

24ste vergadering

Donderdag 15 november 2007

Aanvang 10.15 uur

Voorzitter: Van Beek

Tegenwoordig zijn 93 leden, te weten:

Agema, Anker, Aptroot, Atsma, Azough, Van Baalen, Van Beek, Besselink, Biskop, Blanksma-van den Heuvel, Blok, Van Bochove, Bosma, Bouwmeester, Brinkman, Ten Broeke, Van der Burg, Cramer, Van Dam, Tony van Dijk, Jan Jacob van Dijk, Ferrier, Fritsma, Van Gent, Van Gerven, Gesthuizen, Griffith, Van Haersma Buma, Halsema, Van der Ham, Haverkamp, Heerts, Hessels, Van Heugten, Ten Hoopen, Irrgang, Kalma, Kamp, Kant, Karabulut, Knops, Koopmans, Koppejan, Koşer Kaya, Kraneveldt-van der Veen, De Krom, Kuiken, Langkamp, Leerdam, Van Leeuwen, Leijten, Luijben, Madlener, Mastwijk, Van Miltenburg, Neppéus, Nicolai, Ormel, Ouweland, Pechtold, Polderman, Van Raak, Remkes, Roefs, Roemer, De Roon, Rutte, Schermers, Schinkelshoek, Schippers, Schreijer-Pierik, Slob, Snijder-Hazelhoff, Spekman, Van der Staaij, Teeven, Ulenbelt, Van der Veen, Van Velzen, Vendrik, Verbeet, Vermeij, Van der Vlies, Vos, Jan de Vries, Van Vroonhoven-Kok, Waalkens, Weekers, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Wilders, De Wit, Wolbert en Wolfsen,

en de heer Hirsch Ballin, minister van Justitie, de heer Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Albayrak, staatssecretaris van Justitie, en mevrouw Bussemaker, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

□

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mee dat de volgende leden zich hebben afgemeld:

Verdonk, Voordewind, Omtzigt en Duyvendak.

Deze mededeling wordt voor kennisgeving aangenomen.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008 (31200-XVI).**

(Zie vergadering van 14 november 2007.)

De **voorzitter**: Door mij zijn schriftelijke antwoorden ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen, gesteld in eerste termijn.

Deze antwoorden zullen worden opgenomen in een bijvoegsel bij de Handelingen van deze vergadering.

(Het bijvoegsel is opgenomen aan het eind van deze editie.)¹

De **voorzitter**: Ik stel mij voor dat de minister de kans krijgt om zijn inleiding te houden. Daarna is zijn betoog bloksgewijs opgebouwd. Ik wil proberen om de interrupties per blok te laten plaatsnemen.

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. In de eerste driekwart jaar sinds het aantreden van dit kabinet, hebben wij elkaar al meerdere keren ontmoet voor overleg over belangrijke thema's, die in 2008 gaan neerslaan in de gezondheidszorg. Ik waardeer deze overleggen zeer, onder meer omdat ze tot preciseringen aan onze kant leiden. Kritiek van de kant van de Kamer maakt de agenda enkel scherper en hopelijk ook beter. Bij afzonderlijke dossiers komt de samenhang natuurlijk niet zelden aan de orde. Het voordeel van een begrotingsbehandeling is echter dat de samenhang iets explicieter aan de orde kan komen, evenals de grote lijnen en de koers die wij varen. Dit lijkt mij goed voor het debat hier en voor de mensen wie het beleid aangaat, namelijk de zorgaanbieders en de patiënten. Zij weten dan in ieder geval in welke richting het beleid de komende jaren koerst.

De dossiers moeten in samenhang worden gezien, want de zorg en onze hele samenleving staan voor grote vraagstukken, die gisteren ook van de zijde van de Kamer door verschillende woordvoerders aan de orde zijn gesteld, zoals de arbeidsmarkt, preventie, innovatie, de invoering van het elektronisch patiëntendossier en de beheersbaarheid van de kosten op langere termijn. Die samenhang is buitengewoon belangrijk. Er komen heel grote vraagstukken op ons af. Mij trof gisteren in het overleg dat een van de punten die mij al jarenlang aan het hart gaan, ook van de kant van de Kamer door velen is genoemd, namelijk de arbeidsmarkt en de ontwikkelingen die zich daar voltrekken. Ik kom daarop later terug.

Klink

Ik hoop dat wij in het vervolg van dit debat deze samenhang kunnen vasthouden en ik leg mijzelf als taak op om daaraan in mijn betoog en antwoorden te refereren. De thema's die ik zou willen behandelen, zijn in elk geval: de kwaliteit van ons zorgstelsel, de vrije prijsvorming, de toegankelijkheid en de geografische bereikbaarheid van de zorg, de positie van de patiënt, de arbeidsmarkt, innovatie en preventie. Langs deze lijnen wil ik mijn betoog opbouwen.

Ik wil beginnen met de kwaliteit van het zorgstelsel. Het nieuwe zorgstelsel is alweer bijna twee jaar geleden ingevoerd. Mijn voorganger heeft daarbij zijn sporen verdiend. De verwachtingen vooraf waren zeer divers. Sommigen voorspelden chaos, anderen beloofden heel mooie resultaten. De chaos is er niet gekomen. De gewenste resultaten zijn voor een deel zichtbaar. Ik zeg vrij uitdrukkelijk "voor een deel", omdat deze operatie naar mijn stellige overtuiging nog maar halverwege is. Daarmee wil ik niets afdoen aan het feit dat heel belangrijke aanzetten in termen van wetgeving in de vorige periode zijn gerealiseerd. De hervorming krijgt echter een dubbel beslag: eerst hadden wij het verzekeringsstelsel en nu staat met name het zorgaanbod hoog op de agenda.

Je zou kunnen stellen dat de eerste resultaten zich vooral hebben geopenbaard in de gunstige premieontwikkeling, met name in de eerste jaren, en ook in een betere serviceverlening van verzekeraars en in interessante collectieve contracten, onder anderen voor chronisch zieken. Een ander behaald resultaat is dat de zorgverzekering nu echt voor alle Nederlanders toegankelijk is. Risicoselectie en premiedifferentiatie van ouderen en gehandicapten door verzekeraars is niet meer mogelijk. Iedereen heeft recht op een ruim basispakket.

Kortom, de eerste resultaten zijn er en de solidariteit in het systeem is gewaarborgd, maar dit is nog niet genoeg, want het systeem zou gebrekkig functioneren als die solidariteit niet meer zou zijn dan het evenwichtig verdelen van schaarste of van – ik zeg het een beetje te boud – armoede. Er is dus meer dan solidariteit, die solidariteit moet ook verdiend worden door goede zorg en betaalbaarheid.

Wij willen de lat hoog leggen voor ons zelf. De ambitie moet groot zijn. Wij moeten naar een zorgsysteem dat niet alleen solidair en toegankelijk is, maar ook de beste kwaliteit levert en blijft leveren. Dan is klantgerichtheid van belang, evenals de werkgelegenheid in de zorg, kosteneffectiviteit en uiteindelijk ook economische groei. Een ding is duidelijk, de zorgsector is in feite een groeiemarkt. Niet voor niets investeren grote bedrijven forse bedragen om ervoor te zorgen dat de innovatie in de zorg zich daadwerkelijk voltrekt. Een innovatief klimaat in de zorg is van belang ook al om uit te stralen dat het zorgstelsel meer is dan een tobberig geheel waar kostenreductie en kostenbeheersing voortdurend aan de orde zijn. Onze zorg biedt de samenleving ook veel in termen van investeringen, menselijk talent en mogelijkheden voor economische groei.

Je zou kunnen zeggen dat wij nu een mooi ingericht verzekeringsstelsel hebben, maar de vruchten ervan moeten voor een deel nog worden geplukt. Dit gaat niet vanzelf. Er wordt hard aan gewerkt om ervoor te zorgen dat iedereen daar de vruchten van kan plukken. Iedereen levert daar een bijdrage aan, van de patiënt en zijn verenigingen tot verzekeraars, artsen, verpleegkundigen

en de overheid. Onze opdracht is om de dynamiek die nu meer en meer in de zorgsector zichtbaar wordt, te blijven stimuleren en aan te wenden voor resultaten op het terrein van kwaliteit, kostenbeheersing en klantgerichtheid. Ik zal straks toelichten hoe ik die dynamiek van mijn kant wil stimuleren.

Allereerst wil ik erop wijzen dat het ook absoluut noodzakelijk is om die ambitie hoog te houden. Ik heb onlangs een interessant bezoek gebracht aan de Verenigde Staten. Ik deel met de heer Vendrik dat wij ons stelsel niet moeten inruilen voor het Amerikaanse stelsel. Tijdens mijn reis was er juist ongekend veel belangstelling van Amerikaanse zijde voor ons systeem en niet ten onrechte. Ons systeem en ons stelsel verenigen in feite twee zaken met elkaar. Aan de ene kant een grote mate van solidariteit die te maken heeft met de zekeringen waarover ik zojuist al sprak, een pakket waarvoor iedereen verplicht verzekerd moet zijn, een acceptatieplicht en een uniforme premie bij elke verzekeraar. Aan de andere kant kent Nederland juist vanwege het feit dat er langs sociale weg een gelijk speelveld is gecreëerd, veel meer concurrentie dan in Amerika. De meest opvallende bevinding was dat de marktwerking in Amerika schromelijk tekortschiet. Een verzekerde zit daar heel snel via zijn werkgever vast aan een verzekeraar en aan de zorgaanbieder die de verzekeraar heeft gecontracteerd. De keuzemogelijkheden zijn heel begrensd.

Alle Westerse landen kampen op dit moment met dezelfde vraag naar capaciteit, kwaliteit en kostenbeheersing. De vraag hoe het systeem daarop in te richten, speelt voor iedereen. Uit de "surveys" die tijdens mijn bezoek door het Commonwealth Fund werden gepresenteerd, bleek dat Nederland op veel fronten ronduit goed scoort. Dit is buitengewoon bemoedigend. Ik herhaal dit nog eens, omdat dit in feite is gerealiseerd door iedereen. Ik leer gaandeweg de mensen in het veld kennen en zij zetten hun schouders eronder en zij dragen in feite dit zorgstelsel.

Goede prestaties dus en ons verzekeringsstelsel is ingericht voor de toekomst. In het OECD-rapport dat gisteren is verschenen, wordt dit ook bevestigd. Een blik op de toekomst leert ons echter ook dat wij het ons niet kunnen veroorloven om gas terug te nemen, integendeel. De vraag naar zorg zal door de vergrijzing onherroepelijk stijgen. Daar komt bij dat de toenemende medische technologie meer mogelijkheden biedt, maar daarmee wordt er ook extra vraag naar zorg uitgelokt.

De zorgsector is de grootste werkgever van Nederland en daardoor kwetsbaar, want wij krijgen een probleem op de arbeidsmarkt en op sommige plaatsen hebben wij dat al. Leerlingen en studenten kiezen niet automatisch voor de zorg en de concurrentie met andere sectoren zal toenemen. Gisteren werd al gememoreerd dat wij velen van de schoolverlaters nodig hebben alleen al om het aantal mensen dat in de zorg werkt op peil te houden. De concurrentie op de arbeidsmarkt zal toenemen bijvoorbeeld van de metaalsector en het onderwijs. Dit betekent dat wij over de hele linie van de samenleving, van de arbeidsmarkt en zeker ook van de zorg innovatie nodig hebben. De kosten van de zorg zijn nu al tamelijk hoog en wij kunnen de premiebetaler en de economie niet belasten met een ongeremde kostenstijging, ook niet als die voortvloeit uit loonopdrijvende effecten van de schaarste die zich op de arbeidsmarkt aftekent. Ons zorgstelsel zal dus beter moeten presteren om toekomstige problemen het hoofd te kunnen bieden. De

Klink

kernbegrippen daarbij zijn transparantie, dynamiek en creativiteit. Het zijn meer dan begrippen alleen, want hieraan is een agenda verbonden die ik graag met de Kamer doorneem.

De geloofwaardigheid van het stelsel vereist dat het voor iedereen rechtvaardig uitpakt. De eerlijke premiebetaler mag dan ook niet opdraaien voor mensen die hun premie structureel weigeren te betalen. Ik heb het nu over de wanbetalers, voor wie de heer De Vries en mevrouw Agema aandacht vroegen. Ik heb toegezegd dat ik de Kamer voor het einde van het jaar een plan van aanpak zal presenteren. Hierin zal aandacht worden besteed aan de actieve opsporing van onverzekerden. Op dit moment ben ik met de uitvoeringsinstanties in een vergevorderd stadium van overleg, waarbij verschillende opties worden verkend.

Ik verwacht van de verzekeraars dat zij een actief incassoregime blijven voeren. Ik wil verzekeraars daarbij zo veel mogelijk helpen, want wanbetalers kunnen niet overstappen naar een andere verzekeraar. Dat zal zo blijven, ook in het nieuwe regime. Men kan niet weg bij de verzekeraar waar men een schuld heeft opgebouwd door de premie niet te betalen. Nieuw is dat vanaf 2009 een bronheffing wordt ingevoerd voor wanbetalers. Dat betekent dat de premie ingehouden zal worden op de uitkering, de zorgtoeslag, het inkomen of het vermogen. Men wordt dus gedwongen om te betalen. Daarbovenop komt een boetebeding, dat erop neerkomt dat men een boete van 30% van de reguliere premie moet betalen. Die boete en de opgebouwde schuld zal op de wanbetaler worden verhaald, want het kan niet zo zijn dat de brave premiebetalers opdraaien voor de 250.000 mensen die weigeren te betalen.

Ik geloof niet in een gezondheidszorg, waarbij de overheid van bovenaf zeer strikte regels oplegt om de sector te kunnen sturen. Ik geloof ook niet in een gezondheidszorg, waarbij de overheid de sector volledig loslaat en de principes van de markt volledig en onverkort toepast. Daarmee sluit ik aan bij de heer Van der Veen en de heer De Vries, die terecht opmerkten dat de zorg geen normale markt is, zoals bijvoorbeeld de consumentenmarkt dat wel is. De zorg heeft gewoonweg een andere karakter. Ik geloof wel in een gezondheidszorg, waarin alle partijen tot het uiterste worden gestimuleerd om optimaal te presteren. De zorg zal zich op de patiënt moeten richten. Verder zal de zorg rondom de patiënt moeten worden georganiseerd. Daarvoor hebben wij nog wel de nodige slagen te maken.

Ik ben ervan overtuigd dat vrijwel iedereen die in de gezondheidszorg werkt, gemotiveerd is om dagelijks het beste te bieden voor de patiënt. Die motivatie is de grond voor mijn optimisme over de koers. Overigens laat dit onverlet dat de overheid de noodzakelijke randvoorwaarden zal moeten creëren. Nog te vaak zien wij dat patiënten onvoldoende worden geïnformeerd, dat zorgverleners langs elkaar heen werken, dat verkeerde medicijnen worden toegediend en dat patiënten niet in staat zijn om de beste zorg te kiezen, al was het maar omdat het niet inzichtelijk is. Dat is niet de schuld van de individuele arts of verpleegkundige, maar van het zorgsysteem als zodanig, want dat biedt hiervoor nog te weinig aanknopingspunten.

De prestaties moeten dus over de volle breedte omhoog. Het naderende tekort op de arbeidsmarkt dwingt ons om nu te handelen. Doen wij dat niet, dan zijn wachtlijsten op den duur onvermijdelijk. Innovatieve

oplossingen en verhoging van de arbeidsproductiviteit zijn daarbij van groot belang. Die ontstaan niet vanzelf: daarvoor moet de overheid de randvoorwaarden creëren. Daarvoor is competitie tussen verzekeraars en aanbieders van belang. Die competitie moet stimuleren tot meer kwaliteit en hogere arbeidsproductiviteit.

Ik heb de Kamer enkele weken geleden een brief over de arbeidsmarkt gestuurd. Iedereen die die brief op zich laat inwerken, ziet dat een groot deel van de 500.000 in 2020 benodigde fte's via innovatie gerealiseerd moet worden. Het gaat dan al snel om ongeveer 115.000 tot 150.000 fte's. Als wij dat niet doen, rest ons weinig anders dan het bijvoegen van steeds meer geld. Uiteindelijk zal dat het probleem van de arbeidsmarkt alleen maar stabiliseren op een hoger kostenniveau, want met geld alleen haal je geen werknemers binnen. Dit geldt overigens niet alleen voor de zorg en de overheid zal dan ook over de hele linie aan innovatie moeten werken. Dat is iets anders dan de zorg volledig overdragen aan de macht van de verzekeraars, de angst van de heer Vendrik.

Noodzakelijke randvoorwaarden zijn dat er transparantie is in prijzen en kwaliteit en dat prijzen van elkaar kunnen verschillen. De kwaliteitsverschillen moeten inzichtelijk zijn. Als die transparantie er is, zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in beweging komen. Ik ben er optimistisch over dat die competitie op basis van kwaliteit zich in de volgende fase van het zorgstelsel en de herijking die dan plaatsvindt, zal gaan voltrekken. Ik wil dat bewerkstelligen via een reeks van samenhangende beleidsmaatregelen. Eén daarvan is de vrije prijsvorming.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als de minister later in zijn reactie dieper ingaat op innovatie en arbeidsmarktbeleid dan stel ik mijn vragen niet nu. Ik wil dat graag weten.

Minister **Klink**: Arbeidsmarkt en innovatie komen nog uitdrukkelijker aan de orde.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, is de minister klaar met dit blokje?

De **voorzitter**: Ja.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik stel graag een vraag aan de minister. Hij somt zojuist een aantal feiten op met betrekking tot de arbeidsmarkt in de zorg. Uit zijn woorden klinkt echter nog steeds niet de urgentie door van een noodplan om tot 2020 500.000 extra medewerkers in de zorg te krijgen. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er 500.000 medewerkers extra komen?

Minister **Klink**: U snijdt een terecht punt aan. Het kan natuurlijk niet blijven bij een vrome geloofsbelijdenis en het wijden van mooie woorden aan het probleem. Er zal een plan van aanpak moeten komen. Ik noem twee pijlers. Ik kom straks nog terug op de innovatie. Vooruitlopend daarop noem ik een enkel punt.

De **voorzitter**: Is dit een onderwerp waarop u verder in uw betoog nog terugkomt?

Minister **Klink**: Het komt zeker nog aan de orde. Laat ik aangeven wat er dan nog aan de orde komt. Allereerst wordt expliciet een commissie in het leven geroepen om

Klink

te kijken naar de werving en selectie enerzijds, naar het behouden van werknemers in de zorg anderzijds en naar innovatie. Er wordt een innovatieplatform voor de zorg ingesteld. Die twee pijlers moeten uiteindelijk leiden tot het ondervangen van het probleem van de arbeidsmarkttekorten.

De heer **Jan de Vries** (CDA): De minister is ingegaan op de solidariteitsgedachte die in het stelsel zit, en die voor de CDA-fractie van groot belang is, en op de wanbetalersproblematiek. Voor de CDA-fractie is ook van groot belang dat de onverzekerden, zo'n 200.000 mensen, actief worden opgespoord. Ik hoor de minister daar jammer genoeg niet over.

Minister **Klink**: Ik noemde dat punt in een bijzin. Er wordt op dit moment wel degelijk een plan van aanpak gemaakt. Uw collega Omtzigt heeft in het debat over de wanbetalers gevraagd in hoeverre onverzekerden actief worden opgespoord. Daar wordt op dit moment aan gewerkt. Binnenkort wordt de Kamer geïnformeerd over de aanpak. Het is één van de onderdelen van de hele aanpak van hetgeen zich aan de kant van de streep bevindt van het al dan niet betalen van de premie. Eenieder is volgens de wet eraan gehouden, zich te verzekeren. Daarmee wordt gegarandeerd dat iedereen solidair is. Iemand die relatief gezond is, mag zich niet aan de verzekeringsovername onttrekken want daarmee onttrekt hij zich ook aan de solidariteitsplicht. Iedereen die bij een arts komt en onverzekerd is, kan in feite alleen geholpen worden onder voorwaarde dat hij een verzekeraar belt en zich verzekert. Als iemand eenmaal verzekerd is, dan komt hij ook niet meer uit de verzekering vanwege het nieuwe regime rond de wanbetaling. Het is onmogelijk om als wanbetaler te vertrekken bij een verzekeraar. Via bronheffing wordt dan de premie geheven. Het terras van onverzekerden zal dus uitsterven omdat mensen die bij een arts aankloppen zich moeten verzekeren om behandeld te worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Solidariteit is ontzettend belangrijk in de gezondheidszorg. Ik vind het ook heel belangrijk dat het systeem solidair is. Op het punt van de solidariteit kan echter ook worden doorgeschooten. Ik vind dat het kabinet erin doorschiet. Vaak wordt gezegd dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. Ik noem het voorbeeld van de persoon die iets meer dan € 25.000 verdient, geen zorgtoeslag krijgt en relatief gezond is. Zijn dat sterke schouders? Op een gegeven moment moet je ook kijken naar de spankracht van die groep die € 25.000 à € 35.000 verdient en in de plannen van dit kabinet iedere keer het volle pond kan betalen. Die groep betaalt het volle pond van de eigen betalingen als mensen redelijk gezond zijn en die groep betaalt het volle pond omdat de mensen geen recht hebben op zorgtoeslag. Ik vraag het kabinet om ook eens oog te hebben voor die groep.

Minister **Klink**: U maakte daar gisteren natuurlijk ook een aantal opmerkingen over. Misschien moet ik toch het een en ander afpellen. Bij het eigen risico dat wij hebben ingevoerd, hebben wij inderdaad gezegd dat wij degenen die geen keuze hebben omdat zij onvermijdelijke zorgkosten maken, willen compenseren. Aan de ene kant doen wij dat door middel van een premiereductie en aan de andere kant via de € 47 die zij via het CAK zullen

krijgen. Zij worden met name gecompenseerd op grond van het feit dat zij onvermijdelijke zorgkosten hebben. Dat is een zekere mate van herstel van de solidariteit en een correctie op het stelsel dat mijn voorganger heeft ingevoerd.

Het kabinet heeft in feite een bescheiden pakket-uitbreiding gerealiseerd. Ik zou ook niet willen zeggen dat daar een overmaat aan solidariteit is ingevoerd op grond van het feit dat het aanvullende pakket als het ware uitgekleeft wordt ten behoeve van het basispakket. Daar wil ik dus wel een kanttekening bij maken, ook gezien het feit dat u terecht hebt gevraagd om bijvoorbeeld dyslexie aan het pakket toe te voegen. Dat is ook een uitbreiding van het pakket. Zo hebben wij allemaal onze wensen en ideeën over wat het basispakket in feite zou moeten behelzen. Ik neem daarom afstand van het idee dat wij in feite de gezonde Nederlander met een middeninkomen overwegend zouden belasten. De zorgtoeslag is ingevoerd door mijn voorganger. Dat is terecht gebeurd op basis van vaste parameters, want je betaalt een bepaald deel van je inkomen. Daaraan hebben wij niets veranderd, want dat is simpelweg zo gebleven. Dat betekent dat bij stijging van de zorgpremie, ook de zorgtoeslag omhoog gaat en dat was ook de bedoeling.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Die zorgtoeslag gaat op basis van inkomen en daar hebben wij ook geen bezwaar tegen. Op een gegeven moment moet je dan echter ophouden en dat niet steeds uitbreiden. U zegt dat het om onvermijdelijke zorgkosten gaat. Mensen met onvermijdelijke zorgkosten zouden daar niet voor op moeten draaien. Dat debat hebben wij al eerder gevoerd. Iemand die genetisch aanleg heeft voor borstkanker moet ieder jaar gecheckt worden. Dat is ook onvermijdelijk en ter grootte van die € 150. Iemand die een been breekt, moet naar het ziekenhuis. Je kunt zeggen dat dit niet onvermijdelijk is, maar hoezo is dat niet onvermijdelijk? Een gebroken been moet gezet worden. Die redenatie is in mijn ogen heel zwak.

Mijn tweede punt betreft het pakket. U hebt het pakket met een aantal dingen uitgebreid en ik heb ook een voorschot genomen door dat samen te nemen met alle aankondigingen die u doet om het nog verder uit te breiden.

Ten derde kom ik op dyslexie. Wij pleiten voor een experiment, geheel in lijn met de motie die ik al eerder heb aangedragen, waardoor je kunt zien of het werkt. Zodra verzekeraars er bekend mee zijn, kan het weer naar het derde compartiment. Wij zien het pakket niet als iets statisch waar je iedere keer de pil weer in terug moet halen, want wij vinden dat je ook innovaties in dat pakket kunt tillen die je eventueel in een ander jaar weer naar het derde compartiment kunt laten gaan.

Minister **Klink**: Over dat laatste verschillen wij niet van mening. Ieder jaar weer zal er een afweging plaatsvinden van wat er in het pakket moet en of er eventueel zaken uit kunnen of moeten. Wij komen nu met een tijdelijke subsidieregeling ten aanzien van dyslexie. Op basis daarvan gaan wij kijken naar de methodiek die ons aanbevolen is en de protocollen die aanbevolen zijn om degenen die echt een ernstige vorm van dyslexie hebben, te bekostigen vanuit het basispakket. Ook daar zullen wij een vinger aan de pols houden om te kijken of die protocollen daadwerkelijk werken en of er geen

Klink

sprake is van een soort camel's nose waarbij de hele zorg gaat opdraaien voor iedereen die lichte of ernstige vormen van dyslexie heeft. Daarover verschillen wij volgens mij ook niet echt van mening.

Iemand die naar het ziekenhuis moet met een beenbreuk heeft inderdaad op dat moment onvermijdelijke zorgkosten. Wij spreken echter over degenen die meerjarig, dus altijd en jaren achtereen, zorgkosten moeten maken en waarbij die € 150 eigen risico volloopt. Die mensen willen wij vrijwaren van dat risico, overigens door een premiereductie te geven die iedereen weer ten goede komt, maar zeker de chronisch zieken en gehandicapten.

Mevrouw **Kant** (SP): Het eigen risico wordt natuurlijk maar gedeeltelijk door de zorgtoeslag gecompenseerd. Als hier wordt gezegd dat de zorgtoeslag de gestegen kosten voor de lagere inkomens compenseert, dan is dat natuurlijk maar voor een deel het geval. Ik wil u echter een andere vraag stellen met betrekking tot een voor mij wel intrigerende zin in het regeerakkoord. Er staat dat het saldo van nominale premie en inkomensafhankelijke zorgtoeslag inkomensafhankelijk is. "Inkomensafhankelijk" is natuurlijk een breed begrip. Deelt u mijn mening dat het saldo wat meer inkomensafhankelijk wordt gemaakt, maar niet volledig inkomensafhankelijk is?

Minister **Klink**: Het saldo is wel degelijk inkomensafhankelijk. Wij kennen in de eerste plaats de inkomensafhankelijke bijdrage via de werkgever. Vervolgens kennen wij de nominale premie waarvan de compensatie via de zorgtoeslag medeafhankelijk is van het inkomen. Deze groeit mee met de zorgkosten. Daardoor zal de premietijding van volgend jaar zich mede vertalen in een hogere zorgtoeslag voor degenen die een kleinere beurs hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): De zorgtoeslag groeit zeker mee en het is maar goed ook dat het systeem zo bedacht is. Als je de kosten voor de niet-inkomensafhankelijke premies en het eigen risico optelt, wat maken mensen dan niet voor zorgkosten? Het is vervolgens niet zo dat, afgezet tegen het inkomen, een inkomensafhankelijk beeld ontstaat. Gedeeltelijk zijn de kosten inkomensafhankelijk, maar niet volledig.

Minister **Klink**: Het hangt ervan af hoe je er tegenaan kijkt. De uitkomst is dat mensen inkomensafhankelijk zorgkosten betalen. De inkomensafhankelijkheid zit niet in het systeem van de premiebetalingen zelf, zoals het geval was in het vorige stelsel voor ziekenfondsverzekerden. Dat neemt niet weg dat wat netto in de portemonnee ervaren wordt, in grote mate inkomensafhankelijk is. U sprak zo-even over het eigen risico. Langs drie lijnen worden met name mensen aan de onderkant van het inkomensgebouw hiervoor gecompenseerd. Allereerst gaat de premie naar beneden, waarmee een deel van het eigen risico kan worden opgevangen. In de tweede plaats wordt via het CAK een surplus toegekend. In de derde plaats wordt de zorgtoeslag niet berekend over de netto betaalde premie, maar over de premie inclusief de gemiddelde eigen bijdrage. Wij kennen dus drie vormen van inkomenssolidariteit.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat soort elementen zit er zeker in. Het is ook maar goed dat er een zorgtoeslag bestaat,

anders was het echt rampzalig voor mensen met lagere inkomens. Ik beschouw de toeslag echter meer als een klein beetje compensatie dan als een middel om de zorgkosten per saldo inkomensafhankelijk te maken, zoals u stelt. Slechts een ding is per saldo inkomensafhankelijk, namelijk een inkomensafhankelijke premieheffing. Dat bereik je niet door allerlei compensatiemaatregelen. De inkomensafhankelijke premie stopt boven een bepaald inkomen. Het nominale bedrag is voor mensen met een hoog inkomen relatief weinig. U moet niet beweren dat de uitkomst per saldo is dat mensen inkomensafhankelijk betalen voor zorgkosten.

Minister **Klink**: Dat beweer ik nou net wél. U spreekt van een schijntje, alsof de zorgtoeslag niets voorstelt. Ik kan u verzekeren dat de toeslag wel degelijk iets voorstelt. De toeslag vormt een hoog deel van de netto-inkomsten die mensen hebben. Voeg hier de inkomensafhankelijkheid van de werkgeversbijdrage bij en het feit dat mensen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten worden ontzien, en de optelsom is vrij duidelijk. Wij hebben een buitengewoon solidair systeem. Dat is de reden dat mevrouw Schippers en leden van de Eerste Kamer zich afvragen of wij niet een bovenmatig solidair systeem hebben. Dat wil ik echter niet beweren.

Over de vrije prijsvorming is een aantal vragen gesteld, onder anderen door de heer Vendrik en de heer Van der Veen. De zorgverzekeraars richten zich op dit moment vooral nog op premielastbeheersing. Dat is goed en mooi. Het heeft ook al tot resultaten geleid, maar het is nog niet genoeg. Verzekeraars zullen zich ook moeten gaan richten op kwaliteit en klantgerichtheid van het zorgaanbod. Ik heb er alle vertrouwen in dat dit ook gaat gebeuren en wel op vrij korte termijn. Het gaat nog langzaam, maar de signalen wijzen in de goede richting. Ik denk dat wij binnen afzienbare tijd de nodige voorbeelden zullen zien van polissen.

Verzekeraars zijn zich er terdege van bewust dat dit van hen wordt verwacht en zij zetten op dit moment concrete stappen. Zij worden actiever in het inkoopbeleid voor geneesmiddelen, maar ook in dat voor het zorgaanbod. Het inkoopbeleid zal overigens niet altijd inhouden dat wordt besloten om wel in te kopen bij de ene aanbieder en niet bij de andere. Er zal vaak een stimulans van de verzekeraar uitgaan door te verwijzen naar iemand die doelmatig werkt of kwalitatief hoogwaardig werk levert met de vraag of de aanbieder in kwestie dat ook kan doen. Dat levert uiteindelijk voor de verzekeraar, en dus voor de premiebetaler, winst op. Verzekeraars stimuleren hiermee ziekenhuizen tot het maken van keuzes.

Het inkoopbeleid begint dus langzamerhand vorm te krijgen. In mijn beleid wil ik hen maximaal in de gelegenheid stellen om die inkooprol waar te maken en tegelijkertijd de ziekenhuizen in staat stellen om beter te presteren waar het gaat om kwaliteit en doelmatigheid. Dat komt onder andere tot uitdrukking in de aanpassing van het dbc-systeem. Dat zal eenvoudiger worden. Daarnaast wordt dit gerealiseerd door de uitbreiding van het zogenaamde B-segment. Aan dat B-segment hecht ik vrij veel belang. In het regeerakkoord staat ook dat wij dat zullen uitbreiden naar 20%. Ik kom daar nog op terug.

Ik wil echter wel een andere kanttekening maken. Er moet sprake zijn van gelijk oversteken. Van de kant van de ziekenhuizen wordt sterk aangedrongen op het

Klink

uitbreiden van het vrije deel van de prijsvorming. Ik krijg dat op elk overleg weer te horen. Ik vind echter dat dat pas kan nadat de kwaliteit inzichtelijk is gemaakt. Daarbij sluit ik mij dus volledig aan bij de inbreng van de heer Van der Veen nu en in vorige overleggen. Wij hebben nu een programma lopen van tachtig aandoeningen waarvan de kwaliteit op een uniforme manier inzichtelijk wordt gemaakt, zodat patiënten weten waar zij aan toe zijn. Ik vind dat vrije prijsvorming en het daarmee gemoeide inkoopbeleid van verzekeraars als het ware binnen die conditie van transparantie zouden moeten plaatsvinden. Tegenover de uitbreiding van het vrije prijsdeel dient een prestatie te staan van de medisch specialisten, van de ziekenhuizen, van de inspectie, en van de kant van VWS, maar daar ben ik zelf bij, in die zin dat de kwaliteit daadwerkelijk transparant wordt, en dat er met volle vaart aan wordt gewerkt. De heer Van der Veen vroeg gisteren naar de mate waarin daarbij sprake is van progressie. Ik kom daarop terug, maar ik vind dat een terechte vraag. Zonder die progressie leidt vrije prijsvorming immers uiteindelijk tot competitie op doelmatigheid en prijs, en ik wil dat expliciet in combinatie met de inzichtelijkheid van de kwaliteit realiseren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Wij zullen daar ongetwijfeld nader bij stilstaan bij de behandeling van de kwaliteitsbrief van de minister. Dit is echter precies een van de punten waarop ik wilde aanhaken. Ik begrijp de theorie. De minister wil dat zorgverleners gaan concurreren en hun best gaan doen om meer kwaliteit te leveren. Ik vraag mij echter af of wij in de gezondheidszorg zulke grote kwaliteitsverschillen zullen gaan aanvaarden als de minister nu lijkt te suggereren. Daar volg ik hem niet in.

Minister **Klink**: Ik vind dat een terecht punt. Het zal echter niet zo zijn dat daarbij een statische situatie ontstaat, en dat een zorgverzekeraar met ziekenhuis X geen contracten meer afsluit omdat het minder doelmatig is. Zo zal dat niet gaan. Men zal verwijzen naar ziekenhuizen die het beter doen en doelmatiger werken, en men zal vragen om een programma van aanpak om in ziekenhuis X binnen een paar jaar toe te werken naar een zelfde situatie. Zo zal het ook werken met kwaliteit. Dat is het voordeel van het inzichtelijk maken van de uitkomsten van medische ingrepen. Professionals zijn er buitengewoon gevoelig voor als men onder de maat blijkt te presteren en onderaan een lijst te vinden is. Reken maar dat er dan nauwelijks een zorgverzekeraar nodig zal zijn om een ziekenhuis aan te spreken op de kwaliteit, als men ziet dat collega's het vele malen beter doen, en als patiënten dat zien en voor die collega's gaan kiezen. Dat gebeurt op dit moment gewoon te weinig, bij gebrek aan transparantie.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vind het belangrijk dat ik mij voor kan stellen hoe dat proces straks gaat werken. Die verzekeraars zouden dus de kwaliteit moeten gaan aanjagen. Ik vrees echter dat zij bij gebrek aan perspectief op dat terrein, het vooral bij de klassieke prijs zullen houden, en vooral daarop gaan concurreren. Ik vraag mij af of wij er echt op zitten te wachten dat dat de focus blijft van de verzekeraars. Ik zie die nog niet de beweging maken die de minister hoopt dat zij zullen maken, namelijk dat zij zich vooral op kwaliteit gaan richten. Het is erg belangrijk dat dat wel gaat gebeuren, anders vrees

ik dat wij het paard achter de wagen spannen. Ik zie in het beleid nog niet hoe de verzekeraar vooral die kant op wordt geduwd.

Minister **Klink**: Wat mij in mijn reis naar Amerika trof, was de heel sterke, krachtige ouderenorganisatie met tientallen miljoenen leden, die de oudere patiënt ondersteuning geeft bij het maken van keuzen door de kwaliteit inzichtelijk te maken. Dat doet men vrij massief. Daar investeert men heel veel in. Ik hoop dat de patiënten, omdat ook voor hen de kwaliteit transparanter wordt, de verzekeraar zullen afstraffen als deze dat niet doet. Dat is de reden waarom wij de PGO-organisaties financieel proberen te versterken met de smalle middelen die wij hebben. Het zal overigens minder statisch zijn dan het nu klinkt, maar als een verzekeraar selectief contracteert en niet let op de kwaliteit, zal dat op termijn inzichtelijk worden, ook voor de patiënt. Je hebt daar wel vaak patiëntenorganisaties bij nodig die de desbetreffende informatie aan mensen doorgeven. Ik zie het in mijn omgeving. Ik heb het dan over wat mevrouw Schipper de hardwerkende Nederlander zou noemen, de mensen die elke dag hun boterham meenemen naar kantoor. Zij hebben behoefte aan inzichtelijkheid in de kwaliteit. Het is niet niks ergens een operatie te moeten ondergaan zonder te weten hoe het staat met de score van de KNO-arts bij wie je toevallig moet zijn als het gaat om routine en vaardigheden. Dat inzicht willen wij versterken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik deel de analyse van de heer Vendrik. Ik zie ook niet hoe men zich dan gaat richten op concurrentie op de kwaliteit. Stel echter dat het inzicht in de kwaliteit er komt en dat sprake is van zorg met een verschillende mate van kwaliteit. Dan is dat toch een groot risico? Dat is namelijk concurrentie op prijs en kwaliteit, als het laatste al gebeurt. Dan krijg je de situatie dat wie een hogere premie kan betalen zich kwalitatief betere zorg kan veroorloven dan anderen. Je krijgt dan zorgverzekeraars die zich misschien gaan richten op zorg van mindere kwaliteit en lagere premies. Dan krijg je verschillende zorgniveaus waarvan ik mij nadrukkelijk afvraag of wij daar naar toe moeten.

Minister **Klink**: Het vereveningssysteem zal dan voor correctie zorgen, maar tegelijkertijd is er een acceptatieplicht. In die zin is sprake van een spiegelbeeld. Als een verzekeraar geen kwalitatief hoogwaardige zorg inkoopt, krijgt die de rekening gepresenteerd. Die zal simpelweg minder verzekerden krijgen. Ik ben er totaal niet bang voor dat het stelsel als zodanig niet zorgt voor voldoende correctie. Wat mevrouw Kant aangeeft, zal niet gebeuren.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben daar wel bang voor. Een verzekering kan spreken van een specifieke verzekering, met een hoge polis en een hoge kwaliteit van zorg. Als je dat als patiënt kunt betalen, kun je die verzekering nemen. De minister spreekt van acceptatieplicht, maar via het aanbod van de verzekering kan aan selectie worden gedaan.

Minister **Klink**: Dat zal niet gebeuren. Als een verzekeraar achterblijft bij het inkopen van kwalitatief hoogwaardige zorg, zal die verzekerden verliezen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat kan de minister wel stellen,

Klink

maar als de verzekeraar de premie daardoor kan verlagen, lukt het wel. Selectie is niet alleen een manier om mensen buiten de deur te houden. Selectieprocessen kunnen ook op een subtielere manier plaatsvinden. Als een verzekeraar minder geld kwijt is aan het inkopen van zorg, kan deze de premie verlagen en komen de mensen met de lagere beurs automatisch bij die verzekering uit.

Minister **Klink**: Dat is theoretisch gedacht. Men zal zich over en weer aangesproken voelen door de innovatie in de zorgsector. Door het systeem dat wij in Nederland kennen, ook als het gaat om medisch specialisten, zal een verzekering geen kwalitatief minderwaardige zorg leveren en dus iets goedkoper zijn, zodat mensen worden aangetrokken, omdat die verzekering als het ware op de kleintjes let. Dat gaat niet gebeuren. Men zal zich aan elkaar spiegelen op basis van kwalitatieve hoogwaardigheid en die ook willen aanbieden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij spreken over kwalitatieve selectieve contractering. Ik heb naar aanleiding van het meten van de kwaliteit van de zorginkoop gevraagd of er verschil is tussen de kwaliteit van zorginkoop voor collectiviteiten en voor individueel verzekerden. Ik heb wel eens van verzekeraars begrepen dat collectieve contracten heel aantrekkelijk kunnen zijn. Als je een heel groot collectief contract hebt als verzekeraar, ben je bereid om daar vrij veel voor te doen, ook op het gebied van kwalitatieve zorginkoop. Ik kan mij voorstellen dat dit van invloed kan zijn op de kwaliteit van zorg die je inkoopt voor de individueel verzekerden. Zijn daar verschillen tussen en is daarnaar gekeken?

Minister **Klink**: Ik zal dit nagaan, maar mij is niet bekend dat men selectief contracteert vanwege een bepaalde collectiviteit die men als het ware in portefeuille heeft. Voor zover zorginkoop plaatsvindt, is dat zorginkoop voor alle verzekerden die in de portefeuille van de verzekeraar zitten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wellicht kan er toch eens naar worden gekeken.

Minister **Klink**: Dat zal ik doen.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog. Collega's, de vraagstelling moet echt korter. U hoeft het niet zo breed uit te leggen. De minister kan er ook van uitgaan dat de Kamerleden hem heel goed begrijpen, dus ook hem verzoek ik om heel kort en bondig te antwoorden. Dit gaat zo uren duren.

Minister **Klink**: Ik heb het begrepen en zal kijken in hoeverre ik hier een bijdrage aan kan leveren.

Ik plaats een tweede kanttekening bij de vrije prijsvorming. Wij maken de komende jaren een grote omslag mee. Verschillenden uwer hebben daarop gewezen. De vrije prijsvorming wordt uitgebreid. Hier kom ik zo op terug. De kapitaallasten gaan tegelijkertijd deel uitmaken van de tarieven, waardoor ziekenhuizen met een extra risico worden geconfronteerd. In de derde plaats krijgt men te maken met maatstafconcurrentie die ook nog eens gekoppeld is aan een taakstelling van 400 mln. over een periode van vier jaar. Ik begrijp dat ziekenhuizen mij om een stabiel financieel klimaat in de overgangsfase vragen, want die vergt veel van hen.

Andersom vraag ik van hen om echt te investeren in doelmatigheid. Ik neem aan dat velen uwer daarachter staan. In geval van overschrijdingen zal ik bij mijn afwegingen de financiële stabiliteit betrekken die de ziekenhuizen nodig hebben om de omslag te maken. Zorginstellingen moeten van hun kant wel alles op alles zetten om doelmatigheid te realiseren, anders wordt de inspanning van mijn kant ongelooftwaardig. Op deze twee kanttekeningen doelde ik toen ik het over gelijk oversteken had. Vrije prijsvorming aan de ene kant, kwaliteit inzichtelijk maken aan de andere kant. Ik zal de komende jaren oog hebben voor de financiële stabiliteit, zij moeten aantoonbaar inspanningen doen om doelmatigheid te realiseren.

De heer Van der Veen vroeg zich af hoe mijn rol van transitie-manager er in dit traject uitzag. Deze term is gebruikt in het kader van de discussie over kapitaallasten. Laat ik eerst schetsen hoe de invoering zal verlopen. Eerlijk gezegd, acht ik het niet verantwoord om in een keer over te gaan op vrije prijsonderhandelingen. Daarom kies ik voor een gefaseerde overgang. In 2008 wordt het segment waarover ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrij mogen onderhandelen, dus het B-segment, krachtens het regeerakkoord uitgebreid van 10% naar 20%. De effecten wil ik goed monitoren. Pas als het goed gaat, kunnen wij een vervolgstap zetten. Ik hoop dat wij in 2009 naar een uitbreiding tot 30% à 40% kunnen gaan. Ik herhaal dat dit alleen gebeurt als er daadwerkelijk resultaten zijn geboekt, dus dat de kosten in de hand zijn gehouden. Daarnaast voer ik inderdaad maatstafconcurrentie in, zodat de premiebetaler verzekerd kan zijn van een beheerste prijsontwikkeling. Die zekerheid wordt aan maatstafconcurrentie ontleend. Zoals ik zei, is er een taakstelling voor een periode van vier jaar mee gemoeid. Bovendien geeft dit systeem ziekenhuizen die nog niet doelmatig genoeg werken, drie jaar de tijd om de kosten per dbc te verlagen. Overigens hecht ik eraan, op te merken dat niet alle activiteiten van ziekenhuizen zich voor marktwerking lenen. Voor ik het ga hebben over een subthema, merk ik op dat ik de maatstafconcurrentie persoonlijk van groot belang vind, omdat wij in feite de maximumtarieven van behandelingen afhalen. Dat betekent dat men ook over het deel waarvoor de maatstafconcurrentie geldt, vrij met verzekeraars kan onderhandelen. Zorginstellingen kunnen zodoende inzicht krijgen in de kostprijzen die ermee gemoeid zijn en ze vervolgens aanscherpen, zodat men zich daar niet in verslikt bij de uitbreiding van het vrije deel, het B-segment. Dat is van belang. In tegenstelling tot wat mevrouw Schippers gisteren meldde, biedt de maatstafconcurrentie ziekenhuizen meer vrijheid, meer speelruimte en meer onderhandelingsmogelijkheden dan op dit moment het geval is. Ik neem dus afstand van het idee dat ik geen gas zou geven, maar op de rem stond. Ik voeg toe dat niet alle activiteiten van ziekenhuizen zich voor marktwerking lenen. Daarom heb ik ervoor gekozen, een paar activiteiten van ziekenhuizen, waaronder natuurlijk de beschikbaarheid van spoedeisende zorg, van marktwerking uit te sluiten en apart te blijven bekostigen. Ook bij verdere stappen naar volledige vrije prijsvorming is zorgvuldigheid geboden. Als uit de evaluatie van de vrije prijsvorming blijkt dat het verantwoord is om in een groter deel van de zorg volledige vrije prijsvorming te introduceren, overweeg ik, het B-segment uit te breiden. Zorgvuldigheid blijft voorop staan. Ik zeg nogmaals tegen mevrouw Schippers

Klink

dat de maatstafconcurrentie dus geen verstikkende deken is. Voor alle ziekenhuizen die onder de maatstaf uitkomen, geldt immers vrije prijsonderhandeling. In dat geval is er wel een generiek prijsplafond. Dit is echt wat anders dan de oude budgetsystematiek. De invoering van maatstafconcurrentie is bedoeld om, vooruitlopend op de vrije prijsvorming, tot een betere kwaliteits- en prijsverhouding te komen en efficiënter werken uit te lokken. Dit is ook gedaan omdat de maatstaf voor het doelmatig werken niet wordt ontleend aan een generieke taakstelling, maar aan het feit dat de meest doelmatige ziekenhuizen bewijzen dat het daadwerkelijk kan. The proof of the pudding is in the eating. Het veld zelf bewijst dat er winst is te behalen op de doelmatigheid. Bij het FB-budget en de overschrijdingen die daar speelden daarentegen, werd altijd gezegd dat de doelstelling maar gehaald moest worden omdat er een taakstelling krachtens het BKZ was. De inzet van het instrument past dus bij de transitiefase als een effectieve stap in de beoogde richting. De maatstaf legt geen restricties op aan het volume; de omzet fluctueert mee met de geleverde zorg. Volume is natuurlijk wel de uitkomst van onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

Ook wordt er bij maatstafconcurrentie onderhandeld over de prijs. De maatstaf beperkt alleen de prijs die de instellingen gemiddeld in rekening krijgen gebracht. De werkelijke prijzen kunnen dus gaan verschillen. Uiteindelijk wil ik wel toe naar een systeem waarin voor een groot deel van de ziekenhuizen echte prijsconcurrentie plaatsvindt. Tegen mevrouw Schippers zeg ik uitdrukkelijk dat het niet on hold zal gaan. In Het Financieel Dagblad stond niet dat het gas geven was met de voet op de rem, maar dat het gas geven was met de voet dicht bij de rem. Er zit altijd afstand tussen de rem en mijn voet. Uiteraard zal ik de Kamer ook regelmatig informeren over de voortgang van dit proces.

Naast de vrije prijsvorming in de ziekenhuizen zet ik nog andere stappen die de dynamiek in het systeem versterken. De kosten voor vastgoed en kapitaalkosten gaan integraal deel uitmaken van de tarieven. Dat lijkt wellicht een technische aanpassing, maar de consequenties voor de instellingen zijn vrij vergaand. Ziekenhuisbesturen worden nog meer gedwongen om na te denken over de categorieën patiënten die zij willen bedienen, de zorgconcepten die zij willen toepassen en de investeringen die zij willen doen. Tegelijkertijd werk ik aan een verdere ontwikkeling van het vereveningssysteem en dus aan een nieuwe opzet van het eigen risico, waarbij verzekeraars meer mogelijkheden krijgen om categorieën patiënten te sturen dan wel keuzeondersteunend te werken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb mijn vraag over de transitie-manager met opzet gesteld aan het einde van mijn betoog. Daarmee gaf ik aan dat het betrekking heeft op het hele veranderingsproces. De minister heeft de vraag beantwoord als een transitie-manager in één kolom. De vraag was duidelijk breder bedoeld. Ik heb woorden als "inspiratie" en "ambitie" gebruikt. Ook op die vraag over de bredere sturingsfunctie in de zorg wil ik graag een reactie van de minister.

Minister **Klink**: Ik heb mij met name gericht op die vrije prijsvorming, maar ik heb er wel de conditie van de kwaliteit aan verbonden. Dat is de tweede pijler waarop

het transitie-management zich zal richten. De kleuring mag niet alleen gericht zijn op kostenbeheersing vanwege die "vreselijke vergrijzing" die ons te wachten staat. De heer Van der Veen doelt op ambitie en uitstraling. Ik probeer daar een verpersoonlijking van te zijn, en hij mag beoordelen in hoeverre ik daarin slaag. De zorgsector is een investeerder in de kwaliteit van onze samenleving. Dat is langs allerlei terreinen uit te bouwen. Ik wees al op de samenhang met de economie en de investeringen van onder meer Philips in medische technologie. Als wij dat slim en goed aanpakken, kan Nederland daar koploper in zijn. Dat levert aan beide kanten winst op: economisch en voor de zorg. Zeker bij een vergrijzende arbeidsmarkt draagt ons zorgstelsel bij aan het aantal werknemers dat gezond naar kantoor, fabriek enzovoort gaat. Om in de woorden van Lans Bovenberg te spreken: de zorg is een investeerder in het talent van onze samenleving, niet minder dan het onderwijs. Die sfeer wil ik meer aan het zorgstelsel koppelen, meer dan tot nu toe vanuit de politiek is gebeurd. Ik vind die investeringskant zeer belangrijk.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben het daar helemaal mee eens, maar uiteindelijk moeten de mensen die in de zorg werken, die onderhevig zijn aan al die veranderingen en die niet op de stoel van het management zitten maar in de uitvoering, het gevoel hebben dat men met een goed veranderingsproces bezig is. De minister moet daar een voorbeeld in zijn. Hij moet aangeven dat het niet alleen om structuur, om maatstafconcurrentie, enzovoort gaat. Dat bedoel ik met inspiratie en ambitie.

Minister **Klink**: Mijnheer Van der Veen, ik zal er mijn best voor doen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik houd oprecht mijn hart vast voor die stapeling die u het komend jaar op de ziekenhuizen legt, want ziekenhuizen hebben geen enkele manier om het goed te beïnvloeden. U zegt dat het een prijsbeheersingsinstrument is. Ik vind het echter wel een heel domme manier om de prijzen te beheersen; de garantie dat u ze beheerst, is heel erg laag. Het stuurt niet op kwaliteit, hersteloperaties kosten ook geld, het volume wordt er niet mee beheerst en dan is er ook nog uw uitgangspunt dat prijsverschil voor 100% te verklaren valt door doelmatigheid. Dat is gewoon onjuist. U geeft een metafoor: ik trap op de rem, maar mijn voet zit een stukje verder weg van de rem dan van het gas. Maar als u tegelijkertijd aan de handrem trekt, gaat het toch niet zo goed met die auto.

Minister **Klink**: Dat laatste doe ik dus niet. De handrem is zelfs niet in beeld geweest; die zal ik niet zo snel hanteren. De voet staat niet óp de rem, maar wel dicht bij de rem.

Ik zie mijn ambtsvoorganger nog staan toen wij in de Eerste Kamer spraken over de 10%. Toen werd ook gevraagd of hij dat niet snel zou uitbreiden. Ik vond toen en vind nog steeds oprecht dat hij groot gelijk had toen hij zei: laten wij dat maar eens aanzien en in elk geval een vinger aan de pols houden bij de kostenontwikkeling; ik prijs deze opvatting. Ik vind dat ik dat ook moet doen, zij het dat de ambitie wel dusdanig groot is dat als mocht blijken dat zowel de 10% als de 20% over een periode van drie jaar goed verloopt, ik het wel aandurf een volgende stap te zetten, maar wel onder die

Klink

voorwaarden. Die voet staat dus niet op de rem; integendeel, het is een zekering die achter de hand gehouden wordt op het moment dat het misloopt. Maar dat kan ik alleen maar doen op grond van het feit dat er anderszits ambitie is. Je gaat alleen maar remmen op het moment dat je vaart hebt.

Uw andere punt vind ik relevanter. Natuurlijk is het zo dat bij de maatstafconcurrentie niet alleen de doelmatigheid een rol speelt. Daar speelt ook mee het aantal categorieën patiënten dat je binnenkrijgt; sommige ziekenhuizen, zoals topklinische ziekenhuizen, hebben nu eenmaal in de regel patiënten met grotere zorg- en ziektebelastingen dan het gemiddelde ziekenhuis. Bij die maatstaf moeten wij daarmee rekening houden en dat gebeurt ook, want anders zou het alleen maar platte doelmatigheid zijn. Die aspecten moeten dus meegenomen worden, als een variant op het zorgzwaartepakket.

Ik deel dus uw mening dat het moet, maar mijn derde kanttekening is dat tegelijkertijd de doelmatigheid wel via een benchmark wordt binnengehaald. Rekening houdend met de zorgzwaarte van de patiënten geeft de sector zelf aan en toont zij ook aan dat het doelmatiger kan. Voor mij is dat de winst van de maatstafconcurrentie.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind hetgeen u zegt, opmerkelijk. Als ik goed geïnformeerd ben, bent u toch een van de auteurs van het CDA-verkiezingsprogramma. Als dat wel ergens door opviel, was het door de gigantische sprongen die het CDA maakte in het vrijgeven van de prijzen. Als VVD waren wij daarbij vergeleken heel bescheiden jongens. Daarom vind ik deze uitspraak heel opmerkelijk, mede omdat ik dan had verwacht dat u – wat wij graag hadden gewild – het komende jaar zou gebruiken om te investeren in die stabiliteit van het systeem, zodat u met dat systeem verder kunt gaan om dat uit te breiden, in plaats van twee systemen in stand te houden en er nu een derde systeem bij te zetten.

Minister **Klink**: Die financiële stabiliteit en het risico dat daar haarscheurtjes in komen, heeft minder met de maatstaf te maken dan met de bezuiniging van 400 mln. Ook binnen het FB-budget had dit moeten gebeuren, op grond van het feit dat er in het verleden simpelweg overschrijdingen waren. De maatstafconcurrentie biedt die instabiliteit niet. Daarom wil ik bij toekomstige overschrijdingen rekening houden met de financiële stabiliteit voor het speelveld van ziekenhuizen na dit jaar.

Het CDA had een programma dat heel ver ging. Wij hadden 70% vrije prijsvorming ten doel gesteld. De manier waarop de maatstafconcurrentie nu is ingebouwd, biedt winst. Ten eerste biedt het de mogelijkheid om tijdig op de rem te trappen als er zich een kostenexplosie voordoet. Ik geloof overigens niet dat deze zich zal voordoen. Ik ben verantwoordelijk voor de macrokosten die voortvloeien uit de gezondheidszorg. Ten tweede biedt deze manier waarop de maatstafconcurrentie is ingebouwd de mogelijkheid om de prijzen tot 70% vrij te geven. Wel vindt er een generieke correctie plaats op het moment dat een ziekenhuis in de breedte te duur is. Het is wat ingewikkeld, maar zo werkt het.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik had begrepen dat de supersnelle invoering van marktwerking in de zorg niet zozeer geïnspireerd was door deze schrijver van het verkiezingsprogramma, als wel door de financiële

mensen van het CDA. Dit paniekvoetbal is bedoeld om een beetje fatsoenlijk uit de vergrijzingssommetjes te komen. Ik heb dan liever de prudentie die de schrijver van het verkiezingsprogramma tentoonspreidt. Dat is dan weer winst. Begrijp ik het goed dat de minister zich heel keurig houdt aan het regeerakkoord door de stap van 10% naar 20% te zetten en de optie om verder te gaan open te houden? Begrijp ik het eveneens goed dat na de 20% een vervolgstap in 2008 in deze kabinetsperiode niet heel waarschijnlijk is, gelet op de waarborgen die in het regeerakkoord staan en die de minister herhaalt?

Minister **Klink**: In de brief over de maatstafconcurrentie hebben wij in zorgvuldige bewoordingen geschreven dat wij wellicht te maken krijgen met een tijdelijke vorm van maatstafconcurrentie. In dat "wellicht" zitten de zojuist genoemde veiligheidsspallen. Zo wordt het regeerakkoord uitgevoerd, waarin een stap van 20% wordt genoemd en waarin de maatstafconcurrentie als een overgangssystematiek wordt gepresenteerd. Ik wil deze systematiek tijdens deze kabinetsperiode nog hanteren, zodat wij vrij snel verder gaan dan de 20% vrije prijsvorming. Wij gaan wat mij betreft naar 30% tot 40% op het moment dat de kostenontwikkeling ons dit toestaat.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik begrijp het even niet. Ik wil weten hoe het precies zit. In het regeerakkoord lees ik dat verdere stappen in de vrije prijsvorming alleen mogelijk zijn na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. Die kosten spelen daarin overigens ook een rol. Dit traject is veel breder en zwaarder dan de minister nu suggereert.

Minister **Klink**: Dat is niet helemaal het geval. Als wij gelijk oversteken moet er naast de vrije prijsvorming gewerkt worden aan de inzichtelijkheid van de kwaliteit.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Gisteren stond in Het Financieele Dagblad een boeiend interview. Daarin was een reactie van een collega van de PvdA te lezen. Hij vond de plannen van minister Klink eerst niet zo geweldig en nam er later weer wat van terug. Volgens mij is de transitiefase ingezet om de PvdA mee te krijgen en niet omdat u de vrije prijsvorming niet wilde. Die wilde u namelijk wel.

Minister **Klink**: Het hele kabinet wil die vrije prijsvorming. Daarom is de brief over de maatstafconcurrentie opgesteld zoals hij is opgesteld. Mevrouw Koşer Kaya heeft er volstrekt gelijk in dat de Partij van de Arbeid bij de coalitieonderhandelingen het thema van de maatstafconcurrentie heeft ingebracht. Ik vind het bij nadere beschouwing niet heel dom, sterker nog, ik vind het intelligent.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is verhelderend, dus het is niet alleen het CDA maar ook de PvdA die meer marktwerking en vrije prijsvorming wil in ziekenhuizen. Er wordt gezamenlijk opgetrokken in het kabinet. Ik ben blij met die helderheid vandaag. Dat is nu in ieder geval duidelijk. Wij vinden dat niet, maar dat weet de minister. Ik ben daarover kritisch, want ik denk dat dat ten koste gaat van de kwaliteit, dat het de zorg duurder maakt en dat het daarnaast ook nog een enorm bureaucratisch gedoe gaat opleveren, wat het nu ook al doet. De minister heeft het steeds over gas geven met de rem

Klink

erop. Kan hij duidelijker maken wat voor hem redenen zijn om die rem in te trappen? Wat zijn de afwegingen daarbij?

Minister **Klink**: Ik corrigeer even de beeldspraak. Je kunt alleen maar remmen als je vaart hebt en daarvoor moet je eerst vaart maken. Wij hebben het gaspedaal ingedrukt en tegelijkertijd de voet bij de rem op het moment dat het mis mocht gaan. De evaluatie is genoemd in het regeerakkoord en in de maatstafconcurrentiebrief. Die evaluatie zal plaatsvinden op basis van de vraag in hoeverre de kostenontwikkelingen daadwerkelijk zijn zoals wij hoopten, namelijk lagere kosten voor de burger, minder premie betalen voor dezelfde mate van kwaliteit of misschien een hogere mate van kwaliteit. De tweede clausule is dat er vaart moet worden gemaakt met betrekking tot het inzichtelijk maken van de kwaliteit. Dat zijn voor ons voorwaarden. Ik zeg daarbij één ding: het is niet de PvdA, het CDA of de ChristenUnie, het is het kabinet dat dit vindt. De clausules en de voorwaarden die daaraan gekoppeld zijn – gisteren werd daar van de kant van de heer Van der Veen ook aan gerefereerd – zijn geen doekjes voor het bloeden. Het zijn wezenlijke randvoorwaarden, wezenlijke pallen die al dan niet in de weg staan bij het verdergaan met vrije prijsvorming.

Mevrouw **Kant** (SP): Het blijft toch wat algemeen. U hebt het nu over de transparantie van de kwaliteit, maar ik mag toch aannemen dat u bedoelt dat het goede kwaliteit is. Als de vrije prijsvorming leidt tot onvoldoende kwaliteit, is dat neem ik aan ook een reden om vast te stellen dat het niet de goede route is. Ik wil iets meer weten over wat u bedoelt met de kostenstijgingen. Een deel van kostenstijging is terecht, bijvoorbeeld als er geen wachtlijsten zijn, maar zorg geleverd wordt. Ik neem aan dat u ook onderscheid maakt in de aard van de kostenstijgingen.

Minister **Klink**: De kostenstijging wordt vrij simpel afgemeten. Wij hebben nu 10% vrij prijsdeel; de kostenontwikkeling daarvan wordt vergeleken met dat deel dat niet vrij is. Daaraan kun je een beeld ontlenuen over de mate waarin het mechanisme van onderhandelingen met aanbieders werkt. Wij hebben enige ervaring met die 10% opgedaan. Wij zullen volgend jaar ervaring opdoen met 20%. De fysiotherapie kun je er ook al bij betrekken, want daar is inmiddels ook vrije prijsvorming ontstaan. Dat geeft een beeld in hoeverre het mechanisme zal werken. Wij verwachten dat het een kostendempend effect is dat niet ten koste gaat van de kwaliteit.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik kom terug op mijn vorige vraag. Het artikel in Het Financieele Dagblad liet zien dat de minister veel meer ambitie heeft en dat hij veel meer wilde afstemmen op vrije prijsvorming. Ik heb begrepen dat die vrije prijsvorming eigenlijk goed werkt, dat dit in de praktijk ook blijkt, maar dat nu blijkt dat die maatstafconcurrentie door de PvdA is ingezet. Blijft die maatstafconcurrentie in deze coalitieperiode bestaan? Zo ja, waarom? De minister was voorheen helemaal niet zo voor maatstafconcurrentie, waarom nu wel?

Minister **Klink**: Omdat ik het om twee redenen intelligent vind. Ten eerste biedt het je de mogelijkheid om de

kosten in de hand te houden en de te verkennen in hoeverre de vrije prijsvorming daadwerkelijk tot kostenbeheersing leidt. Ten tweede biedt het de mogelijkheid, in die periode vrij te onderhandelen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Dat is van belang, want een van de gesprekken die ik met de NVZ heb gehad, is een van de redenen geweest dat dit pas in 2009 daadwerkelijk van het FB-budget afgaat. Dat heeft mede te maken met het feit dat men op dit moment simpelweg de kostprijzen per dbc-jaar, de prijzen waarover men kan onderhandelen, nog niet scherp heeft. In die periode, in die transitiefase met die maatstafconcurrentie, kan in ieder geval daarmee geoefend worden, terwijl de kostenbeheersing is gegarandeerd. Dat vind ik het tweede slimme element aan de maatstafconcurrentie waardoor ik overtuigd ben.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Hoe lang duurt die transitiefase?

Minister **Klink**: Dat is afhankelijk van de evaluatie. Wat mij betreft duurt die fase zo kort mogelijk.

De **voorzitter**: Er kan niet twee keer per ronde worden geïnterrumpeerd. De minister is nu op een kwart van zijn tekst en hij is al een uur bezig. U mag daarom in uw tweede termijn reageren op alle partijpolitieke opmerkingen die zijn gemaakt.

Minister **Klink**: Voorzitter. Van verschillende kanten is, terecht, de nadruk gelegd op de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Een van de implicaties van het nieuwe zorgstelsel is dat er veel dynamiek aan het ontstaan is in de zorg en dat er nieuwe organisatievormen ontstaan. In het verleden hebben wij de ontwikkeling van de huisartsenposten gezien. Die kwamen overigens voort uit de wens van de huisartsen zelf. Het aantal zelfstandige behandelcentra neemt behoorlijk toe. Er zijn bijvoorbeeld zbc's die zich toeleggen op de MRI's. Zij werken heel doelmatig en klantvriendelijk. Zij maken geringe kosten, maar presteren hoogwaardig. Ziekenhuizen zoeken op dit moment samenwerking en starten met satellietlocaties. Er zijn ook ziekenhuizen die fuseren.

Deze ontwikkelingen bieden op zichzelf kwaliteitswinst voor de patiënt. Het oogziekenhuis in Rotterdam levert bijvoorbeeld via een gestructureerde en specialistische aanpak hoogwaardige kwaliteit. Patiënten komen niet voor niets met bussen uit het hele land naar dit centrum toe. Een ander voorbeeld vormen de Isala klinieken. Daar is een gespecialiseerd dermatologisch centrum, waarmee patiënten van ver buiten de regiogrens worden aange trokken. Mensen zijn dus kennelijk bereid om verder te reizen voor excellente zorg en excellente kwaliteit van de zorg. Dat is de ene kant van het verhaal. Ik stel die specialisatie, die concentratie en de routine die daarmee gemoeid zijn, hoog op prijs, omdat uiteindelijk de patiënt daarmee gediend is en het een impuls aan de kwaliteit geeft.

Specialisatie kan ook concentratie betekenen. Dat kan betekenen dat er grotere afstanden zijn tussen de locatie waar zorg geboden wordt en de patiënt. Ik ben er echter van overtuigd dat als dat kwaliteitswinst oplevert, de gemiddelde patiënt daar zelf ook voor zou kiezen.

Als minister ben ik natuurlijk ook verantwoordelijk voor toegankelijke zorg. Dat is en moet vaak zorg zijn die

Klink

dichtbij geboden wordt. Velen van u spraken daar gisteren zorgen over uit. De heren De Vries en Van der Veen en mevrouw Kant zijn daarom kritisch over de schaalvergroting. Zij geven aan dat er zeer nadrukkelijk gekeken moet worden naar de fusies van ziekenhuizen in regio's waar de spreiding van ziekenhuizen dun is. De maatschappelijke behoefte aan een klein ziekenhuis dichtbij moet dus worden meegewogen.

De heer De Vries vraagt om te onderzoeken of er een specifieke fusietoets moet komen die die elementen in zich draagt en meeneemt. Mevrouw Kant vraagt of de beschikbaarheidstoets voor kleine ziekenhuizen op de tocht staat. Het behoud van kleinschaligheid en het brengen van de zorg dichtbij de patiënt zijn speciale aandachtspunten in het beleid. Sinds een paar jaar is dat beleid erop gericht de ziekenhuizen stapsgewijs meer ruimte te geven om de zorg klantgericht en efficiënt te organiseren. Mijn waarneming is dat dat besef doorbreekt, maar ook dat schaalgrootte en schaalvergroting niet meteen zaligmakend zijn. De politieke discussie over bereikbaarheid en behoud van locaties heeft daaraan bijgedragen, evenals dit debat, zo schat ik in. Daarnaast zal een toenemende keuzevrijheid en verdere versterking van de positie van de patiënt, die patiënt en zijn organisaties tot een van de dominantere spelers maken. Bij een gezond evenwicht op de markt zullen de zorginstellingen hun aanbod moeten afstemmen op de wensen en behoeften van de vragers, te weten de patiënt, naast het feit dat natuurlijk ook in de polis waarborgen zijn opgenomen omtrent toegankelijke zorg. Kleinschaligheid en zorg dichtbij huis krijgen zo vanzelf meer gezicht.

Fusies kunnen invloed uitoefenen op verschillende aspecten van de geleverde zorg, alsmede op het aanbod van de zorg in haar regio. Allereerst kunnen fusies effect hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg. Voor een aantal verrichtingen geldt dat schaalgrootte noodzakelijk is. Om de kwaliteit van hoog complexe verrichtingen te waarborgen, moet er een minimum aantal verrichtingen plaatsvinden. De inspectie let daar ook steeds meer op en verbindt daar ook consequenties aan. Dat vraagt, soms, om een grote back-up aan apparatuur en organisatie. In sommige gevallen draagt de fusie eraan bij dat men het minimum aantal verrichtingen kan uitvoeren, waardoor de kwaliteit op peil blijft of verbetert.

Tegelijkertijd kunnen concentratievoornemens invloed hebben op de geografische bereikbaarheid van de zorg. Ook kunnen fusies invloed hebben op de keuzevrijheid van de cliënten. Ten slotte kan een fusie uiteraard de mededinging in enigerlei mate beperken en zelfs leiden tot een ongeoorloofde machtspositie.

Ik ben van mening dat alle hiervoor genoemde aspecten een rol moeten spelen bij de fusies. Dit zijn dus: de kwaliteit, de geografische bereikbaarheid en de mate waarin competitie kan plaatsvinden in relatie tot de marktmacht. Hierbij moet wel beseft worden dat zich tussen die verschillende elementen spanningsvelden voordoen. Zo kan in voorkomende gevallen door een fusie enerzijds de kwaliteit van de zorg voor de inwoners van een regio verbeterd worden, terwijl zij aan de andere kant tot een vermindering van de bereikbaarheid leidt.

Op dit moment houdt de NMa, de Nederlandse Mededingingsautoriteit, bij haar fusietoets rekening met onder andere de keuzevrijheid voor patiënten en met de kwaliteit van zorg. Hierbij is het van belang dat de NZa

de NMa advies geeft over een concrete fusie. Onderdeel van dit advies is een oordeel van de inspectie, de IGZ, over de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van de zorg. Op zichzelf is in dit proces, waarbij de NMa fusies toetst, de kwaliteit van de gezondheidszorg een aspect waarmee men rekening houdt op grond van het feit dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg via de NZa daarover de NMa inlicht.

Ter uitvoering van de motie-Ten Hoopen bereidt het ministerie van EZ een AMvB voor om het fusietoets in de zorg te versterken. Het komt erop neer dat ook voorgenomen fusies tussen relatief kleine instellingen met een lagere omzet moeten worden voorgelegd aan de NMa. Daardoor zullen meer fusies in de zorg door de NMa worden getoetst. De minister van Economische Zaken streeft ernaar om die algemene maatregel van bestuur per 1 januari 2008 te laten ingaan.

Ik breng een ander aspect in. Wanneer als gevolg van een fusie of om een andere reden de bereikbaarheid van acute zorg binnen 45 minuten in gevaar komt, kan ik zelf de WTZi-toelating gebruiken om een en ander te verbinden aan een voorschrift dat de noodzakelijke zorg in elk geval aangeboden wordt. Wordt dit voorschrift niet nageleefd, dan kan ik een last onder dwangsom opleggen of de toelating intrekken. Een fusievoornemen kan gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, maar dit gaat soms ten koste van de bereikbaarheid. Aan mij is dan de taak om in elk geval te letten op de bereikbaarheid van de acute zorg en alles wat daarmee samenhangt. Het al dan niet ingrijpen met behulp van het instrument dat de WTZi mij biedt, zal ik laten afhangen van de afweging tussen kwaliteitsverbetering en vermindering van de bereikbaarheid. Deze aspecten spelen daarbij dus ook een rol. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, worden alle hiervoor benoemde aspecten – de kwaliteit, de bereikbaarheid, de keuzevrijheid, de mededinging en de acute zorg – betrokken bij de beoordeling van de wenselijkheid van fusies.

Tussen deze aspecten zit, zoals gezegd, vaak een spanningsveld. Fusievraagstukken vragen dan ook vaak om een situationele aanpak. Dit geldt voor de kwesties van Zeeland (Vlissingen en Goes), Groningen en Harlingen. Ik zal onderzoeken of bij de huidige manier van beoordelen van fusies in de zorg sprake is van een goed werkend stelsel, zowel qua proces als qua weging van de verschillende factoren die daarbij spelen. Zoals ik eerder heb aangekondigd in een algemeen overleg hierover, ben ik van zins om in de loop van het voorjaar een aparte brief aan de Kamer te sturen over de vraagstukken van bereikbaarheid, waarin ik al deze aspecten wil verdisconteren.

Laat ik dit op één onderdeel toelichten. De acute zorg moet altijd binnen 45 minuten bereikbaar zijn. Achter die acute zorg zitten zogenaamde "poortspecialismen", die ook gegarandeerd moeten zijn wil daadwerkelijk sprake kunnen zijn van zorgverlening op het moment dat er een acute vraag is. Voor andere specialismen, die minder samenhang kennen met die acute zorg – ik noemde al het oogziekenhuis en het dermatologisch centrum – zouden de spreiding en de vraagstukken rondom kwaliteit en bereikbaarheid die ik zo-even noemde, anders kunnen komen te liggen. Ik heb daarover nu nog geen afgerond beeld, maar ik vind het belangrijk om met de Kamer deze verkenning te maken, teneinde tot een afweging te komen over het gewicht van de relatieve

Klink

criteria, namelijk bereikbaarheid in het spanningsveld met kwaliteit, in het licht van de vraag of wij met acute zorg te maken hebben of met andere specialismen. Daarover bestaat op dit moment geen systematisch beeld. Bij de verkenning die ik voor het voorjaar toezeg, wil ik dit in beeld brengen. Ik wil dus een systematische verkenning uitvoeren van bereikbaarheid in relatie tot kwaliteit en tot de aard van het desbetreffende zorgaanbod.

Daarbij zal ik tevens de vraag betrekken of er een zorgspecifieke invulling moet komen van de fusietoets en het proces dat daarmee gemoeid is. Het gaat dus om een drieledige verkenning: ik wil de criteria uiteenzetten; ik wil die relateren aan de aard van de zorg die geboden wordt, acute zorg met poortspecialismen en andere specialismen; en ik wil naar het proces kijken. Vervolgens wil ik de afweging maken in hoeverre er een aparte fusietoets moet komen voor de zorg. Daarbij zal ik overigens ook de bereikbaarheid van de huisartsen meenemen. Dit is een aangelegen punt en ik maak mijn complimenten voor het rapport dat ik daarover mocht ontvangen.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is mij niet helemaal duidelijk in welke mate de maatschappelijke wens om een ziekenhuis volwaardig open te houden in een streek en de betekenis daarvan voor de leefbaarheid in de regio, een rol spelen in de afweging bij fusies. De debatten in de Kamer in de afgelopen jaren richtten zich steeds weer daarop en de heer Van der Vlies heeft hierover nog een belangwekkend amendement ingediend. Daar zit nu de pijn. Ik zal twee concrete voorbeelden noemen waarover ik graag de mening van de minister hoor. In Harlingen dreigt de operatiekamer gesloten te worden. Dit kleinschalige ziekenhuis wordt nu afgebroken tot een polikliniek. De bevolking heeft zich daar heftig tegen verzet. In Zeeland wordt al langer gediscussieerd over de wens om te komen tot één ziekenhuis, waardoor Vlissingen het loodje dreigt te leggen. Wil de minister op die specifieke situaties ingaan en daarna aangeven welke betekenis aspecten als leefbaarheid en de wens van de bevolking van een ziekenhuis dichtbij, zou moeten hebben in de afweging bij fusies?

Minister **Klink**: Ik heb zo-even de belangrijkste criteria genoemd die voortvloeien uit mijn rol als minister van Volksgezondheid. Daar gaat het in eerste aanleg om. Ik zie het punt van de leefbaarheid ook wel, maar de essentie is natuurlijk dat er kwalitatief hoogwaardige zorg wordt geleverd en dat er bij acute zorg aan de veldnorm van 45 minuten enzovoort kan worden voldaan. Als aan die eisen wordt voldaan en ik een afweging moet maken tussen leefbaarheid op grond van het feit dat men gewend is om naar het ziekenhuis om de hoek te gaan, en de kwaliteit die vaak een bepaalde schaalgrootte veronderstelt, kies ik uit hoofde van mijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit is geen antwoord op mijn vraag. Ik heb gevraagd of de wens van een ziekenhuis dichtbij en de leefbaarheid ook in de afweging meespelen. Nu is dit helaas vaak niet het geval. De minister spreekt nu ook weer over de bereikbaarheid binnen 45 minuten, maar als het om de kwaliteit van de zorg gaat, gaat het om meer dan die grens. Je kunt de stelling ook omdraaien.

Je kunt ook zeggen: wij houden meerdere locaties open en zorgen ervoor dat er zodanige voorwaarden zijn dat de kwaliteit geleverd kan worden. Is de minister van mening dat dit een rol mag spelen in de afweging? Is hij van mening dat hij instrumenten moet hebben om dit een rol te kunnen laten spelen, want op dit moment heeft hij die niet?

Minister **Klink**: De keerzijde van de opmerking van mevrouw Kant zou kunnen zijn dat de kostenopdrivende factoren aanzienlijk toenemen. Als ik op elke locatie de kwaliteit van meerdere specialismen moet garanderen, vergt dit immers een bepaald volume en dat brengt de nodige kosten mee. Ik kies met name voor kwaliteit en ik heb krachtens de WTZi terecht de plicht om bij de acute zorg en alles wat daarmee samenhangt, in ieder geval te zorgen voor bereikbaarheid binnen 45 minuten. Dat is mijn hoofdtaak die ik ontleen aan de wet. Ik verwees niet voor niets met enige klem naar het dermatologisch centrum bij de Isala klinieken en het oogziekenhuis in Rotterdam. Die kwaliteit wordt door burgers hogelijk gewaardeerd en men is bereid om daar een bepaalde afstand voor af te leggen. Dit zijn voor mij de hoofdcriteria in het domein van de bereikbaarheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb twee concrete voorbeelden genoemd en ik wil vandaag van de minister horen wat hij daarvan vindt. Dit is belangrijk, omdat daaruit ook zal blijken hoe hij in deze discussie staat.

Minister **Klink**: Ik doe geen definitieve uitspraken over die concrete situaties, want ik ben krachtens de WTZi met name gehouden om te kijken naar de acute zorg. Ik wil wel het spanningsveld aangeven. De inspectie heeft erop gewezen dat een fusie in Zeeland wel eens heel goed zou kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorg. Daar staat tegelijkertijd het punt van de bereikbaarheid – voor zover een fusie al zou leiden tot één locatie – ter discussie. Daarmee geef ik aan dat er een spanning is tussen aan de ene kant de wens van bereikbaarheid en aan de andere kant de kwaliteit die gegarandeerd moet worden via een bepaalde schaal. Het is dus juist met het oog op kwaliteitsoverwegingen dat er vraagtekens zijn gezet bij het besluit van de NMa om die fusie niet toe te staan. Dat illustreert nog maar eens het spanningsveld tussen de verschillende criteria en het gegeven dat er nu eenmaal een afweging moet worden gemaakt. Op grond van de WTZi ben ik gehouden om de bereikbaarheid van de acute zorg te garanderen. Verder moet ik er als systeemverantwoordelijke voor zorgen dat de kwaliteit en de inzichtelijkheid van de kwaliteit centraal staan.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik maak uit de woorden van de minister op dat hij zich zorgen maakt over de gevolgen van de ongebreidelde fusiegolf voor doelstellingen als keuzevrijheid en bereikbaarheid. Dat is winst. Het is ook winst dat hij zal onderzoeken of er een specifieke fusietoets moet komen, waarin al deze elementen terugkomen. Ik ga er daarbij uit dat hij zich niet beperkt tot de ziekenhuizen en ook de care hierbij betreft. In deze sector vinden namelijk ook heel grote fusies plaats.

Verstaat de minister onder kwaliteit ook de maatschappelijke positie van instellingen? Daarmee zou hij verder gaan dan de enge definitie van kwaliteit als de kwaliteit van zorg. Ik benadruk dit, omdat ziekenhuizen en de

Klink

carevoorzieningen een belangrijke maatschappelijke functie hebben. Is het ten slotte niet nodig om de positie van cliënten en patiënten bij fusies te versterken? Ook hun mening moet meewegen bij de vraag of een fusie noodzakelijk en wenselijk is.

Minister **Klink**: Het gaat mij niet alleen om een fusietoets, maar ook om het algemene bereikbaarheidsbeleid. Dat is de reden dat ik een en ander in kaart wil brengen. De fusietoets maakt daarvan deel uit, maar mijn verantwoordelijkheid krachtens de WTZi gaat verder en ik zal daarom ook aangeven wat volgens mij allemaal met de acute zorg samenhangt en wat precies onder acute zorg moet worden verstaan.

Leefbaarheidsaspecten zal ik daarbij meenemen. Bij de cure staan voor mij de kwaliteit van de zorg, de bereikbaarheid van de acute zorg en de keuzevrijheid voorop. Daarmee wil ik andere punten niet wegpoezen, maar hier richt mijn aandacht zich op. Wat ik nu zeg, geldt overigens zowel voor de care als de cure.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Bent u bereid om daarbij de vraag te betrekken of de positie van patiënten en cliënten sterk genoeg is om tegenwicht te bieden aan al die bestuurders die alleen maar willen fuseren en bij wie de kwaliteit, zoals beleefd door patiënten en cliënten, geen rol speelt?

Minister **Klink**: Ik kom daarop terug in het wetsvoorstel inzake cliënt en zorg, dat ik binnenkort naar de Kamer zal sturen. Ik heb verder zeker oog voor de positie van consumenten- en patiëntenorganisaties.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is op zichzelf goed dat ziekenhuizen zich specialiseren in oogaandoeningen of dermatologie. Deze minister moet zich er echter wel hard voor blijven maken dat alle ziekenhuizen alle specialisten aan kunnen bieden aan hun patiënten.

Ik heb in mijn bijdrage gezegd dat het in deze moderne tijd mogelijk moet zijn dat de anamnese en de uitslagen, met uitzondering van de kweekuitslagen, op één dag worden afgerond. Hoe beoordeelt de minister dat?

Minister **Klink**: Ik heb ziekenhuizen bezocht waar men uit eigen beweging is gestopt met slokdarmoperaties. Dat zijn complexe operaties, waarvan men er in een jaar te weinig verricht om de expertise op peil te kunnen houden. Men stopt met die operaties met het oog op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Mevrouw Agema zal mij dan ook niet horen zeggen dat elke ziekenhuis elke specialisme in huis moet hebben. Integendeel, dat zou wel eens ten koste kunnen gaan van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Ik hecht er bovendien aan dat toestemming voor het verrichten van operaties kan worden ingetrokken; de inspectie heeft de afgelopen jaren verschillende keren meldingen gedaan maar heeft steeds besloten om niet te verbieden. Een minimum-aantal verrichtingen is simpelweg nodig om de expertise op peil te houden. Die illustratie gaf ik zo-even; kwaliteit is een ondergrens die gewaarborgd moet zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het ontluisterend dat er kennelijk onvoldoende capaciteit is om specialistische zorg in alle ziekenhuizen te garanderen. De minister heeft overigens nog steeds geen antwoord gegeven op mijn

vraag over het op dezelfde dag laten plaatsvinden van anamnese, onderzoeken en uitslag geven.

Minister **Klink**: Dat punt zal deel uitmaken van de innovatieagenda. Het betreft de one-stopbenadering: iemand gaat één keer naar het ziekenhuis en de verrichtingen om de diagnose te bepalen worden op één dag gedaan. Ook vervolgspraken worden dan gemaakt. Dat is één van de onderdelen van de procesinnovatie die bij de innovatieagenda aan de orde zullen komen. Ik hecht er met u aan dat dat gebeurt. Mijn collega in Engeland tekende mij enige weken geleden voor hoe vaak iemand vanuit huis naar een ziekenhuis moet voordat een fatsoenlijke diagnose is gesteld. De schrik sloeg mij toen wel om het hart. Kennelijk presteren andere landen in dat opzicht beter dan wij. Ik noem in dat verband België. Laten wij ons daar maar eens aan spiegelen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik kom nog even terug op het criterium van de bereikbaarheid. De discussie van de achterliggende tien jaar over dit thema mag niet worden genegeerd. Het begrip "bereikbaarheid" is in de discussie altijd meer geweest dan een kaal afstands-criterium, een demografisch aspect. Het gaat ook om het gevoel van veiligheid en geborgenheid onder burgers. Zij willen het vertrouwen hebben dat als er onverhoopt iets in hun leven komt, zij op tijd bij de voorzieningen zijn. Neemt u dat psychologische aspect mee? Bent u bereid om in de brief die u in het voorjaar stuurt ook de stem van bijvoorbeeld het NPCF uitdrukkelijk te laten klinken?

Minister **Klink**: Op die laatste vraag is mijn antwoord ja, zonder meer. Ik zal dat zeker doen. Ik voeg daaraan het punt van de veiligheid en de kwaliteit toe, waarbij meer en meer het inzicht groeit, en eigenlijk het concluderend inzicht groeit, dat kwaliteit en veiligheid soms een bepaalde mate van volume aan verrichtingen veronderstelt. Ik vind dat belangrijk. Wij hebben met elkaar een agenda afgesproken om het aantal medische missers, fouten en vermijdbare doden terug te brengen, in elk geval met 50% in de verschillende categorieën. De heer Van der Veen heeft daar expliciet om gevraagd. Dit punt is belangrijk voor de ambitie om zorg veiliger en beter te maken.

Ten aanzien van de specialisaties noemde ik specifiek het oogziekenhuis en het dermatologisch centrum, omdat ik mij hierop aangesproken voel. Ik wijs op onderzoeken uit de Verenigde Staten waaruit blijkt dat concentratie en specialisatie vaak betere zorg opleveren voor mensen. Die dimensie voeg ik hier graag aan toe, zonder de debatten van de afgelopen tien jaar weg te schuiven. Ik vind dat deze dimensie aandacht verdient.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Die aandacht is terecht. Mag ik uit de woorden van de minister opmaken dat ook hij erkent dat het altijd gaat om een prudente balans tussen alle belangen, en dat niet de kwaliteit en het daaraan verbonden prijsmechanisme doorslaggevend is?

Minister **Klink**: U vraagt daar terecht naar. Onderdeel van de kwaliteit is natuurlijk dat iemand op tijd in een ziekenhuis kan komen en dat spoedeisende hulp beschikbaar is binnen een bepaald tijdsbestek. Dat is een minimumvoorwaarde. Wij gaan wel kijken voor welke verrichtingen die minimumvoorwaarde van bereikbaar-

Klink

heid binnen 45 minuten nu daadwerkelijk noodzakelijk is. De WTZi geeft mij in ieder geval de instrumenten om een vinger aan de pols te houden en eventueel zelfs via bestuursdwang te zorgen dat het gewoon aanwezig is. Dit debat gaan wij in de breedte voeren. Ik agendeer het hier met enige liefde, omdat dit belangrijke punt samenhangt met het nieuwe zorgstelsel.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De VVD ondersteunt dat en wij zijn ook heel blij dat u een brief gaat sturen, zodat wij hier uitgebreid op door kunnen gaan. Het is namelijk wel de ruggengraat van ons systeem. Als wij niet meer kunnen kiezen en er geen competitie is, valt alles in elkaar. Ik ben het met u eens dat je soms concentratie nodig hebt, want je kunt wel heel hoog opgeleide mensen hebben, maar als er geen patiënten zijn, kun je die expertise toch niet aan de gang houden. Ik ben niet de enige die de wenkbrauwen heeft gefronst bij een aantal fusies die recentelijk in de AWBZ heeft plaatsgehad en bij zorgverzekeraars. Hierbij vraag je je echt af of dit de goede kant op gaat. Aan de andere kant hebben beroepsbeoefenaren heel weinig basis om samen te onderhandelen met een grote zorgverzekeraar. Ik zou het op prijs stellen als u daar ook eens op wilt terugkijken en dat zou willen meenemen. Wilt u dan ook het samengaan van taken meenemen? Wij lazen dat huisartsen nu patiënten verzamelen om een soort intermediair te vormen via collectiviteiten richting verzekeraars. Anderzijds weten wij dat zorgverzekeraars afdelingen in ziekenhuizen opkopen om daar eigen zorg aan te bieden. Ik vind het ook wel belangrijk om dat aspect mee te nemen. In hoeverre belemmert dat nu de keuzevrijheid en de competitie?

Minister **Klink**: In feite snijdt u een aanpalend en sterk met bereikbaarheid samenhangend thema aan. Kan die markt blijven functioneren, zowel aan de verzekeringszijde als aan de zorgaanbodzijde? Wie onderhandelen met elkaar? De marktmacht die een rol speelt bij die onderhandelingen, speelt bij de apothekers en de huisartsen in relatie tot de verzekeraars. In hoeverre is voldoende geborgd dat daar sprake is van checks and balances? U triggerde mij daarmee en ik wil daar graag in tweede termijn op terug komen om eens te kijken in hoeverre het mogelijk is om naast die bereikbaarheidsvisie ook dit punt eens expliciet mee te nemen, ook al omdat dit samenhangt met die fusietoets. Ik vind dit een aangelegen punt. Het volgende punt onderstreep ik. Als er geen sprake meer is van keuzevrijheid, kun je het idee van een aan marktwerking ontleende balans met betrekking tot kostenontwikkeling, kwaliteit en dergelijk ook vergeten. Dit geldt voor apothekers, huisartsen, verzekeraars, zorgaanbieders, ziekenhuizen en natuurlijk ook voor AWBZ-instellingen. Het is nogal wezenlijk.

Mevrouw **Schippers** (VVD): In die zorgverzekeraarsmarkt zijn echt enorme kolossen ontstaan. Ik zou daar graag wel een visie van de minister op willen hebben. Waar liggen de grenzen voor hem? Hebben wij die grenzen nu bereikt of kunnen wij nog een fusie verwachten? Eigenlijk is het op regionaal niveau bij de AWBZ net zo. In Noord-Nederland heb je één ggz-instelling.

Minister **Klink**: U vroeg om die visie en ik zei al dat ik in tweede termijn terugkom op de vraag of ik die visie zal koppelen aan de brief over de bereikbaarheid. Ik vind dit

ook een aangelegen punt. Misschien is dit vraagstuk de afgelopen jaren nog te weinig tegen het licht gehouden. Ik maak echter wel de kanttekening dat een markt ook kan functioneren als er een beperkt aantal aanbieders is. Dat zie je natuurlijk ook op andere terreinen. In bijvoorbeeld de detailhandel zie je dat er behoorlijke competitie kan plaatsvinden tussen grootmachten binnen een bepaald domein. U hoort mij niet zeggen dat dit nu niet zal gebeuren, maar het is wel iets om een keer goed en systematisch naar te kijken.

De **voorzitter**: De minister vervolgt met het volgende blok.

Minister **Klink**: Bijna, voorzitter. De beschikbaarheids-toeslag voor kleine ziekenhuizen maakt deel uit van de FB-systematiek. Per 1 januari 2009 komt die systematiek en daarmee ook de beschikbaarheidstoeslag te vervallen. Om een goede bereikbaarheid van de spoedeisende zorg te garanderen in avond-, nacht- en weekenduren, moeten bepaalde aanbieders van medisch-specialistische zorg in de toekomst in aanmerking kunnen blijven komen voor een beschikbaarheidsvergoeding. Dat punt stond ook al in die maatstafconcurrentiebrieven. Via de beschikbaarheidsvergoeding worden aanbieders tegemoetgekomen in de kosten van een verantwoorde bezetting van de spoedeisende hulp. In de aanwijzing 2008 aan de NZa heb ik voor de beschikbaarheidsvergoeding een aantal criteria geformuleerd. Alle aanbieders die aan die criteria voldoen, komen in aanmerking voor deze beschikbaarheidsvergoeding.

Mevrouw Kant wil weten of de menselijke maat rond huisartsenposten niet in het geding is en verwees naar het rapport van de Socialistische Partij.

Mevrouw **Kant** (SP): Het feit dat de kleinere ziekenhuizen extra geld krijgen, wat door de Kamer is afgedwongen, heeft te maken met locatietoeslag en de kans op meer investeringen vanwege de beschikbaarheidsfunctie. Het ging niet alleen om bereikbaarheid. Ik maak mij er dan ook zorgen over dat de kleinere ziekenhuizen straks met de nieuwe financieringssysteem toch slechter af zijn en financieel in de problemen kunnen komen, bijvoorbeeld omdat de locatietoeslag is gekoppeld aan adherentie. Voor een gebied met een weliswaar kleine adherentie, maar een grote behoefte aan beschikbaarheid van een ziekenhuis, betekent dit een extra investering. Ik wil weten hoe u ervoor gaat zorgen dat kleine ziekenhuizen niet gedupeerd raken door de nieuwe financieringssysteem. U mag ook schriftelijk reageren.

Minister **Klink**: Ik zal u schriftelijk antwoorden. U wilt ook weten of de menselijke maat rond huisartsenposten niet in het geding is en verwijst naar het rapport dat uw partij hierover heeft uitgebracht. Op de voorstellen in dit rapport wil ik later terugkomen. Mijn opmerking van zo-even dat ik uw voorstellen wil betrekken bij mijn brief die ik in het voorjaar van 2008 zal sturen, was niet obligaat. Als wij onderscheid gaan maken in de verschillende zorgvormen, tussen acute zorg enerzijds en andere specialismen anderzijds, moet ook gekeken worden naar de huisartsen. Huisartsen vormen een apart onderdeel van eerstelijnszorg. Mij is er veel aan gelegen dat de eerstelijnszorg bereikbaar en optimaal blijft. Ik ben

Klink

dan ook oprecht geïnteresseerd in uw voorstellen op dit punt.

Met het Vogelaarakkoord dat door mijn voorganger met de betreffende partijen is gesloten, is voor iedere huisarts een eenduidig, helder en bevredigend bekostigingssysteem voorhanden gekomen. Voor zorg overdag, inclusief beschikbaarheid van acute zorg, ontvangen huisartsen een zelfde inschrijf- en consulttarief. Voor de avond-, nacht- en weekendzorg geldt een uurtarief van circa € 50, ongeacht de manier waarop de huisartsen zich georganiseerd hebben. Het is aan huisartsen zelf om te bepalen op welke manier en op welke schaalgrootte zij zorg willen leveren, overdag in huisartsengroepen of gezondheidscentra of in ANW-uren in kleinschaliger of grootschaliger dienststructuren. Wel zal in regionaal verband gewaakt moeten worden voor de toegankelijkheid van deze posten. De meeste posten zijn overigens binnen twintig minuten bereikbaar.

Ik heb wel de indruk dat huisartsen die in dienststructuren werken, beter in staat zijn om deze toegankelijkheid te waarborgen, ook telefonisch, vanwege schaalvoordelen die hen in staat stellen, zorg adequaat te organiseren tegen mogelijk lagere kosten. Ik heb inmiddels ook begrepen dat de stimuleringsregeling voor grootschaligheid die in het verleden opgeld deed, op dit moment wordt afgebouwd. Hierover zal ik u zo snel mogelijk schriftelijk informeren. Dat zou immers betekenen dat de prikkel voor opschaling op dit moment afgebouwd wordt.

Mevrouw Schermers vraagt of ik bereid ben, te bevorderen dat het primaat van de eerste opvang van acute zorgvragers bij de huisarts komt te liggen, bijvoorbeeld door het geven van de juiste prikkels. Mijn beleid is erop gericht de acute zorgketen gebruik te laten maken van een eenduidige, zo mogelijk telefonische, triage. De afgelopen periode is daarvoor onder andere het Nederlands triagesysteem ontwikkeld, waarmee op dit moment twee regionale pilots plaatsvinden. Ik ben ook van mening dat de keten acute zorg beter en doelmatiger georganiseerd zou kunnen worden zodat de triage van patiënten en de behandeling onder huisarts-geneeskundige regie in de eerste lijn kan plaatsvinden in plaats van op de spoedeisende hulp. Daar werken wij op dit moment aan.

Het is echter wel in eerste aanleg de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis en een huisartsenpost om de nodige aandacht te besteden aan de "bewegwijzing". Dat gebeurt op dit moment mede in het kader van het Nederlands triagesysteem. Wij zien progressie op dit terrein. Ik was van de week nog bij het HagaZiekenhuis in Den Haag. Daar werkt men met kleurcodes, van rood tot geel. Als er wachttijden ontstaan, verwijst men mensen die zich bij de SEH aanmelden op basis van die inkleuring naar de huisartsenpost.

Mevrouw Schermers en de heer Van der Vlies gaven aan dat 95% van de ambulances echt binnen 15 minuten ter plekke moeten zijn. Dit was overigens ook een punt van mevrouw Schippers. In dunbevolkte gebieden wordt die norm niet altijd gehaald. Mevrouw Agema wees daar ook op. Om te onderzoeken of de huidige spreiding van uitrukposten en bestaande capaciteit nog adequaat zijn, heb ik het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu – wij hebben het hier eerder tijdens een mondeling vragenuur over gehad – opdracht gegeven tot herijking van het Landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Deze herijking is een stuk verfijnder dan het eerste

onderzoek van een paar jaar geleden op basis waarvan middelen toegedeeld werden. Er wordt nu bijvoorbeeld rekening gehouden met factoren zoals aanrijtijden op het platteland versus aanrijtijden in het verstedelijkte gebied, de tijd van de dag, de snelheid op de wegen enzovoort. De resultaten van dit onderzoek verwacht ik in mei 2008. Naar aanleiding van dit onderzoek zal ik de bestaande budgetverdeling, die op de wat ontoereikende studie in het verleden was gebaseerd, en de verdeling onder de loep nemen. Daarnaast benadruk ik dat de ambulance-sector zelf een belangrijke taak heeft. Zij kan vooral resultaten boeken door de meldkamerprocessen te verbeteren, meldingen snel af te handelen en goed te schiften. Er zitten behoorlijke verschillen tussen regio's. Daar is dus winst te boeken. Ik heb er alle vertrouwen in dat men die zal boeken, want als ik één sector actief vind dan is het deze wel, ook qua spiegelen van eigen resultaten en starten van verbetertrajecten. In die sector is men mede uit dien hoofde bezig, de primaire processen te verbeteren, best practices te onderscheiden en van elkaar te leren. Ik wacht de behandeling door de Eerste Kamer van het wetsvoorstel voor nieuwe wetgeving inzake ambulancezorg af. Als het wordt aangenomen, krijg ik de noodzakelijke instrumenten in handen om de bereikbaarheid van ambulancezorg te vergroten.

Mevrouw Kant heeft gevraagd of ik de B3-stichtingen niet financieel tegemoet had moeten komen naar aanleiding van het afschaffen van het functioneel leeftijdsontslag voor ambulancepersoneel. Een simpele financiële tegemoetkoming alleen biedt helaas geen oplossing. Het probleem is betrekkelijk complex. Daarom hebben wij het College sanering zorginstellingen om een analyse met keuzeropties gevraagd. Ik heb de Kamer per brief van 1 oktober jongstleden mijn standpunt voorgesteld, waarbij ik onder voorwaarden wel een financiële helpende hand wil bieden. Ik overleg momenteel met zowel de vier werkgevers als de betrokken vakbonden om dit uit te werken. Alle partijen willen op korte termijn een aanvaardbare oplossing vinden. Ik waardeer daarbij de inzet van de B3-instellingen om de kwaliteit en bereikbaarheid onverminderd hoog te houden. De vraag is welke cao wij gaan volgen: die van de gemeente of niet. Als wij die van de gemeente volgen, riskeren wij dat wij jaar op jaar, in elk geval gedurende de periode waarin de cao wegvalt en er nieuwe onderhandelingen gaande zijn, met de zelfde problematiek te maken krijgen, namelijk dat de B3-stichtingen volgend moeten zijn op wat de gemeenten bieden. De tarieven en de middelen die daarvoor gelden, zijn niet toereikend. Dit structurele probleem vraagt nu echt om een structurele oplossing. Wij zijn hierover aan het onderhandelen.

De toegankelijkheid van de zorg koppel ik maar aan de beschikbaarheid van geneesmiddelen en ziekenhuizen. Ook dat thema heeft mevrouw Kant aangesneden. Het begint met een adequaat basispakket, maar ook met de beschikbaarheid van geneesmiddelen en ziekenhuizen. Wij hebben in Nederland een ruim pakket, maar de inhoud van het pakket is altijd onderhevig aan wijzigingen als gevolg van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Dat geldt trouwens ook voor de dure geneesmiddelen, waar ik zo meteen op terugkom.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink**

(ChristenUnie): Voorzitter. Ik ben blij met de versterking van de eerste lijn, die de minister voorstelt. Hij spreekt



De heer Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
© M. Sablerolle – Gouda

met name over huisartsen en huisartsenposten. Ik heb in mijn eerste termijn aandacht gevraagd voor de rol van verloskundigen. Misschien wil de minister hier expliciet iets over zeggen. Daar is namelijk een zelfde verschuiving zichtbaar. Verloskundigenzorg wordt steeds meer in ziekenhuizen verleend. Daarnaast fuseren veel ziekenhuizen, waardoor thuis bevallen lastiger wordt. Met het oog op veiligheid is de bereikbaarheid van een ziekenhuis namelijk van belang. Wil de minister hier iets over zeggen?

Minister **Klink**: Vindt u het goed dat ik deze kwestie in tweede termijn behandel? Ik begrijp wat u zegt. Ik kom er sowieso op terug in de brief die ik de Kamer aanstaand voorjaar stuur. Daarin komen die vraagstukken aan de orde. Gynaecologie is ook een van de poortspecialismen. Daardoor krijgen wij te maken met de vraag wat er anderszins rondom geboorten, bevallingen en dergelijke mogelijk is. In de brief komt dit dus aan de orde, maar ik ga na in hoeverre ik in tweede termijn op uw opmerking kan terugkomen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mij lijkt het sowieso ook goed als u verloskundigenzorg een belangrijke plaats laat innemen in de ketenzorg en in verband met de rol van huisartsen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Mevrouw Wiegman pleit er in feite voor dat ik ten aanzien van de bereikbaarheid breed kijk naar de eerste lijn en mij niet alleen richt op huisartsen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wat de minister over de ambulancezorg vertelt, is in feite oud nieuws. De Kamer wist al dat de minister een rapport heeft gevraagd van het RIVM, dat dat rapport in het voorjaar komt et cetera. Hij stelt dat het rapport verfijnder is dan wij tot nu toe weten, maar eigenlijk is alleen de uitkomst van belang. Die uitkomst is dat de ambulance te vaak te laat arriveert. Dat is gewoon een kwestie van registreren, en die registratie is er. Dat is ook de reden waarom wij een urgentie aanwezig achten die ik bij de minister nog niet hoor. Ik vraag mij ook af wanneer hij gaat reageren op het ingediende amendement.

Minister **Klink**: Ik wil in tweede termijn reageren. Daarbij wil ik wel nu al aangeven dat ik de zorg deel die ook al door mevrouw Agema is aangegeven. De veldnorm is 95% en het streven is natuurlijk een hoger percentage. Terecht gaf mevrouw Schermers gisteren aan dat het streven om die eerste 4% winst te boeken op vrij korte termijn zou moeten worden gehaald. Mevrouw Schermers verzoekt via het amendement om daar extra in te investeren. Natuurlijk is dat ter overweging van de Kamer, maar ik sta er vrij positief tegenover om te kijken in hoeverre wij een extra impuls kunnen geven aan de triageprocessen en het snel uitrukken van de ambulances.

Mevrouw **Agema** (PVV): De ambulance is nu in 35.000 gevallen te laat. De minister wil naar een norm die erop neerkomt dat de ambulance er in 20.000 gevallen per jaar langer over mag doen dan een kwartier. Een kwartier is al heel lang. Ik heb al eerder geprobeerd de minister duidelijk te maken dat hij die norm helemaal niet stellen moet, en dat hij moet stellen dat alle ambulances binnen een kwartier aanwezig moeten zijn. Immers, iedere keer dat een ambulance te laat is, arriveert deze te laat bij een noodsituatie.

Minister **Klink**: Dit punt is gisteren al door mevrouw Schermers genoemd. De norm van 95% is een veldnorm. Dat wil niet zeggen dat wij tevreden achterover leunen op het moment dat die 95% is gehaald. Ook ik ben altijd weer onder de indruk als ik concrete cijfers hoor en 20.000 is inderdaad vaak. Ik moet daarbij overigens wel aantekenen dat de norm van een kwartier niet voor elke melding acuut noodzakelijk is. Dat neemt niet weg dat een aantal van 20.000 hoog is. Ik herhaal wat mevrouw Schermers gisteren zei, dat eerst de stap maar eens gezet moet worden om die 95% te halen, zonder dat in mindering te brengen op een hogere ambitie. Die eerste slag moet op korte termijn gemaakt worden, zoals in het amendement wordt gevraagd. Dat staat los van de vraag welke investeringen in het voorjaar moeten plaatsvinden op basis van de studie die dan zal zijn afgerond. Wat betreft de budgetverdeling: laten wij daar een schepje bovenop doen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ben blij te horen dat ook de minister schrikt van de grote aantallen die hij als norm wil stellen, en daar niet verder in wil gaan. Ik wil hem nogmaals met klem op het hart drukken: stel die norm niet zo slap, stel deze scherper richting nul.

Minister **Klink**: Als ik u dan op het hart mag drukken, mijn woorden goed weer te geven. Ik zei immers niet dat ik er niets aan wil doen, ik gaf juist aan dat ik er wél iets aan wil doen en heb ook aangegeven op welke manier ik dat wil doen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De eerste lijn heb ik niet in mijn betoog opgenomen omdat wij binnenkort een debat zouden hebben. Dat debat is uitgesteld op verzoek van de minister omdat deze met plannen komt. In de Kamer, en in ieder geval in de VVD-fractie, leeft breed de zorg over huisartsenpraktijken die steeds minder fysiek bereikbaar zijn. Ik vraag de minister daar aandacht aan te besteden. Ik vraag hem daarbij ook of er sprake is van witte vlekken. De minister gaf immers aan dat artsen zelf kunnen bepalen waar zij hun huisartsenpost vestigen.

Klink

Het gevolg kan zijn dat de verdeling van huisartsenposten over Nederland uit balans is. Heeft de minister daar een overzicht van, en wil hij dat de Kamer doen toekomen?

Minister **Klink**: Ik zeg u graag toe dat ik de witte vlekken in kaart ga brengen met het oog op dat debat, zodat wij weten waar wij het over hebben. Overigens is dat ook belangrijk voor het langeretermijndebat en de brief die ik in dat verband heb aangekondigd.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een procedurele en een inhoudelijke vraag.

Ik ben blij dat de minister positief is over het rapport dat wij hebben aangeboden en dat de resultaten daarvan meegenomen zullen worden. De minister gaf aan de Kamer over één specifiek punt nog te zullen informeren. Ik zou echter graag zien dat de minister integraal op alle aanbevelingen van het rapport reageert in een brief aan de Kamer. Dan kunnen wij dat meenemen in het vervolgdébat over de huisartsenposten en de eerstelijnszorg.

Minister **Klink**: Ik heb op dit moment niet paraat wanneer wij dat debat voeren, en wat mevrouw Kant vraagt moet wel te doen zijn voor de mensen op het departement. Als ik even kan zal ik dat toezeggen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat debat is in januari. Het zou heel prettig zijn als de minister voor dat debat schriftelijk heeft gereageerd op ons rapport. Ik begrijp dat het misschien niet mogelijk is, op alles te reageren, maar dat moet dan in ieder geval wel gebeuren ten aanzien van de essentie van de punten die wij noemen.

Minister **Klink**: Dat doe ik graag.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan mijn inhoudelijke vraag over de ambulancediensten, de specifieke B3-diensten en de problemen op dat punt. Ik keek ervan op dat de minister stelde dat hij nog in onderhandeling is. Ik heb begrepen dat de minister helemaal niet in onderhandeling is, maar dat hij heeft geëist dat men naar de particuliere cao gaat en dat er pas dan te praten valt. Dat is echter geen open gesprek over het functioneel leeftijdsontslag en de overgangsregeling onder de gemeentelijke cao.

Minister **Klink**: Ik zei zojuist onder andere: "... waarbij ik onder voorwaarden een financieel helpende hand bied." Die voorwaarden zijn gepreciseerd. Daarover zijn wij in overleg met de bonden en de besturen van de B3-instellingen. De voorwaarden zijn wel hard.

Mevrouw **Kant** (SP): Die voorwaarden komen erop neer dat de minister helemaal niet onderhandelt en dat hij niet open is als het gaat om de cao waar men onder wil vallen. Dat moet in de ogen van de minister per se de particuliere zijn, maar daar zit de pijn, want dat heeft consequenties voor de oplossing.

Minister **Klink**: Dat klopt. Dat heeft consequenties voor het leeftijdsontslag, voor de pensioenaanspraken en bij wie men wordt ondergebracht, ABP of PGGM. Daarover zijn wij in gesprek. Ik wil niet geconfronteerd blijven worden met het probleem van het volgen van de gemeentelijke cao en de daaruit voortvloeiende

financiële aanspraken, want die zitten in feite niet in de tarieven verdisconteerd, dus zullen die telkens terechtkomen bij de minister van VWS. Die situatie wil ik beëindigen.

Dan het pakket en de dure geneesmiddelen. Eerst dyslexie. De heer Van der Veen en mevrouw Miltenburg waren teleurgesteld, zo kwam het op mij over althans, over de eerste stap die ik nu zet. Zij vinden dat een en ander direct in het pakket zou moeten worden opgenomen. Ik wil dit graag toelichten. Met het voornemen om dyslexie te vergoeden op basis van een tijdelijke subsidieregeling zetten wij wel degelijk een belangrijke stap. Natuurlijk is de benodigde dekking van de subsidieregeling een belangrijke voorwaarde – de afweging op dat punt maken wij in 2008 – maar ik zeg toe dat ik mij tot het uiterste zal inspannen om de vergoeding door deze subsidieregeling per 1 januari 2009 te realiseren. Ik heb in de brief geschreven dat het mijn vaste voornemen is, deze kwestie op te nemen, tijdelijk in een subsidieregeling en uiteindelijk in het pakket. Dat is geen loze brief, want ik zou de Kamer en mijzelf niet serieus nemen als ik dat vervolgens van allerlei kanttekeningen zou voorzien. Die inspanningsverplichting is er en zo verjaar ik die ook.

Wat betreft de hoogte van het subsidiebedrag verwijs ik als indicatie graag naar de berekeningen van het CVZ en het advies op dit punt. Wij zullen dat volgen, althans daar zal ik ruimte voor zoeken. Bij het opstellen van de subsidieregeling zal ik kijken naar de mate waarin die toereikend is. Ik zeg toe dat ik de Kamer op de hoogte houd van de vorderingen. Het is mijn doel om genoeg middelen ter beschikking te stellen om de regeling voor de doelgroep goed en landelijk dekkend te kunnen uitvoeren. Het gaat niet aan, omdat de subsidieregeling tijdelijk is, dat wij ergens in een regio iets gaan proberen. Er is geen sprake van een uitsteloperatie. Als het kabinet de middelen ter beschikking stelt, is het aan de andere partijen, onderwijs en zorg om een goede invulling aan de vergoedingsregeling te geven. Na twee jaar moet duidelijk zijn of scholen en behandelaars voldoende discipline kunnen opbrengen om alleen die kinderen te verwijzen en te behandelen waarvoor de regeling is bedoeld. Bovendien zal de effectiviteit van de behandeling door diverse behandelaars moeten worden aangetoond. Het is dus een tijdelijke subsidieregeling. Die tijdelijkheid heeft te maken met het feit dat deze wordt geëvalueerd, maar niet met het oogmerk om te bezien hoe het loopt, zonder het vaste voornemen deze kwestie daadwerkelijk aan het pakket toe te voegen. Ik wil alleen monitoren hoe het staat met de protocollen die ons zijn aanbevolen en die ervoor moeten zorgen dat er geen overloop plaatsvindt van degenen die licht dyslectisch zijn en dus geen zorgprobleem hebben in de richting van het zorgstelsel. Dat is een voorwaarde. Als de protocollen niet blijken te werken, heroverweeg ik na twee jaar het voornemen om dit onder het pakket te brengen.

Ook waren er vragen over ivf en vruchtbaarheidsbevorderende medicijnen. Mevrouw Schermers en mevrouw Kant pleiten ervoor, die op te nemen in het pakket. Ik sta daar in beginsel positief tegenover. Ik ga daarom het CVZ om advies vragen over mogelijke opname van deze behandelingen in het pakket. Meer specifiek betekent dit dat ik het CVZ op basis van de bekende pakketcriteria zal laten toetsen of deze geneesmiddelen in het GVS kunnen worden opgenomen. Ook

Klink

zal het CVZ gevraagd worden om in zijn advies een raming op te nemen van de kosten die hiermee zijn gemoeid. Dat laatste is van belang gezien de huidige onduidelijkheid over het kostenbeslag voor deze medicatie. Ik verwacht daarna binnen enkele maanden te kunnen besluiten over de vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen.

Mevrouw Kant en de heer Vendrik vragen naar het effect van het invoeren van het eigen risico op de heropname van de pil in het basispakket. Vrouwen, dames, zouden een en ander zelf moeten betalen. De anticonceptiemiddelen vielen voor de groep tot 21 jaar al onder de no-claimteruggaveregeling. Het opnemen van de pil in het basispakket voor alle vrouwen per 2008 betekent inderdaad dat de pil wel onder het eigen risico komt te vallen, evenals onder de no-claimteruggave. Daarmee is feitelijk de situatie niet veel veranderd omdat de pil nu wederom onder een eigen betalingsregeling valt. Het beeld dat de pil gratis zou zijn op het moment dat deze in het pakket zonder eigen risico wordt opgenomen, is niet terecht. Wij betalen er met zijn allen premie voor. Overigens werd de pil ook eerder betaald, of via de premie van de aanvullende verzekering of rechtstreeks. Voor vrouwen met zorgkosten boven de € 150 heeft de uitbreiding wel degelijk betekenis. De drempel wordt voor deze groep verlaagd. Zij komen, zonder dat het eigen risico aangesproken wordt, in aanmerking voor aanschaf van de pil.

Ik maak hierbij wel een aantekening. Mijn relaas kan overkomen alsof ik het in 2008 maar wil laten zoals het is. Voor 2009 geldt het systeem dat de heer Van der Vlies via zijn amendement in het wetsvoorstel heeft ingebracht. Hierbij worden zorgkosten gerelateerd aan bepaalde percentages. Ik zal bij de nadere invulling van het eigen risico dit punt meenemen, ook met betrekking tot de totale kosten die gemoeid zijn met pilgebruik gedurende een heel jaar. Ik zal kijken in hoeverre ik daar een bepaald percentage van kan nemen, wat het maximum is van wat aan eigen bijdrage betaald wordt voor het gebruik van de pil. Dat is namelijk een van de charmante elementen die via het amendement van de heer Van der Vlies zijn ingebracht in het eigen risico. Dat zou dus daadwerkelijk in 2009 een drempelverlaging betekenen voor diegenen die geen zorgkosten hebben en voor wie de pil de € 80 zou vullen. Ik ga hier serieus naar kijken.

Mevrouw Kant vroeg om verdere uitbreiding van het pakket voor kraamzorg, zittend ziekenvervoer en revalidatie bij kanker. Het aantal uren kraamzorg wordt krachtens het coalitieakkoord gemiddeld met vijf uur per gezin uitgebreid. Er is geen inhoudelijke reden om het zittend ziekenvervoer uit te breiden. Er worden hierbij bepaalde categorieën gehanteerd. Op basis daarvan komen mensen al dan niet in aanmerking voor compensatie. Ik zie op voorhand geen reden om van die categorisering af te wijken.

Bij revalidatie bij kanker gaat het om het programma Herstel & Balans, dat door de integrale kankercentra wordt verzorgd. Op basis van de beschikbare gegevens is het CVZ tot de conclusie gekomen dat het niet gaat om een te verzekeren prestatie in de zin van de Zorgverzekeringswet. Wel is een herbeoordeling aangevraagd bij het CVZ.

Mevrouw Koşer Kaya en mevrouw Schermers hebben een amendement ingediend om de innovatie in revalidatiecentra te blijven versterken. Momenteel is dit

nog niet in een dbc opgenomen. Mede gelet op het amendement, overweeg ik de financiering met nog één jaar te verlengen.

Mevrouw Schermers en de heer Van der Veen hebben een amendement ingediend om de financiering van pijnkenniscentra voort te zetten. Gehoord de discussie in de Kamer, ben ik bereid de financiering van deze centra met een jaar te verlengen. Als het amendement wordt aanvaard, ligt het in de rede om de huidige manier van financieren van deze centra voort te zetten, namelijk via een functiegerichte budgettering voor academische ziekenhuizen.

De heer Van der Veen gaf aan dat de arts moet blijven bepalen welk medicijn een patiënt in een ziekenhuis moet krijgen. Als er een gelijkwaardig maar goedkoper alternatief is, dient dit voorgeschreven te worden. Met die benadering ben ik het eens. Ik ben het niet op voorhand met mevrouw Kant eens dat de substitutie-bepaling in de beleidsregel dure geneesmiddelen tot problemen zal leiden in de financiering van en de toegang tot dure geneesmiddelen. Hierbij verwijs ik graag naar mijn brief aan de Kamer, waarin ik heb uiteengezet dat toepassing van de substitutie-bepaling niet tot financiële knelpunten in de ziekenhuizen kan leiden; dat is althans mijn inschatting. De bepaling zal namelijk uitsluitend worden toegepast als bij voorbaat aannemelijk is dat zorgverleners kunnen uitkomen met het goedkoopste alternatief.

Verwacht mag worden dat ook de door mevrouw Kant genoemde dynamiek bij de behandeling van kanker in aanmerking wordt genomen. Wij schatten in dat het kostenbeslag dat gemoeid is met de toepassing van duurdere middelen bij die patiënt die niet met goedkopere middelen kan worden behandeld, niet dermate groot is dat dit voor de ziekenhuizen een financieel knelpunt vormt. De kosten van duurdere geneesmiddelen kunnen immers in die gevallen gewoon uit het reguliere budget van de ziekenhuizen gefinancierd worden. Bovendien krijgen ziekenhuizen volgens de nieuwe bepalingen nog steeds extra budgetcompensatie voor een deel van die kosten. Ik wil daarbij de extra kanteekening maken – in het geneesmiddelendebat is dat ook aan de orde geweest – dat ik voor 2009 wel wil kijken in hoeverre deze dure geneesmiddelen niet voor 100% in de dbc meegenomen kunnen worden. Ik vind dat van belang, want dan zijn wij gewoon af van de discussie over de 80%, alsmede over de 80% die ook blijft gelden voor eventuele duurdere geneesmiddelen op het moment dat de therapeutische meerwaarde identiek is. Daarbij geldt dan wel de clausule dat voor zover wij een en ander in dbc's verdisconteren, de doelmatigheid op een andere manier gewaarborgd dient te zijn. Onder die clausule wil ik dus een en ander in de dbc's onderbrengen en tot een 100%-bekostiging overgaan.

De heer Van der Veen vroeg tevens of ik bereid ben een grootschalig onderzoek toe te zeggen naar prijzen en kortingen in de farmaceutische kolom, en daarbij gebruik te maken van boekenonderzoek bij apothekers, farmaceuten en groothandel. Ik sta nadrukkelijk achter de resultaten van het NZa-onderzoek; het is belangrijk dat de overheid in dat convenant ook een betrouwbare partner is en blijft voor de partijen, waarmee ik afspraken gemaakt heb op basis van de uitkomsten van dat onderzoek. Wel ben ik bereid, nader onderzoek te laten doen naar de volledigheid en scherpte van met name de kosten die voor 2004 in beeld zijn gebracht en die

Klink

geëxtrapoleerd zijn naar 2008. Niemand heeft de uitkomsten voor 2004 betwist en dat lijkt mij ook terecht. De extrapolatie ervan naar 2008 is gemaakt op basis van veronderstellingen. Ik wil en kan er nader naar laten kijken of dat realistische veronderstellingen zijn geweest; het lijkt mij dat de partijen die het transitieakkoord hebben getekend, daartegen moeilijk bezwaar kunnen hebben. Als dat nader onderzoek andere resultaten oplevert, dan vind ik dat die ook moeten worden betrokken bij de monitoring van de uitvoering van het transitieakkoord. Dat kan betekenen dat er op enig moment opnieuw gekeken moet worden naar de getallen en ramingen voor 2009. In die zin wil ik tegemoetkomen aan de wensen van de heer Van der Veen, maar ik kan niet beloven of ik de uitkomsten voor 1 april 2008 heb. Wat ik niet kan beloven, wil ik ook niet beloven; wij zetten er echter wel vaart achter. Ik denk dat het nader onderzoek langs meerdere wegen moet worden opgezet en zich onder andere moet richten op de groothandel. Daar is wel tijd voor nodig.

Ik hecht om een tweede reden aan een onderzoek: ik vind een nulmeting van belang om te kijken in hoeverre de stappenplannen die wij in december aanstaande aan de Kamer presenteren daadwerkelijk leiden tot vermindering van kortingen en bonussen. Als er geen nulmeting is, kunnen wij de progressie van het vervolg moeilijk in beeld brengen; die extrapolatie en de geleverde kortingspercentages hangen daar toch mee samen en daar moeten wij zicht op krijgen. Dus ook om die reden hecht ik aan dat nader onderzoek.

Ik wil kijken naar de kortingspercentages in de afgelopen periode. Ik wil ook zien tot welke mate van kortingen en bonussen dit heeft geleid. Ik doe dit met het oog op het stappenplan in de nabije toekomst en met het oog op de bedragen die voor 2009 zijn ingeboekt. Ik wil bekijken in hoeverre deze bijdragen voldoende grond vinden in de feitelijk verstrekte kortingen en bonussen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ga in op het laatste punt, het onderzoek waarover de minister in de farmaceutische kolom spreekt. Als ik het goed begrijp, zegt de minister dat hij wil bekijken of de NZa de extrapolaties correct heeft uitgevoerd, op basis van het rapport uit 2004. Wat moet ik mij daarbij voorstellen?

Minister **Klink**: Wij gaan bekijken hoe hoog de kortingen en bonussen op dit moment zijn. Deze kun je spiegelen aan de inschattingen die gemaakt zijn op basis van de feiten uit 2004 en de raming die daaraan ontleend is. Het kan zijn dat deze raming te laag of te hoog was. Als dit mocht blijken, zal ik samen met de convenantspartijen opnieuw nagaan of de ingeboekte bedragen voor 2009 toereikend zijn. Ook weten wij dan waar wij nu aan toe zijn. Dat is van belang voor het stappenplan voor 2009 dat ik in december zal presenteren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat 2007 een nulmeting wordt voor de komende jaren. Als ik het al eens ben met een nulmeting, moet je deze wel heel erg zorgvuldig uitvoeren. In mijn motie heb ik gesteld dat je een boekenonderzoek moet doen om erachter te komen wat er in de farmaceutische kolom gebeurt. De manier waarop de minister het onderzoek omschrijft, geeft mij geen beeld van hoe diep de NZa gaat voor de nulmeting. Als dit niet diep genoeg gaat, houden wij daarna de

discussies over de nulmeting. Hoe diep gaat dit onderzoek dus?

Stel dat het onderzoek uitwijst dat de NZa te voorzichtig is geweest in haar extrapolatie, dat de kortingen en bonussen in 2007 aanmerkelijk hoger zijn geweest dan de minister nu aan de orde stelt, wat betekent dit dan?

Minister **Klink**: Ik kan niet zomaar boekenonderzoek gaan doen. Ik kan dit niet afdwingen bij de apothekers. Zij hebben in het verleden wel gezegd dat zij bereid zijn om de boeken te openen om er zicht op te kunnen krijgen. Ik verwacht dat dit opnieuw zal kunnen. Ik zal mikken op het boekenonderzoek om een feitelijk en representatief beeld te krijgen, net als in 2004. Ik verwacht dus dat de apothekers bereid zijn om de boeken opnieuw te openen ten behoeve van een precieze nulmeting.

Mocht blijken dat de kortingen en bonussen op dit moment hoger zijn dan op basis van de extrapolatie is geraamd, dan zal ik dit meenemen voor 2009 en het bedrag dat daarmee gemoeid is. Ik ga niet met terugwerkende kracht de bedragen die voor de achterliggende jaren of voor dit moment zijn ingeboekt, in heroverweging nemen. Een convenant is een convenant. Ik moet ook een betrouwbare partij voor de apothekers zijn. Als uitgangspunt voor het convenant hebben wij de NZa-cijfers genomen en deze geëxtrapoleerd. Ik teken daar één ding bij aan: als ik op het moment dat het convenant was gesloten, had gezegd dat wij daar nog nader onderzoek naar moesten doen, was er tijd verlopen, was er geen convenant geweest en had ik niet de opbrengsten gehad die ik nu heb. De nettobetalers zou in dat geval de premiebetalers zijn geweest.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag ik het dan zo vertalen, dat als de PvdA en de VVD deze discussie niet hadden aangekaart, er zelfs geen betrouwbare nulmeting was geweest over 2007?

Minister **Klink**: Het is in ieder geval een belangrijke aanjager voor de nulmeting, maar in het transitieakkoord zelf staat dat opnieuw naar het bedrag voor 2009 zal worden gekeken, mochten nadere gegevens uitwijzen dat de raming ontoereikend is of mochten nadere gegevens uitwijzen dat de kortingen en bonussen hoger zijn. Men heeft daar dus op gepreludeerd. Bovendien heb ik afgelopen zaterdag een gesprek gevoerd met alle partijen die bij het convenant betrokken waren om ook van hen te horen hoe zij aankijken tegen de nabije toekomst. Ook daar werd gemeld, ook door ons, dat een nulmeting van belang is. Ik wil namelijk wel weten welke vervolgstappen effectief zijn en welke niet.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het is plezierig dat u beweegt. Ik heb er wel een paar vragen bij, die sterk aansluiten bij de vragen van de heer Van der Veen. Een nulmeting moet buiten discussie staan en moet op harde gegevens berusten. Ik vraag mij af hoe hard die nulmeting is en wat wij daaraan hebben als u niet in boeken gaat kijken. Ik heb om twee redenen mijn motie ingediend om terug te gaan naar de onderhandelingstafel. Ten eerste, de premiebetalers schiet er niets mee op want het geld wordt niet verrekend; hij betaalt toch minimaal € 20 te veel. Ten tweede, een onderzoek zet alles wat in die sector gebeurt op slot. Daarvoor ben ik erg bang. Als u gaat onderzoeken, terwijl u niet zeker

Klink

weet of u het onderzoek voor 1 april aanstaande af hebt en u glijdt zo het jaar in, dan betekent dat, dat weten wij uit het verleden, dat de sector de status quo zal handhaven en dat er helemaal niets gebeurt. Het is juist van belang dat wij naar een degelijk systeem voor de toekomst gaan, dat mag dit niet blokkeren.

Minister **Klink**: U snijdt drie elementen aan. Ik heb al aangegeven dat het boekenonderzoek wat mij betreft gewenst en ook bijna noodzakelijk is om een reëel beeld te kunnen krijgen. Het is niet voor niets dat wij dat in 2004 hebben uitgevoerd. Mijn clausule daarbij is dat de apothekers de boeken niet hoeven te openen. Niemand kan hen daartoe dwingen, tenzij er een soort verdenking is, maar die hebben wij niet want er is geen strafbaar feit gepleegd. U realiseerde zich dat niet, daarom meld ik dat. Ik verwacht dat de apothekers hun boeken zullen openen, maar ik vind dat ik correctheidshalve moet zeggen dat dit mede afhankelijk is van hun welwillendheid. Ik veronderstel die welwillendheid, want die is in het verleden ook gebleken.

U zegt dat men minimaal € 20 te veel betaalt. U weet kennelijk de uitkomst van het onderzoek al. Ik verwacht dat niet, maar wij zullen dat bekijken en daarvoor hebben wij dat onderzoek nodig. Ik zeg alleen van mijn kant dat als het convenant er niet geweest was, men als premiebetalder op een veel hoger bedrag was afgerekend. Daar ligt in ieder geval mijn bestuurlijke verantwoordelijkheid.

Ik ben het volstrekt met u en met de heer Van der Veen eens dat wij de tijdsspanne in de gaten moeten houden en dat wij moeten voorkomen dat een onderzoek een jaar vertragend werkt om naar een ander systeem te komen. Dat onderzoek, waarschijnlijk boekenonderzoek, moet wel snel gebeuren, zodat wij heel snel weten waar wij aan toe zijn.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb een heel ander onderwerp: dyslexie. Ik constateer dat er licht zit tussen de brief over dyslexie die u naar de Kamer heeft gestuurd voorafgaand aan de begrotingsbehandeling en uw antwoord zojuist. Ik heb u horen zeggen dat het de bedoeling is dat het in de subsidieregeling om de volledige doelgroep gaat, zoals beschreven en uiteindelijk goedgekeurd door het CVZ. Het jaar daarna wilt u het opnemen in het pakket. In de brief die u naar de Kamer heeft gestuurd heeft u het alleen maar over leerlingen uit groep 4. Dus u wilt het eerste jaar alleen de leerlingen die beginnen met lezen en waar direct dyslexie bij wordt vastgesteld – sommige leerlingen beginnen wat later en hebben helemaal geen dyslexie – daarvoor in aanmerking laten komen. Ik wil graag van u weten of u van mening bent veranderd ten opzichte van uw brief. Is het verder de bedoeling dat het volledige advies van het CVZ overgenomen wordt en het per 1 januari 2009 wordt opgenomen in het pakket?

Minister **Klink**: De tijdelijke subsidieregeling werkt in feite als ware het opgenomen in het pakket. Daar zitten geen clausules in die terughoudendheid veronderstellen. Het heeft alles te maken met de evaluatie die naderhand plaatsvindt, ten einde daar een definitieve beslissing over te nemen. Dat heeft dan echter weer met die protocollen te maken.

U sprak verder over groep vier. Het is niet zo maar een pilot die wij gaan beginnen. Ik kom daar graag in tweede

termijn op terug. Het heeft namelijk te maken met de vraag hoeveel middelen wij de komende jaren hiervoor kunnen uittrekken. Er zijn namelijk additionele kosten mee gemoeid als je niet in groep vier begint, maar ook hogere groepen erbij betreft. Ik vind dat ik als het gaat om het pakket een reële afweging moet maken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik wil het hebben over het aantal kraamuren. U spreekt over een uitbreiding met vijf uur. Zijn die vijf uur ingegeven uit kostenoverwegingen of is daartoe besloten in overleg met de kraamzorgorganisaties? Ik vraag dit omdat vanuit de kraamzorgorganisaties wordt aangegeven dat het belangrijk is dat kraamverzorgenden een werkbare werkweek kunnen maken. Verder gaat het om het aantal aanmeldingen voor de opleiding. Als er geen fatsoenlijke werkweek gewerkt kan worden door kraamverzorgenden, loopt het aantal aanmeldingen voor de opleiding terug.

Minister **Klink**: Ik zie dat verband. Je hebt een aantal uren nodig om het aantrekkelijk te houden voor degenen die kraamverzorgende willen zijn. Ik kom daar in tweede termijn graag op terug.

Mevrouw **Kant** (SP): Er zijn een aantal vragen niet beantwoord. Ik heb er drie uitgekozen. Een is wel beantwoord, maar daar wil ik toch even op terugkomen. Dat betreft substitutie van dure geneesmiddelen. U zegt dat dat niet tot problemen zal leiden, aangezien het om gelijkwaardige middelen gaat en er precair mee zal worden omgegaan als het gaat om kankerpatiënten. De sector heeft echter voorbeelden van middelen die niet helemaal gelijkwaardig zijn. Men noemt gemsitabine bij longkanker. Dat zou voorgeschreven moeten worden, omdat het een gelijkwaardig middel zou zijn. In de praktijk is dat, gezien de bijwerkingen, soms ongewenst. U beïnvloedt dan toch de arts in zijn voorschrijfgedrag. Een ander voorbeeld is lucentis. Er is een ander middel, maar daarvan is nog niet zeker dat het gelijkwaardig is, aangezien daar nog onderzoek naar moet worden gedaan. Wordt men nu toch niet gedwongen om dat goedkopere middel dan lucentis voor te schrijven? Ik voorzie in de praktijk dus wel degelijk problemen. Kunt u niet beter wachten met een beslissing hierover totdat de monitoring van dure geneesmiddelen en de gevolgen daarvan, is afgerond? Dan kunnen wij er daarna opnieuw over spreken en dan ook een beslissing nemen. Dat wil niet zeggen dat ik er dan voor zal zijn, maar het lijkt mij niet gewenst om dit al in te voeren, zonder dat daar een beeld van is.

Minister **Klink**: Die monitor komt binnenkort. De indicatie is dat het budget op dit moment nog toereikend is. Dat verklaart ook waarom het meldpunt dat wij ooit hebben ingericht voor klachten over besturen die artsen eventueel zouden belemmeren om dure geneesmiddelen voor te schrijven, niet volloopt. Wij krijgen via dat meldpunt weinig aanwijzingen dat hier problemen zijn. Dat neemt niet weg dat ik uw punt wel onderken. Ik verwacht dat de kosten voor dure geneesmiddelen zullen gaan oplopen. Dan zal er weer sprake zijn van een spanningsveld. Ik wil met de NPCF overleggen hoe wij daarmee, mede met het oog op die monitor, om moeten gaan. Dit ook in het licht van de dbc's en de 100%-besteding met nadere voorwaarden voor doelmatig

Klink

voorschrijven. In die zin ben ik wel gevoelig voor uw argument. Ik kom daar graag in tweede termijn nog even op terug.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb verder nog een vraag over het zittend ziekenvervoer. Ik heb het voorbeeld genoemd van kankerpatiënten. Zij vallen in de groep die, als het gaat om behandeling, zoals chemotherapie of bestraling, voor zittend ziekenvervoer in aanmerking komt. Een patiënt, die er zeker na die chemotherapie heel slecht aan toe kan zijn, zoals de minister ook weet, en op controle moet bij het ziekenhuis om te laten bekijken of de therapie is aangeslagen, krijgt dit niet vergoed. Dit is toch een rare ongerijmdheid?

Minister **Klink**: Sta mij toe dat ik hierop in tweede termijn of schriftelijk terugkom.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb wel op beide punten een motie. Dat is altijd lastig met een tweede termijn. Maar goed, de minister kan dan op die moties reageren.

Het laatste punt betreft de financiering van de kankercentra. De minister heeft schriftelijk geantwoord dat hij in overleg is om te kijken naar nieuwe vormen van financiering. Mijn vraag was of dbc's daarbij een opties zijn.

Minister **Klink**: Ik moet mevrouw Kant het antwoord schuldig blijven. Ook hierop kom ik graag in tweede termijn terug.

Op de agenda staan nog de positie van de patiënt, de arbeidsmarkt, innovatie en preventie. Dit zijn kortere punten dan de vorige. Ik sprak over de zorginkooprol van verzekeraars. Het is positief dat verzekeraars in hun inkoopbeleid steeds meer luisteren naar klanten, naar de patiënt. Ditzelfde geldt trouwens voor ziekenhuizen en andere zorgverleners. Men wordt veel meer gevraagd om meningen en om ervaringen en behoeften. Daarmee wordt gelukkig iets gedaan. Nieuwe zorgconcepten, bijvoorbeeld rond diabetes, komen zeker niet alleen voort uit kostenoverwegingen, maar ook uit het feit dat men de ervaringen spiegelt met patiënten.

Ik verwacht dat vooral de eerstelijnszorg sterk zal gaan inspelen op de behoefte aan kwaliteit, klantgerichtheid en een nieuwe, efficiëntere verdeling van het werk. Dit zie je ook aan initiatieven die rond de nieuwe praktijk worden genomen. In dit verband vermeld ik dat de aandacht voor patiëntveiligheid momenteel sterk toeneemt. In een meer concurrerende omgeving zullen ziekenhuizen hierop echt worden afgerekend. De vrijblijvendheid is dan ook aan het verdwijnen, vanwege het marktmechanisme, zou je kunnen zeggen, maar ook omdat wij als departement, mede door deze Kamer aangespoord, sterk de vinger aan de pols houden. De patiënt moet in mijn ogen een hoofdrolspeler zijn in de zorg. Dit gaat niet vanzelf. Daarom sprak ik over de noodzaak van transparantie en van kwaliteit.

Ik heb de 80 aandoeningen al genoemd. De betekenis hiervan moeten wij zeker niet onderschatten, want elke patiënt krijgt informatie om zelf te kunnen kiezen. Ook wettelijk gaan wij de positie van de patiënt verder versterken via een wet cliënt en kwaliteit van zorg. Mevrouw Schippers en mevrouw Schermers vroegen hoe het daarmee staat. Momenteel werken wij hard aan de brief aan uw Kamer. Deze is aangekondigd in de brief over kwaliteit van zorg van juli 2007. In de komende brief

zal ik ingaan op alle lopende activiteiten en op alles wat wij van plan zijn om te gaan doen ter versterking van de positie van de cliënt in de zorg.

Eén van die activiteiten is natuurlijk uiteindelijk wetgeving. Om het belang van de cliënt te benadrukken, scheidt het voorgenomen wetsvoorstel waarborgen dat de zorg verantwoord en veilig wordt verleend, en dat bijzondere vormen van zorg van kwalitatief goed niveau en voldoende toegankelijk zijn. Een belangrijk aspect in het wetsvoorstel is dat cliënten op een eenvoudige en laagdrempelige manier toegang krijgen tot een onafhankelijke geschillencommissie, die ook hogere boetes, om het zo te zeggen, kan gaan opleggen. De klager kan naar de geschillencommissie als hij of zij er met de zorgaanbieder niet uitkomt, of als de klacht van dien aard is dat de klager zich liever niet meer tot de zorgaanbieder wendt. Die geschillencommissie zal in individuele gevallen uitspraken kunnen doen over het handelen en nalaten van de zorgaanbieder, en de uitspraken zijn bindend voor beiden. De procedure leent zich juist ook voor klachten zonder grote financiële schade, zoals onheuse bejegening, schending van de privacy of het niet willen meewerken aan een second opinion. Een laagdrempelige en onpartijdige geschillencommissie is een bruikbaar alternatief voor de gang naar de civiele rechter. Mijn bedoeling is dat cliënten hierdoor en met behulp van het instrumentarium van de inspectie op grond van de Kwaliteitswet minder vaak hun toevlucht nemen tot het tuchtrecht.

Het wetsvoorstel wordt zo ingericht dat de cliënt al zijn rechten in één wet terugvindt en op grond van die wet van de zorgaanbieder kan verwachten dat deze rechten in acht worden genomen. Om de zorgrelatie goed te regelen, worden de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders bijeengebracht. Door het hanteren van de invalshoek van de cliënt krijgen normen voor zorgaanbieders een duidelijke tegenhanger in de vorm van rechten voor de cliënt. Wij sluiten daarbij aan op de stappen die in de afgelopen periode zijn gezet om de aanbieder in de zorg de ruimte te geven, de door cliënten gevraagde zorg op zijn manier te gaan leveren.

Wij geven de zorgaanbieders ruimte en vertrouwen, maar vrijblijvend is dit niet. De positie van de cliënt is pas optimaal als ook aan de kant van de zorgaanbieders de grenzen goed zijn gedefinieerd. Het doel is dus om te komen tot een stimulerende wet, die genoeg ruimte laat voor tweezijdige afspraken tussen aanbieders en cliëntenorganisaties en voor het kwaliteitsbeleid bij de zorginkoop door verzekeraars. De rechten die in de zorgrelatie gelden, worden duidelijker.

Het wetsvoorstel regelt zeven rechten voor cliënten in de zorg. Ik loop deze niet alle zeven langs maar ik wil ze wel even preciseren. Het gaat allereerst om beschikbare en bereikbare zorg. Daarin ligt de relatie met wat ik zo-even meldde over de bereikbaarheid. Hieraan kun je ook op basis van deze nieuwe wet aanspraken ontlenen. Vervolgens gaat het om het recht op keuze en het recht op keuze-informatie, zie de 80 aandoeningen en de infrastructuur die wij daarvoor aan het oprichten zijn. Ook daarvoor komt het recht om die informatie op te eisen bij de patiënt te liggen. Verder noem ik het recht op informatietoestemming, dossiervorming en privacy, het recht op afstemming tussen zorgverleners – dit is vaak een belangrijk punt bij veiligheid en onveiligheid – en het recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling. Medezeggenschap en goed

Klink

bestuur worden ook meegenomen. In de brief die de staatssecretaris en ik nog dit jaar aan de Kamer zullen sturen, gaan wij in op de hoofdlijnen van de wet cliënten en kwaliteit van de zorg. Wij streven ernaar om het wetsvoorstel medio 2008 bij de Kamer in te dienen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik heb in mijn inbreng twee punten aan de orde gesteld. In de eerste plaats het personeelstekort. Dit is nu al een probleem, maar het zal in de toekomst alleen maar groter worden. Wij hebben een notitie arbeidsmarkt ontvangen, maar een stappenplan om de personeelstekorten heb ik niet gezien. Wil de minister daar nu op ingaan?

In de tweede plaats heb ik gesproken over innovatie. De minister zei ook al in zijn inleiding dat innovatie een van de manieren is om het personeelstekort aan te pakken. Is de minister bereid om in januari 2008 een plan van aanpak te presenteren waarin hij uitgebreid ingaat op de vraag hoe die innovatie vorm kan krijgen en kan worden aangepakt in de breedste zin van het woord, dus inclusief regelvrije zones enzovoort?

De **voorzitter**: Volgens mij hebben deze vragen betrekking op het volgende blok.

Minister **Klink**: Inderdaad, ze komen nu aan de orde en uitvoeriger dan de vragen van mevrouw Koşer Kaya doen vermoeden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mag ik vragen in welk blok de minister zal ingaan op mijn voorstel om de zorg te de-islamiseren?

Minister **Klink**: Ik zal daar het laatste blok van maken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De ambtsvoorganger van de minister heeft twee keer toegezegd dat je via www.kiesbeter.nl zal kunnen nagaan of een arts een berisping heeft gehad, uit zijn beroep is gezet of iets aan zijn broek heeft hangen. Het verbaast me dat dit in de praktijk nog steeds niet mogelijk is. Wil de minister hierop ingaan?

Minister **Klink**: Ik kom hier in tweede termijn op terug, want dit is inderdaad een beetje vreemd nu er al twee keer een toezegging is gedaan voor een onderwerp dat naar mijn mening al geregeld had kunnen worden.

Voorzitter. Ik zal nu beknopt ingaan op de hoofdthema's van blok 5. Cijfers wijzen uit dat wij in 2020 500.000 mensen tekortkomen. De Kamer heeft van ons een arbeidsmarktbrief ontvangen. Wij willen het tekort opheffen langs verschillende lijnen, namelijk de arbeidsproductiviteit die met 0,5% omhoog gaat, meer zelfstandigheid van mensen, deeltijders die een aantal uren per week meer gaan werken, een jaar later uittreden en een aandeel in de zorgsector op de arbeidsmarkt. Dit laatste heeft natuurlijk te maken met de opleidingen en de mate waarin leerlingen uitstromen. Wij willen nagaan in hoeverre dit kan worden verhoogd.

Een van de speerpunten van de brief is dat leerling verpleegkundigen goed moeten worden begeleid tijdens hun stage. De staatssecretaris en ik hebben daarom besloten een stagefonds in te richten. Mevrouw Kant heeft gevraagd of dit geld niet als vergoeding aan de leerlingen zelf kan worden uitgekeerd. Het eerste doel van de stagemiddelen is dat het aantal stageplaatsen wordt uitgebreid. Verder beogen wij een kwaliteitsimpuls

te geven aan de stageplaatsen die worden aangeboden. Een belangrijk knelpunt voor het niet voldoende aanbieden van stageplaatsen zijn de begeleidingskosten. Daaraan hebben wij tegemoet willen komen, maar de stagevergoedingen voor de leerlingen zelf zijn primair een zaak van de cao en dus van de sociale partners. In veel cao's is dit inmiddels meegenomen.

Wij zullen alle wegen moeten bewandelen die ik heb genoemd. De overheid kan dit echter niet alleen. Het lukt alleen als betrokkenen zoals werkgevers, vakbonden, beroepsorganisaties, scholingsinstellingen, enzovoort ook over hun horizon durven heen kijken en niet alleen vasthouden aan oude patronen en taakopvattingen. Daarom komt er inderdaad een commissie die advies zal geven over de vraag hoe wij op lange termijn de toenemende zorgvraag met gerichte inzet van menskracht kunnen oplossen. Daarbij zullen innovatie, nieuwe zorgconcepten, behoud van personeel en werving van personeel centraal staan.

Overigens zeg ik hierbij dat wij niet de grootste verzeichten hebben bij de werving. De arbeidsmarkt wordt smaller en van verschillende kanten wordt geprobeerd, mensen binnen te halen. Daarom wordt de aandacht vooral gericht op innovatie, mensen die nu in deeltijd werken meer te laten werken en langer werken. Op die drie punten zal een en ander zich richten. Overigens is de betrokkenheid van zorgverleners bij die arbeidsmarktcommissie zorg ook belangrijk omdat zij barstensvol goede ideeën zitten over de inrichting van hun werk en de kwaliteit van de zorg. Ruimte voor ideeën maakt het werken in de zorg aantrekkelijker. De zorg heeft ten onrechte een tobberig imago, want de sector loopt over met gedreven mensen en excellentie. Daarvan kan een enorme aantrekkingskracht uitgaan.

De Nederlandse zorg moet internationaal een toonbeeld zijn van innovatie en innovatieve krachten. Nederland heeft een open economie en wij moeten dan ook de mogelijkheden die de zorg biedt, met kracht aangrijpen. Ik wees er al op dat Philips zich op medisch gebied onderscheidt, maar ook Topinstituut Pharma is een belangrijke motor voor toegepast onderzoek in de geneesmiddelenbranche. Het samenspel tussen zorgverleners, onderzoekers en industrie kan een sterke impuls geven aan de gezondheidszorg, proces- en productinnovatie, kostenreductie, verhoging van de arbeidsproductiviteit en de ontwikkeling van moderne, kwalitatief hoogwaardige vormen van zorg.

Mevrouw Koşer Kaya wees op het belang van innovatie en vroeg naar de invulling van de agenda waarvoor ik 10 mln. heb gereserveerd. Om de innovatiekracht van de sector te vergroten zal ik met de sector, het bedrijfsleven en de wetenschap een innovatieplatform c.q. -programma inrichten. Het vergroten van de innovatie vergt namelijk samenspel tussen de verschillende partijen. Ik zeg toe dat ik begin 2008 met dit programma zal komen en de Kamer hierover zal inrichten. Daarbij zal ik in het bijzonder ingaan op thema's als chronische aandoeningen, arbeidsproductiviteit en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Is 10 mln. hiervoor genoeg? Ik hanteer bij de innovatie twee lijnen en metaforen: prikkels en programma's. De meeste innovatie komt naar mijn overtuiging tot stand als de overheid goede randvoorwaarden creëert voor mensen en organisaties om zich te onderscheiden op doelmatigheid en kwaliteit. Daarvoor is transparantie nodig, want alleen dan is competitie op basis van

Klink

kwiteit mogelijk. En dat kan alleen als vrije prijsvorming mogelijk is, want dan kan men zich op het punt van doelmatigheid van elkaar onderscheiden.

Naast deze structuurprijkkels wil ik met het innovatieplatform een programma-agenda ontwikkelen. De Leitmotieven voor het platform zijn het zorgaanbod met de grootste ziektelast – dat zijn de “big five” van de chronische aandoeningen – en organisatievormen die arbeidsmarktbesparend zijn. Ik zal mij dus in het bijzonder op procesinnovatie richten.

Ik wil verder bezien in hoeverre de gevolgen van de bekostigingsmodellen voor de samenhang tussen de eerste en tweede lijn in de weg staan aan innovatie bij de “anderhalfzorg” en de gemeenschappelijke aanpak door de eerste en tweede lijn van diabetes, hartfalen en COPD. Ik richt mij dus op drie zaken. Het programma richt zich vooral op chronisch zieken en gehandicapten en arbeidsmarktbesparende elementen. En vervolgens zie ik in breder verband de aansluiting tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de bekostiging.

Een overzicht van het plan van aanpak van het innovatieplatform komt begin 2008 naar de Kamer.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik ben blij met uw laatste toezegging. Ik hoop echter wel dat het niet bij de aankondiging van een platform blijft en dat de minister ook concrete stappen zet.

De regie op de innovatie ontbreekt. Als je innovatie echt van de grond wilt krijgen, moet daarvan meer werk worden gemaakt. Innovatie kan helpen bij het oplossen van het personeelstekort. De aankondiging van weer een commissie roept bij mij wel de vraag op of wij niet maar wat doorsukkelen. Ik krijg daarom ook graag een plan van aanpak dat louter en alleen is gericht op het oplossen van het personeelstekort.

Minister **Klink**: Ik ga op één punt nog nader in. VWS kan het niet alleen; de ziekenhuizen zullen hun middelen moeten inschakelen. Ik stelde aan het begin van mijn betoog al dat de ziekenhuizen van mij enige stabiliteit ten aanzien van financiële randvoorwaarden kunnen verlangen. Ik vraag hen dan wel om maximale inzet op deze agenda. De personeelstekorten zijn straks ook hun probleem. Als de ziekenhuizen aan te weinig personeel kunnen komen, worden de wachtlijsten langer. Ik benadruk dat het goed functioneren van de arbeidsmarkt ook hun zorg is. Het samen optrekken op dit punt vraagt wel om regie. Ik wil de middelen stromen met één duidelijke focus. De innovaties die uiteindelijk arbeidsmarktbesparend zijn, krijgen topprioriteit. Daar moeten wij op aansturen. Daar is ook dat platform voor nodig. Ik ben het er dus mee eens dat sturing en regie nodig zijn. Ik breng de partijen die hier belang bij hebben, die ermee gemoeid zijn en die ik erop aanspreek, bij elkaar. Daar wordt de creativiteit aan toegevoegd die soms aan andere sectoren – het bedrijfsleven – ontleend kan worden. De focus is gericht op personeelstekorten, de regie wordt gevoerd op basis van het innovatieplatform en de middelen en inspanningen moeten gegenereerd worden vanuit de verschillende partijen die daarbij belang hebben.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik zou de bal niet in het veld laten liggen en zeggen: zij moeten met oplossingen komen. Zij moeten wel met oplossingen komen, maar de regie ligt bij de minister. Hoe hij een en ander bespreekt

en afspreekt met de betrokken partijen is niet mijn pakkie-an. Ik wil dat er straks een plan van aanpak ligt waarover Kamer kan debatteren. Er moet daar een fundamentele invulling aan worden gegeven.

Minister **Klink**: Ik ben uw eerste aanspreekpunt en uit dien hoofde regievoerend.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik hoor het al. Het personeelstekort is een zaak van de ziekenhuizen en zij moeten dat maar oplossen. Het grote probleem ligt echter bij de minister zelf die niet bij zijn collega-ministers de urgentie onder de neus weet te wrijven van de noodzaak van 500.000 mensen extra in de zorg tot 2020. Dat is over twaalf jaar, over drie kabinetten. De minister redt het niet met innovaties, minder deeltijdwerken en langer werken. De sector wordt daarmee alleen maar erger onder druk gezet. De minister moet met een noodplan komen waarin wordt uitgelegd hoe 500.000 extra medewerkers worden aangetrokken in plaats van met dit soort slappe hap.

Minister **Klink**: Mevrouw Agema moet de zaken niet vermengen. Innovatie en arbeidsproductiviteitsverhoging is één van de elementen die in de arbeidsmarktbrief aan de orde kwamen. Ik heb de andere sporen al genoemd, waaronder werknemers die langer doorwerken en meer uren maken. Verder hoeft ik niet overtuigd te worden van de urgentie van het probleem. Laat ik niet te veel uitweiden over wat er allemaal gepresteerd is, ook onder vorige kabinetten. Ik benadruk wel dat de urgentie van dit probleem mij al jarenlang bekend is. De wachtlijsten van 2001 waren een manifestatie van hoge economische groei en personeelstekorten. Er was geld zat maar er waren geen mensen. Straks staat dat incidentele probleem van toen structureel op de agenda, simpelweg omdat de arbeidsmarkt smaller wordt. Dit probleem gaat zich voordoen, of er nu een hoog- of laagconjunctuur is. Dat structurele probleem zal structureel moeten worden aangepakt. Ik heb al toegezegd, een agenda voor het arbeidsmarktbeleid en de innovatie toe te sturen. Ik roep met een groot urgentiegevoel de sector op om de handen ineen te slaan. Als men van mij enige coulance verwacht op het punt van financiële stabiliteit, dan verwacht ik van hen een doelmatiger aanpak en medewerking. Dat levert een agenda op die toereikend zal zijn. Mevrouw Agema kan niet volhouden dat hier niet aan wordt gewerkt. Met de staatssecretaris zit ik driekwart jaar in het kabinet. In die tijd is een stagefonds gerealiseerd, is een arbeidsmarktbrief opgesteld en is er overleg geweest met het veld over een betere begeleiding van stagiaires. Mevrouw Agema kan dat dus niet volhouden. Sterker nog, wij zullen haar dat bewijzen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Stoere taal van de minister, maar wat heeft hij tot nu toe gerealiseerd? In de voorliggende begroting wordt uitgegaan van 5000 tot 6000 extra medewerkers in de zorg. Dat is nog niet eens 1% van de 100% die nodig is. Wat is dit voor stoere taal? Als de minister dit al jaren weet, waarom laat hij zich dan door zijn collega-ministers met een kluitje in het riet sturen? Waarom laat hij zijn collega-ministers snoepgoed uitdelen voor linkse hobby's? Waarom zegt hij niet: dat geld hoort op mijn ministerie thuis want ik heb zoveel medewerkers in de zorg nodig. Wat nou stoere taal? De minister is nog niet eens begonnen aan het krijgen van

Klink

500.000 extra medewerkers. Het is nog niet eens een begin.

Minister **Klink**: Uit uw interventie neem ik in positieve zin het urgentiegevoel mee dat er uit spreekt. Dat gevoel maak ik graag tot de mijne.

De **voorzitter**: De dames Schippers en Van Miltenburg mogen allebei één vraag stellen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind het enthousiasme van de minister positief en dat stelt mij ook enigszins gerust, maar het gaat natuurlijk wel om de uitkomst. Ik ben ontzettend bang voor een praatcircus. Wij hebben dat bij het algemene innovatieplatform gezien en dat zou ik hier niet graag willen herhalen. Ik vraag de minister om de belemmeringen die voor de arbeidsmarkt-innovaties in het systeem zitten, mee te nemen, want dat moet echt een focuspunt zijn. Pas er bovendien voor op dat wij niet alles van bovenaf regelen, maar laat het van onderop komen. Zie hiervoor mijn motie over de tijdelijke toelating van innovaties in het pakket, niet om er altijd in te blijven, maar om de doorstroom van goede ideeën van de grond te krijgen.

Minister **Klink**: Ik ben ook doodsbang voor versnippering: talloze initiatieven op verschillende fronten. U sneed dat onderwerp gisteren zelf aan met betrekking tot kwaliteitsbeleid. Wij kennen tig websites – althans, zo komt het soms over – waarop wij wat inzicht krijgen in de kwaliteit, maar zonder dat er enige uniformiteit in zit. Dat kan hier ook zomaar gebeuren. Een mooi projectje hier en een mooi projectje daar. Een zekere trots op het moment dat je binnenkomt in een ziekenhuis, "kijk ons eens de hypermodernste snuffjes hebben", zonder dat het zich breed etaleert. Dat is inderdaad een groot risico. Ik ben mij van één ding wel bewust: er ligt een grote hypotheek op dit traject rondom innovatie en de arbeidsmarkt. Het is geen speeltje. Als dit niet lukt, hebben wij een gigantisch probleem. Dan zullen de wachtlijsten oplopen. Daarom mag u van mij verwachten – en u mag mij daarop ook aanspreken – dat wij beiden in de loop van het komend jaar zorgen voor een programmacircus en niet voor een praatcircus. Ik doel dan niet op een circus in de ludieke zin van het woord.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik kom in dit kader even terug op de steunkousenuittrekmachine. Elke keer is er weer hilariteit over. Sommige mensen vinden dat geen goed middel. Het apparaat is ontwikkeld door een Willie Wortel. Iemand zag gewoon dat dit kan werken en dat het een enorm effect kan hebben voor de zelfstandigheid van mensen die steunkousen nodig hebben, maar ook voor de arbeidsmarkt. U hebt nu gezegd dat deze machine vergoed moet gaan worden, maar die mijnheer heeft jaren met dat apparaat moeten leuren. Daarvan zijn meer voorbeelden. Het is zo moeilijk om dingen die ontdekt of ontwikkeld worden, op de een of andere manier bekostigd te krijgen. Met name in de AWBZ wordt namelijk de inzet van mensen gefinancierd, maar niet de inzet van middelen. Ik zou graag willen dat u daar veel breder op in zou zetten om dat mogelijk te maken.

Minister **Klink**: Uw collega sprak zo-even over de belemmeringen. Daar ben ik mij nu echt van bewust. Je zit vaak met gevestigde belangen van partijen die

helemaal geen belang hebben bij innovaties. Ik heb mij daar ook bewust in verdiept. Er zijn studies naar gedaan, ook in Amerika, waarbij je denkt: hoe is het mogelijk dat het niet tot zijn recht komt en niet eerder wordt opgepakt? Ik kan niet vooruitlopen op de conclusies die wij trekken. Met een aantal collega's hebben wij ons door de NZa laten informeren over de reden waarom dat traject met betrekking tot die steunkousen zo lang heeft geduurd en dan sla je soms stijl achterover. Hoe is het mogelijk dat dit op zo veel belemmeringen is gestuit, bijvoorbeeld met betrekking tot beleidsregels, financieringsstromen, enzovoort? Dat kan dus gewoon niet meer.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik deel volledig wat de minister net zei over de urgentie van de aanpak van die arbeidsmarktproblemen en het belang van innovatie. Mag ik er dan vanuit gaan dat de nieuwe AWBZ waarop de staatssecretaris broedt, dit juist centraal stelt? Dat lijkt mij namelijk logisch. Het gaat onder andere om die glasheldere polis en daar kan ik mij ook iets bij voorstellen. De nieuwe AWBZ zou deze agenda echter ook helemaal in zich moeten dragen en moet ook een antwoord vormen op wat er in de toekomst van de AWBZ wordt gevraagd ten aanzien van de arbeidsmarkt. Mag ik daar vanuit gaan? Of zit ik dan in een verkeerd blokje?

Minister **Klink**: Wij hebben de arbeidsmarktbrief niet voor niets beiden ondertekend. Innovatie gaan wij niet voor niets beiden doen. Wij trekken daarin gezamenlijk op en dat kon wel eens preluderen op de uitkomst van het SER-advies en wat daar vervolgens rondom speelt. Bij het SER-advies heb ik aangegeven dat de mate waarin schotten verdwijnen heel goed in de gaten moet worden gehouden. Voor mij is dat een belangrijk aanknopingspunt. Dat heb ik de heer Rinnooy Kan ook meegegeven als voorzitter van de SER. Ik noemde de eerste en tweede lijn, maar dit geldt ook voor de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Deze schotten moeten verdwijnen, niet alleen omdat chronische aandoeningen een eenheid van aanpak vergen, maar ook omdat schotten belemmerend kunnen werken voor innovaties. Ik neem deze opmerking mee en de staatssecretaris zal hier nog op terugkomen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik mis iets in het blok arbeidsmarkt, namelijk de hoge salarissen in de top van de zorg. De Kamer heeft op initiatief van de SP-fractie een motie over dit onderwerp aangenomen.

De **voorzitter**: In de schriftelijke antwoorden wordt al ingegaan op deze motie.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, maar met deze antwoorden ben ik niet tevreden. Er staat dat de minister een reactie zal geven op de conclusies van de commissie-Dijkstal. Deze commissie adviseert een beloningscode voor mensen aan de top van de zorg. Een code vinden wij niet voldoende. Er moet een maximumbeloning worden vastgesteld. Hoe gaat de minister dit aanpakken?

Minister **Klink**: Het kabinet zal komen met een eigen aanpak waarin ik zeker een inbreng zal hebben. Ik ga dan ook niet geïsoleerd naar de zorg kijken en vooruitlopen

Klink

op de kabinetsreactie. De code bestaat overigens al. Ik weet niet of zij werkt.

Mevrouw **Kant** (SP): Gezien de salarisverhogingen aan de top van de zorg, werkt de code niet.

Minister **Klink**: Het kabinet zal een integrale visie presenteren. Ik wil geen geïsoleerd standpunt innemen. Mijn opvattingen ontvangt u via de kabinetsreactie.

Preventie is iets wat wij gemeenschappelijk moeten oppakken. Ik heb bij diverse gelegenheden aangegeven dat mensen niet tot verandering van levensstijl verleid kunnen worden enkel op basis van het argument van gewonnen levensjaren. Hiervoor zijn partners nodig als werkgevers, scholen, en wijken. Via deze route wil ik preventie oppakken. Ik zoek in het preventiebeleid naar partners die vanuit hun eigen belangen – dat kan gerechtvaardigd eigenbelang zijn – een bijdrage bieden aan een gezonde levensstijl van de Nederlandse burger. Soms is directe overheidsinterventie nodig, zoals bij de rookvrije horeca. De gezondheidsbelangen van het personeel en het niet schaden van een ander zijn hier immers rechtstreeks in het geding.

Mevrouw Wiegman vraagt of wij ouders die in de nabijheid van kinderen roken, moeten aanpakken door roken in de buurt van kinderen te verbieden. Ik deel uiteraard de analyse dat roken in het bijzijn van kinderen zo veel mogelijk moet worden voorkomen en teruggedrongen. Ik ben echter niet voor een verbod voor ouders. Dat neemt niet weg dat wij via andere maatregelen proberen roken in het bijzijn van kinderen te ontmoedigen. Wij weten immers dat goed voorbeeld doet volgen. Behalve een educatief effect bewerkstelligen, willen wij schade vermijden. Zo loopt van 15 oktober tot 30 november 2007 de campagne Roken doe je buiten. Deze campagne wil laten zien dat het normaal is om niet binnen, maar buiten te roken en dat deze norm overal geldt. Meer roken is schadelijk. Het maakt daarbij niet uit of je thuis bij je gezin bent, op het werk bent of in de auto zit. Verder is er de campagne Roken? Niet waar de kleine bij is. Deze richt zich op het terugdringen van het aantal meerokkende kinderen in de leeftijdscategorie van nul tot en met vier jaar. Intermediairs, zoals consultatiebureauartsen, verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en kraamverzorgenden, worden ingezet om het meer roken door kinderen aan de orde te stellen. Voor een verbod voel ik echter niet zo heel veel.

Partners in preventie zijn ook patiënten, zorgverzekeraars en zorgverleners onder het motto Van nazorg naar voorzorg. Een verpleegkundige of een huisarts die een zwaarlijvig persoon goede tips geeft over gezond eten, bespaart heel wat hoge kosten van specialist en apotheker. Dat is weliswaar algemeen bekend, maar het moet voor alle betrokkenen lonend zijn om structureel te investeren in die vorm van preventie. Het kan daarom helpen "bewegen op recept" in het basispakket op te nemen.

De heer Van der Veen vroeg naar de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ik ben op dit moment samen met het RIVM bezig met een plan van aanpak voor die sociaaleconomische verschillen, waarbij met name wordt gekeken naar beleidsmaatregelen tegemoet zouden kunnen komen aan verkleinen ervan. Er wordt ook nadrukkelijk gekeken naar de goede ervaringen in het buitenland, met name in het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen. Ook ben ik in

overleg met de minister voor WWI bezig om in het kader van de aanpak van de krachtwijken een samenwerkingsinitiatief onder de naam De Gezonde Wijk te starten. Het is van belang dat de resultaten hiervan goed worden gemonitord.

Om een gezond systeem overeind te houden, is uiteindelijk meer aandacht voor preventie nodig. Wij slagen er alleen in om dure hoogwaardige zorg voor iedereen beschikbaar te houden als wij zo veel mogelijk buiten de zorg kunnen opvangen. Preventie en "cure" moeten dus veel meer op elkaar zijn afgestemd dan nu het geval is. Ik heb hier wat cijfers over de kosten die ermee gemoeid zijn, maar die zal ik nu niet melden.

Een belangrijke prioriteit is overgewicht, de heer Vindrik verwees er al naar, en gezonde voeding.

Mevrouw Ouweland meldt ik dat het verminderen van de consumptie van vlees, eiwitten en verzadigde vetten deel uitmaakt van een compleet pakket van preventie maatregelen die onder andere mede zijn gericht op het vermijden van overgewicht. Wat betreft de voorlichting over de consumptie van deze producten wijs ik graag op de recente nieuwe Richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad, die zijn bewerkt en gepubliceerd door het Voedingscentrum. De voorlichting door het Voedingscentrum wordt ook op deze richtlijnen gebaseerd. Ik zie geen noodzaak tot specifiek een voorlichtingscampagne over de risico's van vleesconsumptie als zodanig.

Ik heb al verschillende keren gemeld dat de coördinatie in de keten moet worden versterkt. Ons zorgsysteem moet die ketenzorg niet belemmeren, maar juist bevorderen, waar nodig. Dat moet tot uitdrukking komen in de richtlijnen van de beroepsgroep, maar ook in het zorginkoopbeleid van verzekeraars. Ook een financieringssysteem moet ketenzorg stimuleren. Dat geldt voor de invoering van nieuwe dbc's, maar ook voor de toekomstige inrichting van de AWBZ waarover ik al sprak. Die ketenzorg is van belang om preventie een geïntegreerde plek te kunnen geven.

Mevrouw Schermers noemde in dat verband de intensieve samenwerking tussen zorgverleners in Ridderkerk in de anderhalvelijnszorg. Zij vroeg mij of er een aparte bekostiging gaat komen voor de anderhalvelijns-dbc. Hoewel ik sympathiek sta tegenover het idee, ben ik van mening dat bekostigingssystemen moeten zijn gericht op de inhoud van de zorg en niet op waar of door wie die zorg wordt geleverd. Verzekeraars hebben op dit moment al mogelijkheden om de zorg in de eerste en tweede lijn in te kopen. Door uitbreiding van het aantal vrij onderhandelbare dbc's zal de flexibiliteit in de toekomst toenemen. Mocht blijken dat er wel behoefte bestaat aan anderhalvelijns-dbc's, dan zal ik niet schromen die in het leven te laten roepen.

De heer De Vries vroeg of ik bereid ben om zo spoedig mogelijk te beginnen met vaccineren als het advies van de Gezondheidsraad over vaccinatie tegen baarmoederskanker komt. Ook de heer Van der Veen vroeg naar het advies van de Gezondheidsraad. Het advies wordt in het eerste kwartaal 2008 verwacht. Afhankelijk van dat advies zullen een eventuele invoering van een HPV-vaccinatie en de daarmee gemoeide financiële consequenties worden gezien. Op het moment wordt zoveel mogelijk geanticipeerd op het advies, in die zin dat voorbereidingen getroffen worden voor eventuele voorlichtingscampagnes die hiermee gemoeid zijn. Dus zodra de vaccinatie opgenomen wordt in het programma, zijn wij daar als organisatie op voorbereid,

Klink

zonder dat ik daarmee wil vooruitlopen op de inhoud van het advies. Als het advies uitkomt en positief is en uitmondt in het opnemen van HPV-vaccinatie in het RVP, zullen wij daartoe besluiten. Met andere woorden: wij zullen het advies volgen, mits dat positief is, inzake het opnemen van HPV-vaccinatie in het RVP. Dat weten wij op dit moment echter nog niet.

Bepalend voor de financiële consequenties zijn zaken als de benodigde financiële middelen en financiële ruimte, de Europese aanbesteding van vaccininkoop, en de consequenties voor de praktische uitvoering, zoals het kiezen van een extra prikmoment op twaalfjarige leeftijd. Op al die zaken lopen wij op dit moment bij de voorbereiding vooruit. Ook de omvang van een eventuele inhaalcampagne zal uit het advies van de Gezondheidsraad moeten blijken. Als een positieve beslissing valt, zal alles op alles worden gezet om de vaccinatie nog in de loop van 2009 te laten beginnen. Daar zijn de inspanningen nu al op gericht. Per brief van 14 november jongstleden heb ik de Kamer geïnformeerd over het advies van de Gezondheidsraad dat in maart 2008 wordt verwacht, en het bijbehorende traject.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Dan duurt het toch allemaal weer langer. Het advies is immers een reactie op schriftelijke vragen die ik daarover een jaar geleden heb gesteld, en werd uiterlijk al omstreeks deze tijd verwacht, met een snelle reactie van het kabinet. Ik maak de minister daarom op dat punt echt tot spoed.

Mijn vraag betreft iets anders. In de schriftelijke beantwoording gaat de minister in op mijn vraag en op de vraag van de heer De Vries over de resultaten van het Convenant Overgewicht. Daarin is op één kwestie niet ingegaan, namelijk dat sprake is van een conflict met de voedingsmiddelenindustrie over reclame voor onze kinderen. De minister zegt elders dat het daarbij moet gaan om zelfregulering. Ik ben het daar niet mee eens. Ik weet heel precies hoe de relatie tussen politiek en media eruitziet, en dat geldt ook voor reclame. Ik vraag de minister om achter het pleidooi van de voorzitter van de Convenantgroep te staan richting voedingsindustrie, om te stoppen met reclame voor kinderen onder de twaalf voor chips, Coca Cola en al het andere snoepgoed waar zij te dik van worden. Ik vraag de minister dat pleidooi van de voorzitter van de Convenantgroep te ondersteunen.

Minister **Klink**: U snijdt dit punt terecht aan. Ik ben voor grote terughoudendheid bij reclame, maar een verbod is altijd een ultimatum remedium. Ik wil in elk geval eerst de zelfregulering een kans geven.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb het niet over een verbod. Dat zei ik zojuist; ik ken de gevoeligheden. Wij gaan er niet over, maar intussen zien wij wel een praktijk die in strijd is met een intentie die wij allen delen. Die is dat wij er belang bij hebben om overgewicht bij kinderen te bestrijden. Daarin past geen reclame voor kinderen tot 12 jaar. Het is ook een conflict. De voorzitter van de convenantgroep heeft zich ervoor uitgesproken om zich zelf daarvoor sterk te maken. U mag en kunt geen verbod uitspreken, ook niet van minister Plasterk. Daarin hebt u gelijk. U zou de voorzitter van de convenantgroep echter helpen, zonder formeel een verbod uit te vaardigen, door hier uit te spreken dat het een heel

goede zaak zou zijn als de voedingsmiddelenindustrie het verzet ertegen opgeeft.

Minister **Klink**: Laat ik beginnen met mijn uitermate grote waardering in dit opzicht voor de heer Rosenmöller uit te spreken. Ik vind dat hij goed werkt en met grote inzet aan de slag gaat met een thema dat heel vaak in de lacherige sfeer wordt getrokken op het moment dat het echt op besluitvorming aankomt. Het betreft een enorm maatschappelijk thema met een enorm maatschappelijk belang. Als overgewicht een volksziekte wordt, zijn wij qua gezondheidsschade en de daarmee gepaard gaande kosten plus de belasting van het zorgstelsel, dat al veel te weinig personeel heeft, een behoorlijk probleem rijker. In die zin loopt de heer Rosenmöller vooruit op een thema waarvan kennelijk nog niet tot iedereen is doordrongen dat het enorm speelt. Uit dien hoofde steun ik ook zijn oproep om de reclame zo veel mogelijk te beperken en om in elk geval in de uren dat kinderen kijken, de reclame tot een minimum te reduceren. Ik wil echter niet overal overgaan tot verboden, maar dat wilt u kennelijk ook niet. Als er een oproep toe wordt gedaan en als de industrie het verinnerlijkt, geloof ik erin dat de industrie vervolgens op andere fronten zal meewerken aan het inzichtelijk maken van de consequenties van voeding in termen van calorieën enzovoort. Ik geloof dat dit zal helpen op andere fronten van reclame. Ik geloof dat op het moment dat de industrie ervan doordrongen is, de industrie ook de substantie van voedingsmiddelen zal veranderen en minder vetten, suikers en dergelijke erin zal verwerken. Ik hecht buitengewoon aan de medewerking van de industrie. Daarom vind ik zelfregulering van groot belang. Tegelijkertijd snap ik de oproep om terughoudend te zijn en om reclame die zich specifiek op die groepen richt, die ook weinig onderscheidend vermogen hebben in zaken als suikers, vetten en dergelijke, tot een minimum te beperken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil graag een bevestiging van wat ik meende te horen van de minister. Als in maart de Gezondheidsraad met een positief advies komt over de HPV-vaccinatie wordt die dus opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma?

Minister **Klink**: Ja.

Mevrouw **Kant** (SP): De "als"-vraag is dan niet meer aan de orde. De voorbereidingen voor de invoering, inclusief een inhaalcampagne, zijn al in gang gezet voor het geval dat?

Minister **Klink**: Ja.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Over de preventie heb ik nog drie korte vragen. Mijn vraag over het roken sluit aan bij wat de heer Vendrik aangeeft. Ik besef heel goed dat het bij dit soort zaken belangrijker is dat het tussen de oren van mensen komt dan dat allerlei willekeurige verboden worden ingesteld. Ik besef ook heel goed dat je niet kunt ingrijpen in de privésituatie bij mensen thuis. Ik heb juist de auto genoemd als een mogelijkheid waar de overheid wel kan ingrijpen. Men verplaatst zich in een auto over de openbare weg. Rond de auto zijn al allerlei eisen gesteld op het gebied van veiligheid, verkeersveiligheid. Waarom zouden vanuit gezondheidsveiligheid geen eisen

Klink

kunnen worden gesteld, zoals een rookverbod net zoals er een verbod is op handsfree bellen?

De **voorzitter**: Wilt u uw drie vragen stellen en niet een heel betoog houden? Uw tweede vraag is?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister heeft zich verbonden aan verhoging van de percentages borstvoeding gevende vrouwen. Ik constateer dat de percentages lager zijn dan die in 2003. Ik verwacht een hoger percentage dan 2003. Het laatste punt heeft te maken met twee voorliggende amendementen. Een daarvan gaat over de Revalidatie Ontwikkelcentra, de ander over Heideheuvel. Ik wil hierop al in eerste termijn een korte reactie van de minister, in het licht van de brief over de tijdelijke toelating van veelbelovende innovaties tot het zorgverzekeringspakket, die de Kamer kort voor de begroting heeft ontvangen. Kunnen deze twee zaken, de amendementen en de brief, met elkaar in verband worden gebracht of zijn dit twee aparte zaken?

Minister **Klink**: Ik sta buitengewoon gereserveerd tegenover verboden van de overheid. Dit geldt voor een rookverbod maar ook voor verboden die samenhangen met overgewicht, zoals ik zojuist al aangaf. Als ik uit hoofde van de gezondheidszorg alles wat schadelijk is overal ga verbieden dan wel zwaar belasten, bijvoorbeeld met een vettaks, dan ben ik voorlopig nog niet uitgeregeerd. Ik heb daar geen behoefte aan. Mensen dienen in eerste aanleg aangesproken te worden op hun eigen verantwoordelijkheden. Dit geldt ook voor ouders, ook die ouders die hun kinderen vervoeren en daarbij roken. Dat is buitengewoon stom. Het is ook schadelijk voor de gezondheid van de kinderen, zeker als het structureel gebeurt. Dat is wel een essentieel verschil met de horeca, waar een werknemer de hele dag, avond en nacht, afhankelijk van de Arbeidstijdenwet, op de locatie aan het werk is. Dan is er sprake van structurele schade. Bij een autorit is dat minder het geval, maar desalniettemin is het stom om te doen.

In eerste aanleg wil ik veel van de campagnes laten afhangen en met name daarop inhaken. Het doel van mevrouw Wiegman deel ik. Wat de middelen betreft vind ik dat de overheid altijd proportioneel moet zijn en in eerste aanleg de mensen moet aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid.

Op de vraag over borstvoeding kom ik in tweede termijn terug.

Heideheuvel levert geen bewezen zorg. Het is ook nooit betaald geweest vanuit CVZ-regelingen. Omdat het geen bewezen zorg is en omdat het altijd door verzekeraars betaald is, vind ik dat die combinatie mij geen recht geeft, het toch in het pakket op te nemen. Ik wil het pakket schoonhouden: het moet kosteneffectief zijn, therapeutische meerwaarde hebben en bewezen zorg vormen. Bovendien is de extramurale zorg die in dit kader verleend wordt minstens zo effectief, voor het al effectief is.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD): Ik heb een vraag over de schriftelijke beantwoording van vragen over dierziekten, specifiek het vogelpestvirus. De minister bagatelliseert deze problematiek. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft het over een mogelijke pandemie. De minister zegt dat het virus incidenteel mensen kan besmetten, maar

dat de minister van LNV voldoende maatregelen heeft genomen. Dit gaat in tegen de adviezen van alle experts, die aangeven dat met name de hoge concentraties pluimvee en de diertransporten het risico vormen. Zij zeggen ook dat vaccinatie de enige preventieve maatregel is. De maatregel die de minister van LNV heeft afgekondigd is vrijwillige vaccinatie. Wat is hier nu leidend: de volksgezondheid of de belangen van de sector? Zou de minister van Volksgezondheid niet het voortouw moeten nemen als het gaat om dierziekten die voor de mens gevaarlijk kunnen zijn?

Minister **Klink**: Onze inschatting van het gezondheidsrisico is anders dan de uwe. Ik ga ook af op de experts die mij hierover inlichten. Uw vraag zal ik nogmaals aan hen voorleggen. Vervolgens zal ik met een nadere afweging komen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik hoor terecht heel mooie woorden over de urgentie van een aanpassing van de levensstijl. Een heel groot deel van de bevolking heeft last van chronische ziekten. De minister is bereid om allerlei makkelijke maatregelen te nemen: een wetje hier, een verbodje en een gebodje daar. Als het echter aankomt op investeren, geeft de minister niet thuis. Heideheuvel zet een wetenschappelijk onderzoekstraject naast de behandeling. Daarnaast is er de preventieconsulent, die op het allerbelangrijkste inzet wat je mensen kunt meegeven, namelijk weerbaarheid en kennis. Daar begint het bij. Mensen moeten eerst weten dat er een connectie ligt en vervolgens weerbaar gemaakt worden tegen allerlei verleidingen. Waarom wil de minister daarin niet investeren als hij de urgentie wel ziet?

Minister **Klink**: Op het laatste punt wil ik wel investeren. Ik noem de partners in preventie: werkgevers, scholen, de voedingsindustrie, de alcoholindustrie en de gemeenten. De gemeenten heb ik nodig bij het handhaven van de grens van zestien jaar voor alcoholverkoop. Ik wil gezamenlijk met die partners programma's ontwikkelen. Als ik goed geïnformeerd ben, vindt u dat op de school de preventieconsulent een plek moet krijgen. Maar met diezelfde scholen wil ik werken aan brede scholing en ontwikkeling van meer bewegingsonderwijs en voedingsinstructies door bijvoorbeeld diëtisten. Die intentie deel ik dus, maar ik weet niet wat de meerwaarde van een preventieconsulent is in het licht van daarmee gepaard gaande kosten. Ik bespreek het wel graag met mijn collega voor Jeugd en Gezin; hij gaat daar uiteindelijk over en het zal wel plaatsvinden in het kader van de jeugdgezondheidszorg. Ik ben er echter op voorhand niet van overtuigd dat het zal werken.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De geboden en verboden vlogen ons net weer om de oren. Misschien moeten wij straks in de auto zitten om te controleren of de ouders al dan niet roken.

U geeft terecht aan dat de ouders primair verantwoordelijk zijn. Ik geloof niet dat wij er met reclameverboden komen. Straks staan die ouders met de kinderen in een winkel en zien die kinderen al die lekkere dingen. Dan ga ik niet meteen zeggen dat die dingen van de schappen moeten, want dat is dan de volgende stap die wij dan gelijk horen. Het is natuurlijk fundamenteel dat de ouders wordt geleerd hoe zij met reclames en opvoeding op dat

Klink

gebied moeten omgaan. Hoe wil de minister daaraan beter vormgeven, zodat die verantwoordelijkheid ook echt bij de ouders komt te liggen? Ik heb hem daarover niets horen zeggen.

Minister **Klink**: Binnenkort spreken wij met elkaar over preventie. Ik wil een brede aanpak Partners in preventie mobiliseren, waarvan ouders ook deel uitmaken. Ik wil een programma dat gekoppeld is aan elk van die partners, het liefst met werkgevers, scholen, enzovoort.

Ik was laatst in Rotterdam, waar voedingsinstructies gegeven werden aan ouders in het bijzijn van hun kinderen. Dat is een ontzettend goede manier om dat te doen. Ik zie nog een wat te dik kereltje bij zijn moeder op schoot zitten, waarbij de diëtiste op een buitengewoon zorgvuldige manier aangaf: let wel, uw kind wordt gepest op school en naar alle waarschijnlijkheid gebeurt dat omdat hij te dik is; er hangen gezondheidsrisico's mee samen; u geeft hem 's morgens voordat hij naar school gaat onvoldoende voeding. Dat laatste bleek inderdaad het geval te zijn. Op die manier werden ouders er daadwerkelijk op aangesproken. Die combinatie tussen partners en preventie is een aangelegen punt; de verbindingen zullen wellicht via de Centra voor Jeugd en Gezin en de scholen, op lokaal niveau, gemaakt kunnen worden.

Wij hebben die agenda neergelegd in de brief die wij met elkaar bespreken. De verlegenheid waarmee ik hier nog sta, heeft ermee te maken dat ik mij er zeer goed bewust van ben dat het niet bij mooie woorden kan blijven, maar dat wij per onderdeel bij die partners daadwerkelijk iets moeten realiseren. Daar loopt Paul Rosenmöller natuurlijk ook tegenaan met het convenant rondom de voedingsindustrie. Het moet uiteindelijk wel een vervolg krijgen en ik reken het wel tot mijn plicht om dat daadwerkelijk te doen, maar daarbij zijn die ouders van belang. Ik geloof veel meer in die weg dan dat de overheid als het ware via dictaten van bovenaf bepaalt wanneer welke voeding wel en wanneer welke voeding niet mag worden gegeven, behoudens daar waar evidente schade is; vandaar dat rookverbod in de horeca.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U heeft het niet mondeling gehad over de BOPZ, maar wel schriftelijk. U geeft aan dat u positief staat tegenover de aanbevelingen van de evaluatiecommissie; u ziet dat er wat moet gebeuren. Maar vervolgens geeft uw antwoord geen enkele urgentie aan op welke termijn dat moet gebeuren; dat blijkt ook wel uit het feit dat u het niet nodig hebt gevonden er hier iets over te zeggen. U stelt namelijk: wij gaan ons ervoor inspannen dat er nog deze kabinetsperiode wellicht iets gaat komen. Ik heb gehoord dat u dit wel wil, maar dat de capaciteit op uw ministerie en op het ministerie van Justitie ontbreekt om deze wet te schrijven. Ik wil weten of dit gerucht waar is. Ook wil ik weten of u ingaat op het verzoek van de VVD-fractie om dit voorjaar een wetsvoorstel in te dienen, zodat dit traject afgerond kan zijn voordat het kabinet weg is.

Minister **Klink**: De strekking van de schriftelijke beantwoording was dat wij dit deze kabinetsperiode nog willen realiseren. In de tweede termijn kom ik terug op de termijnen die daarbij gelden. Ik wil daar precies in zijn, maar wil even overleggen met de collega van Justitie. Wij willen zo snel mogelijk met wetgeving komen, in lijn met het advies dat wij gekregen hebben.

Er is in ieder geval geen gebrek aan capaciteit bij het ministerie van VWS. Ik denk dat dit ook geldt voor het ministerie van Justitie. De minister van Justitie heeft mij met enige regelmaat gevraagd om hieraan snel te werken. Hieruit blijkt zijn ambitie.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De minister is in Rotterdam geweest. Ik ben in een centrum in Ridderkerk geweest. Daar heb ik gezien dat er een geweldige samenwerking is tussen alle betrokken hulpverleners. De minister zegt dat hij uiteindelijk, als het niet anders kan, misschien wel naar de anderhalvelijns-dbc wil en dat daarbij van tevoren wel enige flexibiliteit in het systeem zou moeten komen. Dit laat onverlet dat de mensen die nu heel goed aan de gang zijn tegen allerlei barrières oplopen. Deze barrières moeten op veel kortere termijn geslecht worden. Hoe denkt de minister dit te doen?

Minister **Klink**: Ik ben het volstrekt eens met deze analyse. Ik zei al dat wij van die schotten af moeten. Volgens mij zitten er allerlei sluipende en grotere barrières die weggehaald moeten worden om de eerste en tweede lijn goed te laten samenwerken.

Ik heb het over prikkels en programma's gehad en over chronische ziekten. Ik wil met een innovatieve invalshoek kijken naar de chronische aandoeningen die in de regel een samenwerking vergen tussen de eerste en tweede lijn. Tevens wil ik de belemmeringen die uit het systeem voortvloeien in kaart brengen. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat er in de randvoorwaardelijke sfeer niets in de weg staat. Als ik daarvoor een keten-dbc of een anderhalve keten-dbc nodig heb, zal ik die zeker inzetten. Ik hecht heel sterk aan de innovatie en het opschuiven van de zorg van de tweede naar de eerste lijn. Mijn gedachte over de anderhalvelijns-dbc moet mevrouw Schermers niet als een afhoudende houding interpreteren. Voor mij is dit een zeer aangelegen punt. Ik heb verschillende keren met personen uit Ridderkerk gesproken. Er zijn ook andere voorbeelden. Doordat men de expertise uit de tweedelijnszorg inzet om in een gezamenlijke taakverdeling de eerstelijnszorg te verbeteren en de patiënten daarmee maximaal te bedienen, vind ik een prachtig initiatief. Dit past precies bij de logistieke innovaties die ik in het kader van het innovatieprogramma noemde.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voor de PvdA is het terugdringen van het sociaaleconomische gezondheidszorgverschil van groot belang. U heeft dat ook onderstreept. Wij hebben gevraagd om een duidelijk beleidsplan, een actieplan voor 1 mei 2008, met daarin concreet weergegeven in welke wijken geconcentreerde actie, als ik het zo mag noemen, plaats zou kunnen vinden. Nu begrijp ik niet helemaal wat u zegt. Of wat u zegt is zeer beleidsmatig en niet echt toegespitst op die wijken, of de acties zullen in concrete wijken worden ondernomen. Daarbij zullen nulmetingen worden gemaakt en wordt er gekeken welke doelen moeten worden gehaald. Bovendien zijn de opbrengsten van die acties in de wijken overdraagbaar naar andere wijken. Mag ik het zo begrijpen?

Minister **Klink**: Ik deel die ambitie en die intentie. Vindt u het goed dat ik daarover met mijn collega mevrouw Vogelaar overleg en wij u gezamenlijk schriftelijk op de

Klink

hoogte stellen wat wij daarmee gaan doen, vanuit dezelfde intentie die ik zojuist aangaf?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Prima.

Minister **Klink**: Het past namelijk bij het rekruteren van de partners in preventie en het verbinden van een programma daaraan.

De **voorzitter**: Volgens mij moet u aan het eind van uw tekst zijn.

Minister **Klink**: Ik heb nog een aantal vragen van mevrouw Ouwehand en een punt over de Gezondheidsraad naar aanleiding van een verzoek van de heer Van der Vlies.

De **voorzitter**: Over hoeveel tijd praten wij dan, want ik wil echt naar een schorsing toe. Ik heb het liefst dat uw onderdeel dan is afgewerkt.

Minister **Klink**: Dat begrijp ik. Ik zal snel spreken. Het gaat om vier pagina's, een tiende van de veertig die ik had.

De **voorzitter**: Dat begrijp ik. Ik heb graag dat u het afmaakt. Er ligt nog een vraag van mevrouw Agema die u aan het eind zou beantwoorden.

Minister **Klink**: Ik aarzel een beetje. Ik zou de vragen van mevrouw Ouwehand schriftelijk kunnen afdoen, maar ik ben nog weinig aan haar opmerkingen toegekomen.

De **voorzitter**: Zij is er speciaal voor aanwezig. Gaat u uw gang.

Minister **Klink**: Mevrouw Ouwehand vroeg waarom het zolang duurt voordat er beleid komt ten aanzien van de dierproeven. De evaluatie van de Wet op de dierproeven heeft geleid tot sterk uiteenlopende reacties. Daarom heb ik gestreefd naar het bereiken van een zo groot mogelijke overeenstemming, om daarop vervolgens beleidsvoornemens te kunnen baseren. Dat heeft inderdaad enige tijd geduurd, dat moet ik zonder meer toegeven. Dit had ook een reden, want de discussie over dierproeven is per definitie complex door de combinatie van technologische en maatschappelijke aspecten en niet zelden ook emotionele componenten. In het voorjaar van 2008 komt het kabinet met een nieuwe kabinetsvisie op de dierproeven.

Een van de doelstellingen van de kabinetsvisie over de alternatieven voor dierproeven is dat er een meer gecoördineerd, effectiever werkend en doelmatiger budget is voor die alternatieven. Ook de rol voor het Nationaal Centrum Alternatieven voor dierproeven, het NCA, zal nadrukkelijk worden uitgewerkt in die kabinetsvisie. Daarnaast loopt het zogenaamde ASAT-initiatief, waaraan mevrouw Ouwehand gisteren refereerde. Dat is belangrijk voor het stimuleren van ontwikkelingen van alternatieven voor dierproeven. In mei 2008 wordt een definitief besluit genomen over het doorgaan van het initiatief. In de tussentijd lopen er allerlei workshops die op dat definitieve besluit preluderen.

Mevrouw Ouwehand vraagt mij het aantal dierproeven op termijn sterk te laten dalen. Ik ben van mening dat ik mijzelf reeds voor een ambitieuze doelstelling heb

gesteld met een streefwaarde waarbij het huidige aantal dierproeven van 620.000 naar maximaal 600.000 op jaarbasis daalt. Dat is een ambitieuze doelstelling, aangezien er factoren zijn zoals de implementatie van de Europese wetgeving, waardoor er meer producten moeten worden getest. Dat heeft weer een oprijvend effect op het aantal dierproeven. Gemeten naar die ontwikkeling is de ambitie van het kabinet naar mijn overtuiging betrekkelijk hoog.

De **voorzitter**: Maakt u uw betoog af. Ik wil alles klaar hebben, anders krijg ik steeds opnieuw zes interrupties.

Minister **Klink**: De heer Van Vries vroeg, en anderen volgden hem daarin, of de kwaliteit van de adviezen van de Gezondheidsraad is gewaarborgd nu door een cumulatie van taakstellingen sprake is van inkrimping met 40%, terwijl de vormgeving en werkwijze van de Gezondheidsraad tot voorbeeld wordt gesteld van andere adviesorganen. Ik kan niet anders dan dat onderstrepen. In de ministerraad van 2 november jongstleden heeft de minister van BZK naar aanleiding van opmerkingen van de Eerste Kamer tijdens de algemene politieke beschouwingen aldaar, aangegeven dat er op 22 november een algemeen overleg met de Tweede Kamer zal volgen, met als thema de nota Vernieuwen rijksdienst. Daarin zal ook het kennis- en adviesstelsel aan de orde komen. De uitkomsten van dit overleg kunnen als een overweging bij de vervolgaanpak van de taakstelling van de VWS-raden worden meegenomen. De Eerste Kamer heeft toen ook gezegd dat geen geïsoleerde besluiten zouden moeten worden genomen over afzonderlijke raden. Wij willen een samenhangend pakket. Dat wil het kabinet dan ook presenteren. Dat wordt gecoördineerd door de minister van BZK. Ik wil mij daaraan conformeren door daarover geen nadere besluiten te nemen. Vooruitlopend op die discussie kan ik wel stellen dat het voorstel voor de taakstelling voor de Gezondheidsraad niet los kan worden gezien van de brede discussie over de taakstelling van de gehele rijksdienst.

VWS gaat met de keuze voor de taakstelling zo veel mogelijk uit van de eerder in het coalitieakkoord genoemde lijn van gedifferentieerde percentages. Naast een efficiëntyaakstelling van 5% voor alle dienstonderdelen en een taakstelling voor rijkshuisvesting, zijn taakstellingen vastgesteld voor de uitvoering van 5%, beleid, raden en inspecties 15% en ondersteuning op het kerndepartement 20%. De uitwerking van de taakstelling voor VWS is ook bij de Gezondheidsraad 20%, dat is 15% plus die 5% op de uitvoering.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, u bent nu bezig met oplezen van schriftelijke antwoorden op vragen.

Minister **Klink**: Dan kent u de antwoorden dus al. Dan laat ik het hierbij.

De **voorzitter**: Het lijkt wel of ik de enige ben die haast heeft. Heeft u verder niets meer liggen?

Minister **Klink**: Nee, dit was het laatste.

De **voorzitter**: Dan hebben wij het dus afgerond. Mevrouw Ouwehand krijgt echter nog de gelegenheid om een vraag te stellen.

Klink

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD): Ik dank de minister voor zijn toezegging dat onder andere het NCA een rol zal krijgen in de kabinetsvisie over dierproeven. Ik ben ook blij dat hij erkent dat een meer gecoördineerde aanpak nodig is. Ik wil nu nog graag weten of de kabinetsvisie gepaard zal gaan met een plan voor voldoende budget om meteen aan de slag te kunnen. De minister heeft het over een aanpak die meer effectief en doelmatig zal zijn. Zullen daar ook de benodigde middelen bij worden toegekend, ervan uitgaande dat wij weten dat er een potentie is van minstens 10 mln. aan innovatief onderzoek?

Minister **Klink**: Ik ben geneigd eerst terug te gaan naar mijn ambtenaren om te horen of dat klopt, maar ik kan al wel zeggen dat als het kabinet in 2008 met een plan van aanpak komt en wij, gemeten aan de opwaartse druk die vanuit Europa komt, toch ambitieuze doelstellingen hebben, het kabinet niet anders kan dan ervoor zorgen dat die plannen ook waargemaakt kunnen worden. Ik kan mij niet voorstellen dat mijn collega van LNV, die hier met name mee bezig is, en het kabinet in bredere zin, daar niet voldoende middelen voor uit zouden trekken. Dan moet je je ambities lager stellen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb nog een vraag over de Gezondheidsraad. Ik vind het ernstig dat 20% wordt gekort. Dat is de "normale" bezuiniging. Ik vind dat echter niet normaal als het gaat om zoiets belangrijks als de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad moet ook voldoende ruimte houden om zelf de keuze te kunnen maken waarover men advies wil uitbrengen. Dat komt nu dus in de knel. Het gaat dan bijvoorbeeld om de oorzaken van het achterblijven van de levensverwachting, onderzoek naar depressies en de noodzaak van het gebruik van stamcelonderzoek. Ik vind het belangrijk dat zij dat onafhankelijke advies kunnen uitbrengen, maar toch kort u hen met 20%. Daardoor komt de onafhankelijkheid in het geding.

Minister **Klink**: Het betreft hier een rijksbrede taakstelling die op zijn minst één ding veronderstelt: dat de departementen die met vragen komen aan de Gezondheidsraad maat weten te houden en beter gaan prioriteren. Dat is de keerzijde van het feit dat wij op de raden en adviesinstanties bezuinigen. Het is ook een taakstelling om maat te houden met betrekking tot adviesaanvragen, zodat er ook wat ruimte blijft voor de vrije definiëring van de kant van de Gezondheidsraad zelf.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een vraag over de waardering van de minister voor de Gezondheidsraad. Ik sluit mij aan bij de opmerking van mevrouw Kant. Wij hebben nu de situatie gehad dat het advies over vaccinatie tegen baarmoederhalskanker later is afgekomen, onder andere vanwege de werkdruk bij de Gezondheidsraad. Nu wordt de Gezondheidsraad dit jaar onderworpen aan een audit. Halverwege volgend jaar wordt de uitslag daarvan bekend. Kan de minister toezeggen, rekening houdend met die audit, dat er in 2008 geen bezuinigingen plaats zullen vinden, dan wel dat het zijn inzet is in de onderhandelingen dat er geen bezuinigingen op de Gezondheidsraad plaats zullen vinden, gezien de waarde die hij toekent aan de Gezondheidsraad?

Minister **Klink**: Wij zullen hierover kabinetsbreed een besluit nemen, mede op initiatief van de Eerste Kamer. Hierover kan ik geen geïsoleerde uitspraken doen. Onze inzet is intussen wel om de Gezondheidsraad, evenals de andere adviesorganen, in de rijksbrede taakstelling te laten delen. Ik kan niet anders dan daarin participeren, onverlet latend dat ik de Gezondheidsraad een buitengewoon belangrijk orgaan vind. Ik ben vaak echt onder de indruk van de voorzitter ervan, zijn inzet en vooral zijn eruditie, alsmede van de initiatieven die in de raad spelen. Dit neemt niet weg dat soms lastige keuzen gemaakt moeten worden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb nog geen enkele reactie van de minister gekregen op mijn oproep om de zorg te de-islamiseren. Deze heeft vooral betrekking op het weigeren van zorg van mannelijke artsen, het weigeren door moslims om gewassen te worden door mannelijke verpleegkundigen, het op tafel zetten van een zak vol geld voor tolken en vertalers, het feit dat de ogen worden gesloten voor maagdenvlieshersteloperaties, of verstrekken van pillen daarvoor, het geven van halal geslacht vlees en dergelijke.

Minister **Klink**: De reactie van mevrouw Koşer Kaya gisteren vond ik buitengewoon terecht. Wij lopen met ons allen grote kans dat straks moslima's naast ons bed staan, wanneer wij eenmaal toe zijn aan verpleging en verzorging, voor zover wij daar niet al aan toe zijn. Hiervoor moeten wij niet wegllopen; sterker, dit moeten wij waarderen. Wij moeten dankbaar zijn dat deze mensen willen participeren en zorg willen verlenen. Graag onderstreep ik dat ik deze opmerking volstrekt deel. Dit laat onverlet dat dwang in de zorg niet kan. Dat geldt echter voor elke bevolkingsgroep. Als een partner met een vrouwelijke wederhelft bij de acute zorg komt en een man de zorg zou moeten verlenen, kan de partner niet, in weerwil van de wensen van de vrouw – dat is een hypothetisch geval, want dit komt zelden of nooit voor – beslissen over de vraag of er al dan niet zorg wordt verleend terwijl de vrouw die zorg daadwerkelijk nodig heeft. Mevrouw Agema spreekt echter ook over situaties van vrijwilligheid, waarin iemand geen mannelijke arts of verpleegkundige wil. De fysieke integriteit van de persoon is in onze grondwet gewaarborgd. Je kunt niemand tegen zijn wil in behandelen c.q. verzorgen. Het is een kenmerk van onze rechtsstaat, die mevrouw Agema eveneens hoog in het vaandel heeft staan, dat dit gewoon niet kan en nooit zou moeten kunnen. Als het logistiek allemaal kan en als iemand die in staat is om zo'n keuze te maken, kiest voor behandeling door een vrouwelijke arts, is dit een gerechtvaardigde keuze, die binnen ons rechtsbestel mogelijk is. Het is zeker niet mijn keuze. Ik snap ook dat sommige mannen, voor zover dit zich voordoet, zich hierin gediscrimineerd kunnen voelen, hoewel ik nog niemand aan de telefoon heb gekregen met de mededeling: "Ik ben gisteren gediscrimineerd omdat ik een bepaalde dame niet mocht behandelen." In die zin is het niet zo'n urgent probleem. De fysieke integriteit van de persoon brengt mee dat een geneeskundige behandelingsovereenkomst niet aangegaan wordt dan op basis van vrijwilligheid.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister maakt het allemaal onnodig ingewikkeld. Hij geeft ook nog eens een

Klink

flauwekulantwoord. Het gaat erom dat moslims steeds meer beginnen op te eisen in de zorg. U, minister Klink, moet op geen enkele wijze accepteren dat zorg gewei-gerd kan worden om het enkele feit dat een arts of een ziekenbroeder van het mannelijk geslacht is. Een arts mag niet door u gediscrimineerd worden.

Minister **Klink**: Ik discrimineer niemand. Ik verwijs alleen naar het recht op basis van fysieke integriteit om al dan niet behandeld te worden. Dit is een recht dat wij kennen. Van dwang, door wie dan ook, kan echter nooit sprake zijn. Hierin volg ik mevrouw Agema volstrekt. Zulke dwang is abject en moet absoluut worden afgewezen. Op dat moment ben ik overigens niet aan zet, maar de minister van Justitie.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.45 uur tot 14.30 uur geschorst.

Voorzitter: Verbeet



De **voorzitter**: Op de tafel van de griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Als voor het einde van de vergadering daartegen geen bezwaar is gemaakt, neem ik aan dat daarmee wordt ingestemd.

Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, toe te voegen aan de stemmingslijst van dinsdag aanstaande:

- de brief van het Presidium over adviesaanvragen over een aantal aspecten van megastallen (28973, nr. 16).

Ook stel ik voor, dinsdag aanstaande te stemmen over:
- de aangehouden gewijzigde motie-Neppérus/Spies (31200-XI, nr. 61).

Voorts stel ik voor, toe te voegen aan de agenda van volgende week:

- de begroting van Jeugd en Gezin voor het jaar 2008 (31200-XVII);

- de begroting van het ministerie van Defensie voor het jaar 2008 (31200-X);

- het wetsvoorstel Wijziging van enkele belastingwetten (Belastingplan 2008) (31205);

- het wetsvoorstel Wijzigingen van enkele belastingwetten en enige andere wetten (Overige fiscale maatregelen 2008) (31206);

- het wetsvoorstel Wijziging van de Experimentenwet Kiezen op Afstand in verband met de verlenging van de werkingsduur van die wet (31142);

- het wetsvoorstel Wijziging van arbeidsongeschiktheids-wetten en de Wet financiering sociale verzekeringen in verband met de verhoging van de uitkering voor volledig arbeidsongeschikten naar 75% en in verband met de uitsluiting van de wachttijd in verband met wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheids-wetten (Wet verhoging uitkeringshoogte arbeidsongeschiktheids-wetten) (31106);

- het wetsvoorstel Wijziging van de Wet kinderopvang en enige andere wetten in verband met het herstel van

enkele onvolkomenheden in de Wet kinderopvang en het opnemen van een klachtenregeling voor oudercommissies in die wet alsmede in verband met de overgang van het beleidsterrein kinderopvang naar het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (31134).

Tevens stel ik voor, toe te voegen aan de agenda van 27, 28 en 29 november:

- de begroting van de Staten-Generaal voor het jaar 2008 (31200-IIA);

- de begroting van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties voor het jaar 2008 (31200-VII);

- de begroting van Wonen, Wijken en Integratie voor het jaar 2008 (31200-XVIII).

Tot slot stel ik voor, toestemming te verlenen tot het houden van wetgevings- c.q. notaoverleg met stenografisch verslag:

- op maandag 26 november 2007 van 10.00 uur tot 18.00 uur van de vaste commissie voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer over het wetsvoorstel Regels inzake een vergunningstelsel met betrekking tot activiteiten die van invloed zijn op de fysieke leefomgeving en inzake handhaving van regelingen op het gebied van de fysieke leefomgeving (Wet algemene bepalingen omgevingsrecht) (30844).

Overeenkomstig de voorstellen van de voorzitter wordt besloten.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Halsema die, zoals ik heb begrepen, de heer Duyvendak vervangt.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Vanochtend kopte De Telegraaf dat de kilometerheffing pas in 2016 zal worden ingevoerd, zo blijkt uit een gelekte geheime notitie van minister Eurlings, want niet betaalbaar en technisch niet haalbaar. Als dit waar is, is het schandalig, want het is in strijd met het regeerakkoord. Bovendien worden er ondeugdelijke argumenten voor gebruikt. Dan is ook nog de vraag: wie heeft dit gelekt en met welke politieke redenen?

De fractie van GroenLinks stelt vast dat de kilometerheffing voor de zoveelste keer politiek wordt gesaboteerd, daar heeft het althans de schijn van. Wij achten dit zo ernstig dat wij minister Eurlings hierover willen interpellieren.

De heer **De Krom** (VVD): Wij steunen dit verzoek. Wij hebben er de buik van vol dat wij dit soort dingen steeds weer in de krant moeten lezen. Ik geef mevrouw Halsema wel in overweging om dit geen interpellatie te laten zijn, maar een spoeddebat.

De heer **Cramer** (ChristenUnie): Volgens mij is het een goed gebruik dat de Kamer reageert op officiële stukken die haar zijn toegezonden en niet op alles wat in de krant staat. Ik heb dan ook geen enkele behoefte aan een interpellatiedebat.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De fractie van D66 steunt het verzoek van mevrouw Halsema. Het mag wat ons betreft ook een spoeddebat zijn.

Mevrouw **Roefs** (PvdA): Mijn fractie staat achter de