

Vergaderjaar 2008–2009

**31 700 XVI**

**Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009**

**29 248**

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

**Nr. 174**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 7 augustus 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 1 juli 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juni 2009 over de budgettaire maatregel geneeskundige ggz (31 700-XVI, nr. 160);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2009 over de voorhang aanwijzing indexatie inkomen vrije beroepsbeoefenaren (31 700-XVI, nr. 161);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2009 over de voorhang aanwijzing medisch specialistische zorg 2010 (29 248, nr. 83);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 mei 2009 over de voorhang taakstelling ziekenhuizen 2010 (29 248, nr. 81);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2009 met antwoorden op vragen van de commissie over een brief inzake budgettaire maatregel geneeskundige ggz (31 700-XVI, nr. 167);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2009 met antwoorden op vragen over de brief betreffende de voorhang aanwijzing medisch specialistische zorg 2010 (29 248, nr. 94);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2009 met antwoorden op vragen over de brief inzake de voorgenomen uitwerking van de tranche 2010 van de taakstelling ziekenhuizen 2008–2011 (29 248, nr. 95);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2009 met antwoorden op vragen van de commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport betreffende de voorhang aanwijzing indexatie inkomen vrije beroepsbeoefenaren (31 700-XVI, nr. 166).

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

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

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

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

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

Aanwezig zijn 6 leden der Kamer, te weten: Smeets, Zijlstra, Van der Veen, Van Gerven, Sap en Smilde,

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

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

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. De VVD-fractie heeft kennis genomen van de budgettaire maatregelen. Als wij het goed begrepen hebben, zijn deze maatregelen nodig omdat vergelijkbare overschrijdingen zijn opgetreden in de betreffende kostenposten. Door het financiële kader wordt de minister gedwongen om dit zo spoedig mogelijk te beheersen. Wij zijn het eens met deze systematiek en vinden dat het kabinet deze systematiek nog wat dwingender zou moeten opleggen. Maar wij kunnen er geen bezwaar tegen hebben dat de minister deze systematiek doorvoert. Ook bij de medisch specialisten wordt de systematiek toegepast. Dat moge duidelijk zijn. De minister heeft het over een maximumbedrag van 451 mln. Over dit bedrag is op dit moment veel discussie. Of dit bedrag 100 mln. is, dan wel in de richting van de 451 mln. gaat, is natuurlijk wel van invloed op de budgettaire maatregel. Hoe kan de minister een budgettaire maatregel nemen als het nog zo onduidelijk is hoe hoog het bedrag is? Bestaat niet het risico dat het omgekeerde gaat gebeuren en dat men op een gegeven moment verzoekt om een compensatie, die nodig is om dat we zijn doorgeslagen in de compensatie?

Ook de andere maatregelen zijn eigenlijk gebaseerd op schattingen. In hoeverre zijn deze schattingen aan de «safe» kant? In hoeverre is het mogelijk dat in de toekomst geconstateerd moet worden dat de compensatie groter is geweest dan het nadeel dat zich heeft voorgedaan?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De taakstelling van de ziekenhuizen is in het coalitieakkoord opgenomen. Daar hebben we ook geen problemen mee. Dat de inkomensstijging met 2% niet doorgaat, is uiteraard zuur voor de hulpverleners, maar in vergelijking met het inkomen van de overige Nederlanders volgend jaar en gelet op de economische vooruitzichten is het wat ons betreft aanvaardbaar.

Ten aanzien van de verloskundigen willen we een uitzondering maken. De rekennorm is recent verlaagd omdat duidelijk was dat de verloskundigen de laatste jaren te weinig verdienden ten opzichte van hun werkdruk. Er is nog discussie over de vastgestelde rekennorm van 110. Nu worden verloskundigen opnieuw geconfronteerd met een maatregel die een negatieve invloed heeft op hun inkomen. Hebben verloskundigen in enige mate bijgedragen aan de overschrijding? Wat betekent deze maatregel voor de hoogte van de rekennorm? Wordt deze opnieuw aangepast? Is de minister bereid om de verloskundigen van deze maatregel uit te sluiten? Of kan de minister toezeggen dat de tarieven worden gecorrigeerd?

De medisch specialisten worden in de brief van de minister apart genoemd. Het blijft een beetje zuur om te moeten constateren dat andere beroepsgroepen op de nullijn worden gezet, terwijl de specialisten de mogelijkheid zouden hebben om daar bovenuit te komen. De antwoorden die we hebben ontvangen op de vragen over de beloning van medisch specialisten, stellen enigszins teleur. Over de komende jaren worden aannames gedaan waarvoor in het verleden ook niet een al te stevig fundament bleek te bestaan. Kan de minister garanderen dat we de kosten in de hand weten te houden? Hoe gaat VWS de ondersteunerscompensatie, normtijden en uurtarieven tijdig en accuraat vastleggen, ook gelet

op wat is gebeurd? Vektis heeft berekend dat 96% van de overschrijdingen niet te verklaren is aan de hand van productiestijging. Dit betekent dat je kunt zeggen dat er wel wat aanmerkingen te maken zijn over de dbc's. We hopen werkelijk dat we volgend jaar niet meer met deze situatie te maken hebben.

We hebben ook een vraag gesteld over specialisten in loondienst. Naar ons idee en onze ervaring werkt loondienst goed. Medisch specialisten kunnen gewoon binnen het ziekenhuisbudget werken. Waarom treffen wij niet deze, toch vrij simpele, maatregel? Dit bespaart in ieder geval overschrijdingen en wellicht ook toekomstige AO's.

De minister heeft de nodige reacties gegeven op vragen over de maatregel ten aanzien van de ggz. Wij vinden dat die reacties niet altijd even stevig onderbouwd zijn. Welke patiëntengroepen gaat deze maatregel het meest raken? Welke professionals gaat dit het hardste raken? Hoe groot is de kans dat ggz-instellingen omvallen? Ik kijk daarbij ook naar het rapport van PricewaterhouseCoopers, dat een wat onrustig financieel beeld laat zien. Staat de kwaliteit van de zorgverlening onder druk?

Ten slotte wil ik weten waarom een generieke korting wordt toegepast en waarom er geen maatwerk wordt geleverd. Ik zou de voorzitter van de GGZ Nederland willen zeggen dat het wat opvallend is dat hij ervoor pleit om het verzekerdepakket te verkleinen of de eigen bijbetalingen te verhogen, om op die manier de bezuinigingen binnen de ggz te ontlopen. Dat zijn op zijn zachtst gezegd zaken die de Partij van de Arbeid wat minder aanspreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. We spreken over een aantal budgettaire maatregelen van het kabinet. Daaruit spreekt toch weer dat de gezondheidszorg door het kabinet vooral als een kostenpost wordt gezien en dat overschrijdingen een onaanvaardbare last zijn. Dit betekent dat er gezocht wordt naar plekken die afgeschaafd kunnen worden. Natuurlijk vindt de SP-fractie ook dat we overbodige en onzinnige uitgaven moeten aanpakken. Maar dan denken wij meer aan bestrijding van de bureaucratie, aan het CIZ, de ziekenhuis-dbc's en dat soort zaken. Daar moeten wij goed naar kijken. Wij kunnen niet instemmen met wat de minister nu doet. Zorg is geen kostenpost. Zorg is iets ontzettend waardevols in een beschaafde samenleving.

Een van de budgettaire maatregelen, in de volksmond gewoon bezuinigingen geheten, betreft de geneeskundige ggz. Wat ons betreft is deze budgettaire maatregel asociaal. Deze zal dan ook averechts werken. Met name de psychiatrische zorg, of deze nu kort of lang duurt, wordt de laatste tijd geconfronteerd met wijziging op wijziging. Een deel gaat naar de Zorgverzekeringswet, een deel gaat naar de Wmo. Voor de langdurige zorg komen daar de zorgzwaartepakketten overheen. Wat de SP betreft, is het zo wel even genoeg. De ggz heeft al genoeg te verduren gehad. Als we kijken naar het aantal wachtenden voor zorg van de ggz, zien we een stijging met 6400 mensen, naar bijna 100 000. Hoezo is er te veel uitgegeven aan de ggz? Wat de SP-fractie betreft is er veel te weinig uitgegeven. Dit blijkt ook uit de wachtlijsten. Daar horen geen mensen op te staan. Onlangs verscheen ook het bericht dat veel ggz-instellingen al in de financiële problemen verkeren. Er is een tekort aan gekwalificeerd personeel in de psychiatrie. Er kan niet meer af. De minister denkt dat zij wel effectiever kunnen werken, zonder dat dit ten koste gaat van het personeel. Waar denkt de minister dan aan? Moet iedereen in de isoleercel? Dat kan heel efficiënt zijn, maar dat is toch niet de bedoeling van de minister, denk ik. Waarom bezuinigt hij niet gericht als hij denkt dat dit kan? Laat hem bijvoorbeeld eens iets doen aan de salarissen van de zorgbestuurders. Bezuinigen op de ggz terwijl de wachtlijsten groeien, is wat ons betreft onverteerbaar. Uit het veld komen ook signalen dat men geen begrip heeft voor de 119 mln. of 180 mln. waar de minister mee komt. Vandaag bekendgemaakte cijfers van UVIT wijzen juist op een onderschrij-

ding. Er is veel discussie over de juistheid van de cijfers. Wij gaan niet akkoord met de korting en vragen de minister om een reactie op de cijfers van UVIT.

Wij hebben minder problemen met de inkomens van de medisch specialisten, maar ik blijf toch zitten met vragen over de ondersteunende specialisten. De beroepsgroep heeft gesteld dat zij in 2007 de minister al heeft verzocht om aanpassing. Dat is niet gebeurd. Dat schrijft de voorzitter van de verenigde specialisten. Hoe zit het? Kan met onmiddellijke ingang de systematiek niet worden aangepast, als iedereen het erover eens is dat het niet klopt? Als we de overschrijding terughalen, hebben we meteen ook het mogelijke ggz-probleem getackled, althans voor een jaar.

De vrije beroepsbeoefenaren worden op de nullijn geplaatst. Akkoord, de orthodontist zal het wel overleven. Maar we willen net als de Partij van de Arbeid een uitzondering maken voor verloskundigen. Zij zijn niet de best betaalde zorgverleners en doen ontzettend waardevol werk. We hebben onlangs de regelingen juist aangepast om verloskundigen meer ruimte te geven. Dat weer terugdraaien lijkt mij de omgekeerde weg.

De heer **Zijlstra** (VVD): De heer Van Gerven noemde gezondheidszorg een kostbaar goed, maar geen kostenpost. Hij verweet het kabinet dat dit gezondheidszorg wel als een kostenpost ziet. We zijn het er toch over eens dat gezondheidszorg wel geld kost? Stelt de SP-fractie feitelijk dat het niet uitmaakt wat het kost. Moet de overheid, zolang er vraag is naar vormen van gezondheidszorg, dit faciliteren?

De heer **Van Gerven** (SP): Gezondheidszorg mag wat de SP-fractie betreft wat kosten. Ons uitgangspunt is dat wat medisch noodzakelijk is en maatschappelijk gewenst, vergoed wordt, maar dat we dat in solidariteit doen. Het moet niet gaan zoals nu, met een draak van een regeling van vaste bedragen en inkomensafhankelijke premies, een zorgtoeslag en een eigen risico. Die rimram willen we niet. We zijn een voorstander van solidariteit. Er is nog een hoop te besparen wat betreft bureaucratie en de salarissen. Pak dat aan. Als dit uiteindelijk zou betekenen dat we meer moeten uitgeven aan zorg – en dat lijkt mij in de toekomst onontkoombaar – is de SP-fractie daar niet op tegen, zolang dit maar in solidariteit gebeurt.

De heer **Zijlstra** (VVD): De SP-fractie geeft dus een blanco cheque. Zolang er vraag is, moet de overheid daaraan voldoen. Daarmee zetten we de deur wagenwijd open. Wij zijn er erg benieuwd naar hoe de SP-fractie dit in haar tegenbegroting in het najaar gaat dekken.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij zullen uiteraard komen met een tegenbegroting. Maar natuurlijk schrijven we geen blanco cheque uit. Ook in het stelsel dat wij voorstaan, moet goed worden gekeken naar de besteding van het geld. Er moeten dus zeker controle en toezicht zijn. Wij zijn niet voor vermarkting. We willen de zorg terugbrengen naar de professionals en willen kleinschaligheid en dat soort zaken bevorderen. Zo wordt het geld goed besteed.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik was wat verrast door de uitspraak van de heer Van Gerven, dat de overschrijdingen van de specialisten minder belangrijk waren. Dat geldt niet voor ons. Wij vinden een overschrijding van 400 mln. tot 600 mln. heel veel. Als ondersteunende specialisten tot 1 mln. per jaar verdienen, is dat nogal veel volgens ons. Kan de heer Van Gerven mij uitleggen waarom hij dit minder belangrijk vindt?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kan mij niet voorstellen dat ik heb gezegd dat dit minder belangrijk is. De SP is al heel lang voorstander van specialisten in loondienst. Ik ben er blij mee dat de PvdA dit standpunt heeft overgenomen. Twee grote fracties in de Tweede Kamer zijn er nou dus

voor. We hebben er nog maar één nodig om loondienst in de toekomst vorm te geven. Dit zou een hoop ellende voorkomen, een hoop duidelijkheid geven en de zorg centraal stellen. Natuurlijk vinden wij dat als specialisten tot drie keer zo veel zijn gaan verdienen door de huidige systematiek, dit geld teruggehaald moet worden. Dat hebben wij eerder ook al gezegd. Ik heb net ook al bepleit dat we meteen iets moeten doen aan de systematiek binnen de dbc's als iedereen het erover eens is dat ondersteunende specialisten te veel verdienen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben blij dat het misverstand is weggenomen. Ik was ervan geschrokken, hoewel het past in het beleid over de inkomens van hulpverleners. De heer Van Gerven vindt dus ook dat de overschrijdingen zo snel mogelijk teruggehaald moeten worden bij de specialisten?

De heer **Van Gerven** (SP): Zeker. Daarover zijn wij het volledig eens.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Enige tijd geleden voerden wij een debat over het eigen risico in de zorg. Toen heb ik al gezegd dat de GroenLinksfractie onderkent dat er bezuinigd moet worden. Dit is volgens de fractie ook mogelijk, doordat er op verschillende plekken in de zorg voldoende lucht zit. Het uitgangspunt van de minister daarbij – dat overschrijdingen aangepakt worden – kunnen we niet automatisch volgen. Wij vinden dat daar altijd een stap tussen moet zitten, namelijk bekijken waar de overschrijdingen vandaan komen en wat daar achter zit, om vervolgens te kunnen concluderen of de overschrijdingen legitiem zijn. Die stap missen wij met name met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg. Voor zover wij inzicht hebben in aard en omvang van de overschrijding van de geestelijke gezondheidszorg, is het duidelijk dat deze vooral wordt veroorzaakt door een volumestijging, doordat meer mensen deze vorm van zorg nodig hebben dan geraamd was. Er is geen enkele aanwijzing voor dat mensen die geen recht hebben op deze zorg of deze niet nodig hebben, deze toch krijgen. Tegelijkertijd zijn er heel veel aanwijzingen voor lange wachtlijsten. De GroenLinksfractie maakt zich vooral zorgen over de lange wachtlijsten voor de jeugd-ggz. Het kabinet lost dit nog niet afdoende op.

Wij hebben dus heel grote problemen met de bezuinigingen in de geestelijke gezondheidszorg. Ik vind het ook opmerkelijk dat bij de geestelijke gezondheidszorg, ondanks het feit dat de overschrijdingen nog onzeker zijn, al wel een definitief bedrag wordt ingeboekt, terwijl bij de specialisten, waarover een vergelijkbare onzekerheid bestaat, eerst nog een uitgebreid onderzoek plaatsvindt. Waar komt dit verschil in benadering vandaan? Ik wil graag dat de minister toezegt dat hij ook bij de geestelijke gezondheidszorg eerst gaat bekijken wat de echte omvang van de overschrijding is, voordat hij daar bedragen op zet.

Dit brengt mij bij de specialisten. Er is een derde partij in de Kamer, GroenLinks, die al lang vindt dat specialisten in loondienst zouden moeten. Helaas zijn wij niet groot genoeg voor een meerderheid in de Kamer te. Wij vinden zonder meer dat de overschrijding op de specialistische zorg teruggehaald moet worden. Wij hadden graag gezien dat dit al dit jaar mogelijk was. We hebben begrepen dat de minister dit zelf ook graag had gezien, maar dat dit niet mogelijk is. Ik wil graag dat hij uitlegt waarom dit niet mogelijk is. Ik wil ook graag horen hoe hij dit probleem in de toekomst gaat oplossen. We gaan er in ieder geval voor zorgen dat de overschrijding die nu bekend is, volgend jaar weggehaald wordt. Maar stel dat er dan onverwachte nieuwe overschrijdingen zijn. Hebben we dan een instrumentarium in handen om die terug te halen? Kan er dan zoiets als een «claw back» gecreëerd worden, zoals bij apothekers bestaat? Ik heb begrepen dat de indexatie voor een aantal vrije beroepsbeoefenaren en voor verloskundigen en verpleegkundigen alleen nog maar een

voornemen is. Het is dus nog geen concrete maatregel. De optie wordt opengehouden voor als wij dat gaan doen. Ik vraag de minister eveneens om daarvan in ieder geval de verloskundigen uit te zonderen. Ik zie in het rijtje ook de verpleegkundigen staan. Vallen zij ook onder deze maatregel? Als dat zo is, zou ik graag willen dat ook deze groep wordt uitgezonderd. Ook van deze groep kan niet gezegd worden dat zij er qua inkomen zo riant voorstaat. Als deze maatregel daadwerkelijk getroffen wordt, wil de GroenLinksfractie dus graag maatwerk zien. Ook wil zij dat deze maatregel pas in laatste instantie wordt toegepast. Eerst moeten ook andere manieren worden overwogen. Dan denk ik bijvoorbeeld ook aan de geneesmiddelen. Pas in laatste instantie zou deze maatregel moeten worden genomen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ook vandaag ligt het dilemma weer op tafel van gezondheidszorg op een goed niveau tegen beheerste kosten. Te grote stijging van de kosten betekent in het algemeen een hogere premie voor de verzekerde en een hogere bijdrage voor de belastingbetaler. Dat willen we niet. Daarom gaan we bekijken waar de overschrijding plaatsvindt en daar maatregelen nemen. Het eerste punt dat voorligt, is een overschrijding van de geneeskundige ggz van ruim 180 mln. Vanuit bovengenoemd standpunt steunen wij de minister bij zijn voornemen om dit te herstellen. We hebben hierbij echter nog wel een paar dringende vragen. De minister kan niet precies aangeven waar de overschrijdingen zich voordoen en stelt een generieke korting voor. We hebben ook geen idee of deze overschrijdingen zich juist bij de instellingen voordoen of bij de vrijevestigden. Hoe kunnen wij voorkomen dat ggz-aanbieders bij wie zich geen overschrijdingen voordeden, toch die korting op hun bordje krijgen? Valt jeugd-ggz ook onder deze maatregel?

De overheveling naar de Zorgverzekeringswet en de introductie van de dbc's hebben flink wat problemen veroorzaakt in de sector. Hebben de overschrijdingen ook met deze perikelen te maken? In hoeverre speelt een correlatie van een aantal maatregelen, de overheveling en het zorgzwaartepakket bijvoorbeeld, een rol? We zijn het eens met het uitgangspunt van de minister: prestatiebekostiging en meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid. Het aardige is dat deze handschoen ook wel opgepakt wordt. We kregen namelijk een brief van MEER GGZ, waarin werd gesteld dat dit platform gewend is om efficiënt en tegen lagere tarieven te werken en juist de kansen te zien die geboden worden. Wordt deze visie niet breder gedeeld? Het was ook wel eens leuk om dat te lezen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb in mijn betoog gezegd dat het wel even genoeg is met wat over de ggz wordt uitgestrooid aan nieuwe maatregelen en veranderde wet- en regelgeving. Ik heb begrepen dat de CDA-fractie dit bij het algemeen overleg over zorgzwaartepakketten ook heeft gezegd. Vindt mevrouw Smilde niet dat de nieuwste maatregelen eigenlijk een beetje te veel zijn? Zij betoogt immers zelf ook wat er allemaal veranderd is en wil een pas op de plaats.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik wil een pas op de plaats met nieuwe maatregelen. Maar nu hebben wij het over kostenoverschrijdingen. De compensatie daarvoor moet toch ergens vandaan gehaald worden. Wij zijn er niet voor om dit bij de verzekerde of bij de belastingbetaler neer te leggen. Daarom willen dat een overschrijding, op correcte wijze, wordt opgelost binnen de sector waarin zij zich heeft voorgedaan. Ik zie geen alternatief.

De heer **Van Gerven** (SP): Als je generiek 3,5% kort, is dat gewoon een nieuwe maatregel. Ik kan dat niet anders zien. Maar het gaat er ook om of de maatregel eerlijk en terecht is. Welke norm hanteert het CDA in dezen? Hier wordt namelijk gewoon de botte kaasschaafmethode gehanteerd.

Ook wordt gemeten met twee maten ten aanzien van bijvoorbeeld de medisch specialisten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Je moet als het enigszins mogelijk is de overschrijdingen oplossen waar zij zich voordoen. Dat is het uitgangspunt dat wij hanteren. Ik stel een aantal vragen aan de minister. Door zijn antwoorden probeer ik scherp te krijgen waar de lasten moeten komen te liggen. Maar ik deel het uitgangspunt van de minister. De overschrijding moet worden neergelegd bij de sector die een overschrijding heeft begaan.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): In mijn bijdrage heb ik bij dat uitgangspunt juist grote vraagtekens gezet. Voor mij is het namelijk volstrekt onhelder waarop dat uitgangspunt gebaseerd is. Het is niet gebaseerd op een inhoudelijke afweging van de uitgaven die de overheid vanuit collectieve belangen wel of niet voor haar rekening wil nemen. Het lijkt eerder gebaseerd op een soort bestuurlijk argument, onder het motto: laten we het simpel houden en waar het probleem ontstaat, het oplossen. Is mevrouw Smilde het niet met me eens dat het goed is om te bekijken waardoor een overschrijding ontstaat en dat het ook goed is om te bekijken waar lucht zit en waar je zonder veel pijn kunt snijden? Mevrouw Smilde zei zojuist dat zij dit niet zag. Ik zie wel een optie: de geneesmiddelen. Wat zou mevrouw Smilde ervan vinden als we daar lucht eruit halen en dat ten goede laten komen aan de oplossing van de overschrijding?

Mevrouw **Smilde** (CDA): We hebben te maken met een overschrijding binnen deze sector van 180 mln. De minister doet voorstellen om dit probleem op te lossen. Ik wil precies weten waar de compensatie voor de overschrijding weggehaald moet worden. De kosten voor de overschrijdingen dalen anders ergens anders neer. Dat is niet de keuze die mijn fractie maakt. Maar ik ben het helemaal eens met mevrouw Sap over de zorgvuldigheid die betracht moet worden. Daarom vraag ik ook naar de jeugd-ggz. Daar hebben we niet voor niets een debat over gehad. Daarom vraag ik ook of de zorgaanbieders die mogelijk wel binnen de budgetten zijn gebleven, niet de dupe worden van de generieke korting. Maar het principe van de minister delen wij wel.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb gevraagd waarom de CDA-fractie deze keuze maakt. Eigenlijk is het antwoord dat de CDA-fractie deze keuze maakt omdat zij deze keuze maakt. Met alle respect, maar dat vind ik geen antwoord. Ik hoor nog steeds geen inhoudelijk argument voor de positie van mevrouw Smilde, dat de geestelijke gezondheidszorg deze bezuiniging zou kunnen dragen. Welke ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg maken dat we in het budget zouden kunnen snijden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): We hebben bij de overheveling van de geestelijke gezondheidszorg ook al over budgetten gesproken. Wij maken deze keuze niet omdat wij deze keuze maken. Wij vinden dat op dezelfde plek als waar de overschrijdingen zich voordoen ook moet worden gekeken naar de oplossing. Die keuze en die afweging maken wij. Ons streven ten aanzien van de medisch specialisten is gericht op goede en betrouwbare zorg. Wij kunnen dan ook niet uitleggen dat er een overschrijding is van – ik kan het getal niet noemen, omdat iedereen er anders over denkt – tussen de 400 mln. en 600 mln. Als we het goed begrijpen, zegt de minister dat een aanpassing van normtijden en compensatiefactoren voor de ondersteunende specialisten kunnen zorgen voor het terugdringen van de overschrijdingen. Maar is dat voldoende om de overschrijdingen terug te dringen? Hoe kunnen we de normtijden realistisch vaststellen?

De minister schrijft dat prestatiebekostiging inderdaad een prikkel kan zijn om meer te produceren, maar ook een mogelijkheid om doelmatiger en



tegen een betere kwaliteit te werken. Prestatiebekostiging bevordert namelijk innovatie en ondernemerschap. Waarom zien we op dit moment dan alleen de prikkel om meer te produceren en zien we nog zo ontzettend weinig van het tweede gedeelte van de zin, namelijk de innovatie en het ondernemerschap? Welke mogelijkheden ziet de minister om de prikkel tot meer productie te remmen en de aanmoediging tot innovatie en ondernemerschap te bevorderen? Daarin zit toch de crux om de medisch specialistische zorg beheersbaar te houden? Hoe denkt het veld hierover? Is er een vorm van zelfreflectie? We horen in dit opzicht van de KNMG andere geluiden dan van de Orde van Medisch Specialisten. Hieraan zal echt wat moeten veranderen.

Een integrale bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialistische zorg spreekt ons wel aan. Deze is echter alleen mogelijk als de raad van bestuur van een ziekenhuis de eindverantwoordelijkheid ook echt kan uitoefenen. Dan zal er nog het nodige moeten veranderen in de verhouding tussen medisch specialisten en de raad van bestuur. Kan de minister aangeven welke stappen hij hiertoe gaat nemen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde vindt dus ook dat de overschrijdingen door medisch specialisten in 2008 en 2009 teruggehaald moeten worden? Ik hoor mevrouw Smilde verder pleiten voor meer zeggenschap van de raad van bestuur over medisch specialisten. Wij denken dat je het meteen heel goed regelt door medisch specialisten in loondienst aan te stellen. Wat is de reactie van mevrouw Smilde hierop?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Waar mogelijk zouden wij de overschrijdingen in 2008 en 2009 inderdaad graag terughalen. Maar dan moeten ze wel te traceren zijn. Ik was wat later in de zaal, maar ik neem aan dat hierover vragen aan de minister zijn gesteld. Daarop zal hij dus waarschijnlijk nog reageren. Loondienst hoeft wat ons betreft nog niet eens. Loondienst heeft weer andere bezwaren, bijvoorbeeld ten aanzien van de productiviteit. Wij willen dat de verhouding tussen medisch specialisten en de raad van bestuur goed geregeld wordt. Als een medisch specialist niet goed fungeert, hoeft dan niet hemel en aarde bewogen te worden om afscheid van hem te nemen. Ik pleit voor eindverantwoordelijkheid voor de raad van bestuur, in de volle breedte, zowel financieel als inhoudelijk. Dat kan naar mijn smaak ook als er goede afspraken worden gemaakt in arbeidsrechtelijke zin met medisch specialisten die niet in loondienst zijn. Aan een dienstverband in loondienst kleven weer andere problemen. Voorlopig hoeft dit voor mij dus niet.

Minister **Klink**: Voorzitter. Mevrouw Sap pleitte ervoor om doelmatiger te gaan werken en de lucht eruit te drukken waar het geen pijn doet. Wij hebben onlangs in een debat in de Kamer gesproken over de bezuinigingen. Toen heb ik aangegeven dat dit mijn leidraad is voor nu, maar zeker op middellange termijn. Waarom zeg ik «op middellange termijn»? Op dit moment hebben wij namelijk te maken met een overschrijding van het kader. De kaders worden altijd vastgesteld tijdens een van de eerste vergaderingen van het kabinet, dus binnen de eerste maanden. Het doel hiervan is om een vast en stabiel raamwerk te hebben waarbinnen uitgaven moeten blijven. Dat is ook noodzakelijk om economisch verantwoord te kunnen handelen. Wij constateren nu een enorme overschrijding binnen de curatieve zorg en voor een deel ook binnen de kernzorg. Deze actuele overschrijdingen dienen vóór volgend jaar opgelost te worden. Ook hierbij hanteer ik de leidraad dat we de zorg moeten verbeteren waar dit mogelijk is. Een verbetering van de zorg levert namelijk vaak een enorme besparing op. Ik zou zo vier of vijf voorbeelden kunnen noemen van zaken waar nog heel wat winst uit te halen is. Daar gaat dit debat alleen niet over. Maar in de Miljoenennota en in het langetermijnperspectief is te zien in welke richting wij denken. De leidraad lijkt mij

echter prima. Sterker nog, het is volgens mij een dure plicht om te realiseren wat daarin vervat is.

Ik ga terug naar de realiteit. Wij werden geconfronteerd met een overschrijding van honderden miljoenen. Die moeten wij, gezien de discipline die er is, terughalen. Bovendien werden wij geconfronteerd met een economische crisis, die weer leidde tot een generale problematiek binnen het kabinet, waarbij VWS, simpelweg vanwege het feit dat wij een vrij forse begroting hebben, ook telkens voor 30% wordt aangeslagen. Dat bij elkaar opgeteld levert een taakstelling op van ongeveer 1 mld., wat ongeveer 3% is van onze begroting, althans voor de zorg in de curatieve sfeer. Ik noem dit percentage niet voor niets. Het is namelijk een van de punten die zo meteen, onder andere bij de vraag over de legitimatie van de bezuiniging op de ggz, terugkomt. De leidraad van mevrouw Sap lijkt mij met andere woorden prima. Maar dit neemt niet weg dat we niet ontkomen, zeker volgend jaar niet, aan een aantal pijnlijke ingrepen. Bezuinigen is gewoon nooit leuk. Ik zou het eerlijk gezegd ook liever anders zien. Toch moet op een aantal punten bezuinigd worden.

Ik ga verder met een vraag van de heer Zijlstra. Voor de medisch specialisten maken wij gebruik van de declaratiegegevens die bij CVZ bekend zijn. Het gaat hierbij om declaratiegegevens, c.q. schadelastcijfers van de verzekeraars. Deze nemen wij als bron voor onze maatregelen. Dit geldt niet alleen bij de medisch specialisten, maar ook bij niet-gebudgetteerde sectoren, zoals bij de huisartsen. Het CVZ is een onafhankelijke fondsbeheerder. Op zijn gegevens gaan wij af en op basis daarvan zullen wij onze maatregelen nemen en legitimeren.

De heer Van der Veen heeft gevraagd wanneer ik een beslissing neem over de hoogte van de overschrijding en over de maatregel. Om voor 2010 maatregelen te kunnen nemen, moet ik me baseren op de schadelastgegevens over 2008 die bekend zijn bij CVZ. Om die reden heb ik op 8 juni een brief gestuurd met onze beleidsvoornemens. We zijn voornemens om op 3 juli de NZa een aanwijzing te sturen. Daarin zal ik aangeven welk bedrag daarmee gemoeid is, op basis van de schadelastgegevens van het CVZ.

De heer Van der Veen vroeg ook welke groepen worden getroffen. Een punt stelde hij terecht centraal: wij zijn tweeënhalf jaar geleden al overgegaan tot een ombuiging bij de ziekenhuizen. Dit ligt ook in de orde van grootte van 3%, als je kijkt naar de 400 mln. die we uiteindelijk gaan ombuigen. Ziekenhuizen zijn hierbij op dit moment ontzien. Dit heeft er niet alleen mee te maken dat zich daar geen overschrijdingen hebben voorgedaan. We willen de ombuiging zo eerlijk mogelijk verdelen over de verschillende categorieën, gegeven de overschrijdingen van 3% in totaal. De ziekenhuizen hebben deze bezuinigingen al gekregen. Wij kijken ook naar de ggz, waar ook een overschrijding is van circa 3%. Daarom gaan we niet de volledige overschrijding van 180 mln. ombuigen. Daarin zit dus een maatvoering, die min of meer over de hele linie geldt. De ziekenhuizen zijn dus zagezegd al aan de beurt geweest. Het ritme waarin de bezuinigingen gerealiseerd worden, loopt nog steeds op. Men krijgt namelijk met een bezuiniging van 75 mln. te maken. Uiteindelijk gaan we naar de 400 mln. Ik geloof dat er nog een keer een bedrag komt van circa 150 mln.

Welke maatregelen betreffen specifiek de medisch specialisten? Dat vergt enige toelichting. Wij proberen de vinger te leggen op de ondersteunerscompensatie. Daar krijgen we ook gaandeweg de vinger op. Er bestaat niet veel verschil van inzicht tussen de orde van medisch specialisten en ons. Wij vinden beide dat een groot deel van de overschrijdingen met de ondersteunerscompensatie te maken heeft en dat de dbc's herijkt dienen te worden, zodanig dat de compensatie weer in realistisch vaarwater komt.

Verder doen wij aan versneld technisch onderhoud, door de normtijden te herijken. Dit is nodig, omdat we niet te maken hebben met een volume-

overschrijding – die zouden we in het ziekenhuiskader ook terugzien – maar met een prijsoverschrijding. Gegeven het feit dat er niet meer volume gedraaid is en gegeven het feit dat wij veronderstelden dat bij dat volume er een bepaalde prijs zou zijn die niet tot overschrijding zou leiden, is de prijs het aangrijpingspunt. Het achterliggende mechanisme, waardoor de overschrijding veroorzaakt is, kan bijna nergens anders in zitten dan in de normtijden en in de onderregistratie die plaatsvond op het moment dat de dbc's en de normtijden zijn vastgesteld. Met het versneld doorrekenen pakken wij het totale volume aan dbc's aan, per specialisme. Wij gaan de dbc's binnen de kaders opnieuw doorrekenen, zodanig dat er normtijden uit tevoorschijn komen. Daardoor totaliseren we tijd en prijs tot het kader dat ons voor ogen stond. Mocht dat niet voldoende zijn, dan zullen wij, gegeven de economische problematiek waarmee we nu eenmaal te maken hebben en die ons dwingend noodzaakt om de financiën in de hand te houden, naast de ondersteunerscompensatie en naast de herijking van de normtijden wellicht voor een deel moeten terugvallen op een generieke korting. Dan wordt het geraamde bedrag in elk geval gehaald.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Geldt de generieke korting voor alle medisch specialisten of voor de ziekenhuizen?

Minister **Klink**: In dit geval doelen wij op de medisch specialisten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op welke manier worden de overschrijdingen in 2008 en 2009 teruggehaald? De minister zegt zelf dat het systeem als zodanig niet heeft gefunctioneerd en dat in ieder geval een aantal specialisten ten onrechte een hoger inkomen heeft gekregen, als gevolg van een fout in het systeem. Hoe wordt dit bedrag teruggevoerd? Hoe garandeert de minister dat we vanaf 2010 niet meer in deze situatie verzeild raken?

Minister **Klink**: Ik heb ook gezegd dat het mij een lief ding waard zou zijn als ik deze bedragen over 2008 en zeker over 2009 zou kunnen terughalen. Wij hebben hier intensief op gestudeerd. Juridisch is dit gewoon niet haalbaar. Het zou mooi zijn als elke specialist een overschrijding, die hij zelf moet kunnen constateren, zou terugstorten. Dat zou de specialist sieren. Maar dat is een opmerking van een enkele ambtenaar. Juridisch is het echter niet mogelijk.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik neem aan dat de minister het juridisch uitgezocht heeft, maar het is heel moeilijk om uit te leggen dat mensen die ten onrechte te veel huurtoeslag hebben gekregen als gevolg van het systeem, huurtoeslag moeten terugbetalen. Vaak gaat het over hoge bedragen. De specialist die als gevolg van een fout in het systeem in sommige gevallen vele honderdduizenden extra heeft ontvangen, hoeft niet terug te betalen. Ik vind dat lastig uit te leggen.

Minister **Klink**: Ik ook. Dat is ook de reden waarom we er naar gekeken hebben. Dit verplicht ons des te meer om de fouten die in het systeem zaten, er voor de toekomst in ieder geval duurzaam uit te verwijderen. Om deze reden gaan we nu over op versneld onderhoud en gaan we de normtijden aanpassen.

De heer **Van Gerven** (SP): Er is hier iets merkwaardigs aan de hand. Begin 2008 kwamen al signalen dat het fout zat. Heeft het ministerie niet zitten slapen? Er is nog iets anders aan de hand. De voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten zegt dat het inkomen van ondersteunende specialisten niet klopt. De ondersteunde specialisten zeggen het toch wel erg te vinden dat zij van een norminkomen van €225 000 naar €675 000

zijn gegaan. Dat is absurd. Dat kan niet. Iedereen is het er dus over eens dat het niet klopt. Wij lezen ook dat DBC-Onderhoud het met de specialisten erover eens is geworden dat het niet klopt. Ze hebben het lek gevonden. Als iedereen het erover eens is, kunnen we de overschrijding van de ondersteunende specialisten terugvorderen. Waarom gebeurt dat niet?

Minister **Klink**: Ik heb zo-even al gezegd dat dit juridisch niet mogelijk is. Natuurlijk kan het op individueel niveau wel. De heer Van Gerven zegt wel dat iedereen het erover eens is, maar je kunt niet op individueel niveau een persoonsgerichte maatregel nemen op grond van het feit dat bijvoorbeeld een brancheorganisatie het erover eens is dat het zou moeten gebeuren. Dat is juridisch buitengewoon kwetsbaar en ondoenlijk. Dat er ultieme consensus zou zijn, gaat hier dus niet op. Ik heb ooit iemand voor mij gehad die in tranen beweerde dat de hypotheekrenteaf trek in Nederland toch echt niet goed was en dat het een schandaal was. Het CDA en andere partijen moesten volgens deze persoon spoorshits overgaan tot het opheffen van de hypotheekrenteaf trek. Na enig debatteren zei ik tegen deze persoon dat zij zelf geen hypotheekrente hoefde af te trekken. Daarop ging deze persoon ineens anders tegen de thematiek aankijken. Ik geloof niet dat de hypotheekrenteaf trek bij haar vervolgens van de baan was. Ik noem dit, omdat dit eigenlijk slaat op wat de heer Van Gerven zegt. De brancheorganisatie kan natuurlijk zeggen dat het eigenlijk anders had moeten, maar als een individu die door een maatregel geraakt wordt zegt dat een terugvordering in zijn specifieke geval niet mogelijk is omdat ze juridisch kwetsbaar is, haalt hij dit gewoon voor de rechtbank. Maar mocht er een specialist in de zaal zitten die dezelfde scrupules kent, dan zou ik hem hetzelfde willen zeggen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Uit de discussie over de bonussen in de bankwereld heb ik geleerd dat er veel discussie mogelijk is over wat juridisch mogelijk is. De ene jurist zegt dat iets niet kan, terwijl de andere jurist zegt dat het wel kan. Daar zijn echt interpretatieverschillen in mogelijk. Ik vraag de minister daarom om ons een analyse toe te sturen, waaruit de juridische mogelijkheden en onmogelijkheden blijken, zodat we daarover nog een debat kunnen voeren. Als de minister ons dit toestuurt in het reces, dan kunnen we er in september een debat over hebben en kan de Kamer wegen of zij het eens is met de argumentatie van de minister. Nogmaals, juristen hebben verschillende visies op deze thematiek. Soms is er toch meer mogelijk dan je op het eerste oog zou denken.

Minister **Klink**: Ik zal weer beginnen met een persoonlijke ontboezeming. Ik heb zeven jaar op het ministerie van Justitie mogen werken. Daar zaten allemaal juristen. Elke dag werd de stelling van mevrouw Sap opnieuw bevestigd. Iedereen heeft verschillende opinies, vaak ook nog met dezelfde stelligheid gebracht. Dat klopt dus. Ik doe de Kamer daarom graag een analyse van de juridische kwetsbaarheid van het verhalen van de overschrijdingen over de afgelopen jaren en het lopende jaar toekomen. Die analyse krijgt de Kamer inderdaad in het reces. Dan is het weer aan mevrouw Sap om een jurist op te zoeken die het tegendeel beweert. Bij de ggz baseren we ons op de productieafspraken. In het verleden zijn deze gegevens altijd betrouwbaar gebleken als wij het hadden over deze sector. Betrouwbare cijfers over de realisatie zijn nog niet beschikbaar. Die hadden eigenlijk afgelopen maand geleverd moeten worden, maar vanwege administratieve problemen is dit niet gebeurd. Maar de betrouwbaarheid van de productieafspraken is in de regel groot. Ik heb al gezegd dat er in de ggz een overschrijding is van 184 mln. Wij halen 119 mln. terug bij de ggz. De heer Van Gerven en mevrouw Sap vroegen waarop ik dit bedrag baseer. Dit is min of meer de doorsnee van de overschrijdingen

die we in het hele budgettaire kader van de zorg zien. Ook hier moet 3,5% gekort worden. Is dit nou onevenwichtig? Had ik niet zelf meer kwalitatief moeten aangeven waar de bezuinigingen gehaald zouden kunnen worden? Mevrouw Smilde wees al op de nieuwe toetreders. Zij realiseren met minder budget dezelfde bijdrage aan de kort durende ggz. Ik denk dus dat instellingen, gegeven deze taakstelling, wel degelijk in staat zijn om met minder middelen toch hetzelfde volume te realiseren. Wij verwachten dit ook van ziekenhuizen, die met een bezuiniging van 400 mln. te maken hebben. Dit kan niet anders betekenen dan dat men het zoekt in de sfeer van doelmatigheid. Meer doelmatigheid is naar mijn stellige overtuiging mogelijk. De nieuwe toetreders binnen de ggz lukt het wel. Die signalen krijg ik ook van bestaande instellingen. Representanten daarvan zeggen dat zij dit kunnen opvangen, doordat zij doelmatiger werken dan anderen. Er zit een benchmark in. Zo werkt het nu eenmaal in een gebudgetteerd stelsel. Dit is anders in een stelsel waarin je de prikkels zodanig afstelt dat de volumeontwikkeling opgevangen wordt door prijsverlaging. Dat beogen wij bijvoorbeeld in het B-segment van de ziekenhuiszorg. Maar in een gebudgetteerd stelsel, waarin die prikkels er helemaal niet zijn, loopt het opvangen van de volumevraag inderdaad via de budgetten en via het accommoderen van de prijzen. Althans, het kan zo lopen. De economische problematiek is voor ons doorslaggevend. Gegeven het totaalbeeld van de koopkrachteeffecten en de algemene economische ontwikkelingen is het voor ons noodzakelijk om deze ombuigingen te realiseren. Een een-op-eeneffect tussen volumeoverschrijdingen en een navenante taakstelling gaat hier echter niet op. De overschrijding is namelijk groter dan de taakstelling. De taakstelling is vooral gebaseerd op de evenredigheid die ik zojuist noemde.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb dit betoog een tijd aangehoord. Het komt op mij over als de redenering van een boekhouder. Er moet 3% bezuinigd worden over de hele linie en dus ook op de ggz. Dat is toch geen analyse van wat er precies gaande is binnen de ggz, van de hoogte van de nood en van de noodzaak om te prioriteren? De minister maakt dus toch niet deze kwalitatieve afweging. Daarnaast zegt de minister dat er instellingen zijn, zoals PsyQ, die het goedkoper en beter kunnen. Je kunt ook zeggen dat ze de krenten uit de pap halen. Maar als het zo zou zijn dat deze instellingen goedkoper werken, dan zouden de totale kosten moeten dalen. Zij nemen een segment van het werk over. Dat doen zij beter en goedkoper. Dan zou ook het geheel goedkoper moeten worden. Maar daarvan is volgens de minister geen sprake. Ik kan de redenering van de minister dus niet volgen.

Minister **Klink**: Als een aantal instellingen doelmatiger werkt, wil dit nog niet zeggen dat het totale kader daarmee niet overschreden kan worden. Verder is het inderdaad aan de besturen om ervoor te zorgen dat de doelmatigheid gaat toenemen. Ik kan niet over de hele linie, bij elke instelling aangeven waarin dat zou kunnen gaan zitten. Ik wil ook wel toe naar een ander stelsel, waarin ik veel minder verwacht van de soms noodzakelijke budgettering of van het beperken van de budgetten vanwege algemene economische omstandigheden. Doelmatige zorg is vaak de beste zorg. De beste zorg is vaak de meest doelmatige zorg. Die twee lopen vrijwel gelijk. Ik heb liever dat prikkels zodanig staan dat dit automatisch gebeurt. Maar wij hebben nog te maken met het budgettair stelsel. Ik kan dus niet anders dan via deze maatregelen de forse economische problemen waar we tegenaan lopen accommoderen. De economische problemen zijn echt fors. Ik sprak zo-even over de generale problematiek, die op de totale overheidshuishouding kan rusten. De minister van Financiën is ten aanzien van de zorg bepaald niet scherp geweest. Het had meer kunnen zijn, als wij het totale deel van de generale problematiek hadden moeten

ophoesten. Ik zeg dit overigens met waardering voor mijn collega-minister.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Wat verklaart het verschil dat er bij de specialisten nog overleg plaatsvindt met het veld over de omvang van de overschrijding en dat dit bij de ggz niet gebeurt?

Ik ken de organisatie PsyQ. Ik ben ook onder de indruk van de doelmatigheid die deze organisatie weet te bereiken. Maar ik heb begrepen dat dit een keerzijde heeft. PsyQ behandelt toch vaak de wat gemakkelijker patiënten. De moeilijker patiënten zitten in andere instellingen. Herkent de minister dit? Moet hij dit niet meewegen bij onze inschatting van de doelmatigheidswinst die in de rest van de sector te bereiken is? Is de minister in elk geval bereid te garanderen dat door deze korting de wachtlijsten in de sector niet verder oplopen?

Minister **Klink**: Mevrouw Sap zegt nu dat andere instellingen wellicht doelmatiger kunnen werken doordat zij met cliëntencategorieën werken waarmee dit makkelijker te behalen is. Ik denk niet dat dit zo is, maar ik sluit het ook niet helemaal uit. Ik kan hier niet zomaar een antwoord op geven. Ik heb mij de afgelopen weken, parallel aan alle andere activiteiten, hierin eens verdiept. Ik kom in heel veel publicaties, die zich sterk richten op de toekomst, tegen dat het qua doelmatigheid en effectiviteit echt beter kan in de instellingen. Ik ben daarvan overtuigd. Instellingen zelf zijn daarbij aan zet. Er zijn voorbeelden van instellingen die doelmatiger werken, met de kanttekeningen die mevrouw Sap zo-even plaatste. Maar ik sta nu eenmaal voor een problematiek die het budgettaire kader van de zorg in den brede raakt en die ergens verhaald moet worden. Ik heb zo-even al aangegeven welke getallen hiermee gemoeid zijn. Ik weet niet of dit tot wachtlijsten leidt of bestaande wachtlijsten langer maakt. Ik hoop het niet. Ik verwacht het eerlijk gezegd ook niet. De ziekenhuiszorg is spiegelbeeldig. Ook daarin hebben we gewerkt met een korting van 3% over de gehele linie. Je ziet dat in het vrije deel, het B-segment, de doelmatigheid spontaan op hetzelfde niveau zit. Mevrouw Sap had het zojuist over de bestrijding van bureaucratie. Deze kan ook in de instellingen zitten. Daar kun je ook doelmatiger gaan werken. Voor het bevorderen van doelmatigheid zijn wij allen verantwoordelijk, wij op systeemniveau en de instellingen binnen hun instelling. Maar ik ben er ook van overtuigd dat er nog veel slagen in de ggz gemaakt moeten worden, ook aan onze kant. Denk bijvoorbeeld aan de slag naar de eerste lijn, die we nu in de ziekenhuissector aan het maken zijn. In hoeverre kan zorg beter in de eerste lijn plaatsvinden, preventief en eerder, zodat je complicaties in de tweede lijn vermijdt? We moeten ziekenhuizen vragen hoe hun bekostigingsstelsel daarop ingericht is. Is risicoverevening daarvoor toereikend? Dat zijn allemaal vragen die bij ons spelen en waar wij zo snel mogelijk antwoord op moeten geven.

De CVZ-cijfers vormen de basis voor de maatregelen die we zullen nemen en voor de aanwijzing die we aan de NZa geven. Momenteel vindt onderzoek plaats. Als dit in het najaar is afgerond, weten we nog preciezer welke overschrijdingen er zijn en kunnen we wellicht wat lering trekken uit de vraag in hoeverre de schadelastcijfers toereikend zijn. In onze overtuiging zijn zij dit. We gebruiken ze ook bij andere groepen. Het gaat hierbij om reële schadelastcijfers van de verzekeraars over 2008. Het gaat dus om meer dan alleen maar de contracten die afgesloten zijn. Daar baseren wij ons op voor de maatregelen. Wij zijn nu dus niet in die zin in gesprek dat er nu besloten gaat worden.

De heer Van der Veen heeft gevraagd naar de toekomst. Er zijn verschillende modellen. Zo-even werd gesproken over het in loondienst nemen van specialisten. Ik ben het eens met de kanttekening van mevrouw Smilde. Ook daaraan kunnen nadelen zitten, bijvoorbeeld wat betreft de arbeidsproductiviteit. Wij laten op dit moment onze gedachten erover

gaan om de normtijden binnen de dbc's los te laten. Dit zou kunnen betekenen dat de winst in arbeidsproductiviteit die dan geleverd wordt, zou kunnen terugvloeien naar de verzekeraar en via de premie dus voor een deel ook naar de verzekerde. Het stelselmatig doorrekenen van de dbc's, zodanig dat de normtijden wat explicieter en systematischer aangepast worden aan de ontwikkelingen, kan een methode zijn. Dit betekent overigens wel dat je telkens weer het genormeerde inkomen als maatstaf neemt, zodat verbeteringen in de arbeidsproductiviteit altijd teruggehaald worden naar de collectieve sector en de premiebetaler. De prikkel verdwijnt dan, net als bij het in loondienst nemen. Hieraan zijn dus allerlei beleidsmatige afwegingen verbonden, die er mij in ieder geval toe doen neigen om binnen de dbc's goed te bekijken in hoeverre de normtijden er gewoon niet uit moeten. Maar daarover zullen wij de Kamer snel berichten, al was het maar omdat het een van de thema's is die in de langetermijnagenda van VWS terugkomen, waardoor wij willen bezien in hoeverre wij in de toekomst innovatie, verbeteringen in de productiviteit en de doelmatigheid kunnen bevorderen. Daarover zal de Kamer in het kader van de Miljoenennota ook worden geïnformeerd.

Verpleegkundigen vallen niet onder de indexatiemaatregel. Dit is verdisconteerd in de budgetten van de instellingen. De salarissen zijn daarvan afgeleid. De vrijevestigden met personeel hebben te maken met drie kostencategorieën: het eigen salaris, het loon van het personeel en de materiële kosten. De laatste twee zijn niet inbegrepen in de indexatiemaatregel. Het is overigens wel zo dat gepensioneerde vrijevestigden soms met meer dan indexatie te maken hebben. Er zit dus iets in van een collectieve solidariteit van loonmatiging, die tegen de achtergrond van de algemene economische problematiek ook het komende jaar nodig is. Mevrouw Smilde heeft gezegd dat prestatiebekostiging moet aanzetten tot innovatie en ondernemerschap. Hiervan zijn goede voorbeelden. Als er verbetering van de arbeidsproductiviteit was geweest bij de medisch specialisten, had je dit moeten zien in de volumeontwikkeling. Dan was er meer volume geweest. Dat zou de eventuele kaderoverschrijding hebben kunnen verklaren. Dat hebben wij niet gevonden. Naar onze stellige overtuiging zit het dus echt in de normtijden en in de ondersteunerscompensatie.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd of er hierover overleg met het veld is. Via de media heeft zij er kennis van kunnen nemen dat er veel overleg is geweest, al stemden de uitkomsten hiervan niet altijd tevreden.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd of de maatregelen voldoende opleveren. Wij zullen moeten realiseren wat in technische termen, maar ook een beetje huiselijk «de sluitende plaat» heet.

Over de jeugd-ggz hebben wij vorige week uitvoerig gesproken met minister Rouvoet. De woordvoerders van de algemene commissie voor Jeugd en Gezin waren het erover eens dat bestrijding van de wachtlijsten niet in eerste instantie aankomt op geld. Daarover bestond redelijke consensus. Dit neemt natuurlijk niet weg dat er geen grote vreugde was over dat er bezuinigd moest worden, ook bij de jeugd-ggz. Daarbij gaat het om hetzelfde percentage. Dit komt neer op een bedrag van iets van 17 mln.

Tegen mevrouw Smilde zeg ik dat de overschrijding niet zit in de introductie van de dbc's. Samen met de veldpartijen is erover gesproken om de instellingen in 2008 te bekostigen op basis van de oude parameters van de AWBZ, waarbij de financiering plaatsvindt in dbc's. Daarna vond de afslag of opslag plaats, naar analogie van de budgetten die men in het verleden krachtens de AWBZ kreeg.

De heer Van der Veen, mevrouw Sap en de heer Van Gerven pleitten ervoor om verloskundigen uit te sluiten van de tariefmaatregel. De verloskundigen hebben een verhoging gehad van hun tarief. Daar heeft de NZa toe besloten. Als de redenering is dat ze te weinig verdienen en dat ze daarom van de indexatiemaatregel uitgesloten zouden moeten worden,

zou dit betekenen dat de verhoging van het tarief door de NZa nog ontoereikend is. De boodschap die hieronder zit, namelijk dat hun tarief ontoereikend is, kan ik eigenlijk niet onderschrijven. Ik ben dus niet voornemens om voor hen een uitzondering te maken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dit wordt toch gewoon geregeld in het proces dat nu gaande is? De NZa is bezig om de urennorm van de verloskundige tegen het licht te houden. De NZa zal eventueel zelfs met terugwerkende kracht compensatie bieden, mocht vastgesteld worden dat de norm vanaf 1 januari al te laag is geweest. Daarmee loopt dit toch synchroon? Hierom is een uitzondering toch niet nodig?

Minister **Klink**: Volgens mij heeft het opplussen van het tarief al plaatsgevonden.

De **voorzitter**: Voordat we aan de tweede termijn beginnen, vraag ik of er nog vragen zijn blijven liggen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Een vraag van mij die is blijven liggen is hoe we kunnen voorkomen dat ggz-aanbieders die geen overschrijding hebben gehad, toch die korting op hun bordje krijgen.

Mevrouw **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag gesteld over het slaapwaakritme van het ministerie. Begin 2008 waren er immers al signalen van overschrijding.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb eigenlijk geen antwoord gehoord op mijn vraag, hoe we in de toekomst overschrijdingen kunnen terughalen. We krijgen wel een juridische analyse over het verleden, maar het lijkt me dat nu de vraag over de toekomst aan de orde is.

Minister **Klink**: Ik beantwoord de vragen van achter naar voren. We hebben zeker naar de toekomst gekeken. Er zijn op zijn minst drie mogelijkheden. De eerste mogelijkheid is loondienst. De tweede mogelijkheid is het wegnemen van de normtijden. Die hoeven dan niet telkens worden doorberekend en herberekend. Er kan dan over onderhandeld worden. De winst in arbeidsproductiviteit komt, mag je aannemen, voor een deel bij de verzekeraar terecht, die dit voordeel verrekent met de verzekerde. Naar mijn gevoel is dit het meest charmante. Hiermee stimuleer je innovatie, terwijl de revenuen voor een deel terugkomen bij de verzekerde. Een derde, niet onbetekenende mogelijkheid is om met de huidige systematiek door te gaan. Dan zal het eerder dan nu nodig zijn om de dbc's opnieuw rond te rekenen en tegen de achtergrond van het totale kader per specialisme de normtijden aan te passen. Als je de normtijden vastzet, is telkens een herijking van de normtijden nodig. Als door nieuwe apparatuur of taakherschikking een handeling die volgens de dbc een uur kost nu in een half uur kan worden verricht, haalt de specialist die twee keer binnen dat uur dezelfde verrichting kan leveren, twee keer zijn norminkomen, zijn uurtarief binnen. Deze herijking van de normtijden kun je jaarlijks laten plaatsvinden. Nu hebben we versneld onderhoud toegepast, ten einde de ombuiging te realiseren. Het systeem zou eruit kunnen bestaan dat je dit met grotere regelmaat doet. Er zit echter wel een nadeel aan. De arbeidsproductiviteitswinst wordt volledig naar de verzekerde gehaald en dus naar het kader. De prikkel van innovatie wordt daardoor minder. Ik ben voorstander van het model, waarbij de normtijden worden weggenomen, zodat de arbeidsproductiviteitswinst een factor van onderhandeling wordt tussen verzekeraar en ziekenhuis, specialist of maatschap. We zijn op dit moment aan het verkennen in hoeverre dit model gerealiseerd kan worden. Er zijn dus drie methoden.



Inderdaad bereikten ons in maart 2008 al de eerste signalen van overschrijding. Voor zover we dit nog niet gedaan hebben, kan ik voor de heer Van Gerven schriftelijk op een rij zetten hoe we daarop gereageerd hebben. Van stond af aan is door ons onderzoek gedaan, waarbij onder andere PricewaterhouseCoopers is ingeschakeld, om te zien in hoeverre met name de ontwikkelingen bij de ondersteuners uit de pas liepen. Wij hebben daar snel gegevens over gekregen, maar die waren te meerduidig om beslissingen te nemen.

Mevrouw Smilde spreekt over het risico dat instellingen die het goed doen, te maken krijgen met een ombuiging. Dat risico lopen we inderdaad. Dat is het grote nadeel van collectieve budgettering en het systeem dat daarmee samenhangt. Ik verwijs nog maar eens naar het B-segment. Doelmatigheid wordt daar gerealiseerd door middel van de prikkels die daar goed werken. Maar een instelling die doelmatig is, heeft ook een voordeel. Deze zal namelijk sneller gecontracteerd worden. Vaak levert deze ook betere zorg. Een regimewisseling is daarom buitengewoon wenselijk.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik kom even terug op de verloskundigen. Wij gaan ervan uit dat de urennorm niet op de goede manier is vormgegeven. Het onderzoek hiernaar loopt nog. Ik meen dat we er in oktober een AO over hebben. Dan zullen we ook bekijken wat dit betekent voor de budgettering. Een aantal fracties heeft gezegd dat goede ggz-instellingen niet moeten lijden onder de slechte. Ik ben het daar op zich wel mee eens. De VVD-fractie vindt echter dat dit ook in den brede moet gelden. We zouden het wel heel vreemd vinden om voor de ggz of voor welke sector dan ook een uitzondering te maken. Dan geef je hun feitelijk een carte blanche. De overschrijding in deze sector zal namelijk door anderen opgebracht moeten worden, of dit nou de belastingbetaler is of een andere sector in de gezondheidszorg. Gratis bestaat niet. Daarom is de VVD voorstander van deze budgetteringssystematiek, die soms wat problemen met zich meebrengt, maar eerlijker en rechtvaardiger is dan anderen te laten opdraaien voor de overschrijdingen die je zelf hebt veroorzaakt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ook dank ik hem ervoor dat hij het uitgangspunt van de voorzitter van de ggz niet deelt. Deze vindt namelijk dat overschrijdingen van de ggz teruggehaald moeten worden door het pakket te verkleinen dan wel de premie te verhogen. Wij zijn het ook met de minister eens dat je moet kijken naar lucht in het systeem. Er zijn best vraagtekens te plaatsen bij de precieze onderbouwing van de budgetkorting binnen de ggz, maar in grote lijnen kunnen wij ons hierin vinden, ook gelet op de argumentatie van de minister. Wij vragen apart aandacht voor het aspect van de kwaliteit en voor de uitkomst van het rapport van PricewaterhouseCoopers, waarin staat dat bepaalde instellingen door de budgetkorting in de problemen zouden kunnen komen.

Ik heb het eigenlijk te doen met de specialisten, ook weer door een uitspraak van de minister. Er zal over jou als specialist maar gezegd worden dat je alleen maar produceert als je er financiële prikkels voor terugkrijgt en dat je niet meer zou produceren op het moment dat je in loondienst bent. Ik kan me voorstellen dat specialisten dit zich heel erg aantrekken. Waarom zeg ik dit op deze manier? Alles wat wij nu doen om de overschrijding door de specialisten te redresseren, komt voort uit het feit dat het hierbij om vrijgevestigde specialisten gaat. We zouden dit allemaal niet hoeven te doen als de specialisten in loondienst waren. De onderliggende aanname, dat specialisten alleen maar hard werken als zij voor hun productie beloond worden, zou ik niet nemen als ik specialist was. Ik ken veel specialisten in loondienst, in academische ziekenhuizen en in het OLVG. Zij functioneren prima in loondienst.

De minister heeft gezegd dat hij zijn uiterste best zal doen om te voorkomen dat in 2010 weer sprake is van een overschrijding bij de specialisten. Ik wil het niet dramatiseren. Ik heb zojuist gesproken over iemand die teveel huurtoeslag heeft gekregen en dat moet terugbetalen, ook al is de toekenning van de huurtoeslag een gevolg van een fout in het systeem. Morgen is het eigen risico aan de orde. Daarover horen we de meest schrijnende verhalen van mensen die hun €47 niet terugkrijgen. Het is geen goed signaal dat we aan de ene kant te maken hebben met verzekerden die aan de onderkant zitten en in de problemen raken door €47, terwijl we aan de andere kant volgens de minister zouden moeten constateren dat we de overschrijdingen bij de specialisten niet kunnen terughalen. Ik wacht met spanning de toegezegde informatie van de minister over onze juridische mogelijkheden af.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De minister is er niet voor om specialisten in loondienst te laten werken, maar hij vindt dit principe ook niet verkeerd. Er wordt steeds gezegd dat prestatiebeloning, stukloon dus, tot meer productie en meer omzet zou leiden. Kan de minister toezeggen een onderzoek te doen naar het verschil in productiviteit tussen specialisten in loondienst en specialisten die niet in loondienst werken, en daarbij ook het element kwaliteit mee te nemen? Het gaat natuurlijk niet alleen om de inzet, maar ook over de geleverde zorg. Ik geloof er niks van dat het ene beter is dan het andere. Dat zou 25% van de specialisten, die in loondienst werken, te kort doen.

Het blijft voor de SP onverteerbaar wat er met de ggz gebeurt. Ik vraag de minister om nog eens naar de cijfers te kijken. Bij de specialisten is hij er nog niet uit. Hij zegt dat hij dit aan het einde van het jaar zal redresseren. Het kan 380 mln. zijn, 400 mln. of 300 mln. De getallen vliegen ons om de oren. Wij krijgen vanuit de ggz signalen dat de bedragen van 119 mln. en 180 mln. niet kloppen. Kan later in het jaar niet tot een ander percentage worden besloten dan de 3,5%? Ik denk maar even mee met de minister op dat punt.

Een van de getallen die mij triggerden, was 22 mln. overschrijding vanwege de rente die instellingen moeten betalen aan de banken. Dat gaat er bij de SP-fractie niet in. Je ontwikkelt een dbc-systeem. Daardoor moet meer rente betaald worden. Die 22 mln. moet toch niet op het bordje komen van de instellingen. Zij hebben daar namelijk part noch deel aan.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. De minister heeft mij er niet van overtuigd dat in de geestelijke gezondheidszorg winst in de doelmatigheid te halen is. De minister geeft zelf aan dat hij daarvan wel overtuigd is. Tegelijkertijd geeft hij echter aan dat veel nog niet bekend is. Ik prijs de minister om zijn eerlijkheid. Ik waardeer dat zeer. Maar de minister geeft aan dat niet bekend is of er verschillen in cliëntgroepen zijn tussen de organisaties die nu doelmatig weten te werken en de rest van de ggz. Het zou kunnen zijn dat bijvoorbeeld PsyQ en andere organisaties die een goede doelmatigheid weten te behalen, eigenlijk alleen relatief eenvoudige cliëntgroepen bereiken. Is de minister bereid om hiernaar onderzoek te doen? Als er inderdaad structurele verschillen bestaan tussen de doelmatige instellingen en de minder doelmatige, en we gaan de doelmatigheidsstandaard van de succesvolle instellingen opleggen aan de hele sector, kan het niet anders zijn dan dat dit niet tot meer doelmatigheid in de rest van de sector leidt, maar tot vershraling van zorg aan lastiger cliëntgroepen. Daar zou de GroenLinksfractie niet aan willen.

De minister gaf ook aan dat bij hem niet bekend is wat de effecten zullen zijn op de wachtlijsten. Hij kan niet uitsluiten dat door de maatregelen de wachtlijsten groeien. Ik snap dat de minister hierover op voorhand geen garantie kan geven, maar zou het onacceptabel vinden als we volgend jaar inderdaad groeiende wachtlijsten zien, zeker als dit wachtlijsten voor problematische zorg zijn, en zeker als dit wachtlijsten voor de jeugd-

gezondheidszorg zouden zijn. Ik vind het dus te makkelijk om op basis van zo weinig kennis van feiten en van de uitwerking, vanuit de hoop dat het aan doelmatigheid gaat bijdragen, deze maatregel te nemen. Ik vind dat de minister een groot risico loopt dat we volgend jaar moeten constateren dat er toch verschraling heeft plaatsgevonden. Ik vraag de minister om hiernaar meer onderzoek te doen om dit uit te sluiten.

GroenLinks pleit al jaren voor specialisten in loondienst. Wij geloven dat specialisten, net als vele andere werkers in de zorg, professionals zijn die vooral door de inhoud van hun vak gedreven worden om goede, mooie en innovatieve dingen te doen. De minister schetste zojuist drie wegen waarlangs we in de toekomst zouden kunnen voorkomen dat zich opnieuw grote overschrijdingen voordoen. De minister besteedde de minste aandacht aan de mogelijkheid om specialisten in loondienst te laten werken. De andere twee mogelijkheden geven geen prettig beeld. Ofwel moeten de normtijden voortdurend worden bijgesteld, waardoor we voortdurend achter de feiten aan hobbelen, maar met iets kleinere tijdsintervallen dan nu, ofwel zijn er geen normtijden meer. Maar hoe dat precies gaat uitwerken, is ook onhelder. Ik pleit ervoor om het taboe te laten varen en stappen te zetten naar de specialist in loondienst. Laat de eerste stap een onderzoek hiernaar zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Met wat voor systeem wordt het wel zichtbaar wie doelmatig werkt in de geneeskundige ggz en wie overschrijdt? Als bepaalde instellingen of vrijevestigden niet doelmatig werken, kun je zeggen dat er toch een generieke korting komt. Dat is hun prikkel om juist wel doelmatig te zijn. Als er volgend jaar wachtlijsten zijn, kunnen we deze dan automatisch toeschrijven aan deze 3% korting die hun opgelegd wordt of aan gebrek aan doelmatigheid? We zullen op deze vraag toch echt antwoord moeten hebben, om volgend jaar rond deze tijd op een of andere manier daarin inzicht te krijgen. Wanneer worden de normtijden aangepast aan de compensatiefactoren? Dan kunnen we in ieder geval de overschrijdingen bij de medisch specialisten vanaf nu een halt toeroepen. Ik ben er overigens wel blij mee dat we kunnen constateren dat de overschrijding niet zozeer te maken heeft met volumestijging, als wel met prijsstijgingen en dat we daarop kunnen ingrijpen. In het kader van het B-segment maken we ons namelijk regelmatig zorgen over onbeheerste volumestijgingen.

Ik heb het even gehad over de verhouding tussen medisch specialisten en raden van bestuur. Als deze verhouding goed geregeld is, zal dit volgens mij een mitigerend effect hebben op overschrijdingen en op de mogelijkheid om specialisten aan te pakken. Kan de minister hierop zijn reactie geven?

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik ben het eens met de opmerking van de heer Zijlstra over de verloskundigen. Kennelijk hebben wij hierover een AO in oktober. Dat was mij nog niet helemaal duidelijk. Maar dan zullen we er opnieuw over spreken.

Ook de opmerking van de heer Zijlstra over de ggz kan ik alleen maar onderschrijven. Als wij de 100 mln. niet realiseren bij de ggz, moet deze ergens anders gehaald worden. Dat krijgen we al snel in beeld. Laat ik een voorbeeld geven. Toen de commissie-Gerritse zich dit jaar boog over de economische crisis en met een rapport kwam, stonden drie dingen bovenaan: pakketmaatregelen, zorgtoeslag en eigen risico. Dit zijn alle drie maatregelen die ingrijpen in de portemonnee van mensen of in de goede zorg. Ik wil dit zo veel mogelijk vermijden. Dit is onze dure plicht. Ik gebruik dit woord voor de tweede keer, maar ik meen het ook echt. We moeten anderen niet voor de kosten laten opdraaien. Ik zie ook wel dat goede instellingen dan min of meer lijden onder de kwaden, maar dat is alleen maar een extra aansporing om werk te maken van de kantelingen die ik zo-even noemde. Ik ben het eens met wat de heer Van der Veen zei

over het terughalen op een premie of op een pakket. Dat is niet het eerste wat moet gebeuren. We hebben gezien dat de inkomenseffecten van ingrepen in de zorgtoeslag niet erg groot zijn. Maar ik zal alles proberen om te voorkomen dat pakket en eigen risico veranderen, tenzij er heel goede beleidsmatige redenen zijn om dat te doen.

Ik beschouw het kwaliteitsaspect in de ggz als een van de punten waar de sector hard aan werkt. Zo wordt zichtbaar wie goede kwaliteit van zorg levert. Ik noem een punt dat ik in de literatuur tegenkom en dat breed onderschreven wordt: laten we de kwaliteit nou eens meer verankeren in de bedrijfsvoering, zodat er ook doelmatigheid uit voortvloeit. Directeuren van verschillende goede ggz-instellingen onderschrijven dit zelf. Daar is namelijk een heleboel doelmatigheidswinst te behalen. Ik ben er dus echt van overtuigd dat er best veel mogelijkheden zijn.

Ik begrijp de opmerking van de heer Van der Veen over de specialisten wel. Ik ben de laatste die de specialisten zal verwijten dat zij hierom zelf gevraagd hebben. Dat hebben zij niet gedaan. Zij hebben zelf bij de ondersteuners gewaarschuwd voor overschrijdingen. Maar voordat je maatregelen kunt nemen, moet je wel de volle omvang weten. Ik heb helemaal geen zin in zwartepieten. Maar een ding staat vast: onder de lumpsum hadden we enorme wachtlijsten. Daarom moesten en gingen we van de lumpsum af. Daarom besloot de voorganger van mijn voorganger tot een open einde. De arbeidsproductiviteit van de NHS in Engeland is vele, vele malen lager dan in ons land. Of dit specifiek bij de specialisten ook zo is, weet ik niet. Maar over de gehele linie en door de bank genomen is het wel zo. Ik denk dat de arbeidsproductiviteit daadwerkelijk naar beneden gaat als je iedereen onder een budgettering brengt. Om deze reden ben ik er ook niet zo voor om elk jaar de normtijden te herijken. Daarvoor heb je namelijk een referentiepunt nodig, een norminkomen. Dan brengen wij namelijk op een ingewikkelde manier iedereen collectief in loondienst. Dat biedt ook geen stimulans voor de productiviteit. Ik zoek het dus eerder in de andere richting. Maar dat moet wel uitgewerkt worden. Ik ben het ermee eens dat dit moet gebeuren. Mij hoor je niet zeggen dat mensen in loondienst minder productief zijn. Wel wil ik erop wijzen dat ziekenhuizen met elkaar in competitie zijn, zodat het voor ziekenhuizen waar specialisten niet in loondienst werken, wel van betekenis is dat daar dezelfde productiviteit gehaald wordt als in de ziekenhuizen waar men niet in loondienst is. Er zijn verschillende voorbeelden van instellingen met medisch specialisten en artsen in loondienst waar de productiviteit inderdaad minder is dan in andere instellingen.

De heer **Van Gerven** (SP): Over de prikkels voor het verhogen van de productiviteit verschillen wij van mening. Er zit ook een ethisch aspect aan. Kunnen we erop vertrouwen dat een dokter dingen doet vanwege de behoefte aan zorg? Of doet hij deze dingen vanwege financiële prikkels? Dat laatste introduceert de minister met zijn systeem. Ik heb de minister gevraagd of hij een onderzoek zou willen doen naar de voor- en nadelen van werken in loondienst voor de kwaliteit en de productiviteit. Die vraag heeft de minister nog niet beantwoord.

Minister **Klink**: Als het ergens opgaat dat je door betere zorg doelmatigheidswinst boekt, is het wel in deze sector. Daar ben ik heilig van overtuigd. Wij zijn in het kader van de langetermijnagenda over de doelmatigheid aan het bekijken hoe we deze gaan realiseren en waar deze te realiseren valt. Ik ben vrij opgetogen over de mogelijkheid ervan, ook als het om grotere bedragen gaat, met het oog op de houdbaarheidsagenda tot 2040. In dat verband kijken wij ook, samen met het CPB bijvoorbeeld, naar de mogelijkheden die er zijn om de arbeidsproductiviteit van specialisten te verbeteren. Als ik daar gegevens over heb, zal ik die aan de Kamer doen toekomen. Wat mij betreft laat ik deze vergezeld gaan van iets van een internationale vergelijking.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister vergelijkt het systeem van specialisten in loondienst met de lumpsum. De lumpsum was een aantal jaren geleden aan de orde. Toen concurreerden ziekenhuizen nog niet met elkaar. Nu is er een nieuw systeem, dat ook niet vergelijkbaar is met het Engelse systeem. De minister roemt en prijst dit systeem omdat ziekenhuizen mede dankzij de liberalisering van de prijzen met elkaar in concurrentie zijn. Specialisten zijn een onderdeel van het ziekenhuis. De situatie is anders dan vijf, zes jaar geleden. In het licht van de veranderende opstelling van ziekenhuizen en in het licht van de relatie tussen de raad van bestuur en de medische staf – ik hoop dat we daarop kunnen terugkomen als we over governance spreken – zou ik het niet gek vinden om op niet al te lange termijn een debat te houden over het systeem van specialisten in loondienst. Het onderzoek zou daarbij behulpzaam kunnen zijn. Ik zou het heel plezierig vinden om dit vanuit de nieuwe situatie te kunnen bekijken, niet op basis van de verhalen van tien jaar geleden. Ik weiger namelijk te accepteren dat specialisten in loondienst per definitie minder produceren dan vrij gevestigde specialisten. Dat is te cynisch voor woorden.

Minister **Klink**: Ik ben het eigenlijk volledig met de heer Van der Veen eens. Hij voegt een nieuwe dimensie toe, en die onderschrijf ik. Anders dan in het verleden zijn ziekenhuizen nu namelijk met elkaar in competitie. Naarmate medisch specialisten daarvan meer deel uitmaken, zijn zij onderhevig aan dezelfde vorm van competitie, maar dan via de raden van bestuur. Ik kom graag aan de wens van de heer Van der Veen tegemoet door in het kader van de gegevens die wij wellicht krijgen van het CPB wat internationale vergelijkingen te maken, dit element mee te nemen en daarover te debatteren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het lijkt mij verstandig om dit debat te voeren. Het kan namelijk verschillende kanten opgaan. Iedereen is het er nu wel over eens dat het systeem nu niet goed werkt. De RVZ heeft hierover onlangs een brief aan de Kamer gestuurd met heldere woorden. Die had overigens niet loondienst als oplossing. Je kunt ook de andere kant op redeneren. Als de risico's die ziekenhuizen in de concurrentiestrijd nu lopen, ook afgewenteld kunnen worden op de maatschappen, krijg je ook weer een heel andere verhouding.

Hoe kunnen wij een systeem met vrijgevestigde maatschappen, bij een krappe arbeidsmarkt door de numerus fixus, goed laten functioneren? Een dergelijk systeem kan alleen maar goed functioneren als bijvoorbeeld slecht functionerende artsen er vrij gemakkelijk uit gezet kunnen worden. Dat is nu niet mogelijk, omdat men vaak geen andere arts kan vinden.

Minister **Klink**: Het laatste raakt precies aan de governanceproblematiek die de heer Van der Veen aansneet. Hoeveel zeggenschap heb je over de specialismen gezien de structuur van maatschappen en dergelijke? De RVZ doet op dit moment onderzoek naar de numerus fixus. Ik wil de uitkomsten daarvan afwachten. Naarmate er meer taakdifferentiatie binnen een ziekenhuis gaat plaatsvinden en naarmate er meer naar de eerste lijn toe gaat, zal de spoeling vanzelf al minder dun worden. Ook die ontwikkeling wil ik wel verdisconteren.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik ben blij met de toezegging van de minister om een debat te voeren over medisch specialisten, mede met het oog op de langere termijn. Maar de minister zegt daarbij: mochten er gegevens zijn, dan zal ik die de Kamer doen toekomen. Of: mocht het CPB daar inzicht in hebben, dan zal ik het de Kamer laten weten. Mijn verzoek gaat een stapje verder. Mocht het zo zijn dat het Centraal Planbureau hierin geen inzicht kan geven, is de vraag aan de minister of hij kan of gaat

regelen dat dit inzicht er toch langs een andere weg komt. Voor de toekomstige beslissingen hebben we dit inzicht namelijk nodig.

Minister **Klink**: Ik zou bijna zeggen: zo kennen we u weer, mevrouw Sap. Ik ben het er ook wel mee eens. Laten we de gegevens maar naar boven proberen te krijgen, voor zover aanwezig.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dat «voor zover aanwezig» moet eraf. De minister gaat er namelijk voor zorgen dat deze gegevens aanwezig zullen zijn.

Minister **Klink**: Ik zeg dit in het volle vertrouwen dat er al heel veel gegevens aanwezig zijn, zeker wat betreft de internationale vergelijking. Het komt wel goed.

Minister **Zijlstra** (VVD): Door schade en schande wijs geworden, vraag ik wanneer deze gegevens er zijn.

Minister **Klink**: Laat ik de Kamer daarover nader berichten. Het is altijd wel erg gemakkelijk om hier een termijn te noemen, die voor mijn ambtenaren vervolgens bijna fataal is. Dan wordt het ook mij weer fataal. Ik laat dit nog weten. Laat ik het daarbij houden.

De heer Van Gerven veronderstelde dat wij nog in overleg zijn over de cijfers waarop wij ons baseren rondom de ombuigingen. Dat is niet het geval, noch in het geval van de medisch specialisten, noch in het geval van de ggz. Wij moeten nu echt aanwijzingen geven aan de NZa. De heer Van Gerven sprak ook over de renteoverschrijding van 22 mln. Daarvan was inderdaad eenmalig en tijdelijk sprake. Het gaat hierbij over de opslag voor de rente die men moet betalen aan de banken, ten einde zelf te kunnen voorfinancieren, gegeven het feit dat in de dbc's de declaraties nog niet zijn gerealiseerd. Over deze 22 mln. gaat het. Dat is ook een van de redenen waarom dit bedrag niet in de 180 mln. zit. Ik noemde de 3% al als evenredigheid, want dat hebben we bij de ziekenhuizen ook gedaan. Ik ga ervan uit dat er nog veel doelmatigheid is te behalen in de ggz, zeg ik tegen mevrouw Sap. Ik gaf zojuist al een voorbeeld. Je kunt kwaliteitsindicatoren meer laten meebewegen met je proces en op die manier doelmatigheid realiseren. Ik haal het uit een symposiumdiscussie tussen directeuren, waarbij ik zelf aanwezig was, dat er nog veel mogelijkheden zijn, niet alleen voor PsyQ. Ik ga er dus van uit dat dit mogelijk is. Daar ben ik echt van overtuigd.

Mevrouw Smilde wil zicht krijgen op wie het meest doelmatig werken. Ik moet erover nadenken in hoeverre het mogelijk is om hierop zicht te krijgen. Ik kan deze vraag niet uit de losse pols beantwoorden. Ik weet dit gewoon niet. We hebben het over de toekomst.

De **voorzitter**: Ik sluit de vergadering.