciteren met de eerste vergadering die hij hier voorzit. Mijn felicitaties gaan namens de PvdA-fractie ook naar colle-

## Putters

ga Frijters van de PVV-fractie voor het uitspreken van haar maidenspeech.

De minister bedank ik voor haar uitgebreide beantwoording van onze vragen, die eigenlijk dwars door het hele zorgstelsel heen gingen en dus best veel onderwerpen adresseerden. Het is ook wel goed dat wij juist in de Eerste Kamer nog eens even de breedte van de werking van het systeem bespreken bij het voorstel dat nu voorligt.

Op een paar punten wil ik namens de PvdA-fractie nog ingaan. De minister geeft aan dat om vraagsturing te vervolmaken twee zaken nodig zijn. Daaraan gaat al wel een veronderstelling vooraf, namelijk dat wij inderdaad – dan hoor ik denk ik toch de liberale minister daarin goed doorklinken – zullen uitkomen bij de situatie van brede vraagsturing in de zorg. Dat is nog maar de vraag, want ik denk dat ook het debat van vanavond laat zien dat er onderdelen van de zorg zijn waarbij het heel ingewikkeld is om daar überhaupt ooit uit te komen. Wij vragen ons wel af of de twee zaken die de minister noemt, de prestatiebekostiging en de risicodragendheid van zorgverzekeraars, daarin de twee ultieme elementen zijn.

In ieder geval zijn bij beide elementen vragen te stellen. Bij de prestatiebekostiging zijn dat de indicatoren die je daarvoor nodig hebt en de uiteindelijke uitkomst. Gelukkig deelt de minister op dit punt ook onze zorgen dat er nog veel moet gebeuren om hier uiteindelijk uit te komen. Dat geldt ook voor de risicodragendheid van zorgverzekeraars, want je kunt dit daar natuurlijk wel neerleggen, maar voor zorgverzekeraars is het ook vrij ingewikkeld om door te dringen in wat er nu precies in de ziekenhuizen gebeurt en wat daar precies aan prestaties wordt geleverd als je niet dat gedeelde normenkader hebt waarover wij vanavond zo vaak hebben gesproken.

Dus ik concludeer dat een aantal elementen in het voorstel ontbreken om het optimaal te laten werken, ook in de beweging naar vraagsturing. Dat is in de eerste plaats het normenkader voor kwaliteit, ook bij de inkoop door zorgverzekeraars. Daaraan zal veel moeten gebeuren. In de tweede plaats zullen de verzekeraars dan ook daadwerkelijk die rol moeten pakken en zelf een soort doorzettingsmacht kunnen vormen, en in de derde plaats zal men daarmee ook dicht bij de werkelijke zorgbehoefte van patiënten moeten komen. Dat is ook maar de vraag.

De discussie over gepast gebruik vinden wij een zeer belangrijke, ook omdat mensen zelf kunnen bijbetalen in termen van eigen betaling en eigen risico. Maar dan moet je ook weten om wat voor soort vormen van zorg het precies gaat. En in de laatste plaats, het blijft in het systeem dat nu wordt voorgesteld wel een beetje een ultiem remedium om overschrijdingen, die worden veroorzaakt door de punten die ik net noemde – omdat wij ook niet precies weten waar die overschrijdingen altijd door komen – generiek neer te leggen bij alle ziekenhuizen en niet gedifferentieerd te kijken waar nu precies de oorzaken daarvan zitten.

Als ik dat lijstje met kritiek en de beantwoording van de minister zo tot mij neem, kom ik ook tot de conclusie dat de minister en de PvdA-fractie het eigenlijk vergaand met elkaar eens zijn, dat op al die punten een inspanning nodig is en dat het wetsvoorstel dat voorligt dus eigenlijk wat gebrekkig is en niet precies genoeg, en dat dat blijkbaar ook nog niet mogelijk was.

Dat is een beetje een lastige conclusie, maar er is wel een aantal dingen gezegd dat een doorkijk naar de toekomst geeft. Wij gaan ervan uit dat wij nog in 2012 daad-

werkelijk met elkaar in gesprek raken over het nieuwe model dat ontwikkeld wordt en dat wij daarover worden geïnformeerd. Voor dat model moeten in ieder geval nog een paar uitgangspunten worden gemarkeerd. In de allereerste plaats moet het gedifferentieerder en dus rechtvaardiger zijn. Oorzaken van de overschrijding kunnen dan echt worden getackeld en daar worden geadresseerd waar ze worden gemaakt. Dat is dan niet zo'n generieke korting, maar er wordt bekeken waar de overschrijding plaatsvindt. In de tweede plaats moet er binnen dit model veel meer aandacht zijn voor gepast gebruik, want ook dat is noodzakelijk om de oorzaken van overschrijdingen te tackelen. In de derde plaats moet er binnen dat model echt naar uitkomstmaten toe worden gewerkt. In de vierde plaats moeten de informatieprocessen worden verbeterd.

Ik ben blij met wat de minister hierover heeft gezegd aan het begin en aan het einde van haar termijn. Aan het begin had zij het over het verbeteren van de informatieprocessen in instellingen en in het systeem als zodanig. Volgens mij is dat nodig om de rekening überhaupt snel neer te kunnen leggen waar die hoort of goede afspraken te maken over de reductie van zorguitgaven. Dit moet echter wel ten minste parallel lopen met wat de minister aan het einde zei, namelijk dat ook de patiënt inzicht moet hebben in de kosten van de zorg. Die twee dingen horen bij elkaar. Als je het systeem niet zo laat werken dat dit duidelijk maakt waar de kosten worden gemaakt en waar de rekeningen worden neergelegd, dan is het in mijn ogen ook moeilijk uit te leggen aan de patiënt. Die twee punten horen dus bij elkaar. Misschien kan de minister nog bevestigen of dit de uitgangspunten zullen zijn voor het model dat richting 2013 ontwikkeld wordt.

Tot slot heb ik een opmerking over de NZa. Ik dank de minister voor de toelichting daarop. Eerlijk gezegd vond ik de behandeling van de Wmg een mooie gelegenheid om op de instelling van de zorgautoriteit terug te komen. Ik ben blij dat de minister dat ook gedaan heeft. Wij zijn het eigenlijk wel eens met wat de minister over zorgspecifiek toezicht heeft gezegd. In veel deelsectoren van de zorg is nog een lange weg te gaan, voordat je van vraagsturing kunt spreken en de NMa daar bijvoorbeeld haar werk kan laten doen. Op zichzelf delen we dus die conclusie met de minister.

Dit heeft wel een aantal consequenties, namelijk dat dit dan ook moet doorklinken in de afstemming tussen de NZa, de NMa en bijvoorbeeld de IGZ. Dit moet misschien tot de conclusie leiden dat de NZa bijvoorbeeld bij het beoordelen van fusies in de gezondheidszorg een belangrijker rol moet hebben. Als je dan bekijkt hoe specifiek de zorg is en of je bijvoorbeeld in zorgketens moet gaan samenwerken, omdat daar doelmatigheids- en kwaliteitswinsten worden geboekt, dan is het wel heel raar als de NMa om de hoek komt kijken met de boodschap dat dit niet kan. Misschien wil de minister daar nog eens naar kijken, als zij inderdaad voor zorgspecifiek toezicht is. Dit kan namelijk nog sterker doorklinken in de wijze waarop de samenwerking met de NMa wordt vormgegeven, zodat die samenwerkingsafspraken ook wat helderder worden.

□

De heer **Flierman** (CDA):

Voorzitter. Namens de CDA-fractie feliciteer ik mevrouw Frijters van harte met haar maidenspeech en u, voorzitter, met uw "maidenrole" als voorzitter. Uiteraard dank ik

## Flierman

de minister voor haar beantwoording. We hebben vanavond een soort klein beleidsdebat gevoerd, en dat geheel buiten het college van senioren om, over de ontwikkelingen die we de komende tijd in de zorg voor ons zien. Dat roept bij de aanwezige fractievoorzitters kennelijk onmiddellijk commentaar op als hun autoriteit hier enigszins ondermijnd wordt. Wat mij betreft was het debat de moeite waard, omdat het een beeld gaf op ontwikkelingen die zich de komende tijd zullen voltrekken.

Wat betreft de p maal q, heeft de minister mij ten aanzien van de p-factor adequaat geantwoord. Inzake de volumeontwikkelingen zullen wij aan de ene kant de discussie voeren over de vraag of alles moet wat kan. De heer Ganzevoort merkte dat terecht op. Dat zal primair een inhoudelijk debat zijn. Kwalitatieve criteria en een aantal inhoudelijke fundamentele overwegingen gaan daarbij een belangrijke rol spelen. Dat wordt nog een heel interessant, maar ook een heel ingewikkeld debat. Aan de andere kant zal het volgens mij onvermijdelijk zijn, kijkend naar de te verwachten groei in de vraag naar zorg, dat wij opnieuw de discussie moeten voeren over de vraag wat er in het pakket zit, wat collectief wordt bekostigd en wat wij, hoe het ook georganiseerd en gestructureerd wordt, privaats gaan betalen. Die discussie verwacht ik de komende tijd ook.

De minister heeft wat mij betreft op een goede manier gereageerd ten aanzien van het instrumentarium dat we ontwikkelen om de overschrijdingen aan te pakken en ten aanzien van de ruimte die we bieden aan de positieve ontwikkelingen bij zorginstellingen. Zij gaf namelijk aan dat ook zij heel nadrukkelijk betrokken wil zijn bij het zoeken naar alternatieven. Zij merkte op dat dit een zoektocht is waar alle partijen actief bij betrokken zijn. Dat vind ik prima.

Verder vinden wij het mooi dat er de komende tijd heel nadrukkelijk naar de administratievelastendruk en de regelgeving wordt gekeken. We zien het plan van aanpak waar de minister over sprak dan ook graag tegemoet.

De verkenning van het toekomstperspectief voor de medisch specialisten vond ik interessant. Ook vanwege de samenstelling van de populatie van specialisten en het feit dat daarin in toenemende mate vrouwen actief zijn, zal op dat terrein absoluut een aantal veranderingen in werkpatronen en -processen op ons afkomen. In mijn ogen zijn die gewenst. Ik heb inmiddels begrepen dat de medisch specialisten zelf actief nadenken over hun rol en over de vraag wat de betekenis van vrij ondernemerschap nog is in de toekomst en hoe zij daarmee om willen gaan. Die discussie voeren zij in eigen kring. Ik zie dat met veel belangstelling tegemoet.

Tot slot heb ik met genoeg geconstateerd dat de minister in plaats van financiële accenten te plaatsen bij bepaalde topziekenhuizen, een rol wil spelen in de differentiatie in het zorglandschap via een aantal wettelijke maatregelen. Het zal interessant zijn om te bekijken hoe zij in dezen met de NMa denkt te verkeren, want in mijn omgeving hoor ik nog wel eens dat de NMa op dit moment een complicerende factor is bij het bereiken van samenwerking tussen ziekenhuizen die je zorginhoudelijk bezien slechts zou toejuichen.

Kortom, gehoord de discussie hebben wij er vertrouwen in dat de ontwikkeling, die met veel inzet en aandacht zal worden gevolgd door de minister, de goede kant op zal gaan. Wij blijven daar echter graag actief bij betrokken.

## De voorzitter:

Mevrouw Frijters laat deze ronde voorbijgaan.



## Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Voorzitter. Ik vind dat u de knoppen prachtig bespeelt. Ik hoop dat nog eens vaker mee te maken. Ik dank de minister hartelijk voor haar bijdrage en haar hoofdrol in dit debat. Zij heeft veel dingen verduidelijkt voor mijn fractie. Daar zijn wij blij mee. Wij zijn het weliswaar niet altijd eens met haar standpunten, maar wij waarderen haar duidelijkheid. Die maakt de discussie soms makkelijker.

De minister gaf aan dat zij informatievoorziening uiterst belangrijk vindt en dat zij meer gaat toewerken naar early warning. Dat is naar mijn mening heel belangrijk. Als zij daarin slagen kan maken, dan moeten wij daar heel blij mee zijn. Inzicht in de budgetten is nodig. Daarvoor is ook kostenbewustzijn nodig. Ik noemde het net al in een interuptie: het is mooi als de cliënt of patiënt weet heeft van wat hij of zij de samenleving kost, maar heel vaak kan de cliënt daar niet zoveel aan doen. Het is daarom misschien belangrijk dat de voorschrijver of degene die de behandeling doet daar ook oog voor heeft. De honorering van bestuurders en specialisten in de zorg is voor mijn fractie natuurlijk nogal eens een doorn in het oog. Wij zijn blij dat ook daarin slagen worden gemaakt en dat kritisch wordt gekeken naar de honorering van zowel specialisten als bestuurders. Daarover wordt nog gediscussieerd in de Tweede Kamer. Ik vind het heel goed dat zorgverzekeraars hun gegevens meer openbaar maken. Ik denk zelf dat daarachter soms het begrip "bedrijfsgeheim" zit, waardoor ze minder makkelijk met hun gegevens komen. Als iedereen het doet, zal het misschien wat makkelijker gaan.

Als tweede punt heb ik de concentratie en de deconcentratie genoteerd. Zoals de minister begrijpt, gaat vooral de positie van kleine ziekenhuizen mijn fractie aan het hart. Ik ben blij dat ik heb gehoord dat het herstructureeringsfonds niet alleen is bedoeld voor het concentreren van de hoogcomplexe zorg, maar dat ook wordt gedacht aan inzet bij deconcentratie, waarbij juist de medische basiszorg moet worden bewaakt. Dat de minister heeft toegezegd te zullen suggereren dat ook patiënten inspraak krijgen in de wijze waarop dit fonds wordt opgezet en in de criteria, stelt ons extra gerust.

Een apart punt is de beschikbaarheidsbijdrage.

## De heer Putters (PvdA):

Ik hoorde mevrouw Slagter zeggen dat het vanzelfsprekend is dat haar fractie zich zorgen maakt om de kleine ziekenhuizen. Kan zij daarover iets zeggen, want ik neem aan dat het gaat om de zorg die in die ziekenhuizen wordt geleverd en dat het soms veel beter kan zijn om die zorg in een groter ziekenhuis te laten leveren? Of is mevrouw Slagter dat niet met mij eens?

## Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ik ben daarover niet echt duidelijk geweest, maar het gaat mij om de basiszorg dichtbij mensen. Zeker in dunbevolkte gebieden wordt die vaak geleverd in kleine ziekenhuizen. Het gaat mij niet om het instituut kleine ziekenhuizen, maar om de zorg die daar wordt geleverd.

Ik maak meteen de overstap naar de cruciale zorgfuncties. Ik heb van de minister begrepen dat er al een brief was. Die is mij ontgaan, maar zij heeft ook gezegd dat

## Slagter-Roukema

die cruciale functies en de functies daarachter zullen worden benoemd, dat de RVZ daarin ook een rol krijgt en, om terug te komen op de beschikbaarheidsbijdrage, dat de AMvB die nu is voorgehangen voor één jaar geldig is en dat daarna wordt gekeken hoe deze verder moet worden ingezet.

Ik heb met instemming gehoord dat kwaliteit niet alleen gaat over kosten, maar juist ook over kwaliteit van leven. Gezien de rol van het kwaliteitsinstituut, dat zich bezig houdt met richtlijnen en dat eventueel ook richtlijnen wil opleggen, moeten juist bij het verwoorden van richtlijnen die te maken hebben met de kwaliteit van leven patiënten een grote rol spelen. Dit geldt ook voor werkers in de eerste lijn. Juist de eerste lijn wordt vaak met mislukkingen in de tweede lijn geconfronteerd. Bij het verwoorden van hoe kwaliteit van leven kan worden bereikt en hoe dit zich verhoudt tot gepast en zinnig gebruik van zorg, kan de eerste lijn een goede inbreng hebben.

□

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Voorzitter, mijn felicitaties. Wij hebben alle reden om te hopen dat u vaak in deze rol zult optreden. Ik dank de minister voor de uitgebreide en gedetailleerde beantwoording van de vragen. Het is duidelijk dat wij verschillen in de principiële visie op marktwerking en totale vraagstukking. Ik sluit mij aan bij collega Putters met de verwachting dat belangrijke delen van de zorg niet op die manier kunnen worden georganiseerd, in elk geval niet geheel. Goede zorg betekent dat het soms zuiniger moet en soms misschien wel minder zuinig, dat het soms smart kan worden gedefinieerd, maar niet altijd, en dat lokale organisatie van de zorg van belang zal blijven. Ik laat dat deel voor dit moment rusten omdat wij het wel eens zijn dat in ieder geval een goede balans moet worden gevonden tussen de verschillende factoren. Daarover gaat dit wetsvoorstel met name.

Ik constateer dat ik nog niet echt een antwoord heb gekregen op de vraag over de beteugeling van de medisch specialisten en over de ons inziens ongewenste situatie dat organisaties met winst oogmerk met publieke middelen worden gefinancierd. Niet alleen zijn daar countervailing powers nodig, het gaat ook om het wegnemen van perverse prikkels. Ik begrijp dat wij tot 2015 moeten wachten op een meer structureel antwoord, maar dat kriebelt. Ik zou het heel prettig vinden als de minister daarover iets meer zegt.

Ik constateer ook dat de minister het van belang vindt dat er op allerlei punten richtlijnen voor goede zorg moeten ontstaan. Dat is een goede zaak, maar het lijkt mij nog geen echte vermindering van regeldruk als wij al die richtlijnen weer helemaal gaan dichttimmeren. Hoe leidt dit tot een vermindering van regeldruk?

Ik roep tot slot de minister op om de discussie over grenzen aan de zorg niet alleen te blijven ondersteunen en stimuleren, zoals zij doet, maar ook op de juiste plaatsen te organiseren. De discussie over zinnige zorg moet ook de grenzen definiëren. Het lijkt mij dat zorgdraggers en zorgverleners mogen worden gestimuleerd om daarna kritischer te kijken. Vooral omdat dit kan betekenen dat wij tegen de gegroeide cultuur en tegen verwachtingen in soms nieuwe afwegingen moeten maken over wat precies zinnig is. Juist omdat het niet een primair budgettaire vraag is, maar een principieel zorginhoudelijke, vraag ik de minister dit te borgen, bijvoorbeeld bij of via het kwaliteits-

teitsinstituut of op een betere plaats als zij die heeft. Ik wil van de minister graag iets preciezer en concreter horen welke stappen zij op dat punt zal zetten.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoord. Wij zijn het op een aantal punten zeer eens. Dat is niet verwonderlijk, gezien onze politieke achtergrond. Ik besef heel goed dat de minister dit probleem in feite met gebonden handen tackelt of probeert te tackelen. Haar antwoord gaat in mijn ogen dan ook over de buitenkant van wat in de spreekkamer, op de poli of op de OK gebeurt. Voor niemand, ook niet voor de minister, is het mogelijk daar echt binnen te komen en te zorgen dat de zaken er goed verlopen. Dat geldt, denk ik, ook voor de ziektekostenverzekeraars en een kwaliteitsinstituut. Ik blijf bij mijn opvatting dat wij daarop echt niet zitten te wachten.

De bond tussen de patiënt die behandeling wenst, druk uitoefent en soms het onvermijdelijke niet kan aanvaarden, en de arts die eraan verdient, is volgens mij een bond die niet van buitenaf te verbreken valt. Het wordt soms zelfs een folie à deux. Ik vraag aandacht voor de psychologische kant van de arts-patiëntrelatie. Ik geef toe dat dit niet erg praktisch is. Ik word zo iets praktischer. Daarin gebeurt een heleboel waarin je alleen met heel heftige middelen misschien enige verandering kunt aanbrengen. Dat is geen zaak waarop makkelijk invloed is uit te oefenen.

Wat de kwestie van het gepast gebruik betreft, gebruik ik veel liever de term "indicatiediscipline". Dat vind ik een heldere term die ook wetenschappelijk kan worden onderbouwd. Indicatiediscipline is in mijn ogen ook een kwestie van attitude, van zowel de arts als de patiënt en misschien wel van de samenleving, die zo verschrikkelijk veel van de gezondheidszorg verwacht. Daaraan moeten wij ook denken als wij deze problemen proberen op te lossen.

Ik maak nog twee praktische opmerkingen. De eerste betreft de facturering, die inderdaad soms absurde vormen aanneemt. Er is geen enkele controle op, ook niet door de patiënt. Ik vind dit helemaal fout. Als ik het goed begrijp, wordt soms gesmeten met jaar kaarten voor polibezoek, terwijl het gaat om een behandeling van een kwartier, waarmee de zaak af is. De tarieven voor de volledige dbc's worden vaak gehanteerd, terwijl de behandeling in een heel korte tijd is afgerond. Dan vraag je je toch af wat daar nu precies aan de hand is en of dat niet veel beter aan banden kan worden gelegd. Er bestaan heel veel horror stories over de declaraties van de ziekenhuizen. Van de huisartsen weet ik het eenvoudig niet. Dat is mijn laatste punt. De minister is niet ingegaan op mijn opmerkingen over de huisarts. Dat begrijp ik ook wel. Dat ligt behoorlijk lastig, maar laten wij in vredesnaam niet de financiële fouten maken om de huisartsen de barricaden op te jagen, terwijl wij het van hen moeten hebben om een groot deel van de beperking van de kosten in de gezondheidszorg te realiseren.

De heer **Putters** (PvdA):

Volgens mij zijn wij het redelijk eens over enkele gebreken die nog aan het systeem kleven, onder meer om de marktprikkels en de vrije prijsvorming goed hun werk te laten doen. Hoe kijkt de VVD-fractie aan tegen de enorme sprong die de minister binnen dit systeem wil maken naar

## Dupuis

de 70% vrije prijsvorming? Hoe verantwoord is dat, gelet op de door mevrouw Dupuis genoemde gebreken?

**Mevrouw Dupuis (VVD):**

Ik wil daar nu zeker geen definitief oordeel over vellen. Het antwoord op die vraag hangt ook af van de positie van de patiënt in financieel opzicht. Als die patiënt op dezelfde manier in natura uitkeringen krijgt en niet mee bepaalt hoe de zorg wordt betaald, dan lijkt mij dat niet zinvol. Dat lijkt een poging om de markt beter te laten functioneren, terwijl een van drie partners – aanbieders, zorgverzekeraars en patiënt – buiten positie is. Dat kan nooit tot een voldoende resultaat leiden.



**Minister Schippers:**

Voorzitter. Ik zal zo veel mogelijk ingaan op de resterende vragen en wat minder op de samenvattingen die zijn gegeven. Belangrijk vind ik dat vraagsturing voor mij niet is: u vraagt en wij draaien. Dat is heel wat anders. Vraagsturing betekent dat je weg kunt bij een zorgaanbieder als je vindt dat die slechte zorg levert en dat je daar niet op je plek bent. Vraagsturing houdt in dat je naar een ander kunt overstappen. Om die reden vind ik dat zo veel mogelijk alternatieven moeten zijn voor patiënten die zich onprettig voelen of gewoon weg willen bij een aanbieder.

**De heer Putters (PvdA):**

Tot zover ben ik het eens met de minister. Er hoort echter nog een categorie bij, namelijk de categorie mensen voor wie gezorgd moet worden en die niet zo veel te kiezen hebben. Dat moet goed gebeuren. Er is een categorie patiënten die niets te kiezen hebben.

**Minister Schippers:**

Dat is zeker waar. Stel dat 10% van de mensen die naar een ziekenhuis gaan wel kunnen kiezen en dat ziekenhuis dermate abominabel vinden dat zij daar weg willen – ik ken een voorbeeld van een ziekenhuis in Nederland waar dat momenteel gebeurt – dan zal het voor dat ziekenhuis heel moeilijk worden. In dat ziekenhuis zal dan alle hens aan dek moeten komen om de kwaliteit weer omhoog te brengen. Voor de overige 90%, onder wie die oude dame die altijd naar dat ziekenhuis gaat en niet het internet zal afstruinen, zal het in dat ziekenhuis echter beter worden, omdat daar de alarmbellen afgaan. Niet iedereen zal dus uit dat ziekenhuis weg hoeven te gaan, als een kritische massa dat maar doet.

Ik ben het eens met de uitgangspunten van het nieuwe model mbi. Ik denk dat die uitgangspunten, naast de rits die zelf heb opgenoemd, belangrijke elementen zijn. Zodra ik daar resultaten van heb, zal ik daar bij de Kamer op terugkomen.

**De heer Putters (PvdA):**

Kan de minister aangeven wanneer wij dat ongeveer kunnen verwachten?

**Minister Schippers:**

Dat hangt af van de complexiteit. Daar hebben wij ons al een keer in verslikt. Het mbi moet in 2013 ingaan, dus wij moeten daar tijdig mee zijn. Hoe eerder hoe beter, zo snel mogelijk nadat wij de problemen hebben overwonnen.

Ik ben het ermee eens dat de informatieverbetering niet alleen geldt voor de instellingen, de verzekeraars en de overheid, maar zeker ook voor de patiënt. Ook gaat het niet alleen over de rekening en de kosten. Soms kun je iets bereiken door de rekening te sturen; op dit punt ben ik het niet eens met mevrouw Slagter. Ik geef het voorbeeld van iemand die altijd naar de spoedeisende hulp gaat, terwijl hij niet weet dat dit ontzettend veel duurder is dan de huisartsenpost. Als die een rekening krijgt, zal dat zeker effect hebben. Voor veel andere zorg zal dit niet gelden, maar in een aantal gevallen zal de patiënt denken: daar heb ik eigenlijk nooit bij stilgestaan, zal ik dan toch maar naar de huisartsenpost in plaats van naar het ziekenhuis gaan? Daar gaat het mij om. Mensen moeten ook niet het idee hebben – dat kom ik nu veel te vaak tegen – dat zij heel veel premie betalen voor steeds minder zorg. De mensen moeten beseffen dat de omvang van het pakket niet alleen bepaald wordt door de paar dingen die wij er af en toe uit halen, maar ook door de dure oncologische medicijnen en therapieën die erin komen. De mensen moeten weten dat de zorg geen feest viert van de premie-inkomsten, maar er echt iets voor levert.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik pleit dan wel voor enige toelichting. Als de mensen al niet weten dat het bij de huisarts zo veel goedkoper is dan bij de eerste hulp, dan is een toelichting gewenst.

**Minister Schippers:**

Als de zorgverzekeraar daar uiteindelijk op wordt afgerekend, zal die inzien dat de patiënten het niet zomaar kunnen weten. Als je iets van de patiënten verwacht, moet je hun ook laten weten hoe het in elkaar steekt. Dat zal in ieder geval helpen.

De heer Putters vroeg of de NZa geen andere positionering moet krijgen ten opzichte van de NMa.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik wil nog even terugkomen op het punt van de transparantie tussen patiënt, zorgaanbieder en verzekeraar. Dat fascineert mij. De verzekeraar kan op een goed moment de patiënten aanspreken en zeggen: mijnheer en mevrouw, u gaat altijd naar de spoedeisende hulp, maar voortaan kunt u beter naar de huisarts gaan, want ik betaal niet meer uit dan het bezoek aan de huisarts. Dat is bij overconsumptie de consequentie van het systeem, lijkt mij. Ziet de minister dat ook op die manier?

**Minister Schippers:**

Ik kan mij heel goed voorstellen dat dit gebeurt. Andersom kan ik het mij ook voorstellen. Mevrouw Dupuis gaf het voorbeeld van een patiënt die een rekening krijgt, maar het daar helemaal niet mee eens is, of zegt er helemaal niets van te begrijpen. Helaas ken ook ik de horrorverhalen, maar die verhalen krijgen wij mede omdat wij onvoldoende inzicht hebben. Ik begrijp dat je dat van vandaag op morgen niet kunt afkondigen, maar laten wij eraan werken dat de informatievoorziening aan de patiënt veel beter wordt.

**De heer Flierman (CDA):**

Het gaat mij om het volgende. Als wij praten over de beheersing van de kosten, dan moet ook de patiënt op zijn eigen verantwoordelijkheid worden aangesproken en niet als het ware als een verwend kind worden behandeld. Ook hier geldt niet: u vraagt en wij draaien.

## Schippers

### Minister Schippers:

Nee, dat is zo. In het regeerakkoord hebben wij dan ook afgesproken dat zelfverwijzers die onterecht op de spoedeisende hulp komen, op een gegeven moment een bedrag in rekening gebracht krijgen, omdat zij gewoon naar de huisartsenpost hadden moeten gaan.

De heer Putters vroeg of de NZa niet een andere positie moet krijgen ten opzichte van de NMa. Dat gebeurt ook, want in het kader van het wetsvoorstel over de fusietoets hebben wij met elkaar afgesproken dat de NZa eerst bekijkt hoe het zit met de fusietoets en of dat goed is gegaan. Als dat niet het geval is, komt het überhaupt niet bij de NMa. Dat is echt nieuw. De NZa was eerst adviserend, maar nu wordt zij een eerste horde die genomen moet worden.

De heer Flierman kan ik zeggen dat er inderdaad sprake is van veranderingen bij de medisch-specialistische zorg. Feminisering is altijd een drive om anders naar dingen te kijken. Het is niet mijn intentie om een bepaald model op te leggen aan het veld. Ik heb op dit punt helemaal geen ambitie. Ik wil dat de medisch-specialistische zorg een integraal onderdeel is van het tarief. Over de daaraan verbonden haken en ogen moeten wij nog spreken. Ik heb op dit punt geen vooringenomen propositie.

Ik deel de noties van mevrouw Slagter over de cruciale zorgfuncties. Het is echter niet de RVZ, maar de Gezondheidsraad die mij adviseert over de achtervang van de spoedeisende hulp. De kwaliteitsinstituten omvatten natuurlijk ook de eerstelijnszorg. Daar zit iemand die zeer veel weet van huisartsenzorg. Die zit ook in het kwaliteitsinstituut, in de adviescommissie. Richtlijnen die daarop betrekking hebben en die niet van de grond komen – afhankelijk van de zorg die het betreft, de eerstelijnszorg is natuurlijk breed – zullen daar gewoon bij betrokken worden.

Wij kijken heel raar naar het winstoogmerk. In de eerstelijnszorg is een winstoogmerk toegestaan. In de eerstelijnszorg is er dus geen verbod op winstoogmerk. Dat hebben wij in de tweede lijn wel en daardoor kunnen banken wel in ziekenhuizen investeren maar pensioenfondsen niet. Als een pensioenfonds zijn geld in de zorg in Nederland wil steken, kan dat niet. Dan moet het naar het buitenland, omdat wij dat hier verboden hebben. In het regeerakkoord is dan ook opgenomen dat ik met voorstellen zou komen om dat te veranderen en gelijk te trekken, omdat je ziet dat er dingen in de eerste en de tweede lijn niet tot stand komen door de grote verschillen daartussen.

Wat betreft het kwaliteitsinstituut is het inderdaad belangrijk dat wij bureaucratie voorkomen. Het kan echter bureaucratie ook tegengaan. Wij hebben heel veel kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, die niet allemaal onderscheidend zijn. Als ik in ziekenhuizen kom, is dat ook altijd een van de grote klachten: wij moeten allemaal formulieren met kwaliteitsindicatoren invullen, maar die zeggen helemaal niets over wat we hier eigenlijk doen. Daar moet flink de bezem door. Wat ook voorkomt, is dat heel veel richtlijnen die door de sector zelf zijn gemaakt, niet op elkaar passen. De aansluitingsproblemen die als gevolg daarvan optreden, leveren heel veel bureaucratie en administratieve lasten op. Wij willen niet alleen voorkomen dat er bureaucratie bijkomt, maar wij willen ook een slag maken in de dingen die nu gebeuren, zodat de professional daar minder last van heeft. Dat is een belangrijke ambitie.

### De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Ik ben natuurlijk blij met die ambitie, maar tegelijkertijd moeten ook wel nieuwe richtlijnen gemaakt worden. Ik laat het er toch van afhangen of het ontwikkelen van al die nieuwe richtlijnen inderdaad helpt om de bestaande richtlijnen te vervangen of te vereenvoudigen. Het toevoegen van richtlijnen is toch niet direct een oplossing van de regeldruk.

### Minister Schippers:

Mensen verlenen nu ook zorg. Hoe bepaal ik als patiënt dat dit goede zorg is? Hoe weet ik dat? Die transparantieslag moeten wij echt maken, maar dan zodanig dat wij uit de kwaliteitsindicatoren die echt iets zeggen over de zorgtaak kunnen aflezen hoe de kwaliteit van zorg is. Qua richtlijnen maken wij een soort metastandaard, waaraan al die richtlijnen moeten voldoen. Met een slag kunnen daarmee de richtlijnen op elkaar worden gepast, want richtlijnen zijn er natuurlijk. Het is een manier van werken, maar het past nu heel vaak heel slecht op elkaar. Dat is een groot kritiekpunt van het veld.

Zinnige zorg heeft ook grenzen. Gevraagd is of ik dat niet meer organiseren, ook het debat daarover? Ik kom daar bij de Kamer op terug. Ik denk er nog over na en ik wil het in ieder geval vanuit de inhoud en de kwaliteit benaderen. Overal waar ik dat kan, probeer ik dit te agenderen. Misschien is daar nog een extra stap voor nodig, maar daar kom ik bij de Kamer op terug.

Mevrouw Dupuis heeft de problematiek van "de spreekkamer" aangesneden. Je hebt een artsverbond met een patiënt en misschien ook met de industrie. Je ziet heel vaak dat de patiënt farmaceutische producten wil hebben en de arts ze voorschrijft. Het is een verbond van twee à drie. Er is een belangrijke psychologische kant aan de arts-patiëntrelatie. Ik ben het daarmee eens. Ik onderschat de moeilijkheidsgraad niet, maar het wil niet zeggen dat ik mij erbij neerleg dat de dingen altijd gaan zoals ze gaan. Het is belangrijk dat je de patiënt informeert over kosten en kwaliteit die hij krijgt, maar ook dat hij misschien moet meebetalen aan de zorg. Ik ben het daar volledig mee eens. Ik denk ook dat wij daar deze of de volgende kabinetsperiode wel naartoe zullen groeien. Ik heb echter ook gezegd dat er een meerderheid moet zijn die dit soort maatregelen ondersteunt.

De term "gepast gebruik" heb ik niet zelf bedacht. Ik heb die overgenomen toen artsen en patiënten daarmee aan de slag zijn gegaan. Zij hebben een convenant afgesproken en ik heb dat woord overgenomen.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ik heb nog een vraag, want ik werd getriggerd door de opmerking van de minister over de farmaceutische industrie. Ik had de opmerking al eerder deze middag willen plaatsen, namelijk hoe de industrie buiten de deur wordt gehouden bij het kwaliteitsinstituut. Ik heb gewerkt aan de totstandkoming van richtlijnen en mijn ervaring is dat het vaak erg moeilijk is om de invloed van de industrie helemaal buiten de deur te houden. Misschien kan de minister daar nog een kleine opmerking over maken?

### Minister Schippers:

Ik heb geen plaats voor hen gereserveerd in de adviesraad van de commissie die uiteindelijk de zeggenschap heeft. Bij de farmaceutische industrie zit echter ook heel veel kennis die wij kunnen gebruiken. De kunst is natuurlijk om die kennis te gebruiken en de lobby buiten de deur

## Schippers

te houden. De professionals en de andere betrokkenen moeten daar alert op zijn. Nogmaals, de kennis is heel belangrijk omdat wij daar bepaalde ziektebeelden wel degelijk tegenkomen.

De horrorverhalen over de facturering ken ik ook. Ik heb daar heel vaak ook als minister de verzekeraars op aangesproken en het gebeurt maar niet. Dan moeten wij maar kijken of wij het wettelijk kunnen regelen. Dat kan misschien ook heel moeilijk zijn, maar wij moeten wel die ambitie hebben. Sommige verzekeraars maken echt stappen, maar andere verzekeraars doen helemaal niets. Dan krijg je gewoon die kennis en die informatie niet. Ik spreek vaak patiënten die nabellen als zij een rekening krijgen en zeggen dat zij daar helemaal nooit zijn geweest. Dat is toch hoe wij het willen, want de patiënt weet het beste waar hij geweest is en of hij tien minuten binnen is geweest of daar een week heeft gelegen. Ik vind het een misser van zorgverzekeraars om de patiënt geen bondgenoot te maken van wat er allemaal gebeurt en wordt betaald.

Het is helemaal niet mijn bedoeling om wat betreft de huisartsen tegenover elkaar te blijven staan. Ik kan heel goed begrijpen dat een huisarts niet op de banken gaat staan als een minister achteraf een deel van de overschrijdingen komt terughalen. Dat doet de ggz ook niet en ook de ziekenhuizen, waar ik honderden miljoenen weghaal, zijn er niet positief over. Wel hebben wij een eerste verkennend gesprek over onze ambities voor de toekomst en over de vraag hoe wij onze agenda's, die op veel punten parallel lopen – zorg in de buurt, de huisarts is de spil van de eerstelijnszorg – handen en voeten kunnen geven. Het is absoluut mijn ambitie om niet alleen met de eerste lijn om de tafel te zitten, maar ook de LHV weer te verwelkomen om te bezien hoe wij de basiszorg in de buurt ook daadwerkelijk van de grond kunnen krijgen.

De beraadslaging wordt gesloten.

### De voorzitter:

Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De vergadering wordt van 19.07 uur tot 20.00 uur geschorst.

### Voorzitter: Putters