

---

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 2010 (32123-XVI).**

(Zie vergadering van 10 november 2009.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

Minister **Klink**: Mijnheer de voorzitter. Ik begreep voorafgaand aan de vergadering en gisteren ook al via de eigenlijke voorzitter van de Kamer, dat u graag blokken benoemd ziet. Ik probeer even de blokkendoos die ten grondslag ligt aan mijn tekst aan te geven, om op die manier mijn inbreng van enige samenhang te kunnen voorzien.

De **voorzitter**: Structuur!

Minister **Klink**: Dank u, voorzitter. Wellicht kan ik daarmee ook structuur aanbrenge in de beantwoording van de vragen. Als u dit volhoudt, ben ik heel blij met deze behulpzaamheid in termen enzovoorts.

Ik wil in het eerste blok kort en inleidend spreken over vraagstukken in termen van houdbaarheid. Daarna wil ik in het tweede blok spreken over de leidraden die wat mij betreft van belang zijn voor de bekostiging van de zorg. Dan gaat het om samenhang en kwaliteit. Ten derde zal ik ingaan op de veiligheid. Ten vierde kort op innovatie en ten vijfde zal ik een uitwerking proberen te geven van de geschetste algemene lijnen naar de verschillende domeinen in de zorg: de eerstelijnszorg en de tweede-lijnszorg richting verzekeraars en apothekers enzovoort. Ten zesde wil ik ingaan op de dieproeven.

Ik begin met de houdbaarheid, met een wat formele zin, die enigszins celebrair aandoet, maar desalniettemin: ik sta hier vandaag met gepaste trots en vertrouwen in de toekomst gelet op de gezondheidszorg. Die gepaste trots hangt samen met het feit dat het kabinet er toch wel in geslaagd is om een systeem te bouwen dat de toegang tot de zorg waarborgt en partijen aanspreekt op hun verantwoordelijkheden voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Het stelsel dat we hebben ingericht, prikkelt ook om de zorg tegen een verantwoordelijke prijs aan te bieden. Bovenal heeft onze gezondheidszorg nog steeds een sterk solidair karakter dat is ingericht voor het heden. Dat houden we ook zo. Dit kabinet staat er voor dat het in de toekomst niet anders zal zijn. Solidariteit en vertrouwen zijn kernbegrippen volgens het kabinet, terwijl doelmatigheid geboden is.

De financiële crisis gaat niet voorbij aan de gezondheidszorg. Het rendement van elke geïnvesteerde euro moet uiteindelijk toenemen. Dat willen wij vooral bereiken door te investeren in de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Ik zeg uitdrukkelijk "wij", omdat de lijn die ik zo meteen zal schetsen over kwaliteit en samenhang in de zorg, een gemeenschappelijke lijn is van de staatssecretaris en van mij. Dat is meer dan een plichtpleging, omdat wij nu eenmaal een collectieve verantwoordelijkheid hebben, want het is ook uitdrukkelijk een beleidsinzet.

Solidariteit betekent in de eerste plaats dat de kosten eerlijk verdeeld moeten worden. Solidariteit betekent ook investeren in zorg en misschien wel vooral in tijden van tegenwind. Ik ben sinds afgelopen weekend terug uit de Verenigde Staten waar nu al 16% van het nationaal inkomen besteed wordt aan de zorg. Dat heeft diverse oorzaken, maar een daarvan is toch ook het grote aantal van 45 miljoen Amerikanen dat onverzekerd is. Zij wachten vaak heel lang voordat zij naar de arts toe gaan, waardoor de acute zorg – en dat blijkt ook uit alle programma's in Amerika die over de SEH gaan – omvangrijk en uiteindelijk buitengewoon duur wordt, plus alle nabehandelingen die nodig zijn als mensen te lang wachten met de gang naar de arts. Mensen met chronische aandoeningen laten zich ook minder snel behandelen, waardoor de kans op complicaties enorm toeneemt, met meer ziekenhuisopnamen en uiteindelijk extra kosten. Om die reden spreekt Obama – ik herhaal het nog maar een keer voor mevrouw Agema – inderdaad over "saving lives" en daarmee ook "costs".

Terug in Nederland laat de actualiteit inmiddels zien dat uitbraken van de nieuwe Influenza A, die in de volksmond – maar ook wel in de officiële mond – nog steeds Mexicaanse griep heet en van de Q-koorts, ondanks een goede organisatie van de zorg, toch echt bedreigingen voor de gezondheid met zich mee kunnen brengen. We spreken hier heel vaak over het beleid inzake het zorgstelsel en de curatieve zorg, maar de publieke gezondheidszorg is van even groot belang. Dat blijkt ook wel uit de situatie rondom de Mexicaanse griep en de Q-koorts.

We zien dat de griep soms ook dichtbij komt en ons persoonlijk leven raakt. Gisteren vernamen we dat van mevrouw Wiegman. Het gaat dus niet aan politici voorbij en het komt daarmee heel indringend dichtbij. Ik hoop dat haar familielid snel herstelt. Ik kreeg vanmorgen melding van mensen uit mijn kennissenkring die ineens acuut heel ziek zijn. Dat is voor mij een aangrijpingspunt om te benadrukken hoe belangrijk het is dat het personeel in zorginstellingen zich daadwerkelijk laat inenten. Je moet er niet aan denken dat je naar een zorginstelling gaat om beter te worden en er vervolgens vandaan komt met een ziekte onder de leden. Dat moet je elkaar niet willen aandoen. Juist degenen die voor de zorg gekozen hebben, moeten dat in mijn beleving indringend beseffen.

Gelukkig zijn we goed voorbereid op het voorkomen van de griep en op de zorg voor de slachtoffers van de griep. Laten wij ook alles in het werk stellen om de Q-koorts op dezelfde manier in te dammen. In mei hebben wij 34 miljoen vaccins besteld voor de gehele bevolking. Toen moesten wij snel beslissen. Er ging een onmiskenbare dreiging uit van het nieuwe griepvirus, zij het dat het toen nog op zeer beperkte schaal in de wereld voorkwam, namelijk in Mexico en in kleine delen van Amerika. Dankzij de grote bestelling toen hebben wij nu in elk geval voldoende voor de medische risicogroepen die door de Gezondheidsraad in beeld zijn gebracht. Deze week is begonnen met het vaccineren van de risicogroepen. Het zal de Kamer niet ontgaan zijn. Vanaf 23 november komen daar de kinderen bij van zes maanden tot vier jaar.

Regeren is vooruitzien en keuzen durven maken. Dat geldt ook voor de publieke gezondheidszorg, de curatieve zorg en de langdurige zorg. Als wij onze goede gezondheidszorg in de toekomst willen behouden, zijn



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

die keuzen nu noodzakelijk en moeten wij nu voorsorteren. Wij moeten ons rekenschap geven van de spanningen die op de lange termijn zullen ontstaan door een krimpende arbeidsmarkt, afgezet tegen een vergrijzende bevolking. Deze zal meer en meer aan chronische aandoeningen lijden. Uit dien hoofde vertegenwoordigt zij ook een toenemende zorgvraag.

Mevrouw Koşer Kaya wees op de vraagstukken die in de toekomst op ons af zullen komen. Als we doorgaan op de manier waarop wij nu de zorg organiseren, hebben wij over 30 jaar meer dan 25% van de capaciteit op de arbeidsmarkt nodig. Dat gaat ons waarschijnlijk niet lukken, wat zal resulteren in wachtlijsten. Vandaag hoop ik uiteen te zetten welke koers wij gekozen hebben en welke uitdagingen zich voordoen. Ik wil stilstaan bij de maatregelen die wij nemen om de haalbaarheid te bevorderen. Die inspanning voltrekt zich voor de begroting van 2010, maar die heeft in het kader van de heroverweging een verstrekkend karakter.

Om een dreigende overschrijding van de begroting voor 2010 met 1 mld. te voorkomen, ontkomen wij niet aan het nemen van maatregelen. Medisch specialisten moeten een bedrag van 375 mln. inleveren. Mevrouw Smilde vroeg mij, in te gaan op de uiteenlopende opvattingen van de KNMG en de Orde over deze maatregel. Voor een antwoord op die vraag verwijs ik haar naar deze organisaties. Mijn inzet is volstrekt helder. De overschrijding van het budget voor de medisch specialisten heeft alles te maken met het rondrekenen van dat budget en het aantal dbc's dat ermee gemoed was. In termen van normtijden hebben zich daar toch de nodige omissies voorgedaan. Die overschrijdingen komen hoe dan ook gewoon terug, linksom of rechtsom. De premiebetaler moet er uiteindelijk niet voor opdraaien.

In de ggz gaat het om een maatregel van 119 mln. Net als de heer Van Gerven en mevrouw Wiegman besef ik dat de maatregel een grote opgave is voor die sector. Verschillende aanbieders laten echter zien dat het mogelijk is om kwaliteit te leveren tegen een lagere prijs. Met de tariefmaatregel verlagen wij dus niet het aantal cliënten dat behandeld kan worden. Er kunnen evenveel mensen behandeld worden, zeker als we die benchmark hanteren, zonder dat het gevolgen heeft voor de

kwaliteit. Per saldo investeert dit kabinet in 2010 overigens 60 mld. in de zorg tegen 58 mld. in 2009. Dat betekent netto toch nog altijd 2 mld. extra voor de zorg in één jaar. Op middellange termijn zijn er echter maatregelen noodzakelijk. In de haalbaarheidsagenda die ik in december aan de Kamer zal sturen, beschrijf ik de maatregelen die binnen de nu geldende uitgangspunten van ons systeem moeten leiden tot meer doelmatigheid. Ik zal mij daar natuurlijk maximaal voor inspannen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik wil even terug naar de Mexicaanse griep. Veel mensen maken zich zorgen. Zij krijgen tegenstrijdige berichten en weten niet precies hoe te handelen. Minister Ter horst zei gisteren in een televisieprogramma dat de informatievoorziening door de overheid veel sneller moet verlopen, omdat mensen zich terecht zorgen maken en niet weten welke kant zij op moeten en wat zij moeten doen, juist doordat de informatievoorziening via internet of anderszins veel sneller verloopt. Ik ben benieuwd hoe de minister hier tegenover staat. Is hij ook van mening dat de overheid in dit soort situaties veel actiever en veel sneller informatie moet verstrekken om die tegenstrijdigheden te voorkomen?

Minister **Klink**: Laat ik duidelijk zijn: de tegenstrijdigheden in de informatie komen in ieder geval niet bij de overheid vandaan. Wij hebben vanaf mei/april een vrij consistente boodschap uitgedragen, namelijk de griep – voor zover die zal optreden – zal betrekkelijk mild zijn, maar niettemin wel ernstig kunnen zijn voor degenen die tot de risicogroepen behoren. Dit is uiteindelijk door de Gezondheidsraad onderlijnd in een advies waarin de medische risicogroepen in beeld zijn gebracht en benoemd. Vervolgens is de raad om een nieuw advies gevraagd over de kinderen. Dit advies heeft niet tot een herprioritering geleid; de kinderen zijn toegevoegd aan de risicogroepen. Aan onze kant is er dus sprake van een grote mate van consistentie. Wij zijn daartoe in staat gesteld door het feit dat wij voldoende vaccins hebben.

Wij hebben vrij vroeg een folder uitgebracht waarin kenbaar wordt gemaakt welke preventieve maatregelen kunnen worden genomen. Dat zijn heel eenvoudige aanwijzingen, bijvoorbeeld hoe je zo fatsoenlijk mogelijk kunt niesen in de nabijheid van derden. Er is een website ingericht waarop stelselmatig vragen en antwoorden worden opgenomen en Q&A's beschikbaar zijn. Op de radio heb ik echter geluiden gehoord van mensen die zeggen dat je eigenlijk toch iets nadrukkelijker aanwezig zou moeten zijn op de internet- en discussiesites zodat je stante pede en direct aan de fora kunt deelnemen. Dat zal best veel menskracht vergen, maar ik heb gisteren aan mijn hoogste ambtenaar, de heer Huijts, gevraagd om in het overleg dat hij daarover binnen een uurtje zou voeren, mee te nemen in hoeverre wij dit kunnen doen, voor zover dit nog niet gebeurt. Dan kunnen wij op die fora direct allerlei idiote verhalen de kop indrukken. Het verbaast mij toch zeer dat de dagbladen worden versierd en opgeleukt met berichten dat de overheid via nanodeeltjes die in het lichaam van mensen terechtkomen, greep op personen wil krijgen. Wie haalt dit in zijn hoofd? Wie veronderstelt dat iemand daar belang bij zou kunnen hebben? Maar goed, wij spreken straks over de ggz en ik zou bijna zeggen: daar is in ieder geval nog wat capaciteit voor nodig.

## Klink

De **voorzitter**: Nog eenmaal, mevrouw Koşer Kaya.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik begrijp dat de minister zich hierover opwindt. Mijn aandacht gaat echter vooral uit naar de mensen die op het verkeerde been worden gezet en andere informatie krijgen dan de informatie die de overheid verstrekt. Een evenwichtige informatievoorziening is heel belangrijk en daar mogen zeker andere meningen tegenover worden geplaatst, maar in een tijdperk van internet zou de overheid veel actiever kunnen opereren in dit soort situaties. Ik ben blij te horen dat de handschoen nu wordt opgepakt en dat er veel actiever ...

De **voorzitter**: En uw vraag is?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik zal mijn vraag stellen. ... dat nu ook actief door de overheid via de internetfora informatie zal worden gegeven. Zal de minister dit in het vervolg ook in andere delicate situaties doen of is dit eenmalig?

Minister **Klink**: Ik gebruikte gisteren vrij spontaan het woord "wake up call". Laat ik dit toelichten. Gisteren hebben experts op het gebied van internet zich via de radio aangediend. Zij zeiden tegen ons: je moet actiever zijn en ervoor zorgen dat je op die fora present bent. Dan gaat het niet om propaganda, want je moet natuurlijk naar een evenwicht zoeken, maar wel om objectieve informatie ten einde mensen in staat te stellen om een goede keuze te maken. Ik ben het dus met mevrouw Koşer Kaya eens. Ik zie haar oproep ook als iets wat wij ons structureel moeten aantrekken, want het zal niet voor het laatst zijn dat wij hiermee te maken krijgen. Ik zie het zo al weer voor mij bij de Q-koorts. Vanochtend merkte de heer Van der Veen nog op dat het lijkt alsof wij weer in de middeleeuwen leven met kwakzalvers en aanverwante lieden. Ik kan hem daarin alleen maar gelijk geven. Laten wij die middeleeuwen vooral via moderne media bestrijden.

Mevrouw **Agema** (PVV): In dit rondje heb ik een vraag over de Mexicaanse griep. Daarna zal ik ingaan op de introductie van de minister. Onze kritiek op deze minister was de laatste tijd vooral dat wij te vaak de verkeerde Ab op de televisie zagen. Ik moet de minister nu een compliment maken, want de afgelopen periode zagen wij minister Klink wel heel vaak op de televisie. Hij legde duidelijk uit hoe de vork in de steel stak.

Niet al mijn kritiek is hiermee verdwenen. In mei heeft de minister opdracht gegeven tot de aankoop van 34 miljoen vaccins. Daar stonden wij op dat moment ook achter. Nu blijkt dat er te weinig vaccins op tijd beschikbaar zijn. Daarom is het lastig om de risicogroep van kinderen bij de vaccinatie te betrekken. Het overgrote deel van de vaccins komt pas in januari en dus te laat. De minister heeft een geheimhoudingsclausule ondertekend. Wij willen daarin graag meer inzicht, want wij willen weten of de minister toen al wist dat zo'n groot deel van de vaccins niet op tijd beschikbaar zou zijn, waardoor wij feitelijk te veel vaccins hebben gekocht.

Minister **Klink**: Die informatie kwam ook aan de orde tijdens het debat over de andere Ab, zal ik maar zeggen. Als het ook maar enigszins mogelijk is de Kamer vertrouwelijk te informeren over de prijs die wij hebben

betaald voor de 34 miljoen vaccins, zal ik dat regelen. Ik zal dit laten verkennen en kom hierop in mijn tweede termijn terug. Die verkenning zou eigenlijk al moeten lopen, want ik heb deze vraag in het departement neergelegd naar aanleiding van ons debat daarover.

Dat is een. Twee: hebben wij te veel betaald? Ik ken de cijfers slechts grofmazig, maar het antwoord is: nee. Ik zal dat later toelichten. Drie: wisten wij toen al dat die 34 miljoen vaccins niet tijdig beschikbaar zouden zijn? Nee. Alles wees erop dat wij die vaccins dit najaar tot onze beschikking zouden krijgen, zij het dat wij wel wisten dat een vaccin een levend product is waarbij je niet op voorhand 100% zeker weet of het tijdig tot stand kan komen. Wij hoorden deze zomer dat het proces meer voeten in de aarde had dan men aanvankelijk had verwacht. Die informatie kwam dus pas in de zomer. Vier: betekent dit dat wij nu te weinig vaccins hebben? Nee. Wij hebben vrij breed ingekocht. Voor het GSK-deel krijgt iedereen proportioneel geleverd, dus naarmate je meer hebt besteld hebt, krijg je meer geleverd. Daarom hebben wij nu al betrekkelijk veel vaccins beschikbaar en kunnen wij de jongeren inenten. Vijf: zouden wij meer mensen inenten wanneer wij meer vaccins zouden hebben? Nee. Wij hebben de Gezondheidsraad niet gevraagd om met inachtneming van de capaciteit medische risicogroepen te benoemen, maar ongeacht die capaciteit aan te geven welke groepen medisch gezien in aanmerking moeten komen voor vaccinatie. De raad komt op basis van een medische overweging tot de groep van nul tot vijf jaar. Als wij 34 miljoen vaccins beschikbaar hadden gehad, zouden wij nog het nog steeds over de groep hebben van nul tot vijf jaar en niet daarboven. Gezonde kinderen hebben voldoende weerstand tegen het virus. Het nut weegt dan niet op tegen de bijwerking van de vaccinatie.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit is mij voldoende duidelijk. Mijn tweede vraag over de Mexicaanse griep gaat over het middel thiomersal, waarover heel veel te doen is op het internet. De minister heeft al bevestigd dat het middel inderdaad in het vaccin zit, maar dat middel is volgens de Bestrijdingsmiddelenwet verboden. De minister meldde eerder dat dit middel door het lichaam binnen enkele dagen wordt afgebroken. Ik wil daarvoor toch meer bewijs zien. Ik wil de minister best geloven, maar wij moeten de minister wel kunnen controleren.

Minister **Klink**: Deze stof wordt in zeven dagen door het lichaam afgebroken en heeft geen schadelijke effecten. Ik ben geen medicus en zeker van chemie heb ik geen verstand van zaken. Ik moet dan ook uitgaan van wat de Gezondheidsraad hierover zegt en die is natuurlijk niet op zijn achterhoofd gevallen. Verder registreren de Europese EMEA en het Nederlandse CBG een middel pas als aangetoond is dat het veilig is. En reken er maar op dat deze instituten ook naar dit soort stoffen kijken! Verder zijn inmiddels miljoenen mensen over de hele wereld gevaccineerd en tot nu zijn er bij deze mensen geen rare bijwerkingen aan het licht gekomen. Als die er wel zouden zijn, zouden ze stante pede gemeld moeten worden aan de EMEA en het Lareb. Als er sprake zou zijn van bijwerkingen, zou de WHO dat dus binnen de kortste keren weten.

Het gaat om een bekende stof die men toevoegt om te voorkomen dat de kwaliteit van het vaccin achteruitgaat door erosie of schimmels. Het is een bekende stof,

## Klink

waarvan zeker is dat hij niet schadelijk is voor de mens. Met andere woorden: het vaccin is gewoon veilig.

Mevrouw **Agema** (PVV): De vaccins zijn vrij schaars, ook al beschikken wij inmiddels over 10 miljoen doses. In de media las ik dat een aantal topsporters is ingeënt. Is dat waar en, zo ja, zijn daardoor dan mensen die een groter risico lopen dan deze sporters hun vaccinatie misgelopen?

Minister **Klink**: Het zou natuurlijk een probleem zijn als huisartsen willekeurig mensen gaan vaccineren. De een vindt dat Suarez voor vaccinatie in aanmerking komt – ik mag het niet zeggen, maar in dit bijzondere geval is dat natuurlijk ook zo! – en de ander dat dansers gevaccineerd moeten worden, omdat hij graag naar ballet gaat. Als iedereen uitgaat van zijn eigen voorkeuren en zich niet strikt houdt aan de medische risicogroepen, krijgen wij inderdaad te maken met capaciteitsproblemen. Een huisarts die dit doet, is dus onverantwoord bezig! Nederland gaat niet door de benen als een schaatsploeg wordt gevaccineerd, maar alle beetjes tellen wel op. Als iedereen uit hobbyisme mensen gaat vaccineren, dan krijgen wij echt een probleem. Ik vind het dus onverantwoord dat dit gebeurt. Ik grijp uw opmerking dan ook dankbaar aan om mij met deze boodschap tot elke huisarts en instelling te richten: het mag niet gebeuren.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Het is triest om te constateren dat mensen zich meer zorgen maken over de vaccinatie dan over de Mexicaanse griep zelf. Alle steun voor de pogingen van de minister om dit beeld tegen te gaan. Dit beeld ontstaat echter ook, doordat zorgwerkers zelf zo weinig bereid zijn om zich te laten vaccineren. Gisteren presenteerde het journaal een onderzoek waaruit bleek dat maar de helft van de verpleegkundigen bereid is om zich te laten vaccineren. Wat gaat u daaraan doen?

Minister **Klink**: Ik ben heel blij dat de V&VN en andere vertegenwoordigers van beroepsgroepen hun mensen hebben opgeroepen om zich wel te laten vaccineren. Daarvoor zijn twee belangrijke redenen te noemen. Ten eerste voorkom je daarmee dat je anderen besmet. Mensen gaan natuurlijk niet naar een arts of een ziekenhuis om ziek te worden, maar om daar beter te worden. Ten tweede kampen ziekenhuizen en ic's nu al met een tekort aan personeel, terwijl wij ons pas in de aanloop naar de piek bevinden. Mensen moeten zich dus laten vaccineren, want niemand moet zijn collega's onnodig willen belasten. Het zou je bovendien maar gebeuren dat je kind naar een ic moet waar men te weinig mensen heeft!

Het staat eenieder vrij om zich wel of niet te laten vaccineren. Maar als je uit verantwoordelijkheidsbesef verpleegkundige of arts geworden bent, leg dan nu dezelfde verantwoordelijkheid aan de dag en laat je vaccineren. Vaccinatie is echt vrijwillig en ik kan dan ook alleen maar net als u uitstralen hoe belangrijk het is dat men zich laat vaccineren. Ik kijk in de richting van mijn dg, die achterin de zaal zit. Misschien moeten wij ook maar naar ziekenhuizen, besturen enzovoort uitstralen dat zij er bovenop moeten zitten en mensen in deze termen moeten oproepen om het te doen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Het is helder. De minister

doet een morele oproep aan de sector. Is het echter toch niet nodig dat wij, gezien de enorme uitstraling van weigering in die sector om bereidheid te tonen ten opzichte van het grote publiek en gezien de onzekerheid onder het gewone publiek, daarin een stap verder gaan? Het gewone publiek denkt immers dat er wel wat aan de hand zal zijn als de deskundigen het al niet willen laten doen. Welke mogelijkheden heeft de minister op dat punt tot zijn beschikking?

Minister **Klink**: Ik kan dat ook niet zomaar uit mijn mouw schudden. Gisteren viel mij bij een werkbezoek hier in Den Haag precies dit punt op. Die huisartsen hadden zichzelf eerst over en weer "ritueel" laten vaccineren, zoals de arts dat noemde. Hij meldde ook aan de patiënten dat zij dat zelf gedaan hadden. Dat geeft het comfort om af te kunnen gaan op een man die je vertrouwt. De man die je vertrouwt, doet het zelf ook. Met andere woorden: het zal dan wel veilig zijn. Misschien moeten wij wel hetzelfde doen, maar dan meer collectief, en zeggen dat deze mensen zich wel hebben laten inenten. Nogmaals, het effect dat mevrouw Sap benoemt, geldt volgens mij voor mensen die in de war worden gebracht door websites. Van mensen die behoren tot het verzorgend personeel mag aangenomen worden dat zij in ieder geval niet in die indianenverhalen geloven.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Wiegman.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb nog een slotvraag, voorzitter.

De **voorzitter**: Dat moet dan kort, mevrouw Sap.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik houd het altijd kort, voorzitter. Veel tijd hebben wij natuurlijk niet. De minister moet dus echt de komende weken zijn slag slaan en die bereidheid zien op te wekken. Als hij blijft hechten aan die vrijwilligheid, kunnen wij op dat punt geen slag slaan. Is het dan niet zaak om gewoon een veel grotere mediacampagne te starten met een beroemdheid die voor de minister aan de slag gaat?

De **voorzitter**: Wij kunnen wederom Luis Suarez inzetten.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Of Frans Bauer, voorzitter.

Minister **Klink**: Frans Bauer behoort volgens mij niet tot de risicogroep, maar mocht hij zich hebben laten inenten en mocht hij ertoe bereid zijn, dan zullen wij hem samen het verzoek doen om vanavond te melden dat hij zich heeft laten inenten. Er is vast wel een programma waarin hij van pas kan komen. Bij dezen doe ik het verzoek via de voorzitter, zou ik bijna zeggen. Dat initiatief zal echter met name mensen over de streep halen die reserves hebben door indianenverhalen, maar niet het zorgpersoneel. Mensen die tot het zorgpersoneel behoren, zullen zich niet snel laten inenten omdat Frans Bauer dat ook heeft laten doen. Ik maak nog één opmerking. Ik hecht aan die vrijwilligheid en ik heb de zorgsector ook niet aan een touwtje. In die zin kan van mij ook niet het onmogelijke worden gevraagd.



## Klink

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik steun het pleidooi over de Mexicaanse griep en de inzet daarvoor van de minister van harte. Met goedvinden van de voorzitter kom ik graag even terug op die enkele opmerking die de minister heeft gemaakt over de ggz. Zijn korte uitleg bij die bezuiniging was dat het allemaal doelmatiger kan. Dat zou misschien wel kunnen, maar ik heb veel meer behoefte aan meer inzicht in de reden waarom dat precies kan en in de wijze waarop dat moet, vooral omdat dit een sector is die juist de afgelopen jaren steeds ondoorzichtiger is geworden, omdat deze op alle terreinen van de gezondheidszorg actief is: de Wmo, de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Het zou eigenlijk veel interessanter zijn om de vraag beantwoord te krijgen waar die overschrijding zich nu precies voordoet. Gebeurt dat op al die terreinen? Waar is het mogelijk heel gericht in te grijpen?

Minister **Klink**: In de schriftelijke beantwoording zijn wij op die vraag teruggekomen. Wij hebben er geen zicht op waar die overschrijdingen zich precies binnen die instellingen voordoen. Ik trek even twee parallellen met de ziekenhuizen. De ziekenhuizen hebben ook te maken met een bezuiniging. Dat onttrekt zich een beetje aan ons gezichtsveld omdat wij deze bezuiniging nu bij de ggz-instellingen neerleggen terwijl de bezuinigingen op de ziekenhuizen al afgesproken zijn bij het regeerakkoord. Dat loopt op naar 400 mln. in 2011. Bij die bezuiniging zeggen wij ook niet tegen ziekenhuizen op welke onderdelen zij een efficiëncyslag kunnen maken en op welke onderdelen zich overschrijdingen voordoen. Ik ben het met mevrouw Wiegman eens dat het een vrij bot generiek middel is – dat ben ik met haar eens – waarbij in feite tegen instellingen wordt gezegd: wij korten u en zoekt u zelf maar uit waar u een efficiëncyslag wilt maken. Daarbij is er nog wel de behaaglijke zekerheid dat het aantal middelen per saldo nog toeneemt; het gaat eerder om een afvlakking van de toename dan om een afname van middelen.

Ten tweede verkeren wij in de "behaaglijke" wetenschap dat andere instellingen het kennelijk wel kunnen; daarvan zijn goede voorbeelden. Om die reden werkt de staatssecretaris rondom de AWBZ met de benchmark. Men weet dat binnen de ggz ook. Dat geeft in elk geval het vertrouwen dat het wel mogelijk moet zijn. Is dat ideaal? Nee, ik vind het niet ideaal. Daarom wil ik ook in de ggz toe naar een situatie waarin kostprijzen per dbc gelden. Dat is ook voor het management veel beter. Nu kennen we ruwweg AWBZ-parameters waar moeilijk op te sturen valt. Verder wil ik in de ggz toe naar een situatie van vrije prijsonderhandelingen en een situatie waarin dbc's weer aan de bekostiging gekoppeld zijn. Ik heb u via de brief die ik onlangs stuurde aangegeven wat daarvoor nodig is: een betere medische herkenbaarheid van de dbc-structuur en een verfijning van de dbc-structuur, zodat je later geen rare schommelingen krijgt. Die zullen het gevolg zijn van de overgang van een omzet en een budget op prestatiebekostiging. Die budgetten zijn namelijk historisch gegroeide gegevens. Zodra je kostprijzen gaat berekenen, kun je rare afwijkingen krijgen. Dat moeten we dus nauwkeuriger in beeld krijgen. Bovendien wil ik meer zicht op de kwaliteit van de zorg, zodat patiënten en verzekeraars bij de contractering meer inzicht krijgen in waarover zij eigenlijk een contract afsluiten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister trekt een parallel met de ziekenhuizen. Ik vind eigenlijk de parallel met de AWBZ haast nog beter gekozen, want wat heeft de staatssecretaris met de AWBZ gedaan? Hij heeft goed nagegaan waar de overschrijding zich voordoet en inzicht gekregen in de situatie. Hij heeft geconstateerd dat er een heel grote groep mensen in zit die veel beter binnen de Wmo past. Daarop zouden gemeenten hun welzijnswerk kunnen richten. Eigenlijk zou ik een dergelijke operatie ook van deze minister verwachten als het gaat om de ggz, juist met de grote, tijdens de heroverweging te beantwoorden vraag in het achterhoofd welke zorg we nu echt met elkaar, collectief, willen betalen, verzekeren en regelen en de grote vraag welke onderdelen er eigenlijk zomaar in zijn ondergebracht, maar op een andere manier goed opgevangen kunnen worden voor de mensen die er gebruik van maken?

Minister **Klink**: Dan kom ik eigenlijk op de vraag die mevrouw Smilde gisteren aansneed: wat zijn je prioriteiten met betrekking tot ombuigingen? Ik vind dat je pakketmaatregelen nooit moet uitsluiten, alhoewel ik het lastig vind om binnen de ggz te zeggen welke aandoening van depressieve aard of welke angststoornis je niet meer betaald kunt krijgen. Moeten we van smetvrees en pleinvrees zeggen dat we die buiten het pakket laten? Dat lijkt me lastig, maar je moet niet uitsluiten dat er een helderder indicatiestelling komt of dat er op termijn wordt gewerkt met een eigen bijdrage die een drempel opwerpt om niet al te gemakkelijk naar de instellingen toe te gaan. Maar het gaat mij op dit moment te ver als instellingen zeggen, in de wetenschap dat er andere zijn die het doelmatig kunnen: er komt een bezuiniging op ons af, dus we schuiven die maar door naar de mensen die in feite behoefte aan zorg hebben en parkeren een en ander maar bij hen. Ik ga voor de trits die mevrouw Smilde aansneed: laten we het eerst zoeken in de verbetering van kwaliteit waardoor hopelijk ook kosten bespaard kunnen worden. Laten wij ten tweede kijken in hoeverre het verantwoord is om een efficiëncymaatregel te nemen, wat overigens met de benchmark wel gedaan is voor zover het niet (ten derde) te maken had met een inperking van het pakket. Ik loop er echter niet voor weg. Ik denk dat die keuze inderdaad op ons afkomt en ik sluit niet uit dat de ibowerkgroep die in de loop van voorjaar 2010 gaat adviseren, daadwerkelijk naar het pakket zal kijken, want de groei is enorm; het gaat om circa 7% op jaarbasis.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Afrondend ...

De **voorzitter**: Ik wil die discussie niet aan; ik wil het proberen te beperken tot twee interrupties. Ik geef u nog een keer de gelegenheid als het echt nodig is, maar ik denk dat we het debat vandaag wel adequaat moeten afronden. Dus graag kort, mevrouw Wiegman.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Naar aanleiding van de trits noemt de minister de terreinen waarop hij aan de slag wil gaan en in welke volgorde. Ik zou daar heel nadrukkelijk instroom en uitstroom aan willen toevoegen. Het indammen van de instroom en van bijvoorbeeld de uitstroom, zodat

## Klink

mensen weer sneller in de samenleving kunnen functioneren, is volgens mij ook heel effectief.

Minister **Klink**: Ik ben het met u eens. Wat ontzettend belangrijk is, ligt in het verlengde van het pakket dat u noemt: de indicatiestelling. Wanneer kom je nu in aanmerking voor een behandeling? Dat is somatisch al lastig, maar op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg nog veel lastiger. Ik denk echter niet dat we eraan ontkomen om die vraag te stellen. Ook de vraag rondom het eigen risico zal gaan spelen. Op het moment dat een en ander minder verfijnd gebeurt, rijst de vraag in hoeverre dan eventueel een financiële drempel opgeworpen moet worden. Ik blijf daar echter liever bij vandaan, gegeven de trits die ook voor mij geldt: het eerst proberen te zoeken in kwaliteitsverbetering en doelmatigheid en pas daarna in het in het vizier krijgen van de burger.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD): Ik kom nog even terug op de Q-koorts. Vanavond komt er een overleg, waarin inhoudelijke discussiepunten aan de orde zullen komen. Ik stel hier een belangrijke vraag over een ernstige ziekte. Mensen worden ziek van een ziekteverwekker die uit de veesector komt. Wat de uitkomst van het debat van vanavond ook is, wij kunnen constateren dat er zeer veel mensen ziek zijn. Vanmorgen is er nog een patiëntenvereniging opgericht. Het gaat om ernstige klachten en mensen zitten soms een jaar thuis. De conclusie is dat het kabinet onvoldoende is opgetreden om dit te voorkomen. De vraag die hier gesteld kan worden, los van het debat van vanavond, is waar de regie ligt. Ligt die bij de minister van VWS of mag de minister van LNV de maatregelen bepalen?

Minister **Klink**: De regie ligt bij ons beiden. Ik teken daarbij aan dat bij de te maken afwegingen een ding volstrekt helder is: de menselijke gezondheid prevaleert boven de economische belangen van de sector. Dat is de leidraad van zowel de minister van LNV als van mij.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD): Dit is een belangrijke vraag. Bij wie mag de regie liggen? Als de minister stelt dat de volksgezondheid prevaleert boven de economische belangen, dan heeft de Kamer nog wel een appeltje met hem te schillen vanavond. Ik ben benieuwd hoe hij omgaat met mensen die bijvoorbeeld ziek worden van hoogovens. Is het dan de minister van EZ die een grote vinger in de pap heeft of trekt de minister van VWS de regie over het beleid dan meer naar zich toe? Ik ben van mening dat wij hier moeten vaststellen dat de minister van Volksgezondheid de regie heeft en dat de minister van LNV pas in tweede instantie mag meedenken over het beleid.

Minister **Klink**: Het gaat er niet om dat de minister van LNV pas in tweede instantie mag meedenken over dit beleid. Het gaat altijd om afwegingen, maar niet om afwegingen die in mindering worden gebracht op het effect op de volksgezondheid. Het gaat wel om afwegingen over het aantal instrumenten dat wordt ingezet. Laat dat duidelijk zijn. Als wij zeggen dat de gehele veterinaire sector uit dit land moet verdwijnen, doen wij onszelf als land tekort en doen wij de sector tekort, voor zover die middelen disproportioneel zijn. Als het via de band van vaccinatie en dichte stallen kan en als dat effectief blijkt

te zijn, ga ik niet zeggen dat de gehele sector moet verdwijnen. Wij zijn op dit moment de instrumenten aan het verkennen en de vaccinatie zal volgend jaar van de grond komen. Tijdens de algemene overleggen hebben wij al diverse malen gezegd dat de micro-organismen en bacteriën ook al in het milieu zitten. Zelfs al zouden wij morgen compleet ruimen, dan is dat nog geen garantie dat de Q-koorts de komende jaren niet meer zal optreden. Met het oog op besmetting moet de bron natuurlijk wel verdwijnen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kom nog even terug op het griepvaccin. Ik onderstreep zeer wat de minister zegt. Ik heb ook in eigen kring de onzekerheid meegemaakt die wordt veroorzaakt door niet-onderbouwde stellingen en beweringen. Er is zojuist een collectieve oproep gedaan om het te melden als je je hebt laten vaccineren. Ik kan melden dat ik mij gistermorgen heb laten vaccineren en dat ik mij nog steeds goed voel.

De **voorzitter**: Waarvan akte.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb twee vragen aan de minister over de Mexicaanse griep en het ggz-vraagstuk. De minister heeft duidelijk afstand genomen van de voorkruipzorg voor sporters en andere BN'ers die worden ingeënt. Hulde voor de minister. Het is een groot goed in onze samenleving dat medische factoren leidend moeten zijn bij de behandeling en inenting van mensen. Ik heb in publieke uitingen de relatie gelegd met de bedrijvenpolis. Ik neem AZ als voorbeeld, dat als een bedrijf heeft geopereerd en iets heeft geregeld voor zijn werkers. De minister heeft daarvan afstand genomen. Vindt hij ook niet dat wij afstand moeten nemen van het fenomeen bedrijvenpolissen die voorkruipzorg organiseren? De discussie over voorkruipzorg hebben wij verschillende keren met elkaar gevoerd. Ik heb u ook aangegeven – maar nu put ik even uit mijn geheugen – dat er wat mij betreft niets op tegen is als een verzekeraar voor zijn verzekerden weet te regelen dat de wachtlijsten worden bekort en dat verzekerden snel kunnen worden verwezen naar aanbieders van zorg. Die vorm van competitie willen wij ook. Bovendien geldt hierbij dat iedereen zich bij die verzekeraar kan aansluiten. Wanneer er door de verzekeraar een onderscheid zou worden aangebracht tussen persoon X die meer recht zou hebben dan persoon Y op bereikbare en toegankelijke zorg vind ik dat wij de solidariteit in de zorg buitengewoon nauwgezet in de gaten moeten houden. Ik kan op dit moment niet overzien of dit iets betekent voor bedrijvenpolissen. Daarop kom ik in tweede termijn terug, maar deze algemene lijn noem ik graag.

De **voorzitter**: Dat horen wij dan in tweede termijn. Dan uw tweede vraag, mijnheer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat de parallel heel duidelijk te leggen is. Als u zegt "niet doen bij AZ", zouden wij ook tegen het fenomeen bedrijvenpolis moeten zijn en dat wettelijk moeten vastleggen, zodat het ordentelijk geregeld is dat het gelijkheidsbeginsel ook leidraad van handelen is voor artsen en dat u ook middelen hebt om in te grijpen als dit niet gebeurt. Nu kunt u alleen maar, terecht, een moreel appel doen, maar

## Klink

u zou meer moeten kunnen doen wanneer er sprake is van ongelijkheid en voorkruipzorg om dat te corrigeren.

Minister **Klink**: Ik weet niet of het zich voordoet – daarvoor ken ik de praktijk te weinig – maar als een bedrijf zegt: wij nemen medici in dienst die reguliere huisartsenzorg leveren, is daar natuurlijk niets op tegen, op voorwaarde – maar dan krijgen wij weer de publieke verantwoordelijkheid – dat wij met elkaar een systeem in het leven roepen waarin de toegankelijkheid van de huisartsenzorg überhaupt gewaarborgd is. Als een bedrijf zegt: wij doen er een schepje bovenop en wij trekken medici aan, waarmee wij ons personeel voorzien van goede zorg, kan ik daar eerlijk gezegd niets op tegen hebben. Als u daarop doelt, is mijn antwoord in eerste termijn al gegeven.

De **voorzitter**: Uw tweede vraag, afrondend.

De heer **Van Gerven** (SP): Die betreft de discussie rond de ggz en de bezuinigingen daarop. Het kabinet heeft gekozen voor een kaasschaafmethode, overall 3% of meer eraf in een aantal sectoren, waaronder ook de ggz, terwijl er heel veel discussie is of de getallen die het ministerie produceert, kloppen. Zorgverzekeraars Nederland herkent zich daar ook niet in. Er is ook discussie binnen de sector of het wel eerlijk is dat bijvoorbeeld intramurale instellingen worden aangeslagen, terwijl de extra uitgaven wellicht elders extramuraal hebben plaatsgevonden. Ik wil die discussie hier niet verder voeren, maar ik wil wel kijken naar de gevolgen. Het betreft een groep buitengewoon kwetsbare psychiatrische patiënten die zich moeilijk kunnen verweren tegen wat er gebeurt. Wij zijn heel bang dat uw maatregel ertoe zal leiden dat de wachtlijsten zullen oplopen en dat mensen te laat of niet worden geholpen. U bestrijdt dat. U zegt dat men maar een efficiëncyslag moet slaan en dat het niet zal uitlopen. Kunt u garanderen dat die wachtlijsten niet oplopen door uw maatregel? En als zij wel oplopen, wat gaat u dan doen?

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even al aan dat er andere instellingen zijn, die ook bij mij aan tafel zitten en die zeggen dat het wel kan, in die zin dat zij het efficiënter kunnen dan de bedragen waar de gemiddelde instelling mee moet uitkomen. Het voorbeeld wordt binnen de sector zelf geleverd. Ik wil uiteindelijk wel wegkomen uit die budgettering die, voor zover je al met bezuinigingen werkt, inderdaad van overheidswege altijd zal behelzen dat er generiek wordt gekort op instellingen. Daarom is het ook van tweeën een: of u wilt prestatiebekostiging, en dan komen die door u zo vermaledijde markt en vrijheid in beeld, of u zegt: wij gaan budgetteren, en dan komen overheidsmaatregelen met soms ook begrenzungen in beeld. Tenzij u zegt – dat is een derde weg – dat de zorg onbegrensd kan groeien. Maar ik mag aannemen dat u dat niet vindt. Voor zover u dat wel vindt, hebt u daarmee ook een statement gemaakt. Dan kan ik u melden dat wij binnen no time als wij niet oppassen met dezelfde financiële consequenties te maken krijgen als in de Verenigde Staten, die ik zo-even noemde, dat namelijk echt te hoge zorgkosten worden betaald. Ik zou wel eens willen weten waarin u de begrenzungen zoekt.

De **voorzitter**: Ik probeer te streven naar twee vragen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het zijn twee onderwerpen, voorzitter.

De **voorzitter**: Dat is heel slim bedacht, maar ik sta u geen vraag meer toe, het spijt mij.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister heeft geen antwoord gegeven op mijn vraag over de wachtlijsten. Daarop wil ik wel graag een antwoord van hem.

De **voorzitter**: Wij gaan niet de discussie met elkaar aan. De minister.

Minister **Klink**: De wachtlijsten zijn belangrijk. Wij kennen daar de Treeknormen voor. Die houden wij natuurlijk nauwgezet in de gaten. Aangezien ik moet constateren dat sommige instellingen in staat zijn binnen de bekende budgettaire randvoorwaarden daadwerkelijk de zorg te leveren, ga ik er niet van uit dat de wachtlijsten daardoor ontstaan.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Op de door mij namens het CDA gestelde vragen over de ggz, antwoordt de minister dat hij de door mij genoemde trits volgt: hij wil dus de patiënt zo veel mogelijk ontzien. Ik heb daarbij ook naar het volume gevraagd, maar de minister zegt daar geen uitspraken over te kunnen doen. Wij zouden echter de volumeontwikkeling moeten kennen vanwege eventuele overschrijdingen, anders staan wij hier misschien volgend jaar weer met dezelfde vraag. Mijn vraag is of wij niet op de een of andere manier zicht kunnen krijgen op de volumeontwikkeling in de ggz, ook binnen de verschillende sectoren. Ik ben dan met name geïnteresseerd in de curatieve ggz.

Minister **Klink**: Volgend voorjaar zullen wij vrij uitvoerig over de ggz komen te spreken. Er is een routekaart afgesproken met de sector, waardoor men uiteindelijk beweegt in de richting van een betere benoeming van de medische verrichtingen dan wel de productstructuur waar wij het over hebben. Kortom, de hele trits die ik zo-even noemde.

Ik vind het volumeaspect van groot belang. Een stijging van 7% per jaar doet bij mij in elk geval de vraag rijzen in hoeverre de indicatiestelling, daarmee ben ik terug bij het punt van mevrouw Wiegman, toereikend is. Ik ben onder de indruk van de slagen die de ggz de afgelopen decennia heeft gemaakt met betrekking tot de precisie waarmee men diagnosticeert en de behandelingen die daaruit voortvloeien. Het is veel minder "black box" geworden dan het ooit was. Desalniettemin wil ik de zaak nog eens goed bekijken om in beeld te krijgen over welke personen wij het hebben.

Daar ligt de parallel met de AWBZ: de glasheldere polis die daarvoor de inzet is alsook de uitkomst van de vraag welke mensengroepen naar onze mening voor behandeling in aanmerking komen. Gemakkelijk zal dat niet zijn. In mijn eigen omgeving zag ik soms hoe er gediagnosticeerd werd. Na verloop van jaren kon je je afvragen of de diagnose terecht was gesteld, terwijl het soms om vrij ernstige psychische aandoeningen ging. De vraag is dan ook in hoeverre men precies genoeg is met betrekking tot ten eerste de diagnose en ten tweede de behandeling die daaruit voortvloeit.

Mevrouw **Smilde** (CDA): In hoeverre is het feit dat wij nu

## Klink

al voor het derde achtereenvolgende jaar een overgangsjaar hebben, mede debet aan de onzekerheid en de onduidelijkheid?

Minister **Klink**: Dat speelt inderdaad een rol. De financiële onzekerheid en de financiële crisis hebben ertoe geleid dat wij het voorstel van de NZa dat een bandbreedte bepleit waarbinnen prijsafspraken gemaakt kunnen worden op basis van de huidige dbc-structuur, niet hebben overgenomen vanwege het risico dat je bovenaan de bandbreedte komt te zitten en er in feite een overschrijding in plaats van een ombuiging ontstaat.

De **voorzitter**: Mevrouw Agema, u hebt over dit onderdeel al een paar vragen gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vroeg al aan het begin of ik, los van het onderwerp Mexicaanse griep, aan het eind nog even op de algemene inleiding van de minister mocht terugkomen.

De **voorzitter**: Kort graag.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister haalde zojuist opnieuw de formule van Obama aan: saving lives, reducing costs. Maar deed hij dat wel in de juiste context? Amerika heeft alleen een privaat systeem en daar zijn 45 miljoen mensen niet verzekerd. Daarom wil Obama graag een soort ziekenfondssysteem invoeren waaraan iedereen meedoet, waardoor er veel meer geld wordt opgehaald en heel veel kosten, en ook levens, kunnen worden bespaard. Dat is natuurlijk fantastisch. De minister zei dat in Amerika 16% van het bruto binnenlands product aan zorgkosten wordt uitgegeven. In mijn bijdrage was mijn kritiek daarop dat de minister en de staatssecretaris diezelfde formule hebben overgenomen voor het Nederlandse systeem. Ze noemen dit zelfs drie maal in hun inleiding. Maar daar wringt toch de schoen. In Nederland hebben wij al een systeem waarbij iedereen meebetaalt en wij hebben een efficiënt en goed functionerend systeem. Van ons bruto binnenlands product wordt 10% aan zorg uitgegeven. Ik wil de minister dan ook de vraag stellen of hij met ons de zorg deelt dat in Nederland op de doelmatigheid, efficiency en innovatie niet zo veel meer te bereiken valt en dat de zorg door de bodem zakt wanneer wij op deze voet doorgaan.

Minister **Klink**: Op het punt dat mevrouw Agema aansnijdt, kom ik dadelijk uitvoeriger terug. Mijns inziens is het zeer terecht dat dit punt wordt aangesneden. Laat ik het proberen in perspectief te zetten via de band van Amerika. Daar heeft men nu al te maken met zorgkosten die 16% van het bruto nationaal product in beslag nemen. Men is er in Amerika uiteraard bang voor dat als men iedereen gaat verzekeren – met zo'n percentage van het bnp – diezelfde omvangrijke zorgkosten voor een nog veel grotere groep gaan gelden. Men staat er in feite voor de afweging of men kiest voor rantsoeneren en budgetteren, of toch voor een andere route dan die van een algemene verzekering voor iedereen. Dat zijn de twee wegen waaruit men kan kiezen. De derde weg is er een waarbij men zegt: laten wij ervoor zorgen dat de zorg inhoudelijk verbeterd en dat daarmee zaken rondom veiligheid en kwaliteit zullen leiden tot besparingen die zeer noodzakelijk zijn, gegeven het percentage van 16 dat

wellicht zal oplopen. Die derde weg is een leidraad die ook voor ons van betekenis is. De staatssecretaris zal hierop terugkomen als zij spreekt over buurtzorg. Ik heb de Kamer er al verscheidene malen op gewezen toen ik sprak over de zorg voor chronisch zieken. Ik kan dit nogmaals illustreren. Als de zorg voor chronisch zieken wordt verbeterd, zal dat leiden tot minder complicaties, tot minder mensen die naar het ziekenhuis gaan en dus tot besparingen. Die besparingen worden dus niet gerealiseerd door te rantsoeneren, maar door de zorg te verbeteren. Als in Maastricht specialisten samen met huisartsen consulten doen gedurende een bepaalde periode van het jaar, waardoor de expertise van de eerste lijn toeneemt, neemt daardoor het aantal verwijzingen naar de tweede lijn bij reumapatiënten met een derde af. Dat leidt tot minder zorgkosten terwijl de zorg verbetert. Op die manier zijn er ook in ons land nog veel slagen te maken. Die kunnen er naar mijn stellige overtuiging toe leiden dat je zowel levens redt als de kwaliteit verbetert en zorgkosten bespaart. Neem het hele veiligheidsdossier en het epd. Neem de overbehandeling; ik kom daarop straks terug. De heer Van der Veen heeft ooit een motie ingediend waarin ons werd gevraagd om over- en onderbehandeling eens goed in kaart te brengen. Ik weet zeker dat als wij de overbehandeling en de onderbehandeling goed in beeld krijgen en die kunnen terugdringen, wij veel kosten zullen uitsparen. Overbehandeling leidt namelijk in de regel niet tot betere zorg; je behandelt immers over. Onderbehandeling leidt heel vaak tot complicaties en dus extra zorg. In de drieslag kom ik nu terug bij mevrouw Smilde. Als het langs deze lijn kan, ga ik dus niet naar het pakket, naar eigen risico en naar rantsoenering kijken. Dat ga ik gewoon niet doen. Ik vind dus dat wij deze routes eerst goed moeten verkennen. De grote winst van het feit dat in Amerika op dit moment het zorgstelsel wordt herijkt, is dat in elk geval bijna mondiaal in dezelfde richting wordt gekeken en onderzoek wordt gedaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik dank de minister voor deze uitvoerige uitleg. Uiteraard is dit echter geen antwoord op mijn vraag. Ik vroeg het volgende. Amerika wil overschakelen op een systeem dat wij al jaren kennen. De zorgkosten in dat land bedragen 16% van het bnp. In ons ligt dat percentage op 9,8. De zorg in Nederland is al zeer doelmatig en verschrikkelijk efficiënt. Zelfs de apothekers stonden een paar weken geleden voor het gebouw van de Tweede Kamer te demonstreren, omdat zij medewerkers moeten ontslaan en omdat de zorg aan de balie verschaalt.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV): Nu hangt boven de begroting van VWS een bezuiniging van 20%. Die bezuinigingen gaan drukken op een systeem dat al zo verschrikkelijk efficiënt en doelmatig is. Moet de minister in zo'n situatie niet dwars voor zo'n bezuiniging gaan liggen? Zou hij niet moeten zeggen: ik duld geen enkele bezuiniging op de begroting van VWS?

Minister **Klink**: Ik wil hiervan niet wegllopen, maar dit komt straks aan de orde in de andere blokken van mijn betoeg, met name als ik het heb over kwaliteit in samenhang. In algemene zin kan ik het volgende zeggen over het feit dat men in Amerika nu wil overschakelen op



## Klink

een stelsel waarin iedereen verzekerd is. Mevrouw Agema zei dat men in Amerika naar een soort ziekenfonds wil. Dat klopt voor Amerika niet helemaal. Van de Amerikanen is juist 40% verzekerd via publieke instanties, niet via private. De besparingen in Amerika liggen niet in het feit dat men nu iedereen een zorgverzekering gaat aanbieden. Die besparingen liggen juist aan de kant van het zorgaanbod. Dat aanbod moet verbeteren en dat kan leiden tot besparingen. Daaruit kunnen wij lessen trekken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijn fractie heeft zich nooit verzet tegen het beheersbaar maken van de uitgaven op het beleidsterrein van VWS. Daarvoor hebben wij altijd begrip gehad. Wij hebben daarbij wel altijd de randvoorwaarde gesteld dat er geen ongelukken gebeuren. Nu toch even naar die kaasschaaf van 3,5% ggz, op een volumegroei van de achterliggende vijf of zes jaar van 6,4%. Daar zit spanning op. Ik heb hier een overzicht van de rendementen in 2008 en 2007 van alle individuele ggz-instellingen die wij kennen in ons land. De bron ervan is de jaarverslagenanalyse van BS Health Consultancy. Dan blijkt dat een zeer beperkt aantal instellingen in deze matrix boven het kwadrant van de 3,5% uitkomt in prestatiebeelden en dat het overgrote deel er toch onder zit. Zou dit toch niet aanleiding moeten geven tot enige terughoudendheid en bezorgdheid? Die vraag stel ik naar aanleiding van deze matrix, die de minister ongetwijfeld kent.

Minister **Klink**: Ik zou het niet direct kunnen oplepelen, maar ik ken wel de strekking ervan. Het moge duidelijk zijn dat het niet voor elke instelling makkelijk zal zijn. Het is een enorme prikkel, sterker nog: niet alleen een prikkel, want dat is een veel te mooi woord. Het is gewoon een opgelegde prikkel om de doelmatigheid te gaan realiseren. Daarvan ben ik mij ook bewust. Tegelijkertijd is het wel nodig. Stel dat ik die 7,5% zou volgen en zou zeggen dat wij alle vraag die zich aandient, gaan accommoderen in de zin dat wij onze budgettaire inspanningen daarmee laten oplopen, dan krijgen wij echt een probleem. Hetzelfde kan namelijk ontstaan in de ziekenhuiszorg. Ook daarvan zegt de NVZ tegen mij, vanaf het moment van aantreden, dat zij het prima vindt dat ik prijzen wil beheersen. Dat kan nog wel, maar volume is een groot probleem. Ook daar zal de samenleving zich ervoor moeten hoeden dat via overdiagnosticering of via een behandeling die wellicht efficiënter kan of via het feit dat er te veel overhead in de sector zit, de zorgkosten gaan oplopen. Ik loop echter niet weg voor het feit dat daar spanningen kunnen ontstaan. De leidraad die de heer Van der Vlies zo-even noemde, onderschrijven de staatssecretaris en ik wel degelijk, ook voor het komende jaar. We staan natuurlijk nog voor een gigantische operatie. De continuïteit en de kwaliteit van de zorg mogen daar niet onder gaan lijden. Wij zullen echter nog behoorlijke afwegingen moeten maken. Daarom wil ik ook met de ggz de verandingslag maken waarop in de brief die de Kamer toegezonden is, wordt gepreludeerd, maar ook heel goed naar de indicatiestellingen kijken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik begrijp de opmerkingen van de minister uiteraard heel goed. Ik ben het ook met hem eens dat enige druk op de ketel wel nodig is. Anders gebeurt er echt helemaal niets. Als je dit schema

bekijkt, denk ik dat het voor een heleboel instellingen op deze tijdas niet te realiseren valt. Dan zouden er ongelukken gaan gebeuren. Dat moeten wij toch niet willen. Daarom is de vraag gerechtigd – die is eigenlijk al door mijn collega's gesteld, dus die ga ik niet nog een keer stellen – of wij niet aan de verkeerde kant beginnen. Moeten wij niet veel meer naar de inputkant? Wie melden zich, wie komen in deze instellingen ter behandeling terecht? Moeten wij daar niet kritischer op gaan zijn? Als eenmaal een indicatie is gegeven die binnen deze instellingen terecht doet komen, kun je op volle sterkte de therapie aanvangen. Dan staat er veel minder druk op de ketel die wat mij betreft toch een beetje ongezond voorkomt.

Minister **Klink**: Ik geef nog maar even aan dat over de gehele linie ook ziekenhuizen met de taakstelling te maken hebben. Ik heb de medisch specialisten genoemd. Voor de ggz wordt de overschrijding die zich aandient, niet helemaal teruggehaald. Dat is een. Het is dus een operatie die zich over de gehele linie vertakt. Wij kunnen op dit moment gewoon ook op onderdelen niet anders. Maar twee: ik ben het wel met de heer Van der Vlies eens dat er kritisch gekeken moet worden naar de indicatiestelling en eventueel naar versnelling van de behandeling en de effectiviteit van de behandeling. In eerste aanleg zijn het ook de specialisten daar, in de curatieve ggz, die er het meeste zicht op hebben welke prioriteiten zij moeten stellen en welke behandeling het meest geëquipeerd is voor welke diagnose. Ik geef toe, ook omdat mevrouw Wiegman het mij vroeg, dat wij er wellicht op een gegeven moment niet aan ontkomen om ook van overheidswege die polis nader te gaan benoemen dan wel financiële drempels op te bouwen teneinde het verzoek om geestelijke gezondheidszorg misschien te ontmoedigen en een zekere balans te krijgen tussen ernst en toegankelijkheid.

De **voorzitter**: Mijnheer Klink, het is tijd voor het volgende deel van uw betoog over de leidraad en de bekostiging.

Minister **Klink**: Ik ga nog even door over de houdbaarheid en dan ben ik bijna toe aan het tweede blok. Wij hebben voor 2010 over de ggz gesproken en zo meteen komt de huisartsenzorg nog aan bod.

Dan even de langetermijnagenda. De Kamerleden Zijlstra en Van Gerven vroegen naar de analyse van het CPB in het kader van de houdbaarheidsmaatregelen. Bij de voorjaarsbesluitvorming heeft het kabinet besloten om op zoek te gaan naar bezuinigingen voor de rentelasten die voortvloeiden uit de financiële crisis waarmee we nu te maken hebben. In dat kader moet er volgens mij 2,4 mld. binnen het ministerie van VWS worden opgehoest. Daar is de houdbaarheidsagenda van de 20%-operatie nog bovenop gekomen. We hebben dus te maken met bezuinigingen van 1 mld. voor volgend jaar die met een overschrijding te maken hebben. Daarnaast hebben we te maken met de 2,4 mld. die voortvloeit uit de voorjaarsbesluitvorming en in het verlengde daarvan vindt ook een 20%-operatie plaats waarover we volgend jaar zullen spreken. Ten aanzien van die 2,4 mld. is van de zijde van het kabinet een programma van houdbaarheidsmaatregelen ter beoordeling aan het CPB voorgelegd. Het CPB is inderdaad positief over de effecten op de kwaliteit en ook

## Klink

over de doelmatigheid, maar is onzeker over de volumeaspecten. Daarom kon het CPB uitdrukkelijk geen goede inschatting maken van de totale effecten op de houdbaarheid. In overleg met de minister van Financiën heb ik, na enkele aanvullende maatregelen en toelichtingen, opnieuw een aantal voorstellen aan het CPB voorgelegd. Het CPB komt op basis van die gewijzigde voorstellen met een nadere inschatting van de middelen die dat zal opleveren. Die inschatting zal ik de Kamer in december doen toekomen.

Er is het nodige af te dingen op wat de heer Zijlstra gisteren vrij beeldend zei: "Foetsie! Daar gaat 0,4 mld. en nog een keer 0,4 mld. en daar nog eens 0,2 mld." Het CPB zegt over bijna alle voorstellen van het kabinet dat het moeilijk is om in te schatten wat de effecten zullen zijn. Het CPB zegt over de liberalisering dat het ook een andere kant op kan werken doordat er namelijk volumeoprijvende effecten kunnen optreden. Uit dien hoofde gaat het CPB ook buitengewoon omzichtig te werk bij het aanbrengen van een precisering, maar die komt wel binnenkort. De heer Zijlstra mag van mij aannemen dat de minister van Financiën daar scherp op zit en ik ook, want een taakstelling is nu eenmaal een taakstelling. Wij zullen dus niet met halve maatregelen komen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wanneer krijgen we die duidelijkheid en die concretisering precies? Als wij als VVD – dat geldt overigens voor iedere partij – bij onze tegenbegroting dit commentaar van het CPB krijgen, voeren wij het gewoon niet op in onze tegenbegroting, omdat de betreffende bezuiniging onvoldoende zeker is. Dat gaf ik gisteren al aan. Hoe is het mogelijk dat, ook vandaag nog, dit kabinet, kennelijk gesteund door de minister van Financiën, deze door het CPB wel degelijk als zeer onwaarschijnlijk gekenschetste bezuinigingen nog steeds overeind probeert te houden? De minister moet zijn huiswerk gewoon opnieuw doen!

Minister **Klink**: Dat laatste lijkt op een verwijt, maar ik zal het van zijn scherpe kantjes ontdoen door te zeggen: dat doen we ook. Sterker nog, we bekijken momenteel in overleg met het CPB welk bedrag van de 1 mld. die we geraamd hebben wel ingeboekt kan worden, mede op basis van nadere preciseringen van onze kant. Daarbij verkennen we ook met elkaar welke studies in feite klaarliggen. Er liggen namelijk nieuwe vragen voor. Men moet zich wel realiseren dat men zich bij het CPB en ook wij intern binnen VWS zelden gebogen hebben over vragen over de ketenzorg in die zin dat het gaat om verbetering van de doelmatigheid op grond van het feit dat minder mensen complicaties kennen. Dat is maar goed ook, want het is vrij gemakkelijk om te blijven hangen in de klassieke lijstjes: eigen risico, € 150; kom, daar maken we € 300 van. Dat kun je zo afboeken, geen probleem. Het pakket voor maagzuurremmers, no problem! Eén streep, buitengewoon gemakkelijk; niemand heeft er werk aan. Op het departement heb je daarvoor twee mensen met een pen nodig achter een bureau. Zij zetten er een streep doorheen en zo is er weer 0,5 mld. aan inkomsten ingeboekt. Dat zijn makkelijke maatregelen. Die wil ik niet, want die raken bijna altijd elke patiënt of burger.

Dan maken we het ons maar moeilijk, maar ik vind dat wij eerst moeten kijken naar kwalitatieve verbeteringen die tot doelmatigheid leiden. Dat geldt voor mij, voor

mijn ambtenaren en voor het CPB. Daardoor kan je de zorg verbeteren en doelmatigheidswinst inboeken. Het moet wel gevalideerd worden. Het kan niet zomaar een cadeautje zijn, een schot in de lucht of een schot hagel. We kunnen niet zomaar ergens 1 mld. inboeken. Die oefening zullen we met elkaar moeten doen. Daarbij staan wij voor nieuwe uitdagingen, namelijk nieuwe rekenmethoden ontwikkelen voor nieuwe modellen. Dat zijn wij nu aan het doen; in december krijgt de Kamer de cijfers. Als die niet hard zijn, zal het CPB niet schromen om dat te zeggen. Dat is wel gebleken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik steun het betoog van de minister van harte. Als wij hier met zijn allen, zowel het kabinet als de Kamer, maatregelen kunnen verzinnen die tot een bezuiniging leiden en soms zelfs de kwaliteit verbeteren, dan is dat fantastisch. Dat moeten wij dan zeker dan. Ik constateer wel dat wij in december een nieuwe exercitie krijgen omdat ook deze minister aangeeft – weliswaar met mooie woorden en nogal omfloerst – dat de huidige bezuiniging niet is gedekt door het CPB. Hij is dus op dit moment zijn huiswerk opnieuw aan het doen.

Minister **Klink**: De frase "hij is zijn huiswerk opnieuw aan het doen" klinkt alsof je een onvoldoende gehaald hebt. Wij zijn de verkenning opnieuw aan het doen met het CPB teneinde langs diezelfde lijnen te kunnen bezuinigen. Daaruit kan best 600 mln. of 700 mln. naar voren komen, in plaats van 1 mld. Dan heb ik in elk geval één ding bereikt: voor de kwaliteitsverbetering kunnen wij dan 700 mln. inboeken. En de andere 300 mln. zullen wij zeker op een andere manier dekken. Aan de taakstelling moeten wij wel voldoen.

Wij staan voor een enorme financiële opgave. Die 20% komt daar nog bij of wordt daarin geïncorporeerd, dat moeten we nog zien. In ieder geval komt dat op ons af. Wij zullen onorthodoxe methoden moeten gaan zoeken, daar ben ik echt van overtuigd. Wij hebben het niet over zomaar maatregelen nemen over een pakket, het eigen risico, de premies of de zorgtoeslag. Dat is allemaal vrij inzichtelijk. Het zal niet makkelijk zijn om creativiteit te ontwikkelen en aan te wenden, maar ook niet om daar zomaar de rekensommetjes bij te maken. Dat zijn lastige rekensommetjes en het CPB heeft niet binnen drie of zes weken inzichtelijk hoe ze eruitzien. Dan kunnen wij niet zeggen dat wij het toch maar niet doen. Dat gaat mij niet gebeuren. Van de rekenmeesters verwacht ik dezelfde creativiteit en hetzelfde inlevingsvermogen om dat in beeld te krijgen.

Vorig jaar of misschien al eerder, had de heer Van der Veen het in zijn motie over over- en onderbehandeling. Als bij overbehandeling zou blijken dat wij met 20% minder zorgkosten in feite betere zorg kunnen leveren, dan wordt dat weer een lastige exercitie. Reken maar eens uit hoeveel het is. Ga maar eens na welke instrumenten je hebt om dat te verbeteren. Die instrumenten zijn er. Dan ga ik niet zeggen dat wij die beleidslijn nu maar laten zitten omdat het CPB er toch wel moeite mee heeft dat wij de bezuinigingen van een paar miljard inmiddels ergens anders vandaan hebben gehaald. Dat gaat mij niet overkomen.

De **voorzitter**: Mijnheer Zijlstra, met alle respect, ik weet niet of een interruptie nu zinnig is. De minister heeft aangekondigd dat de cijfers er komen. Daarna komt het

## Klink

gesprek over de invulling ervan. Zullen wij het nu hierbij houden?

Minister **Klink**: Ik kom er straks nog uitvoerig op terug.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb naar aanleiding hiervan een opmerking of, liever gezegd, een gewetensvraag voor de minister over zijn inzet bij de bezuinigingen van 20%, even los van de cijfers. Is hij hier aanwezig als souschef van de minister van Financiën of staat hij hier als minister van Volksgezondheid? Het is nog maar de vraag of het mogelijk is om 20% te bezuinigen, maar stel dat het moet. Volksgezondheid is toch niet hetzelfde als wegen? Mensen zijn toch anders dan dingen? Zou je niet ook de stelling kunnen poneren dat zorg moet worden uitgesloten van de bezuinigingen vanwege het belang ervan? De minister zou ook die inzet kunnen tonen in plaats van te zoeken naar 20% aan bezuinigingen.

Minister **Klink**: Ik heb zo-even aangegeven dat de staatssecretaris en ik vinden dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg niet in de benen geschoten mag worden. Elke woordvoerder staat hier om zijn eigen domein te verdedigen. Ik herinner mij nog de discussie over het onderwijs dat uitgezonderd zou moeten worden, omdat dit een investering in de toekomst is enzovoort. Ik kan hier met enig gemak het verhaal van minister Eurlings houden dat investeren in wegen toch echt de economische groei ten goede komt en dat er niets mag gebeuren in dat domein. Ik vrees dat wij dan hier de ministerraad gaan overdoen.

De **voorzitter**: Nog een keer kort, mijnheer Van Gerven. U zei dat u alleen een opmerking zou maken. De minister heeft aangekondigd dat hij nog met de cijfers komt. Heel kort nog!

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat mij om het principe. De cijfers komen nog, maar er is inderdaad een verschil met de aanschaf van een JSF, dat wil zeggen dat er meer geld naar Defensie moet of dat daar juist op kan worden bezuinigd ten gunste van bijvoorbeeld volksgezondheid. Ik zou zo graag zien dat hier een minister en staatssecretaris van volksgezondheid staan en niet bewindslieden die, zonder dat zij zelf een visie hebben, gewoon 20% gaan bezuinigen. Dat is naar mijn mening geen goede instelling.

Minister **Klink**: De heer Van Gerven heeft gelijk. Wij brengen in kaart waar 20% kan worden bezuinigd. De finale afwegingen worden in het voorjaar van volgend jaar gemaakt. De Kamer kan erop rekenen dat wij dan ook afwegingen maken tussen de belangen van defensie, volksgezondheid en onderwijs en zullen vaststellen waar de prioriteiten moeten liggen. Die afwegingen zullen inderdaad worden gemaakt.

In de aanloop naar het volgende blokje eerst het volgende om de discussie, hopelijk, een beetje in te bedden. Bij de Zorgverzekeringswet in 2006 is gekozen voor wat met een duur woord heet: geregleerde competitie. De reden voor die stap was dat wij wilden weggaan van de budgettering met langere wachlijsten en een lagere productiviteit. Ik herhaal nog maar een keer wat wij in deze periode hebben gedaan. Mijn voorganger heeft met name het verzekeringsstelsel hervormd, dat was een behoorlijke operatie natuurlijk,

vanuit de veronderstelling dat er competitie tussen zorgverzekeraars zou plaatsvinden op basis van premie. Op het moment dat de overheid de tarieven vaststelt dan wel dat er geen inzicht in of transparantie over de kwaliteit is, is het echter de vraag hoe een zorgverzekeraar überhaupt het verschil kan maken. Die kan dan eigenlijk alleen de eigen organisatie "lean and mean" maken en daarmee premieverschillen introduceren. Dat is dus de omslag van aanbod- naar vraagsturing, zoals dat dan ook weer duur heet. Tegen die achtergrond hebben wij stappen gezet voor het vrijgeven van de prijzen. Een belangrijke voorwaarde is dan wel dat er inzicht ontstaat in de kwaliteit. Daarom werken wij aan de indicatoren voor 80% van de ziekenhuisaandoeningen en is er in de langdurige zorg ook aan transparantie gewerkt.

Ik vind het belangrijk, te memoreren dat dit de achtergrond is van de ontwikkelingen in de afgelopen periode. Wij delen het inzicht dat op het moment dat je kiest voor geregleerde competitie op basis van vrije prijzen en kwaliteit, er altijd ook een volumerisico is. Ik zal zo dadelijk terugkomen op de vraag hoe wij dat willen ondervangen. Op het moment dat de prijzen naar beneden gaan – dit kan zowel het gevolg zijn van maatregelen van de overheid die als het ware de prijzen reguleert bij prestatiebekostiging als van marktontwikkelingen waardoor de prijzen moeten worden verlaagd omdat je nu eenmaal concurrerend wil zijn – is er één ventiel, namelijk de volumeontwikkeling. Je gaat meer doen en dus genereer je meer inkomsten.

Die vraag speelt een rol bij de prestatiebekostiging. In het regeerakkoord is afgesproken dat er prestatiebekostiging zal komen. Tegen die achtergrond speelt de vraag over het volume. Voordat ik naar de volgende elementen overga, hecht ik eraan te benoemen dat de essentiële vraag voor de nabije toekomst is: gaan wij naar c.q. blijven wij bij budgettering of gaan wij over op prestatiebekostiging.

Eerst de budgettering. Als wij kiezen voor budgettering zoals wij die in de jaren negentig kenden en die de NHS (de National Health Service in het VK) nog steeds kent, zij het dat daar inmiddels miljarden ponden aan zijn toegevoegd, is er een groot nadeel, namelijk dat de arbeidsproductiviteit achterblijft c.q. daalt. In Engeland is de productie in de afgelopen vier of vijf jaar met 2% per jaar gedaald, ondanks de miljarden ponden die extra in het systeem zijn gepompt. Het afgelopen jaar is dit teruggebracht naar 0,2%. Als wij voor een dergelijk stelsel zouden kiezen en je krijgt diezelfde problemen met de productiviteit, dan gaan wij met elkaar de bietenbrug op. Ik gaf zo-even aan welke zorgvraag op ons afkomt. Straks hebben wij 25% van de arbeidsmarkt nodig om in die zorg te kunnen voorzien. Als wij dan te maken krijgen met een gebrekkige arbeidsproductiviteit, hebben wij een enorm probleem. Neemt dat alle risico's weg van prestatiebekostiging? No way. Daar zitten de risico's van de volumestijgingen nog steeds aan vast. Het is geen gemakkelijke opdracht om dat tegen te houden, maar wij kunnen dat beter nu doen dan achteraf. Daarom ga ik nu in op de vraagstukken van kwaliteit, samenhang en de kosten die met zorg zijn gemoeid.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Je zou zorgverzekeraars de katalysator in het systeem kunnen noemen of degene die de olifant moet laten dansen. De minister geeft net aan dat de competitie tussen de zorgverzekeraars van

## Klink

invloed is op de prijs en hopelijk ook op het volume. Daarop komt hij nog terug. Vanochtend stond in Het Financieele Dagblad een artikel waaruit blijkt dat de zorgverzekeraars helemaal niet toekomen aan het inkopen van zorg. Zij lopen er tegenaan dat verzekerden zich helemaal niet laten sturen. De teneur van het artikel was dat de vier grote zorgverzekeraars een monopolie vormen en heel weinig dynamiek in het stelsel brengen. Ik schrok daar nogal van. Mijn vraag aan de minister is: als dit artikel juist is, haalt dat niet een heel belangrijke aanname onder het stelsel vandaan?

**Minister Klink:** Ik ben dat met de heer Van der Veen eens. Dat moet dus ook verbeteren. Het is de reden waarom wij rondom de risicoverevening echte stappen zetten om meer risico bij de verzekeraars neer te leggen. Ik roep de verzekeraars op om daadwerkelijk werk te maken van de zorginkoop.

Ik wil wel wijzen op een aantal andere ontwikkelingen. Wij hebben met elkaar verschillende keren gesproken over de geneesmiddelenmarkt en het preferentiebeleid. Daar zijn door de verzekeraars wel stappen gezet om de kosten naar beneden te brengen. Ik kom later uitvoerig terug op de chronische ziekenzorg, maar sommige verzekeraars hebben zwaar geïnvesteerd in de verbetering van de chronisch ziekenzorg. Zij hebben mij laten zien welke besparingen dat oplevert. Daar komt de zorginkoop wel degelijk van de grond. Vervolgens is het van belang dat de overheid zorgverzekeraars via het inrichten van bekostigingsstelsels in staat stelt om uiteindelijk invulling te geven aan die zorginkoop. Ik noem het voorbeeld van de apothekers. Op het moment dat apothekers en masse gebruikmaken van een receptregelvergoeding, waarbij zij € 8 per geschoven doosje ontvangen waarmee in hun inkomen wordt voorzien, kan een verzekeraar nog maar een ding doen in zijn onderhandelingen. Het inkomen is immers gegarandeerd. Hij kan hooguit nog een surplus geven in termen van kwaliteit bovenop het gegarandeerde inkomen. Dat moeten wij niet willen. Dan stellen wij de verzekeraars onvoldoende in staat om te onderhandelen. Hetzelfde geldt voor de medisch specialisten. Wanneer wij een uurtarief en een norminkomen introduceren, wordt de variatiemogelijkheid door onszelf geminimaliseerd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Veel zorgverzekeraars zijn met goede projecten bezig, dat heb ik niet ontkend. In het artikel wordt ook gesuggereerd dat de verschillen die ontstaan als gevolg van een goede zorginkoop uiteindelijk gering zijn. Het preferentiebeleid is daarvan een voorbeeld. Nu alle zorgverzekeraars bezig zijn met het preferentiebeleid, blijkt dat de verschillen tussen de zorgverzekeraars in financiële zin klein worden. Uiteindelijk zou de verzekerde ieder jaar moeten nagaan of zijn zorgverzekeraar wel goedkoop genoeg is en voldoende kwaliteit inkoop. Dat moet de zorgverzekeraar uiteindelijk prikkelen. Het blijkt dat verzekerden dat nauwelijks doen. Nog geen 3% van de verzekerden maakt gebruik van de mogelijkheid om te switchen. Ook al doe je nog zo goed aan zorginkoop, de financiële verschillen tussen de zorgverzekeraars blijven klein en daarmee ook de premieverschillen en verzekerden kiezen nauwelijks. Dan zitten wij nu toch met een serieus probleem met dit stelsel?

**Minister Klink:** Ten eerste. Ik zei zojuist al dat het aan

ons is om de voorwaarden te creëren die het de verzekeraars mogelijk maken om zich te onderscheiden. De vrije prijsvorming is verder pas sinds heel kort naar 34% gegaan, maar daar kan men nu al wel een beetje verschil mee maken. De risicoverevening staat dit echter nog wel voor een deel in de weg. Ook hier hebben wij dus nog de nodige slagen te maken. Ten tweede moet het bekostigingsstelsel worden aangepast.

En ten derde treedt het door u genoemde effect in bijna alle markten op. Als Venz zijn hagelslag nog lekkerder maakt, heeft Venz het "first-movers advantage", maar vervolgens volgen natuurlijk wel in een paar jaar al zijn concurrenten. Dat effect zie je overal. Bovendien zijn de marges niet over de hele linie zo groot, wat overigens niet wegneemt dat het wel een prikkel is om niet achter te blijven. Bij het preferentiestelsel zag je dit gebeuren, maar ook een zorgverzekeraar die achterblijft bij de zorg aan chronisch zieken heeft op termijn een probleem. De prikkel om mee te gaan en aan te haken bij innovaties is er dus wel degelijk.

Een verschuiving van 3% is misschien niet veel, maar als een zorgverzekeraar achterblijft, kan hij heel goed met een hoger percentage worden geconfronteerd. Verder moet er om die 3% wel geconcurrereerd worden en dat betekent dat zorgverzekeraars op zoek moeten blijven gaan naar innovatie. Hoe kunnen wij dit bevorderen? Het CPB zegt dat het als een katalysator werkt – om de woorden van de heer Zijlstra maar eens aan te halen – voor deze vorm van competitie als wij iets gaan doen aan de ex ante risicoverevening. Die moet echt van de baan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De zorgverzekeraars geven in hun brief over de begroting aan dat de solvabiliteit niet moet worden verhoogd, omdat dit zal leiden tot "dood geld". De oplossing van het CPB houdt in dat je de zorgverzekeraars meer risico laat lopen, maar dat betekent dat ze een hoger solvabiliteitspercentage moeten aanhouden. En dat leidt vervolgens dus weer tot meer "dood geld", geld dat aan de zorg wordt onttrokken. Nogmaals: de zorgverzekeraars geven zelf aan dat ze daar niets voor voelen. Hoe vergroot je dan nog de risicodragendheid?

**Minister Klink:** De meeste zorgverzekeraars kunnen zonder problemen voldoen aan de eisen die De Nederlandsche Bank aan hun solvabiliteit stelt. Ze beschikken daarvoor meestal over voldoende reserves en het is dan ook niet de belangrijkste oorzaak van de premieverhoging.

Op zichzelf hebt u gelijk, maar een bedrijf moet natuurlijk wel gezond zijn. Dat geldt ook voor een verzekeraar. Wij kunnen het niet doen, maar dan doen wij niets aan het gebrek aan concurrentie. De heer Van Gerven en andere tegenstanders van concurrentie ontslaat dit natuurlijk ook niet van de taak om zelf aan te geven hoe de zorg in de nabije toekomst betaalbaar kan worden gehouden. Dit dilemma ligt dus niet alleen op mijn bordje, maar ook op dat van mijn tegenvoeters.

De heer **Zijlstra** (VVD): Is herverzekering bij een grote partij een mogelijkheid om aan minder strenge solvabiliteitseisen te voldoen?

U erkent verder in uw antwoord op een vraag van de heer Van der Veen dat het gebrek aan concurrentie een probleem is. De onafhankelijke concurrerende inkooprol



## Klink

van zorgverzekeraars is echter wel cruciaal voor dit zorgstelsel. Hoe kunt u dan ja tegen de heer Van der Veen zeggen en in de schriftelijke beantwoording laten optekenen dat de verticale integratie door moet gaan? Het zorgstelsel bevindt zich in een tussenfase met onvolkomen concurrentie. Moeten wij met het oog daarop niet onder ogen zien dat de invoering van verticale integratie een stap te ver is? Hoe kunt u die twee standpunten bij elkaar brengen?

Minister **Klink**: U raakt een essentieel punt, want als wij vinden dat verzekeraars moeten concurreren, is het natuurlijk waanzin om van overheidswege te zeggen: maar de prijzen stellen wij vast. Het zou verder ook waanzin zijn om te zeggen dat de specialisten zelf maar moeten vaststellen wat de vereiste kwaliteit is en dat patiënten en verzekeraars zich hiermee niet hoeven te bemoeien. Ik zeg het nadrukkelijk zo: dat zou waanzinnig zijn.

De aanbods-kant van ons zorgstelsel moet dus worden veranderd. Vandaar dat het kabinet heeft gekozen voor vrije prijsvorming en de tachtig indicatoren. Het begint pas op gang te komen en het zou dan ook raar zijn om nu al terug te gaan kijken. Het zou ook een beetje waanzin zijn om te concluderen: de verschillen in de hoogte van de premies zijn te klein en de zorgverzekeraars lijken te veel op elkaar. Dat zou namelijk betekenen dat je de voorwaarden die nog niet gerealiseerd zijn, gebruikt als maatstaf voor je oordeel over de hele operatie.

De heer Klein Ikkink, mijn directeur Zorgverzekeringen, zit in de ambtenarenloge en hij zei ooit beeldend tegen mij: je pakt een plantje, je haalt het uit de grond en je zegt dat het al aardig begint te groeien. Dat is natuurlijk de dood in de pot. Er moeten niet alleen kansen worden gegeven, maar er moeten ook condities worden gecreëerd waarbinnen er een en ander kan groeien. Die randvoorwaarden creëren wij dus nu, langs vier lijnen. Ten eerste slaan wij de nodige slagen in de risicoverevening. Wij voegen risico toe. Ten tweede worden de prijzen geliberaliseerd. Ten derde wordt ingezet op de transparantie van zorg. Ten vierde hebben wij de bekostiging ingericht. Hierop kom ik zo nog terug. Nogmaals, als wij willen dat verzekeraars met elkaar concurreren, maar wij vervolgens huisartsen en apothekers zelf van een inkomen voorzien, waarbij een norminkomen maatgevend is, wat is dan nog kwaliteit? Wat is daaraan dan nog toe te voegen? Welke prikkel is dan nog in te bouwen zodat zorgaanbieders verschil kunnen maken op kwaliteit? Daarmee zijn wij over de hele linie bezig. Dat zijn vier belangrijke lijnen.

Dan kom ik op het punt van de heer Zijlstra over verticale integratie. Als die de keuzevrijheid van verzekerden of patiënten in de weg zal staan, moeten op dat punt maatregelen genomen worden. Dat is de aanmerkelijke marktmacht, waarbij het instrumentarium bij de NZa ligt. Dat is proportioneel tegen de achtergrond van het feit dat het Europees recht het niet toestaat om verticale integratie te verbieden, ook al zouden wij dat willen. Zijn er dan voordelen aan verticale integratie verbonden? Ik kan niet anders concluderen dan dat verticaal geïntegreerde instellingen in de Verenigde Staten geweldige zorg leveren. Samenhangende zorg, wat ik dus wil, kan daar van bovenaf min of meer gedictieerd worden. Bij Kaiser Permanente is het epd geen probleem hoor. Zij zeggen domweg tegen elke

huisarts en tegen elk aangesloten ziekenhuis: u doet mee aan het epd. Samenhangende zorg voor chronische zieken? Dat is geen probleem, want het is een intern hiërarchische organisatie. Is dat zomaar over te plaatsen naar Nederland? Moeten wij dat willen? Tijdens het algemeen overleg van vorige week heb ik aangegeven dat ik daarvoor toch heel beducht ben. Als huisartsen, ziekenhuizen en verzekeraars verticaal worden geïntegreerd, ontstaat selectief verwijsgedrag en kunnen mensen niet inschatten in hoeverre een huisarts voldoende medische criteria laat meewegen in plaats van de belangen van de organisatie waarvan hij deel uitmaakt. Ik deel die zorgen dus wel, maar het is niet proportioneel om het op dit moment te verbieden. Die zorgen deel ik en op dat punt vinden wij elkaar in elk geval wel. Laten wij maar eens aanzien hoe het loopt. Ik zie die verticale integratie in Nederland eerlijk gezegd nog niet snel van de grond komen. Als die echter van de grond komt en als die aanmerkelijke marktmacht en de NZa op dat punt ontoereikend kunnen interveniëren, loop ik, vanwege het feit dat het dan wel proportioneel is, niet voor maatregelen weg.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het punt van de aanmerkelijke marktmacht is duidelijk. Daarover zijn wij het eens, maar de minister gaat voorbij aan het punt dat het zorgstelsel is opgebouwd vanuit die onafhankelijke inkooprol, vanuit de situatie waarin de zorgverzekeraar die verticale integratie niet moet hebben doorgevoerd, omdat de zorgverzekeraar de zorgaanbieders scherp moet houden zodat zij de goede prijs en de goede kwaliteit geven. Dat proces wordt natuurlijk verstoord als een van die zorgaanbieders van jezelf is. Waarom zou je inkopen bij de concurrent van je eigen onderafdeling? Het moet mij overigens van het hart dat ik, de beschrijving van de hiërarchie van de minister horende, als ik de SP-fractie was, hier zou hebben gestaan en zou hebben gezegd tegen de minister: als u het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de top neerzet, dan hebt u een prachtige organisatie en voldoet het helemaal aan uw wensen. Dat is niet wat de VVD-fractie wil. Dat is ook niet wat de minister wil. Dus als hij nu wil dat die marktwerking, die concurrentie en die onafhankelijke inkooprol van de grond komen – met dat gehele plaatje ben ik het van harte eens – dan moet hij toch alle juridische mogelijkheden willen gebruiken en niet alleen maar zeggen dat het Europeesrechtelijk niet kan? Hij moet alle mogelijkheden uitzoeken en bekijken hoe hij op dit moment verticale integratie kan tegenhouden. Als het stelsel volwassen is en de patiënt een goede rol heeft en kan stemmen met zijn voeten, dan kunnen wij overwegen of het kan. Dat is echter nog niet zo en dan moet de minister toch ook ter bescherming van zijn eigen stelsel die verticale integratie met alle middelen willen bestrijden? Waarom doet hij dat niet?

Minister **Klink**: Eerst een ver liggend argument. Ik ga daarvoor even naar de heer Van Gerven, die al twee keer bij een discussie gehaald is terwijl hij braaf zit te lezen. Het is bijna een metafoor. De verticaal geïntegreerde HMO's die wij uit Amerika kennen, halen het niet in hun hoofd om in te boeten op kwaliteit. Dan gaan de mensen inderdaad met de voeten stemmen en gaan zij gewoon weg. Dat is een verschil met NHS, waarbij je een single payer kent. Daar kun je niet weg.

## Klink

Een ander punt betreft de verticaal geïntegreerde instellingen die ik een beetje ken in Nederland, zoals Menzis met het gezondheidscentrum. Die letten ook buitengewoon op a. de kwaliteit en b. de kosten. Wanneer we wat daar gerealiseerd wordt in termen van verbetering van zorg, en daarmee kostenreductie, over Nederland zouden uitsmeren, dan loopt dat – en ik heb getallen gezien die u als een richting moet beschouwen – per patiënt gauw op tot € 100 à € 150 per jaar aan kostenbesparing. Nu denkt u toch niet dat Menzis, omdat dat verticaal geïntegreerd is met een gezondheidscentrum, zal zeggen: dat is mooie winst, maar volgend jaar kunnen we die laten lopen, want de patiënten en de verzekerden hebben we toch binnen en nu laten we de kwaliteits- of doelmatigheidswinst maar zitten? Integendeel, want – en nu ben ik bij het essentiële punt – die zorgvrager en die verzekerde kunnen weg. En omdat iedereen weg kan, grijpt de NMa en de NZa ook niet in met aanmerkelijke marktmacht. Echter, op het moment dat je daar een grote en kolossale organisatie krijgt die als het ware regionaal én een ziekenhuis én een huisartsennetwerk enzovoort heeft, zit je daar bijna als vanzelfsprekend aan vast; dan krijg je wel problemen. De NZa bekijkt op dit moment in hoeverre men daarvoor voldoende instrumenten in het leven kan roepen. Op het moment dat die instrumenten niet toereikend zijn, en daarin kom ik u wel tegemoet wanneer u zegt dat juridisch alles uit de kast gehaald moet worden om dat te vermijden, en op het moment dat het de keuzevrijheid gaat beïnvloeden en die aanmerkelijke marktmacht niet krachtig genoeg is, dan is tegelijkertijd het bewijs geleverd dat wettelijke maatregelen proportioneel zijn.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als minister Klink het zorgstelsel wil laten slagen en werken, moet hij twee heel grote problemen oplossen. Ten eerste: als er slechts vier grote verzekeraars zijn, dan valt er weinig te concurreren. Wat zijn de obstakels dat er niet meer zorgverzekeraars zijn, maar slechts vier? Hoe gaat u dat aanpakken? Ten tweede: je moet wel heel goede, sterke patiëntenorganisaties hebben. Onafhankelijke, sterke patiëntenorganisaties hebben we echter niet. Drie partijen spelen een rol: zorgverzekeraars, zorgverleners en patiëntenorganisaties. De patiëntenorganisaties trekken aan het kortste eind. Hoe zorgt de minister ervoor dat de patiëntenorganisaties dusdanig sterk zijn dat ze die prijs/kwaliteit ook kunnen aanjagen? Eigenlijk is er nog een derde punt, beschreven door het FD, te weten de kleinere obstakels, die de minister ook moet oplossen. Maar met name op de twee eerste punten moet hij echt een keer antwoord geven.

Minister **Klink**: Een keer antwoord op geven... Wij kennen natuurlijk meer dan vier verzekeraars, ik geloof ongeveer tien of twaalf, maar dat zijn wel kleinere verzekeraars. Die vier concurreren overigens onderling natuurlijk wel. Ik heb geen aanwijzingen dat, uit hoofde van het feit dat er maar vier grote verzekeraars zijn, daar als het ware een blokkade ligt om aan de zorginkoop nadere invulling te geven.

In de patiëntenorganisaties hebben we, teneinde deze te versterken, de afgelopen periode 10 mln. geïnvesteerd. In het verlengde daarvan vind ik dat niet alleen patiëntenorganisaties, maar ook de patiënten inzicht moeten krijgen in de kwaliteit. Op het moment dat dat gebeurt, zullen mensen met hun voeten gaan stemmen. Ik ben

ervan overtuigd – en dat hangt ook samen met het traject Zichtbare Zorg – dat als wij dat kunnen terugvertalen in wat men "etalage-informatie" noemt, oftewel goed toegankelijke informatie over kwaliteit, mensen heel alert zullen worden op het ziekenhuis waar ze naartoe gaan. Patiëntenorganisaties kunnen, door dat in kaart te brengen, daarbij een heel belangrijke rol spelen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De CQ-index is nog niet eens echt opgepakt door de ziekenhuizen; dan is het wel heel makkelijk om te zeggen dat de patiënten door die transparantie hun rol wel pakken. De minister roept ook steeds de patiëntenorganisaties op om die rol te pakken, maar vervolgens is dat volkomen scheef met het oog op de financiering van de twee andere partijen en naar die van de patiëntenorganisaties. Als we serieus werk willen maken van de transparantie en van de mogelijkheid dat de patiëntenorganisaties ook die sterke rol pakken om de prijs/kwaliteit op orde te hebben, om die prikkels goed voor elkaar te krijgen, zal de minister toch echt iets meer moeten doen dan zeggen: we hebben 10 mln. uitgetrokken waarmee de patiënten het vervolgens moeten doen. Dat gaat er bij mij echt niet in. U zult die drie spelers ook echt een level playing field moeten geven.

Minister **Klink**: Mag ik ernaar verwijzen dat we op een aantal fronten daadwerkelijk maatregelen nemen, zoals die 10 mln.? We gaan patiënten c.q. cliënten meer invloed geven met betrekking tot fusies, de hele governance-discussie enzovoort. Daarnaast geldt in het kader van de transparantie dat we ziekenhuizen niet vragen, zomaar iets te ontwikkelen. Zichtbare Zorg is met een programma bezig dat 80% van alle aandoeningen inzichtelijk maakt en objectief de geboden kwaliteit beoordeelt. Het is belangrijk dat patiëntenorganisaties een vuist maken en de betere instellingen van Nederland inzichtelijk maken. Gegeven de financiële problemen is het niet gemakkelijk, maar stel dat ik ineens 50 mln. ter beschikking zou stellen aan patiëntenorganisaties. Waar zit dan de meerwaarde in de driehoek? Lotgenotencontact is van belang en daar investeren wij momenteel dan ook in. Dat heeft echter niet veel te maken met de verhouding tussen verzekeraars en zorginstellingen en evenmin met de informatie die wordt overgedragen. De informatie over de kwaliteit en het inzichtelijk maken daarvan, wordt straks op een presenteerblaadje aangeboden. De EE acquisition informeert op basis van kwaliteitsinformatie hun achterbannen en dat kan in Nederland straks ook gebeuren. Ik wil dat wel verkennen, maar mevrouw Koşer Kaya ziet de rol van de patiëntenorganisaties veel sterker dan die op dit moment is.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Volgens mij draait de minister echt de nek van het zorgstelsel om als de concurrentie niet op gang komt. Zolang de patiëntenorganisaties niet op gang komen, komt ook de concurrentie niet op gang. Wellicht moeten zij ook via premies worden betaald. Nu moeten zij voor elk project subsidie aanvragen en zijn afhankelijk van een beoordeling. Dat kan de minister toch niet onafhankelijk noemen? Hij zal echt iets anders moeten doen om de patiëntenorganisaties te versterken. Mijn eerste vraag blijft nog steeds staan. De concurrentie tussen de verzekeraars komt echt niet op gang zolang er een paar kleine en vier grote organisaties zijn. De minister zal daar iets aan moeten doen.

## Klink

Minister **Klink**: Ik heb mijn antwoorden gegeven.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Zorgverzekeraars concurreren nauwelijks met elkaar op de markt. Dat blijkt maar weer uit het hoofdartikel van Het Financieele Dagblad van vandaag. Toch meten sommige bestuurders van die zorgverzekeraars zich salarissen aan die op een pittige markt niet zouden misstaan, namelijk boven de 6 ton voor bijvoorbeeld de bestuurder bij het UVIT. De commissie-Dijkstal heeft de minister vorig jaar al geadviseerd om ook voor de zorgverzekeraars tot een beloningscode te komen. Tot nu toe heeft hij dat geweigerd. Is hij nu alsnog bereid dit te doen?

Minister **Klink**: Ik zie niet het verband tussen een artikel in Het Financieele Dagblad waarin wordt gezegd dat er op dit terrein te weinig wordt geconcurrereerd en de uitspraak om maar meteen met een beloningscode te komen en het inkomen te maximeren. Dat ga ik niet doen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik wil de minister wel een eindje op weg helpen. Het belangrijkste argument van het kabinet om zo'n code niet te willen, is dat de zorgverzekeraars stevig met elkaar moeten concurreren op een markt en dat zij daarom ook marktconforme salarissen moeten krijgen. Nu blijkt dat zij niet concurreren, maar toch marktconforme salarissen hebben. Die salarissen helpen dus niet om de concurrentie op gang te krijgen. Is de minister bereid, in het licht van de crisis en ook in het licht van de bezuinigingen in de zorg, hier toch in te grijpen en voor de zorgverzekeraars in de toekomst een fatsoenlijk, maar niet bovenmatig salaris te regelen?

Minister **Klink**: Ik heb zojuist omstandig aangegeven waarom de voorwaarden waaronder de markt tot stand komt, tot op heden nog niet zijn vervuld. Wij gaan daar met man en macht aan werken en dan zie ik de competitie echt wel van de grond komen. Sterker nog, een bedrijf dat achterblijft, gaat een groot probleem krijgen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Is de minister van mening dat zorgverzekeraars banken zijn?

Minister **Klink**: Ik probeer even na te denken, maar ik denk niet dat je zomaar kunt zeggen dat een kat een hond is. Een zorgverzekeraar is dan ook geen bank.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister vindt het geen probleem als zorgverzekeraars een hypothecaire lening verstrekken aan hun bestuurders of personeel. Hoe verhoudt een hypothecaire lening zich tot een zorgverzekeraar die de minister niet als bank betitelt in dit systeem? Die corrigerende krachten zouden wel eens kunnen zitten in het feit dat verzekerden misschien denken: dan moet ik daar niet zijn, want ik vind dit geen goed gebruik van de premiegelden die ik inleg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Die premiegelden betalen wij allemaal voor goede zorg. Wij weten wat er kan gebeuren met hypotheekleningen die misschien niet goed zijn. Een zorgverzekeraar die hypotheekleningen verstrekt – in dit geval is dat UVIT, dat mag iedereen weten – hoort naar onze mening gewoon niet in de zorg thuis. Wij hebben

het gezien bij Aveleijn, een gehandicapteninstelling die het ook wel opportuun vond om dit te doen. Daarvan heeft de staatssecretaris heel duidelijk gezegd dat zij dit niet vindt passen in de zorg. Ik zou het goed vinden als de minister dat nu ook zou zeggen. Hypotheken haal je bij de bank en voor de zorgverzekeraar je je bij een zorgverzekeraar. Dat moet niet door elkaar gaan lopen.

Minister **Klink**: Dat ga ik niet zeggen, domweg omdat de zorgverzekeraars in Nederland geen ziekenfondsen zijn, omdat zij ook aanvullende pakketten kennen en op basis daarvan op de markt opereren. In die zin zijn het private instellingen. Daarbij komt dat ik ontzettend veel vertrouwen heb in het feit dat, voor zover er misstanden zijn, het corrigerende vermogen van verzekerden groot genoeg zal zijn om al dan niet voor een bepaalde verzekeraar te kiezen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister zijn betoog vervolgt. Ik ga ervan uit dat hij start met de leidraad voor bekostiging.

Minister **Klink**: Ik ga nu inderdaad naar de leidraad voor bekostiging. Ik ben ervan overtuigd dat meer kwaliteit en grotere patiëntveiligheid, dus kwaliteit en veiligheid, leiden tot minder kosten. Daarbij is "samenhang" wat mij betreft een belangrijk sleutelwoord: samenhang tussen preventie en genezing, samenhang in behandeling tussen eerste en tweede lijn. Die samenhang bezie ik dan wel vanuit het perspectief van de patiënten. Ik sta graag kort stil bij een uitgebreid onderzoek van de heer Gawande, een specialist uit Amerika en tevens journalist c.q. onderzoeker, naar de relatie tussen kwaliteit en kosten. Met name het vraagstuk van volume als gevolg van overbehandeling en overdiagnostisering heeft daarbij zijn aandacht. Dat speelt namelijk niet alleen in Nederland, maar ook elders. Zijn onderzoek toont aan dat kwaliteit en doelmatigheid van de zorg hand in hand kunnen gaan. Hij benoemt een aantal factoren die daarbij cruciaal zijn om verbeteringen te realiseren, factoren die te maken hebben met de cultuur in de sector. In de Verenigde Staten zag hij – het zal in Nederland in dat opzicht niet anders zijn – dat de beste resultaten werden geboekt in die zorginstellingen waar sprake was van leiderschap, met mensen die bereid zijn hun nek uit te steken en het initiatief te nemen om de wensen van de cliënt centraal te stellen in hun handelen en die dat ook overtuigend konden uitdragen. Maar ook andere financiële prikkels, zoals het ontkoppelen van de prikkel tot productie van het inkomen van de arts, leidden tot meer aandacht voor kwaliteit van de zorg. Ten slotte illustreerde de heer Gawande het grote belang van transparantie over de prestaties van zorgaanbieders.

Bij die inzichtelijkheid is het van belang te wijzen op de praktijkvariatie tussen verschillende zorgaanbieders, die de discussie over ingesleten gewoonten naar boven kan halen. Laat ik een voorbeeld geven dat de heer Gawande zelf aanhaalt over een arts die moest erkennen dat hij in zijn gemeenschap in een bepaald jaar 52.000 CT-scans had gemaakt op een populatie van 300.000 personen. Dat is met goed fatsoen niet uit te leggen. Nog los van het feit dat het niet anders kan dan dat een deel van die scans niet nodig waren, is het ook nog eens een keer zo dat dergelijke scans een hoge dosis straling met zich meebrengen, met de nodige risico's voor patiënten. Dergelijke ervaringen inspireren mij in elk geval om te

## Klink

komen tot verbeteringen van de kwaliteit in de zorg in ons eigen land.

De ervaring leert dat het aanbrengen van samenhang in de zorg kan leiden tot grote voordelen voor de kwaliteit, maar ook voor de houdbaarheid van de zorg. Door onder meer de vergrijzing en nieuwe medische mogelijkheden neemt de vraag naar zorg sterk toe en stijgt vooral het aantal chronische zieken. De zorgsector moet zo worden ingericht dat deze onvermijdelijke ontwikkelingen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid niet in gevaar brengen. Een gezonde leefstijl vermindert natuurlijk het risico op complicaties en is onderdeel van het zorgplan. Het is noodzakelijk dat chronische ziekten worden voorkomen, dan wel worden uitgesteld. Dat kan met behulp van preventie, ook selectieve preventie. Risicogroepen op tijd opsporen en begeleiden naar een betere leefstijl, en meer samenhang brengen in de zorg voor chronisch zieken en ouderen is een belangrijk vereiste. Als dure medicijnen niet onnodig worden voorgeschreven, als er geen onnodige behandelingen worden toegepast en als wij voor elkaar krijgen dat mensen dicht bij huis goede zorg ontvangen en niet onnodig worden gemedicaliseerd, redden wij levens en besparen wij uiteindelijk ook kosten vanwege onnodige opnames die worden vermeden. Rondom de kwaliteit en de samenhang ligt dus wat mij betreft een belangrijk agendapunt voor de toekomst.

Het gaat daarbij om grote aantallen. Maar liefst 70% tot 80% van de totale zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet worden gemaakt voor chronisch zieken. Daarmee wordt duidelijk dat wij de handen uit de mouwen moeten steken om de groei van het aantal chronisch zieken te voorkomen of te beperken. Wij kunnen chronisch zieken wellicht niet volledig genezen, maar wel goed begeleiden, zodat mensen met diabetes, COPD, hartfalen en hart- en vaatziekten meer kunnen zijn dan alleen patiënt. Daarom investeert het kabinet in het verbeteren van de zorgverlening en de organisatie ervan. Daarmee willen wij levens redden en kosten besparen.

Het is om die reden dat per 1 januari 2010 integrale bekostiging voor chronische aandoeningen, diabetes en cardiovasculair risicomanagement wordt geïntroduceerd. Op 1 juli hoop ik dat dit ook voor COPD het geval kan zijn. Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat de zorgstandaard is afgerond. Ik sluit daarmee dus aan bij een eerdere motie van mevrouw Smilde. Later komen er ook keten-dbc's voor hartfalen, depressie en dementie. Bij dementie is er overigens sprake van een belangrijke wisselwerking tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. In die zin snijdt een op de patiënt gerichte zorg dwars door alle schotten, ook binnen de huidige organisatie van de zorg. Toch zullen wij deze kant op moeten bij het organiseren van de zorg voor patiënten. Die wordt daar immers beter van, terwijl je allerlei aandoeningen voorkomt en je daarmee uiteindelijk ook kosten bespaart.

De **voorzitter**: Ik zie dat een aantal woordvoerders een vraag wil stellen. Is de minister gekomen aan het einde van dit blok binnen zijn betoeg?

Minister **Klink**: Nog niet helemaal, voorzitter.

De **voorzitter**: Dan maken wij dit blokje eerst af. Dat lijkt mij beter.

Minister **Klink**: De bekostiging is straks niet meer gekoppeld aan het specialisme of het aanbod. Nu hebt elk specialisme nog een eigen set dbc's in de ziekenhuiszorg. Dezelfde behandeling kan tot verschillende dbc's leiden. Bijvoorbeeld de behandeling van een hernia kan zowel door een neurochirurg als door een orthopeed worden uitgevoerd. De zorgprestaties in DOT zijn specialismenoverstijgend en dus onafhankelijk van de specialist die de behandeling uitvoert. Door de aanpassingen worden zorgaanbieders gestimuleerd om beter samen te werken en de zorg zo in te richten dat zo min mogelijk met schotten wordt gewerkt. Ketenzorg is dus niet alleen goed voor de patiënt, maar ook noodzakelijk als wij de solidariteit in de zorg willen behouden. Het gaat immers domweg ook om besparen door onnodige zorg te voorkomen.

Tegenwoordig hebben chronisch zieken vaker en intensiever contact met praktijkondersteuners bij de huisarts of de gespecialiseerd verpleegkundige. Ook dat is van groot belang en ook daaruit vloeit een besparing voort, omdat je domweg met taakverdeling te maken krijgt. Op deze manier wordt bovendien de zorg beter ingericht in termen van productiviteit. Het stroomlijnen van de zorg is niet alleen mogelijk bij chronisch zieken. Vanuit een oopunt van kwaliteit en doelmatigheid moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat worden gesteld om afspraken te maken die leiden tot goede prestaties tegenover een goede zorg.

Deze samenhang is dus bij de chronisch zieken van groot belang. Om die reden hebben wij in de eerstelijnszorg gezegd: eigenlijk willen wij ernaar toe dat je diabetespatiënten en patiënten met hartfalen alleen nog maar onder je hoede mag nemen op voorwaarde dat je kunt garanderen dat die zorg integraal wordt aangeboden. Daarvoor zijn contracten, of is samenwerking nodig met diëtisten, fysiotherapeuten en eventueel met specialisten. De samenhang moet echter geborgd zijn, wil je überhaupt die zorg kunnen leveren en ervoor betaald krijgen. Daar willen wij op termijn naar toe. In dit verband is een periode van ongeveer drie jaar genoemd.

Bij de ziekenhuiszorg is de samenhang eveneens van belang. Wij kwamen daar van een verrichtingenstelsel. De dbc's hebben daarin een verbetering aangebracht doordat een dbc een geclusterd aanbod is rondom een bepaalde diagnose. Er wordt ook geclusterd betaald. De nieuwe DOT-structuur brengt daarin nóg een verbetering. Daarin worden namelijk het aantal foto's dat wordt gemaakt, de diagnose en eventueel een operatie in feite in samenhang gecontracteerd, want daarover wordt onderhandeld met de verzekeraar. Ik zeg nogmaals dat deze samenhang van groot belang is om complicaties en volume-expansies te voorkomen. Het is namelijk duidelijk dat de volume-explosies plaatsvinden bij gefragmenteerde zorg. Juist gefragmenteerde zorg leidt tot onnodige zorgkosten. Daarom is het wat mij betreft een van de belangrijkste agendapunten in de komende tijd, dat bij het zorgaanbod deze samenhang altijd wordt meegenomen. De volume-explosies in de VS – ik kijk hierbij nogmaals naar mevrouw Agema – doen zich voor waar de zorg gefragmenteerd wordt aangeboden. Ten eerste vindt dan overbehandeling plaats en ten tweede zijn de zorgresultaten echt niet goed. Sterker nog, er is bijna geen relatie te vinden tussen de enorme zorguitgaven en de kwaliteit van de zorg. Nogmaals, die samenhang in met name de ketenzorg voor chronisch zieken, maar ook in de ziekenhuiszorg is van grote betekenis.



## Klink

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister raakt hier echt de kern van de zaak: hoe bevorderen wij de samenhang tussen hulpverleners en voorzieningen? Hoe beter die samenhang, hoe beter het is. Nu doet de vraag zich voor op welke manier je tot die samenhang komt. Wij hebben net geconstateerd dat de zorgverzekeraars gelet op hun zorginkooprol op dit moment in ieder geval niet de partijen zijn die die samenhang bevorderen, gelet ook op het verhaal in Het Financieele Dagblad. De minister zegt, als ik het zo mag zeggen: nee, maar ik doe dat ook met financiële incentives. Naarmate men zich meer aan afspraken houdt, krijgt men beter betaald. De minister zei net zelfs dat als hij de huisartsen een norminkomen geeft, zij het niet eens gaan doen. Dus hij benadrukte nog eens dat die financiële prikkels echt van belang zijn. Nu leiden financiële prikkels bijna altijd tot volumeoverstijgingen. Wij hebben dat gezien bij de specialisten die met bijna 1 mld. er overheen zijn gegaan, als ik Zorgverzekeraars Nederland geloof. Dus toch wat twijfels, in ieder geval aan onze kant, over het bereiken van die samenhang. Mijn vraag aan de minister is: zou de overheid niet een veel belangrijker rol moeten spelen in het definiëren hoe die samenhang er uit zou moeten zien? Wat is het gewenste resultaat? Hoe moeten ziekenhuizen en eerste lijn op elkaar zijn afgestemd? Ik heb daar in mijn eerste termijn ook over gesproken.

Ik heb nog een vraag aan de minister. Kan hij wat nadrukkelijker schetsen hoe die door iedereen gewenste samenhang tot stand komt?

Minister **Klink**: Ik ben dat met u eens. Als er de komende jaren een revolutie nodig is in de zorg, is dat het herijken van ons bekostigingsstelsel. Wij zullen inderdaad ook moeten definiëren wat goede zorg is en in welke samenhang die tot stand moet komen. Dat is echt een enorme opgave. Als ik met de staatssecretaris naar Almere ga en daar zie dat de zorg voor dementerende mensen te gefragmenteerd is en als je dat op dit moment in een aanbod onderbrengt, raakt het aan de grens van de AWBZ en van de Zvw. Het raakt ook aan de vraag wie die zorg dan mag bieden, hoe je garandeert dat het niet gefragmenteerd maar in samenhang wordt aangeboden. Die vingeroefening doen wij nu met hartfalen en diabeteszorg, waarbij wij in feite zeggen dat die zorg alleen maar wordt aangeboden op voorwaarde dat het samenhangend gebeurt.

Dot idem dito. Wij definiëren daar een dbc, in samenhang. Je kunt 80 foto's en je kunt 100 foto's maken, maar het zijn wel kosten die voor het ziekenhuis zijn. Voor de dbc die aan de orde is, maakt het voor de bekostiging niet uit of je 100 foto's maakt of 2. Dat remt dus fragmentatie en overbehandeling. Die slag zullen wij nog wel moeten maken. Laat ik het maar simpel zeggen. Niet om daarmee groots te doen, maar omdat het in de kern aangeeft wat er gebeurde, verwijs ik naar opmerkingen van mijn Amerikaanse collega. Die zei in een gesprek dat wij ongeveer een uurtje hadden: wij betalen in ons zorgstelsel contacten en wij betalen geen kwaliteit en samenhang. Bij een apotheker een doosje schuiven, dat betalen we. Maar we betalen niet therapietrouw en medicatieveiligheid. Wij betalen bij de specialisten een uurtarief en een verrichting. We betalen niet dat hij met een huisarts een gezamenlijk consult doet en daarmee de zorgvraag dempt. Dat doen wij niet. Wij betaalden tot voor kort een huisarts voor een consult als hij te maken had met een diabetespatiënt, maar niet het totaal.

Ik ben het met de heer Van der Veen eens dat wij nog maar aan het begin staan van het goed definiëren van die producten. Daarom deel ik zijn zorg die hij de afgelopen jaren verschillende keren illustreerde, etaleerde en ook benoemde, in hoeverre een volume-explosie gaat ontstaan als wij dat niet goed doen. Wij kunnen die alleen maar ondervangen door dit veel beter in kaart te gaan brengen. Anders krijgen wij een fragmentatie. Daarachter vandaan komt inderdaad inkomensmaximalisering van specialist of huisarts of anderszins. En dat moeten wij niet hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als de minister zegt dat wij dit nog veel beter in kaart moeten brengen, ben ik dat met hem eens. Als wij het nog niet in kaart hebben gebracht en wel bezig gaan met versneld invoeren van in feite prestatiebekostiging en als wij niet precies weten waar het moet uitkomen, blijft toch het risico groot dat dit zich gaat vertalen in volume?

Minister **Klink**: Ik gaf het net al aan. Wij staan nu voor de prestatiebekostigingsvraag. Ik kom daar straks uitvoerig op terug, maar ik kan vast één voorbeeld ter illustratie geven. Niet voor niets willen wij prestatiebekostiging koppelen aan de nieuwe DOT-productstructuur. Niet voor niets haal ik de prestatiebekostiging en de eerstelijnszorg bij de consulten weg en koppel ik deze aan integrale zorg van de chronisch zieken. Wij moeten daar de pas in zetten. Niet voor niets wil ik af van de receptregelvergoeding in 2011 en wil ik dat koppelen aan onderhandelingen over kwaliteit. Daar heb ik deze week een gesprek over gehad met de verzekeraars. Die slagen moeten wij maken. Dat is geen hobby, dat is pure noodzaak.

Wij moeten twee dingen met elkaar verbinden: prestatiebekostiging en goede zorg. De prestatiebekostiging moet niet gericht zijn op het maximaliseren van inkomen, maar op goede zorg. Die prestatie willen wij bekostigen en niet het feit dat je een doosje verplaatst hebt, dat je een dbc geopend hebt of dat je een consult hebt afgenomen. Het gaat om die prestatie. Op dit moment zijn wij bezig om die te definiëren. Het zal inderdaad langs twee lijnen moeten lopen. Ik ben bang dat wij, als wij blijven steken in budgettering, precies het probleem krijgen waar de NHS, de National Health Service, tegen aanloopt, namelijk dat de productiviteit daalt, terwijl wij met een gigantisch arbeidsmarktvragestuk te maken krijgen. Wij zullen het beste met elkaar moeten zien te combineren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik neem aan dat wij hier in debatten nog vaker op terug zullen komen. Ik heb er moeite mee dat de minister zegt: in Engeland lukt het niet en daarom doen wij het niet; in Amerika is het dus en zo gelopen. Ik vind dat voor het debat erg lastig, omdat Nederland niet Amerika is, noch Engeland. De overtuiging dat het in Engeland geleid heeft tot een productiedaling en in Amerika tot een enorme fragmentatie zal voor een deel wel op de waarheid rusten, maar ik denk dat wij het in de Nederlandse situatie moeten bekijken.

Minister **Klink**: In Nederland hadden wij in 2001 olopende wachtlijsten. U zegt dat fragmentatie kan leiden tot volume-explosie. Dat is waar. Dat is bijna inherent aan een dergelijk systeem, tenzij je voldoende

## Klink

waarborgen inbouwt. Ik zeg dat een systeem van budgettering bijna altijd leidt tot niet al te overmatige inspanningen. Ik bouw het woord "bijna" in, want voor hetzelfde geld komt er morgen iemand met een contra-indicatie die ik nu niet ken.

De **voorzitter**: Mijnheer Van der Veen, eigenlijk vind ik dat u niet nog eens mag interrumpen. Iedereen onderhandelt daarover, maar de minister heeft net gezegd dat hij er in zijn uitwerking over eerste- en tweedelijnszorg nog op terugkomt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het toekomstbeeld dat de minister schetst, wil ik ook graag. Maar wat gebeurt er nu? Wat kan er in 2010? Over die begroting hebben wij het tenslotte. Dan hoeven wij het niet eens over Amerika of Engeland te hebben: de revolutie in Nederland is al begonnen. In Zwolle wordt bijvoorbeeld al heel hard samengewerkt. Daar is een centrum voor geheugenproblematiek, om even bij het voorbeeld van dementie te blijven. Die mensen lopen nu tegen een probleem aan: de professionals willen samenwerken, maar zij komen gewoon niet verder. Wat heeft de minister te bieden aan dit soort initiatieven, vandaag en voor 2010? Die ontwikkelingen moeten wel doorgaan.

Minister **Klink**: Ik onderken dankbaar dat die revolutie nu plaatsvindt. U noemde Zwolle. Ik denk ook aan de diabeteszorg, de heer Bilo en de zijnen. Dat zijn fantastische resultaten, geaccommodeerd door een van de zorgverzekeraars die daar tot de voorhoede wil behoren. Ik noemde Menzis met een gezondheidscentrum en Maastricht met een gemeenschappelijk consult tussen eerste en tweede lijn. Er loopt gewoon heel veel. Ik neem aan dat de staatssecretaris straks graag terugkomt op het punt van dementie. Er komt binnenkort ook een brief van haar over de manier waarop de samenhang in die zorg beter kan. Wij zullen de route die gekozen wordt met hartfalen, diabetes en straks met COPD ook moeten uitrollen over de grenzen van eerste en tweede lijn en over de grenzen van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Ik krijg die signalen inderdaad, ook uit Almere. Wij lopen ertegen aan. Het gaat soms echt om een luttel bedrag.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zei het ook omdat het om zo'n luttel bedrag gaat. Een zorgverzekeraar zegt alleen dat hij hiervoor niet is aangenomen. Het gaat hem om de productie in die enkele kolom, bijvoorbeeld van de Zorgverzekeringswet. Wat kan de minister nu al doen om die zorgverzekeraar in beweging te krijgen? De verzekeraar moet alvast aan de slag gaan en dan regelen we met elkaar wel de afstemming binnen AWBZ en Zorgverzekeringswet.

Minister **Klink**: Dit is een vrij fundamentele discussie die nog moet worden gevoerd. Een aantal slagen die wij nu maken, is echt van belang, maar daar komt een agenda achter vandaan die ons de komende tien jaar nog behoorlijk zal bezighouden. Op basis van projecten kan het nog wel allemaal, maar het ene project lokt het andere uit en uiteindelijk zul je dus je systeem moeten veranderen.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister lijkt gevangen in zijn mantra van stukloon en vrije prijsvorming. Wij hebben in de afgelopen jaren gezien waar dit toe heeft geleid. Tot kostenstijging in de fysiotherapie, in 2006 met 18% en in 2007 met 11%. Wij hebben dit gezien bij de huisartsen waar een gedeeltelijk stukloon is ingevoerd, een kostenstijging van 16% in 2006. Hoe kan de minister nu beweren dat dit de zorg goedkoper maakt? Dit is even een opmerking vooraf.

Ik ga over naar het principiële punt dat nu voorligt. Wat bevordert goede zorg? Welke prikkels leiden daartoe? Is dat de prikkel waar de minister zo nadrukkelijk op koerst: het geld? Of is het beroepsethos van de arts het uitgangspunt? Ik wil de minister een voorbeeld voorleggen, namelijk de situatie in Engeland. Daar is gekozen voor prestatiebekostiging en is een bonuscultuur ingevoerd. Als een arts bepaalde kwalitatieve doelstellingen haalt, dan krijgt hij daar geld voor. Als bijvoorbeeld 75% van de patiënten wordt ingeënt tegen griep, dan krijgt de arts daar een bonus voor. Dan zou je zeggen: dat is prima, want dan sturen wij op kwaliteit en geld. Wat is echter het effect? De artsen zijn helemaal gefocust op de doelstelling, bijvoorbeeld het halen van die 75% die wordt ingeënt, maar du moment dat die doelstelling is behaald, laten zij de spuiten uit hun handen vallen. Dat is een. Dit leidt dus niet tot een verdere verbetering van de zorg, maar alleen tot het behalen van de bonustargets. Twee is dat andere zorg blijft liggen. Er wordt dus niet langer integrale zorg geleverd, maar er wordt gekoerst op het behalen van de bonuspunten om het geld binnen te halen. Wil de minister daarop reageren?

Minister **Klink**: Ik ken het Engelse voorbeeld niet, maar laat ik het maar even voor lief aannemen. Ik vind dat je kwaliteit niet gefragmenteerd moet benoemen en dus betalen. Dat moet je niet doen. Wat wij doen met de zorg voor chronisch zieken, dat wil zeggen dat wij op een aantal essentialia kijken wat de kwaliteit en de uitkomsten zijn van het aanbod voor diabetespatiënten en hartfalenpatiënten en straks hopelijk ook COPD, is dat wij de integrale zorg betrekken bij integrale uitkomsten. Die moet je gaan betalen. Ik kan mij inderdaad niet voorstellen dat wij gefragmenteerd gaan benoemen zoals in het voorbeeld van de heer Van Gerven: haal je een bepaald target dan krijg je er meer bij. Daarin zal een balans moeten worden gevonden. Misschien is dit wel de essentie van het antwoord. Voor zover wij kwaliteit definiëren, zal dit niet op een gefragmenteerde manier moeten gebeuren, maar de tussenuitkomst moeten zijn van de zorg die wordt geboden.

De heer Van Gerven sprak over het beroepsethos. Wij hebben nu een bekostigingsstelsel dat daar te weinig een appel op doet. Gelukkig komt er heel veel van binnenuit bij huisartsen, apothekers enzovoort. Laat duidelijk zijn dat die mensen in feite beter zijn dan ons bekostigingsstelsel, want wij betalen alleen maar een consult en een receptregelvergoeding. De meeste apothekers hebben echter wel degelijk een aanbod van medicatie, veiligheid en therapietrouw. Dit komt domweg, en gelukkig maar, van binnenuit. Laten wij onze bekostiging erop inrichten dat dit over de hele linie wordt ondersteund.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat gebeurt in Engeland, maar daar gaat het mis. De minister wil dit hier ook

## Klink

doen. Hij wil zorgstraten invoeren bij de huisartsenzorg. Wat zal er dan gebeuren? "The service goes where the money flows." De zorg gaat het geld achterna, dus de zorg zal zich concentreren daar waar geld te verdienen valt. De ervaringen in Engeland leren dat dit ten koste gaat van de integrale zorg en van de zorg op andere terreinen, omdat men inderdaad koerst op het geld. Het zorgstelsel in Nederland is veranderd en er is gedeeltelijk een stukloon ingevoerd bij de huisartsen. Heeft dit geleid tot betere zorg? In mijn ogen heeft het alleen maar geleid tot meer kosten en wordt de moraal erdoor aangetast.

Minister **Klink**: Ik ga even terug naar het algemene beeld. Nederland heeft in uitkomsten het beste zorgstelsel van de wereld. Dat zeggen Europese instanties en alle internationale instellingen die onderzoek doen naar de zorg. Bovendien tegen een prijs die meer dan redelijk is, ook in internationale vergelijking. Het beeld dat hier wordt opgeroepen dat wij alleen explosies zien van kosten en stukloon en dat dit allemaal niet werkt, is natuurlijk niet terecht.

De heer **Van Gerven** (SP): Het zijn de cijfers.

Minister **Klink**: Ik leg mijn cijfers daarnaast. Ik constateer dat wij in Nederland minuten betalen, bijvoorbeeld bij consulten binnen de huisartsenzorg. De heer Van Gerven spreekt over integrale zorg. Patiënten met een hartkwaal of met diabetes krijgen in zijn systeem geen integrale zorg van de vertrouwde arts. Zij krijgen hooguit integrale belangstelling van hun arts. Als die arts niet integraal samenwerkt met een diëtist, een fysiotherapeut, een specialist of met een ziekenhuis koop je niet zo veel voor die integrale belangstelling. Er moet boter bij de vis worden geleverd, pas dan bereik je resultaten. Ik weet niet wie dat zo-even zei, maar de revolutie vindt op dit moment inderdaad al plaats. Op sommige terreinen wordt de integrale zorg al geleverd, met enorme resultaten als gevolg. Een diabetespatiënt wil daarvan niet verstoken blijven.

De heer **Van Gerven** (SP): Natuurlijk is de SP-fractie voor integrale zorg. Daarvoor hebben wij het marktsysteem van deze minister niet nodig. De financiële prikkels die hij steeds leidend wil laten zijn, kunnen wij missen. De integrale zorg is al in de jaren negentig begonnen toen er nog geen minister van Volksgezondheid was. Dat hebben die artsen vanuit de praktijk zelf opgepakt. De minister maakt het met dit systeem duurder en maakt van artsen ondernemers. Hij stuurt op geld in plaats van op de inhoud van het vak en reduceert daarmee artsen tot productieboeren. Dat moet hij niet willen, want dat leidt uiteindelijk tot duurdere zorg. Ook zal hij een apparaat moeten optuigen om toezicht te houden of die artsen geen overbodige zorg leveren et cetera. Waarom stopt hij niet met deze heilloze weg?

Minister **Klink**: Dit is een wat merkwaardige duiding van de lijn die ik kies. Productieboeren? Ik gaf zo-even aan dat het niet gaat om het belonen van productie of om het belonen van consulten en contacten. Het gaat erom dat wij onze bekostiging zo inrichten dat datgene wat betaald wordt, aanhaakt bij c.q. past bij of in het verlengde ligt van precies de beroepstrots die ik benoemde. Je hebt niet voor niets een opleiding gevolgd

van zes of zestien jaar. Dat deed je om zorg te kunnen leveren; laten wij dat dan ook betalen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Natuurlijk hebben wij een goed zorgstelsel. Een goed zorgstelsel moet ook toekomstbestendig zijn. Die toekomstbestendigheid is met de huidige ontwikkelingen in het geding. Het echte probleem is dat een patiënt nu te maken heeft met de Zorgverzekeringswet, met de AWBZ en met de Wmo. De minister zal veel meer samenhang moeten creëren om invulling te geven aan de eenloketedachte en om ervoor te zorgen dat de patiënt niet versnipperd overall naartoe moet om zorg te krijgen. Hij moet de regie ergens durven neer te leggen. Hoe gaat de minister dat organiseren?

Minister **Klink**: Mevrouw Koşer Kaya snijdt een terecht punt aan. Ik ben nu bezig om binnen de Zorgverzekeringswet op mijn domein de samenhang beter te organiseren. De staatssecretaris is met zorgzwaartepakketten en met de dementie op haar domein met hetzelfde bezig. Het duurt niet lang of wij zullen de verschillende initiatieven met elkaar verbinden en zorgen dat wij over de grenzen van de Zvw en de AWBZ heen de samenhang kunnen aanbieden. Niet alles kan in een keer, maar dat wordt een enorme opgave voor het komende kabinet.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat is mooi. Ik wil graag weten wanneer wij die integrale visie kunnen krijgen. Mijn tweede vraag betreft het ontbreken van zicht op de financiële aspecten van de AWBZ of zorgverzekering. De Kamer heeft hier geen budgetrecht en wij krijgen het niet voor elkaar om de Algemene Rekenkamer daarnaar onderzoek te laten doen. Zolang wij niet weten waar het geld blijft steken, kunnen wij die integrale visie niet op gang brengen. Is de minister bereid om te onderzoeken hoe wij kunnen bepalen of het geld dat wij erin stoppen ook aan de patiënten ten goede komt?

Minister **Klink**: De financiële patronen lopen daarmee gelijk op. De zorgzwaartepakketten van de staatssecretaris zullen bijvoorbeeld inzichtelijk maken waar het geld naartoe gaat. Dat geldt ook voor de ketenzorg en voor de afname van 30.000 naar 3.000 productbeschrijvingen door de invoering van de DOT-structuur.

Ik ben het met u eens dat de ketens de grenzen van de Wmo, de AWBZ en Zorgverzekeringswet overschrijden, grenzen die bijvoorbeeld bij dementie tot te veel versnippering leiden. Hier ligt dus een dure opdracht voor ons.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Mooi! Ik word eindelijk enthousiast.

Gaat u de Algemene Rekenkamer de hele keten tot en met de cliënt laten onderzoeken? Zo ja, wanneer zal dat onderzoek dan precies plaatsvinden?

Minister **Klink**: Ik ben blij met deze suggestie. De afgelopen tijd overwoog ik namelijk toch al om in de loop van het komende jaar een verkenning te laten uitvoeren naar de grenzen van de domeinen van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ bij bijvoorbeeld de dementiezorg. Wij moeten daar lessen uit durven trekken, want de SER heeft hierop niet voor niets gepreludeerd. De SER heeft immers aangegeven dat wat hem betreft bepaalde vormen van zorg naar de

## Klink

Zorgverzekeringswet moet worden overgeheveld. Ik vind het geen gek idee om deze agenda met de Kamer te verkennen, mede met het oog op het werk dat het volgende kabinet zal moeten doen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij spreken nu over samenhang. Zit er niet een spanningsveld tussen samenhang, samenwerking en concurrentie? Ik vraag dat, omdat je bij de functionele bekostiging ziet dat een gedeelte onder de aanvullende verzekering valt en het wellicht de integrale zorg in de weg staat.

Minister **Klink**: De heer Van Gerven zei natuurlijk terecht dat de aard van de zorgvraag voor een groot deel bepaalt hoe de verzekeraars moeten acteren en op welke manier er geconcurrereerd kan worden. Bij traumazorg is concurrentie natuurlijk veel moeilijker, want dat is acute zorg. Concurrentie is verder ook moeilijker bij hooggespecialiseerde zorg, want als "fingerspitzengefühl" de bepalende factor is, kun je niet op voorhand zeggen die of die doet het het best. Daar zullen op een gegeven moment vast en zeker ook patronen te ontwaren zijn, maar je kunt die niet op voorhand vaststellen.

Bij inzichtelijke diagnoses en de daarbij behorende therapieën in het ziekenhuis ligt dat anders. Zo ligt het bijvoorbeeld bij eenmalige, "electieve" herstelzorg anders dan bij de zorg voor chronisch zieken. Die zorg moet immers dicht bij huis en in een netwerk worden geleverd. Daar zullen wij dus waarschijnlijk met benchmarks moeten gaan werken om verzekeraars erop te wijzen in welke regio men het het beste doet. Dat laat overigens onverlet dat de patiënt altijd zelf moet kunnen kiezen en in het uiterste geval voor een andere huisarts of fysiotherapeut moet kunnen kiezen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Geldt dat ook voor de ketens en de functionele bekostiging? Daar speelt dat spanningsveld immers ook een rol.

Minister **Klink**: Ja. Daar ben ik eigenlijk wel zeker van. Sterker nog: naar mate de patiënt meer inzicht krijgt in de vraag wie goede ketenzorg biedt, zal er meer beweging ontstaan. Mensen zullen dan niet meer aan de hand van hun postcode voor een bepaalde huisarts kiezen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U zei tegen mevrouw Koşer Kaya dat wij maar eens met elkaar moeten gaan praten over de grenzen tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Ik neem uw uitgestoken hand graag aan. Krijgen wij hierover binnenkort een brief?

Minister **Klink**: Ik zeg dat graag toe, want dit debat komt er echt aan. Sterker nog: wij moeten dat debat ook willen voeren.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik hoop dat wij die brief op korte termijn tegemoet mogen zien en dat wij er niet drie jaar op hoeven te wachten.

De inkoop van ketenzorg. Ik heb daar moeite mee, want het is heel erg aanbodgericht. Het enige wat een patiënt kan doen is overstappen naar een andere huisarts als hem het ingekochte aanbod niet aanstaat. Dat kan heel ingrijpend zijn voor iemand die wel tevreden is over zijn huisarts, maar niet over de keten die daarachter zit. Ik heb gisteren een voorstel gedaan om te experimenteren

met de mogelijkheid om mensen, die een chronische ziekte of aandoening hebben, waarvan de behandeling niet beperkt blijft tot het zorgstelsel maar vaak ook in heel andere domeinen speelt, zelf op te laten schrijven wat zij op dat moment in hun leven nodig hebben. Er moet dan gekeken worden of daarbij de zorg als een soort persoonsgebonden keten aangeboden kan worden. Bent u bereid om daarmee te experimenteren?

Minister **Klink**: Ik moet eerlijkheidshalve zeggen dat ik het lastig vind om u te begrijpen, tenzij u bedoelt dat geen enkele patiënt hetzelfde is. Voor dat argument ben ik wel gevoelig. In het kader van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg komt de mate waarin er coördinatie plaatsvindt en de vraag wie verantwoordelijk is voor de coördinatie nog aan de orde. Ik heb wel eens het voorbeeld gebruikt van een auto. Als ik die koop, haal ik ook niet hier een wiel en daar een stuur om de auto vervolgens zelf in elkaar te zetten. Ik verwacht dat degene die het aanbiedt, ook samenhang aanbiedt. Dat is immers ook een kwaliteitsaspect. Dat geldt ook voor de zorg. De zorgaanbieders die ervoor zorgen dat er goed gecoördineerde zorg plaatsvindt, weten overbehandeling te voorkomen en bieden goede kwaliteit. Die vraag over de coördinatie komt nog terug. Wil ik daarmee experimenteren? Om die vraag te beantwoorden moet ik even op mij laten inwerken wat het zou kunnen zijn, tenzij u bedoelt dat voortdurend rekening gehouden moet worden met de individuele omstandigheden en dat daarop ook het zorgaanbod moet worden afgestemd. Dan is het namelijk in feite gewoon een opdracht voor huisartsen of degene die de ketenzorg aanbiedt.

De **voorzitter**: De laatste maal, mevrouw Van Miltenburg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Natuurlijk bedoel ik dat, want het idee is dat de cliënt als het ware zijn eigen zorgplan maakt en aan de behandelaar vraagt om ervoor te zorgen dat het een beetje in elkaar past. Wij kunnen ons wat voorstellen bij een keten van diabeteszorg, maar voor een kind is de keten van diabeteszorg, de plekken waar het geholpen moet worden en door wie, heel anders dan voor een mevrouw van 85 jaar die in een verzorgingshuis of in een aanleunwoning zit. Die diversiteit wordt in een keten niet ingekocht, want tegenwoordig wordt de zorg die iemand op school nodig heeft, vanuit een ander domein gefinancierd en dus op een heel andere manier ingekocht. Ik wil daarvan af. Ik wil dat mensen die ernstige diabeteszorg voor hun kind nodig hebben – er moet geprikt worden en er moet begeleiding zijn – zelf kunnen bepalen waar en door wie die zorg geleverd wordt. Dan is het volgens mij veel doelmatiger en veel klantvriendelijker. Op dat punt liggen onze meningen dichtbij elkaar. Ik wil graag dat dit wordt uitgezocht door middel van een klein experiment. Het is niet nodig om meteen het hele beleid te wijzigen, maar kijk daar nu eens naar.

Minister **Klink**: Rond de diabeteszorg zijn wij dit aan het invoeren. Ik ben het met u eens dat patiënten zelf moeten kunnen kiezen bij wie zij behandeld willen worden. Dat is echter zo op één voorwaarde, namelijk dat het integraal gebeurt. Anders kan het op een gegeven moment niet meer betaald worden. Die



## Klink

samenhang is een vaststaand en onmisbaar element van kwalitatief goede zorg.

De **voorzitter**: Minister, hoe ver bent u, in verband met de schorsing die eventueel nodig is, nog af van het onderdeel innovatie?

Minister **Klink**: Ik zal heel snel even wat overslaan. Dat zal af en toe met een zekere hapering gepaard gaan, maar de tijd die daarmee gemoeid is, wordt elders weer gewonnen, omdat er bladzijden uit gaan.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Resumerend: inzicht in kwaliteit, inzicht in de samenhang en het voorkomen van overbehandeling door die samenhang aan te bieden, zijn naar mijn mening erg van belang voor de nabije toekomst. Langs die lijnen verbeterd de kwaliteit en dalen de kosten. Dat is de eerste lijn van mevrouw Smilde. Wij hebben om die reden ook een regieraad in het leven geroepen. Ik noem die nog even rondom die overbehandeling. Ik wil dat de praktijkvariatie in kaart wordt gebracht en dat men kan zien dat men in de ene regio of de ene instelling 300% meer kans maakt op een amandelverwijdering dan wel een dotterbehandeling dan in de andere regio of de andere instelling. Ik wil dat inzichtelijk wordt in hoeverre die afwijkingen zich verhouden met de richtlijnen om op die manier mogelijk vele procenten te besparen aan zorgkosten; samenhang, kwaliteit en overbehandeling tegengaan.

In het verlengde hiervan noem ik nog een punt. Het in beeld krijgen van de praktijkvariatie en het bekend worden waar overbehandeling plaatsvindt, zal zonder meer werken via reputatiemechanismen. Ik ga echt niet naar een instelling die mij aan de deur al verwijst naar een dotterbehandeling terwijl dat niet nodig is. Het is ook belangrijk voor het management van een instelling om te weten in hoeverre er te veel foto's zijn gemaakt en er te veel wordt behandeld. Het management zal hierop moeten kunnen interveniëren. Daarom is het van belang dat er in de raad van bestuur iemand integraal verantwoordelijk is voor de kwaliteit.

Voor de veiligheid is het van groot belang dat normen die de absolute ondergrens van de verantwoorde zorg aangeven, beter worden nageleefd en dus geëxpliciteerd. Vrijblijvendheid moet voorbij zijn. Daarover zijn wij in overleg met het veld en met de inspectie. Ik heb de Kamer daarover afgelopen maandag een brief gestuurd.

Mevrouw Sap wil het tempo graag opschroeven en de wettelijke verankering van de minimale kwaliteit van de zorg realiseren. Die ambitie deel ik en dat is ook de reden waarom ik verscheidene malen met het veld en de inspectie aan tafel zit, om te zeggen: laten wij dat nu snel doen. De inspectie kan slechts handhaven als normen een wettelijke basis kennen. De handhavingskaders die de inspectie al heeft opgesteld zijn vaak mede gestoeld op de richtlijnen die van de beroepsgroep komen. Dat de inspectie gekwalificeerd is om die richtlijnen als richtsnoer te nemen voor handhavend optreden en eventueel voor dwingend optreden, bijvoorbeeld via bestuursdwang of verscherpt toezicht, is gelegen in het feit dat de Kwaliteitswet stelt dat er verantwoorde zorg moet worden geleverd. Die verantwoorde zorg wordt ingevuld via de richtlijnen, maar het is op basis van die wettelijke titel dat hieraan de status kan worden gegeven

die de inspectie eraan geeft, namelijk dat een en ander wordt gepromoveerd tot een kader op basis waarvan de inspectie gaat handhaven. Mochten die normen niet tot stand komen, dan zijn er geen richtlijnen en is er ook geen handhavingskader. Dan zal ik de normen vervolgens verankeren in een ministeriële regeling. De procedure die ik daarbij voor ogen heb, is dat de Regieraad de witte vlekken in beeld brengt. De inspectie zal zich vaak baseren op buitenlandse gegevens en ervaringen. Als men dan zegt dat men het een belangrijke ondernorm vindt, hangt men die als het ware voor bij de beroepsgroepen, waarbij men zegt: tenzij u reageert en wij vervolgens weer reageren op uw reactie, wordt een en ander binnen een x-aantal maanden gepromoveerd tot een ministeriële regeling.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb waardering voor de inzet van de minister. Ik stel daarover twee vragen. Ik zou graag zien dat de Kamer ook enige betrokkenheid kan hebben bij dit dossier, en dat de normen die uiteindelijk worden afgesproken, hier ter finale toetsing komen te liggen. Is de minister daartoe bereid?

De tweede vraag is deze. Uit de brief van de minister maak ik op dat voor een aantal sectoren, zoals de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg een en ander nog moet beginnen. Wanneer zijn wij nu zo ver dat voor alle sectoren van de zorg de minimale kwaliteitseisen dusdanig verankerd zijn dat het toezicht echt goed kan plaatsvinden?

Minister **Klink**: Ik kan mij heel goed voorstellen dat ik de Kamer een en ander laat zien, voordat het de status krijgt van ministeriële regeling. Dat is wellicht niet formeel een voorhangprocedure, maar feitelijk wel. Maar het lijkt mij prima dat de Kamer er inzicht in krijgt.

In de tweede termijn kom ik terug op de tijdlijnen. Mocht de Kamer dan die tijdlijnen niet kennen, dan kom ik er schriftelijk op terug. In tweede termijn zal ik melden in hoeverre een en ander nu al inzichtelijk is.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dan wil ik in de tweede termijn graag horen hoe het pad voor de verschillende sectoren eruit ziet en wanneer wij zo ver zijn dat het voor de hele zorg klaar is.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is goed dat de minister aangeeft dat wij moeten werken met bepaalde kwaliteitsnormen en dat die worden ontwikkeld. Daarbij hoort echter ook effectief toezicht, om te kunnen handhaven. Ik heb de minister een- en andermaal gevraagd of het niet verstandig is om de inspectie qua capaciteit uit te breiden. De inspectie krijgt in de toekomst meer taken, bijvoorbeeld met betrekking tot privéklinieken die gecontroleerd moeten worden op alternatieve geneeswijzen. Er zijn steeds meer taken, maar toch krijgt de inspectie voor 2010 minder geld. Vindt de minister niet dat er meer geld naar de inspectie zou moeten gaan om ervoor te zorgen dat er effectief toezicht kan plaatsvinden?

Minister **Klink**: Dat de inspectie relatief is ontzien, hebben wij verschillende keren gewisseld in het kader van de rijksbrede taakstelling om formaties terug te brengen. Daarnaast speelt dat wij een andere werkwijze van de inspectie verlangen. Daarover zijn wij met de inspectie in gesprek, ook vanwege de extra taken. De

## Klink

inspectie kan wellicht meer gefaseerd toezicht houden. Ook kan zij besluiten bij een thematisch onderzoek veel meer met steekproeven te gaan werken in plaats van alle ziekenhuizen in beeld te brengen om vervolgens inzichtelijk te maken hoe zij zich kunnen verbeteren. Zo werken het Openbaar Ministerie en de politie ook. Op die manier kunnen wij inzichtelijk maken aan welke normen wij hechten en welke consequenties wij eraan verbinden als men daar niet aan voldoet. Langs die lijnen is de nodige winst te behalen in termen van effectiviteit van optreden door de inspectie.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister weet dat de Algemene Rekenkamer gehakt heeft gemaakt van toezicht op afstand. Het is goed dat hij de politie als voorbeeld noemt. Een veel geuite klacht vanuit de samenleving is namelijk: waar is de politie? Die moet op straat zijn. Zo is het ook bij de inspectie: die moet bij de instellingen zijn. Zelf denk ik als oud-huisarts dat ik eerder kans heb op de maan terecht te komen dan dat ik de inspectie op bezoek krijg. Dat heeft alles te maken met de capaciteit. Die is gewoon volstrekt onvoldoende. Het is ondoenlijk voor honderd inspecteurs om duizenden instellingen te controleren, waar 800.000 mensen in de zorg werken. Er is echt meer menskracht nodig om de daad bij het woord te kunnen voegen en er te zijn als het moet en dan je gezicht te laten zien.

Minister **Klink**: Om die reden is het van groot belang dat wij inzicht krijgen in niet alleen de veiligheidsnormen en de mate waarin daaraan wordt voldaan – een onderwerp waar mevrouw Sap zo-even al naar vroeg – maar ook in de kwaliteitsindicatoren. De inspectie, die al met een basisset aan prestatie-indicatoren werkt, zal inzicht moeten krijgen in de mate waarin de zorginstellingen toereikende zorg leveren teneinde te kunnen insteken op precies de instellingen die niet helemaal aan de maat zijn. Wij zullen vrij selectief moeten zijn in de inzet van de inspectie, want het is onmogelijk om te doen wat de heer Van Gerven vraagt. Gegeven de kosten en de personeelsschaarste die op ons afkomt, is het welhaast onmogelijk dat iedereen standaard een keer in het halfjaar een inspecteur op bezoek krijgt. Als wij dat zouden doen, weet ik wel wat voor andere klachten wij krijgen.

De heer **Van Gerven** (SP): De voorbeelden die wij de afgelopen tijd hebben gezien, geven aan dat zelfs waar het mis is, de inspectie niet voldoende actief is geweest. De capaciteit speelt daarbij ongetwijfeld een rol. Waar rook is, is vaak vuur en was de inspectie vaak veel te laat. Er zijn voorbeelden beschreven waarbij de rol van de inspectie negatief voor het voetlicht kwam. Wij hebben een amendement ingediend met het doel de inspectie meer lucht te geven. Ik zou de minister willen vragen om daar goed naar te kijken en ervoor te zorgen dat de inspectie, als zij niet overal op bezoek kan gaan, toch waar rook is op maximale kracht haar werk kan doen.

Minister **Klink**: Het woord "rook" is wel goed gekozen, want wij krijgen straks veel meer rookdetectoren. Die zullen in elk geval helpen de brand te gaan blussen waar die zich voordoet.

De **voorzitter**: Hiermee is het blokje veiligheid afgerond.

Ik stel voor om nu te schorsen, zodat de minister daarna kan beginnen aan het onderwerp innovatie.

Minister **Klink**: Bij de bespreking van het blokje veiligheid is vrij veel gedebatteerd. Bij het blok dat te maken heeft met de prestatiebekostiging – eerste lijn, tweede lijn, apothekers – kan ik buitengewoon kort zijn, zodat ik vrij snel kan insteken op het laatste onderdeel, de dierproeven.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat wij schorsen tot kwart voor twee. Daarna kan de minister de resterende drie onderdelen afronden.

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.