

Vergaderjaar 2009–2010

**29 248**

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

**Nr. 124**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 8 juni 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 19 mei 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 april 2010 met en over de rapporten inzake de bekostiging van medisch specialisten (29 248, nr. 118);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 april 2010 over de voorhang van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit betreffende de invoering van een beheersingsmodel voor de medisch specialistische zorg. (29 248, nr. 117)**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 mei 2010 over de behandeling van de voorhang van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit betreffende de invoering van een beheersingsmodel voor de medisch specialistische zorg (29 248, nr. 121).**

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

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

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

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

**Voorzitter: Arib**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Arib, Van Gerven, Harbers, Sap, Smilde, Van der Veen en Wiegman-van Meppelen Scheppink,

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

De **voorzitter**: Ik heet eenieder welkom. De spreektijd is vastgesteld op vier minuten.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het zou nogal vreemd zijn als de minister of het kabinet een voorstel zou doen om topinkomens in de zorg te beperken en dat de SP dit niet zou steunen. Er moet geconstateerd worden dat een aantal specialisten zich het afgelopen jaar schaamteloos heeft verrijkt of heeft kunnen verrijken. Het is nog maar de vraag of dat volledig aan de specialisten zelf is te wijten.

Hoe het ook zij, hier moet wel snel een einde aan gemaakt worden. De minister heeft daartoe voorstellen gedaan, maar de SP constateert dat daar toch nog veel haken en ogen aan zitten. Het probleem is niet zozeer gelegen in het gedrag van de specialisten als wel in het systeem dat dit mogelijk heeft gemaakt: de dbc-systematiek die zeer ingewikkeld is en een verkeerde toerekening kent van looncomponenten naar de diverse specialismen.

De oplossing zou eigenlijk heel simpel zijn: artsen in loondienst. De SP heeft dat al heel vaak bepleit. De SP is er nu ook van overtuigd dat dit eigenlijk de enige oplossing is en dat het in de toekomst ook absoluut die kant op zal gaan. Nu is dat niet mogelijk; de minister schrijft ook dat dit is voorbehouden aan een nieuwe coalitie. Dat lijkt mij ook correct.

Toch kijk ik even naar andere delen van de publieke sector, zoals het onderwijs en de politie. Daar geldt ook het principe van loondienst. Wat is daar mis mee? Moeten wij in het verlengde daarvan ook niet af van de goodwill bij specialisten, een van de haken en ogen? Dat is een handicap om van het oneigenlijke en verkeerde systeem af te komen. Het huidige systeem met de dbc-bekostiging heeft geleid tot een omzetting van 24%, wat neerkomt op circa 0,5 mld.. Het is duidelijk dat dit publieke geld veel beter besteed kan worden en eigenlijk aan de zorg zelf ten goede hoort te komen.

De minister komt nu met een voorstel waarmee de tarieven volledig worden vrijgegeven. Hij gaat ook concurrentie op de werkvloer organiseren, wat geregeld moet worden door de ziekenhuisdirectie; die moet dus het puin ruimen dat door dit kabinet is veroorzaakt door het afschaffen van de lumpsum en de introductie van de wanstaltige dbc's. Hoe moet het nu verder? De minister zegt dat er iets moet gebeuren, omdat anders bijvoorbeeld in 2013 via tariefkortingen gewerkt moet worden. Dat is natuurlijk geen chic systeem; het is ook niet de beste oplossing.

De SP heeft een amendement op de voorstellen van de minister. Dat strekt er ten eerste toe om de dbc-systematiek zodanig aan te passen dat in de dbc geen afzonderlijke, maar één totale looncomponent komt voor specialisten. Ten tweede willen wij dat de medische staf verantwoordelijk wordt voor de verdeling van het totale specialistenbudget. De medische staf besluit dus hoeveel naar welke specialist gaat. Ten derde gaat de directie van het ziekenhuis de bandbreedte van de omzetten bewaken. Bovendien moeten de omzetten gemaximeerd worden. Er moet dus een bandbreedte worden afgesproken, bijvoorbeeld tussen €200.000 en €240.000 met een gemiddelde omzet per fulltime werkende specialist van €220.000. De directie krijgt wat dat betreft een soort vetorecht: als men er

niet uitkomt, kan de directie ingrijpen. Ten vierde: het ziekenhuis gaat declareren bij de verzekeraars. Graag verneem ik de reactie van de minister op dit voorstel, dat op twee punten afwijkt van het voorstel van het kabinet.

Graag krijg ik ook een toelichting van de minister op de zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Het is de SP onduidelijk hoe de minister die beheersbaar wil maken. Hierover heb ik in de stukken niets concreets kunnen lezen. Zou het geen oplossing zijn dat op de zelfstandige behandelcentra, die dus ook in het budgettaire kader moeten vallen, dezelfde systematiek als bij het ziekenhuis wordt losgelaten? Die centra moeten dan feitelijk onder de verantwoordelijkheid van een bepaald ziekenhuis vallen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb een vraag over de amendering die de heer Van Gerven voorstelt. Zo vindt hij dat de medische staf verantwoordelijk gemaakt moet worden. In zijn betoog blijft echter overeind staan dat de ziekenhuisdirectie uiteindelijk verantwoordelijk is; die mag immers een «veto» uitspreken. Hoe ziet hij in dat licht de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de medische staf en de directie van het ziekenhuis? Is het voldoende voor de directie om ook de financiële eindverantwoordelijkheid uit te oefenen in het systeem dat hij voorstelt? Wat lost dat meer op vergeleken met de oplossing die de minister voorstaat?

De heer **Van Gerven** (SP): Volgens het voorstel van de minister moet de directie het regelen. De SP zegt: nee, de specialisten regelen het zelf. Een van de oorzaken van de huidige problematiek is immers dat de specialisten er onderling niet uitkomen. Daarbij gaat het om de vraag wie wat moet verdienen. Anders was er allang een oplossing geweest van het probleem van de grote verschillen die er zijn of waren. Wij zeggen dan het volgende. Oké, specialisten, jullie willen met alle geweld het vrije ondernemerschap behouden en jullie willen niet in loondienst, dus dan krijgen jullie de verantwoordelijkheid om het maximale budget dat voor het ziekenhuis beschikbaar is, onderling te verdelen. Daarmee hebben wij het budget beheersbaar gemaakt en leggen wij de verantwoordelijkheid bij de specialisten zelf, iets wat zij ook willen. Daarbij moet wel sprake zijn van een bepaald toezicht. Welnu, met het voorstel van de SP wil ik proberen te bereiken dat de directie erop toeziet dat er uiteindelijk een rechtvaardige verdeling tot stand komt.

De **voorzitter**: Kan het antwoord korter? Er zijn nog meer woordvoerders en wij hebben tot 16.00 uur de tijd. Vandaar mijn verzoek om kort te interrumperen en te antwoorden. Ik neem overigens aan dat u uw inbreng hebt afgerond.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb ook nog een vraag voor de heer Van Gerven. De brief van 11 mei van de «Orde» bevat ook een voorstel. Wat is het verschil tussen dat voorstel en dat van de SP?

De heer **Van Gerven** (SP): Het grote verschil is dat wij het een goede zaak vinden dat het ziekenhuis declareert en niet de individuele specialist. Volgens ons voorstel legt de specialist de declaratie bij de directie en die declareert vervolgens bij de zorgverzekeraars. Op dit punt verschilt dit dus duidelijk met het voorstel van de specialisten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het voorstel is weliswaar kort omschreven, maar ik kreeg de indruk dat het declaratieverkeer ook in het voorstel van de Orde via de directie loopt. Alleen komen de declaraties dan in het door de specialisten vastgestelde budget en vervolgens gaan de specialisten dat onderling verdelen. Zo heb ik althans het voorstel van

de Orde gelezen. Vandaar dat ik nogmaals de vraag stel wat het verschil met uw voorstel is.

De heer **Van Gerven** (SP): De specialisten willen per se het vrije ondernemerschap behouden. Zij hebben het over onder andere bepaalde fiscale problemen, als het ziekenhuis namens hen zou declareren. Er is dus wel sprake van een duidelijk verschil met het voorstel van de SP: het ziekenhuis declareert en de specialisten verdelen dan onderling het budget dat binnenkomt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zie het verschil nog niet, maar laat maar. In het voorstel van de specialisten staat ook dat via het ziekenhuis gedeclareerd wordt. Ik begrijp het verschil dus niet. Ik kan het dan ook niet anders uitleggen dan dat u het eens bent met het voorstel van de Orde. Op zich is dat wel opvallend voor de SP.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben een pragmatisch tussenvoorstel geformuleerd. Het is bekend waar de SP uiteindelijk naartoe wil. Ik heb wel duidelijk de bandbreedte aangegeven en die staat niet in het voorstel van de Orde. Bovendien heb ik gesproken over het vetorecht dan wel een bepaalde macht die ik de directie zou willen toebedelen, wanneer het niet op orde komt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Het CDA heeft altijd een heldere visie om de kosten in de gezondheidszorg in het gareel te houden. Dat begint met het terughalen van overschrijdingen; pas daarna komen andere zaken aan de orde.

Daar overal gezocht wordt naar manieren om doelmatig en verantwoord te handelen binnen de gezondheidszorg, is de voortdurende overschrijding bij medisch specialisten een onacceptabele dissonant, waarvan overigens de Orde nog niet echt doordrongen lijkt. Plannen van de minister om de overschrijdingen niet alleen aan te pakken, maar ook te voorkomen, kunnen dan ook rekenen op onze steun. Dit geldt ook voor het plan dat nu voorligt. Daarbij plaats ik nog wel enkele kanttekeningen, maar daar kom ik zo over te spreken. Het plan bevat nog een CDA-element, namelijk de mogelijkheid dat de raad van bestuur van een instelling zijn eindverantwoordelijkheid, inclusief de financiële verantwoordelijkheid, in de volle breedte uitvoert. Dat is nu namelijk niet altijd het geval.

Uit de brief van de minister, die hij deze week op verzoek van deze commissie heeft geschreven, blijkt nog eens klip-en-klaar wat de financiële consequenties voor de komende jaren zijn, als we nu blijven afwachten en geen maatregelen nemen.

Wel hebben wij nog een aantal vragen over de uitvoering van het voorgestelde model. De minister schrijft dat alle medisch specialisten onder het beheersingsmodel gaan vallen, tenzij dit niet mogelijk is. Wanneer is dat het geval?

Instellingen en medisch specialisten moeten onderhandelen over de honoraria. Zijn er mechanismen om een level playing field te verkrijgen? Hoe is de positie van de raad van bestuur als er sprake is van een tekort aan specialisten bij een bepaalde beroepsgroep? Wat is de positie van de beroepsgroepen onderling? Wat zijn de gevolgen voor de goodwill? De eerste reacties van zowel de Orde als uit de NVZ zijn niet bepaald positief. Overigens wil de CDA-fractie hun wel voorhouden dat het nu eenmaal zo is dat, als partijen er niet uitkomen, de minister en het parlement hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Maar toch, welke mogelijkheid ziet de minister om draagvlak te verwerven? Het lijkt mij ontzettend noodzakelijk dat in een dergelijk ingrijpende ontwikkeling bij beide partijen draagvlak wordt gecreëerd.

Dan kom ik te spreken over het model zelf: de integrale kostenvergoeding gaat werken voor zowel A- als B-segment. Blijven er voldoende prikkels om de redelijk gunstige ontwikkeling van volume en prijzen in het B-segment te behouden? Immers, die ontwikkelden zich zo goed dat de NZa uitbreiding van het B-segment tot 50% verantwoord vond. Op basis van welke criteria stelt de NZa de kostenvergoeding per instelling vast? Maakt het ook verschil of het hierbij om een ziekenhuis of een ZBC gaat? Vandaag gaat het om een voorhangprocedure voor een aanwijzing aan de NZa, maar er zijn ook wijzigingen nodig van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Welke zijn dat precies? De minister spreekt over plannen om flankerend beleid op te zetten op basis waarvan de afspraken tussen instelling en medisch specialisten kunnen worden gemaakt. Waaraan denkt de minister? Wordt dit ook in de Wmg vastgelegd? Komt er over dat flankerend beleid ook overleg met de partijen uit het veld? Nogmaals, wij hechten daaraan. Stel dat een volgend kabinet de plannen uit «Waardering voor betere zorg IV» opnieuw indient bij de Kamer, past dit beheersingsmodel daar dan in?

Het CDA steunt de wens om al in 2011 te voorkomen dat zich weer kostenoverschrijdingen bij medisch specialisten voordoen. Onze fractie wil echter ook een zorgvuldige invoering, waarin alle partijen in goed overleg tot een werkzame situatie komen. Wij vragen aan de minister op welke wijze hij dat wil realiseren. Wij zelf zullen alle medewerking verlenen aan een snel, maar ook zorgvuldig wetgevingstraject om een en ander verantwoord te kunnen invoeren. Het is namelijk veel beter om van tevoren goede afspraken te maken om overschrijding te voorkomen dan in 2013 nog eens overschrijdingen terug te moeten halen die op dit moment zijn ontstaan.

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

Voorzitter. De ChristenUnie is er een voorstander van om de inkomens van de medisch specialisten aan te pakken. Wat mij betreft staat vandaag niet de vraag centraal of, maar vooral hoe het probleem van kostenoverschrijdingen aangepakt moet worden.

De ChristenUnie heeft er wel wat moeite mee dat de keuzes van de minister op dit moment nog erg onduidelijk zijn. Het lijkt er een beetje op dat een en ander over de schutting van ziekenhuizen wordt gekiept, zonder dat daarbij een gereedschapskist is verstrekt om de uitvoering daadwerkelijk vorm te geven. Het toegezegde flankerend beleid voor 1 juli zal die duidelijkheid echt moeten geven, en wel om een werkbare situatie te creëren.

Een punt om rekening mee te houden, is volgens de ChristenUnie de mogelijke schaarste aan specialisten. Wat betekenen de voorgestelde maatregelen voor de huidige flexibiliteit in het aantal in te zetten uren van medisch specialisten en mogelijk productieverlies? Graag verneem ik hierop een antwoord van de minister.

Ook de ChristenUnie heeft brieven ontvangen. Daaruit vloeit het vermoeden voort dat er veel gedoe ontstaat, zeker wanneer die onduidelijkheid voortduurt: bodemprocedures en kort gedingen over de rechtspositie, het ondernemer zijn, het onderscheid privaat-publiek, het eigendomsrecht, de goodwill, enzovoorts. Ik noem dit niet om de voortgang te verlammen, maar het lijkt mij wel goed om hiermee nadrukkelijk rekening te houden. Het gaat erom vooral duidelijkheid te krijgen naar aanleiding van de vraag wat dit betekent voor de snelle resultaten die wij graag willen boeken, juist om de kosten omlaag te brengen.

Zolang geen sprake is van het in dienst zijn van specialisten, is het de vraag of het logisch is om ziekenhuisbesturen verantwoordelijk te maken voor het honorarium, de korting daarop en eventuele reallocatie tussen specialisten. Als specialisten in loondienst zijn, is het logisch dat werkgevers en werknemers een en ander regelen in een cao. Principieel moet daarom de insteek zijn om zaken rondom het honorarium door VWS

te laten regelen en zo wettelijk aan te pakken. Hierbij denk ik onder andere aan het uurtarief, het herstel van een systeemfout, een fout waardoor met name ondersteuners meer zijn gaan verdienen en nagaan of er plafonds ingebouwd moeten worden. Wel zie ik graag dat dit gebeurt met een prikkel in die zin dat volume(stijging) wordt beloond. Wat het laatste betreft, het prikkelen en het belonen, zou het een goed idee kunnen zijn om behaalde efficiencyvoordelen gedeeltelijk ten goede te laten komen aan specialisten, maar ook bijvoorbeeld aan OK-assistenten en verpleegkundigen. Daartegenover zou een malus kunnen komen te staan, als juist inefficiënt gewerkt is. Kortom, het moet om daadwerkelijk behaalde voordelen gaan en de efficiencyprikkels moeten wel effect hebben. Wat dit betreft, lijkt de ChristenUnie de optie uit het rapport van SEO Economisch Onderzoek van prestatiebeloning in loondienst en het invoeren van resultaatverantwoordelijke eenheden een heel geschikte weg om de beoogde positieve prikkels te bewerkstelligen.

Als het aan de ChristenUnie ligt, maken wij de keuze om specialisten in loondienst te nemen, waarbij zaken omtrent arbeidsrechtelijke verhoudingen goed geregeld zijn en waarbij volstrekt helder is wie waarvoor verantwoordelijk en aansprakelijk is. Wij beseffen dat je met het in loondienst zijn van specialisten, het vraagstuk van de duale macht/zeggenschap structureren niet oplost, indien de arbeidsrechtelijke verhoudingen niet aangepast zijn. Ik heb een beetje de indruk dat hier weinig aandacht voor is. Mijns inziens is het een noodzakelijke randvoorwaarde die adequaat ingevuld moet worden. Ik denk dan aan de situatie die wij kennen in de universitair medische centra waar sprake is van loondienst, echter wel nog steeds met een bijzondere rechtspositie. Als wij de heroverwegingsrapporten mogen geloven, zal er in de gezondheidszorg meer moeten gebeuren. Efficiënter werken, concentratie van de zorg en verdere heroriëntatie op de investeringen in vastgoed en in de gezondheidszorg zullen de komende jaren dan ook aan de orde komen. In deze discussies zullen wij de specialisten ook hard nodig hebben om bij alle veranderingen de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg op orde te houden. Vandaar dat ik tot slot een pleidooi houd voor het werken aan draagvlak.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik hoor met stijgende verbazing uw pleidooi voor de invoering van een bonuscultuur, bijvoorbeeld voor OK-assistenten, als er besparingen worden bereikt in het ziekenhuis. Wij weten van andere sectoren dat bonussen nogal eens verkeerd kunnen uitpakken. Over die sectoren zullen wij het nu niet hebben, maar bent u niet bang dat, als gehoor wordt gegeven aan uw pleidooi, verkeerde prikkels worden ingebracht? Goedkoop wil namelijk niet altijd synoniem zijn met een goede behandeling. Breng je daarmee ook niet weer het element in van georganiseerd wantrouwen? Als je bonussen toekent, moet je namelijk ook weer extra toezicht organiseren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik besef dat het begrip bonuscultuur in deze tijden een wat vieze smaak in de mond kan geven, maar dat is niet mijn bedoeling. De rapporten over de mogelijke oplossingen heb ik goed gelezen. Er worden ook nadrukkelijk nadelen genoemd van simpelweg in loondienst, waarmee dan de kous af is. De ChristenUnie vindt het heel aantrekkelijk om daarnaast extra stimulansen in te bouwen, waardoor specialisten, alsook OK-assistenten en verpleegkundigen gemotiveerd c.q. geprikkeld worden om de beste kwaliteit te leveren. Het zijn een beetje markttermen, maar het gaat er ook om dat zij voor een goede productie en omzet zorgen. Daar mag best wat tegenover staan. Daarvan hoeft je geen vieze smaak in de mond te krijgen; je kunt gewoon zeggen: goede prestaties moeten beloond worden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik concludeer dat de ChristenUnie er niet van overtuigd is dat mensen nu hun stinkende best doen om een goede en doelmatige zorg te leveren en dat er kennelijk financiële prikkels nodig zijn om dat te bewerkstelligen. De SP zou dat een heel ongezonde ontwikkeling vinden. Het belang van de patiënt moet leidend zijn en niet de mogelijkheid om daaraan te verdienen, ook niet voor OK-assistenten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Daar ben ik het natuurlijk helemaal mee eens. Het gaat juist om de intrinsieke motivatie van mensen. Juist nu wij het hebben over een voorstel dat ingrijpt in de wijze waarop een en ander geregeld is, vind ik het vooral van belang om eraan vast te houden dat deze mensen ook in de toekomst blijvend gestimuleerd worden om de beste kwaliteit neer te zetten. Het gaat er dus om dat zij dit zo goed en zo veel mogelijk doen, juist ten behoeve van de patiënt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Steunt mevrouw Wiegman het voorstel van de minister inzake budgettering van de medisch specialisten?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik steun het voorstel om in te grijpen, maar aan het begin van mijn inbreng heb ik gezegd dat het op dit moment allemaal erg onduidelijk is. Voor mij is dan ook een heel belangrijke randvoorwaarde het antwoord op de vraag wat precies het flankerend beleid gaat inhouden dat voor 1 juli is toegezegd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik stel de vraag, mede omdat de minister heeft aangegeven dat zijn voorstel met grote spoed moet worden uitgevoerd. Ik hoorde u echter zoveel voorwaarden noemen dat ik dacht: dat wordt helemaal niets. Ik begrijp dat, als u een afdoend antwoord krijgt op uw vraag over het flankerend beleid, u het voorstel steunt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ja, op korte termijn ingrijpen, staat wat mij betreft bovenaan. Het is dan te hopen dat er heel spoedig een nieuw kabinet komt dat hiermee verder aan de slag kan gaan. Ik heb alvast aangegeven welke denkrichting de ChristenUnie zich daarbij voorstelt en dat is een vorm van loondienst.

De heer **Harbers** (VVD): Voorzitter. Vandaag hebben we het over de voorgenomen maatregel om de kostenoverschrijdingen bij medisch specialisten onder controle te krijgen. Laat ik helder zijn, de VVD steunt het streven van de minister dat we kostenoverschrijdingen moeten voorkomen. Overigens vindt de VVD dat de minister ook eerlijk moet aangeven dat een deel van de overschrijdingen veroorzaakt wordt door fouten in het dbc-systeem. We moeten dus niet doen alsof het allemaal de schuld is van de medisch specialisten. We snappen echter dat de minister maatregelen wil nemen om te voorkomen dat hij of zijn opvolger ook in 2011 geconfronteerd wordt met overschrijdingen.

De vraag is of het voorliggende voorstel dan de juiste methode is. In eerste lezing lijkt het een aardig voorstel te zijn: je legt de verantwoordelijkheid bij ziekenhuizen en specialisten in hun onderlinge onderhandelingen en zij moeten binnen de vooraf gestelde budgettaire kaders blijven. Het budgettaire risico voor de minister is daarmee afgedekt. Als er overschrijdingen zijn, zijn die de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen en moet men daar de bezuinigingen vinden om die kostenoverschrijding recht te trekken. Als je het voorstel beter bekijkt, zie je echter dat dit een heel verstrekkend voorstel is.

Het voorstel heeft wat vergaande consequenties. Hoewel de minister in zijn brief aangeeft, vanwege de demissionaire status van het kabinet geen besluiten te willen nemen over zaken zoals loondienst, doet hij dat via deze maatregel natuurlijk indirect toch. Doordat specialisten gebudget-

teerd worden via de ziekenhuizen, wordt natuurlijk een belangrijke stap naar loondienst gezet. De VVD is groot voorstander van aanpassing van de huidige maatschapstructuur, maar wij vinden dat de minister wel heel snel een belangrijke kwestie er doorheen probeert te krijgen onder de noemer van overschrijdingen. De VVD wil daarom de toezegging van de minister dat de discussie over de toekomstige vormgeving van de verhouding tussen medisch specialisten en ziekenhuizen nog volledig open is en dus ook kan leiden tot aanpassingen in het voorliggende beheersmodel. De minister moet dergelijke besluiten niet via de achterdeur proberen te nemen.

Ook willen wij graag van de minister horen hoe hij die onderhandelingen tussen ziekenhuizen en specialisten nu precies ziet. In het najaar van 2009 bespraken we nog de moeilijkheden die er zijn in de governance van ziekenhuizen en vooral de verhouding tussen specialisten en ziekenhuisdirectie. De maatregelen die daar iets aan moeten doen, zijn nog niet doorgevoerd, dus wat dit betreft kunnen we grote problemen verwachten. Welke middelen heeft een ziekenhuisdirectie als ze er met de medisch specialisten (of een deel daarvan) niet uitkomt? Als de minister risico's neerlegt bij de ziekenhuizen, dan moeten ze natuurlijk wel de middelen hebben om hiermee om te kunnen gaan. Hoe is dat geregeld? Dat is namelijk volstrekt onduidelijk.

De NZa moet voor 1 juli met een voorstel komen, maar we weten nu dus niet of dit allemaal wel haalbaar is. Zelf geeft de minister aan dat hij niet zeker weet of de voorgestelde maatregelen wel per 1 januari 2011 ingevoerd kunnen worden; ook is onduidelijk hoe het door hem voorgestelde flankerend beleid eruit komt te zien.

Evenmin is duidelijk hoe deze maatregel ingrijpt op de concurrentie in de zorg. Instellingen worden gebudgetteerd en dan doet zich de vraag voor hoe een ziekenhuis een hoger budget kan krijgen als het wil proberen om meer handelingen te verrichten. Dat moet leiden tot verschuiving van budget van de ene zorgaanbieder naar de andere, maar op basis waarvan gebeurt dat dan? Leidt de voorgenomen maatregel niet tot het vastzetten van de huidige taakverdeling tussen ziekenhuizen en daarmee tot het stopzetten van de onderlinge concurrentie? Hoe valt dit te rijmen met de wens van de minister dat patiënten moeten kunnen kiezen in welk ziekenhuis ze een behandeling ondergaan? Als een ziekenhuis erg succesvol is en daardoor veel extra patiënten aantrekt, is dat dus meteen een financieel risico voor dat ziekenhuis. Dat vinden dan ook wij geen verstandige wijziging.

De VVD vindt het voorliggende voorstel derhalve onvoldragen en te verstrekkend om even snel door te voeren. We kunnen uit het kosten-oogpunt ermee instemmen dat de minister doorgaat met de ontwikkeling van het model, als de minister daarbij bereid is om toe te zeggen dat definitieve besluitvorming pas plaatsvindt op een later moment, een moment waarbij de uitwerking van de NZa beschikbaar is, waarbij helder is hoe de verhoudingen tussen ziekenhuizen en specialisten geregeld zijn en wat dit betekent voor zaken zoals loondienst, wat dit model betekent voor de risicoprofielen van de ziekenhuizen en hoe het model ingrijpt op de concurrentie in de zorg. Als de minister dit niet kan toezeggen, vindt de VVD het voorliggende voorstel te veel een stap in het duister waarvan we de consequenties onvoldoende kunnen overzien.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): De VVD heeft een grote hoeveelheid vragen; het lijkt mij dat die terecht zijn. Wat is in de ogen van de VVD een werkbare situatie op korte termijn? U zegt immers dat u het voorstel deelt dat er op korte termijn wat moet gebeuren, maar tegelijk maakt u onvoldoende helder wat volgens de VVD die werkbare situatie zou moeten zijn.



De heer **Harbers** (VVD): Ik denk aan een aantal elementen. Allereerst wil ik echter herhalen dat dit systeem heel verstrekkend is en neerkomt op een ander zorgsysteem. Ik heb al aangegeven dat het op dit moment misgaat in bijvoorbeeld de dbc's en de vergoedingen- c.q. tariefcomponent in die dbc's. Al die dingen kunnen ook op korte termijn opgepakt worden. Wellicht kan zelfs nog gekeken worden naar tijdelijke maatregelen, maar mijns inziens moet vooral naar een structurele oplossing gezocht worden. Daarbij zijn de Orde en de NVZ heel hard nodig; die verwijzen het voorstel ook min of meer naar de prullenbak.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Harbers zegt: als het model dat de minister voorstelt te onduidelijk is, moeten wij het niet doen. Toch geeft hij in het begin van zijn betoog aan dat overschrijdingen teruggehaald moeten worden. Op welke manier moet dat dan gebeuren en hoe voorkom je nieuwe overschrijdingen? Hierbij ga ik ervan uit dat hij het model dat de minister voorstaat, niet steunt.

De heer **Harbers** (VVD): In het verleden hebben wij als VVD de tariefmaatregelen ondersteund. Dit zijn lapmiddelen voor de korte termijn. Ik heb heel veel vragen gesteld en ons uiteindelijke oordeel zal afhangen van de beantwoording van die vragen. Het hangt ook van de minister af of hij met vliegende vaart en met alle deskundigheid in zijn omgeving in staat is om al die vragen te beantwoorden, zodat wij nog dit jaar de goede besluiten kunnen nemen. Ik ga echter niet vooruitlopen op de dingen die de minister nu blijkbaar nog niet eens weet. Anders had hij daarover wel in zijn brief geschreven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan wil ik nog wel weten wat plan B is van de VVD aangaande overschrijdingen en het voorkomen daarvan.

De heer **Harbers** (VVD): Zo is een grote wens van ons om in ieder geval meer marktwerking in de zorg toe te staan, dus om ook op dat terrein de concurrentie te zoeken. Ik denk ook aan meer zorg in de eerste lijn te organiseren in plaats van bij de specialisten. Voorts noem ik het al dan niet tijdelijk goed kijken naar de tarieven om in ieder geval de fouten aan te pakken die in het dbc-systeem zitten, waardoor met name ondersteunende specialisten buitensporig veel meer zijn gaan verdienen. Als je dat alles optelt, kom je tot een plan B dat misschien nog wel sneller te realiseren is dan wat de minister in zijn brief voorstelt.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ook ik wilde informeren naar dat plan B. De heer Harbers heeft niet helemaal een bevredigend antwoord gegeven op de desbetreffende vraag, maar goed, dat punt laat ik even zitten. Wat mij ook trof in zijn betoog, was dat hij als liberaal eigenlijk zei dat de specialisten de dupe van het systeem waren. Ik geef toe dat dit een rare term is; onbedoeld hebben de specialisten daarbij veel voordeel gehad. Daarmee lijkt hij de specialisten vrij te pleiten van hun eigen verantwoordelijkheid in dezen. Mijn vraag is dan ook: welke verantwoordelijkheid ziet de VVD in dezen voor de specialisten zelf? Is de heer Harbers bereid om met mij en een groot deel van de Kamer, zo is mijn inschatting, de specialisten op te roepen om in dezen ook hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en mee te werken?

De heer **Harbers** (VVD): Laat ik daar eerlijk in zijn. Ik heb in het begin aangegeven dat je de specialisten niet alle zaken kunt verwijten. Wij weten immers dat het systeem dusdanig uitwerkt dat de ene specialist er buitengewoon veel voordeel bij heeft gehad, wat een onterecht gevolg is van het dbc-systeem, en een andere specialist een nadeel. De specialisten kun je dus niet over een kam scheren. Je zult daarom ook in dat systeem voor een faire verdeling moeten zorgen die alle goedwillende specialisten

het gevoel geeft dat het systeem op eerlijke wijze hun prestaties in het zorgsysteem beoordeelt. Er zijn ongelooflijk veel goedwillende specialisten in Nederland; ik denk dat dit voor nagenoeg alle specialisten geldt. Mevrouw Sap doet voorkomen alsof alle specialisten maar raak declareren en grootgraaiers zijn, maar ik denk dat dit nu niet de realiteit is.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb nog niks doen voorkomen; ik heb mijn inbreng nog niet eens gehad. Dat gebeurt zo nog wel. Toch blijft het mij bevreemden dat de heer Harbers als liberaal de schuld naar het systeem lijkt te schuiven in een kwestie waarbij wij het eigenlijk hebben over een beroepsgroep die behoorlijk wat macht heeft en die behoorlijk wat zelf kan regelen. Ik verwachtte van hem een steviger verhaal over de wijze waarop dat systeem op korte termijn zodanig zou worden aangepast dat dit soort onbedoelde effecten, die de samenleving honderden miljoenen hebben gekost, zo spoedig mogelijk ongedaan gemaakt zouden worden. Hij kan met zijn betoog namelijk niet garanderen dat volgend jaar weer zulke grote overschrijdingen voorkomen worden.

De heer **Harbers** (VVD): Ik pleit de specialisten niet vrij. Ik heb gezegd: een deel van het probleem is gelegen in de tariefstructuur van de dbc's en die heeft onevenredig grote verschuivingen veroorzaakt. Ik doe een aantal suggesties voor een oplossing. In dit verband heeft de VVD ook het voorstel inzake de kortingen op de tarieven gesteund. Toch vraag ik mij wel af wat beter is. Misschien is mijn plan B niet in alle facetten voldragen, maar ik constateer dat het plan van de minister zeker niet in alle facetten voldragen is. Dat plan roept ook zeer veel vragen op; een aantal daarvan heb ik zojuist ook gesteld.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik werd getriggerd door een opmerking. Dat kan gebeuren. De heer Harbers zei namelijk dat de huidige maatschapstructuur van de specialisten gewijzigd moest worden. Wat staat de VVD daarbij voor ogen? Bedoelde u daar onder andere mee dat het goed zou zijn dat de goodwill werd afgeschaft?

De heer **Harbers** (VVD): Goodwill is maar één facet van de hele maatschapstructuur. Ja, voor de VVD zijn ook andere modellen te overwegen. In dit debat is het woord «loondienst» al een paar keer gevallen, maar dan moet je er wel een oplossing voor vinden dat loondienst niet de allergrootste prikkel is om wachtlijsten weg te werken. Er zijn nog tussenmodellen waarmee een aantal ziekenhuizen aan de slag is gegaan. Daarbij wordt de governance in de vorm van de directie en de maatschap in een grote stafmaatschap ondergebracht. Daarmee wordt misschien het beste van «both worlds» gerealiseerd.

De heer **Van Gerven** (SP): De VVD-fractie vindt ook dat de goodwill zou moeten worden afgeschaft?

De heer **Harbers** (VVD): Als je kiest voor het model van vrijgevestigde ondernemers, is het aan de ondernemers zelf om te bepalen wat hun praktijk waard is. Je kunt niet van hogerhand opleggen dat de goodwill dan niet meer mag bestaan. Eerst gaat het om de hoofdvraag welk systeem je wilt. Je weet dat een aantal systemen diverse gevolgen heeft. Een van de gevolgen van de vrijgevestigde ondernemer, afgezien van de vraag of hij al dan niet in een maatschap opereert, is dat er waarschijnlijk een goodwillprijskaartje aan hangt.

De heer **Van Gerven** (SP): U weet dat bij huisartsen geen sprake is van goodwill.

De **voorzitter**: U moet via de voorzitter spreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Het spijt mij. Voorzitter. Bij huisartsen is het vrije ondernemerschap nog steeds mogelijk, maar daarbij is wel de goodwill afgeschaft. Het kan dus wel degelijk.

De **voorzitter**: Dit is een opmerking en geen vraag, dus daar hoeft de heer Harbers niet op in te gaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De discussie is op het ogenblik tussen de medisch specialisten, de verzekeraars en de overheid. Die vertoont eigenlijk alle kenmerken van de klassieke conflicten in de gezondheidszorg: aan de ene kant de overheid en de financiers die de indruk wekken in dit geval de specialisten als graaiers te zien; aan de andere kant de specialisten die in een soort slachtofferrol duiken en aangeven dat niemand hen begrijpt en dat zij straks met een raad van bestuur te maken hebben die aalmoezen gaat geven, alsook dat zij als het ware gepest worden. Dit zijn een beetje de beelden over en weer. Nogmaals, dat is eerder voorgevallen.

Over het algemeen is dat niet bevorderlijk om uit een conflictsituatie te komen. Ik heb het nog even over de beeldvorming; het gaat erom, te proberen bepaalde zaken te voorkomen. Wat de Partij van de Arbeid betreft, is het niet aan de orde dat de medisch specialisten geen goede kwaliteit zouden leveren, dat het allemaal niet in orde zou zijn of dat zij niet gemotiveerd zouden werken. Dat is dus allemaal niet aan de orde. Het gaat hierbij om de vraag: hoe wordt betaald en is er niet te veel betaald? Ook speelt de vraag een rol: wie gaat er over wat? Ik denk dat het goed is om de discussie daartoe te beperken en om aan beide kanten te proberen om de beeldvorming zo veel mogelijk te vermijden. Het gaat erom, de kwestie zuiver te houden.

Elk conflict kent eigen omstandigheden. Feit is dat er sprake is van een forse overschrijding van het budget. Ik laat een beetje in het midden wiens schuld het is, maar ik sluit mij wel zeer aan bij de opmerking van mevrouw Sap dat de specialisten in dezen een eigen verantwoordelijkheid hebben, ook als het gaat om signaleren en eventueel terugbetalen.

Hierbij hebben wij ook te maken met de hele organisatie, met name van de vrijgevestigde specialisten en de maatschappen. Nu heb ik het over de vraag wie over wat gaat. Mijn collega van de VVD-fractie heeft al aangegeven dat daarnaar gekeken moet worden. Wij zijn er ook heel helder over: de organisatie van maatschappen komt uit het verleden, waarbij het ziekenhuis als een soort shared servicecenter werd gebruikt. Die situatie is nu duidelijk veranderd. Wij hebben dan ook een duidelijke voorkeur voor het doorknippen van de relatie tussen omzet en inkomen. Daarbij is naar ons idee loondienst het meest helder.

Je moet ook constateren dat het hierbij over geld en macht gaat. Dit geeft altijd spanningen in de discussies. De overschrijding moet hoe dan ook teruggehaald worden.

Wij steunen het voorstel van de minister. Ook wij hebben uiteraard nog een aantal vragen, maar wij denken dat het voorstel tegemoetkomt aan een aantal zaken, zoals de zorg, die ook wij hebben, voor nieuwe overschrijdingen. Bij het model dat de minister voorstelt, is van tevoren duidelijk wanneer er sprake is van overschrijding. Tevens wordt aangegeven op welke wijze die overschrijdingen teruggehaald zouden kunnen worden, namelijk via een storting in het Zorgverzekeringsfonds. Hoe gaat het verder met het geld dat in dat zorgverzekeringsfonds terecht komt? Verder geeft de minister aan dat hij de motivatie/productieprikkel, om het zo maar te zeggen, er wel in wil houden. Dat verloopt via een dempingspercentage. Daar heb ik nogal op zitten studeren en voor mij is nog niet helemaal helder hoe in de loop van het jaar dat percentage wordt vastgesteld. Ik kan mij wel voorstellen dat je in het jaar volgend op het jaar waarin je veel geproduceerd hebt, daarvoor beloond wordt of,

omgekeerd als je weinig geproduceerd hebt, daarvoor gestraft wordt. Hierop verneem ik graag een reactie van de minister.

De minister geeft aan dat alle medisch specialisten onder het budgetmodel zouden moeten vallen. Dat steunen wij zeer. Een uitzondering is, als het niet mogelijk is. In de stukken staat: behalve als het niet kan. Wanneer is «behalve als het niet kan»? Dat wordt namelijk niet aangegeven.

Er is al gevraagd hoe het zit met het flankerend beleid. Er wordt namelijk nogal een wissel getrokken op wat er voor 1 juli allemaal ontwikkeld moet zijn in het kader van het flankerend beleid. Iets meer duidelijkheid daarover zouden wij dan ook wel op prijs stellen.

Toch zijn wij nieuwsgierig naar de reactie van de minister op het voorstel van de Orde. Eigenlijk is het beter om te zeggen: het voorstel van de Orde en de SP samen. Hoe beoordeelt de minister dus dat voorstel?

Evenals andere woordvoerders zeg ik nadrukkelijk: wil je uit deze situatie komen, waarbij duidelijk sprake is van tegengestelde belangen, maar waarbij uiteindelijk één gezamenlijk belang geldt, namelijk de patiëntenzorg, dan moet er wel een zo goed mogelijk draagvlak voor zijn. Ik vind dat je tegen deze achtergrond serieus naar elkaars voorstellen moet kijken. Vandaar mijn vraag aan de minister wat hij van de andere voorstellen vindt.

Het lijkt mij goed dat er goed onderscheid wordt gemaakt tussen de professionele autonomie, die heel duidelijk bij de specialisten ligt, en de verantwoordelijkheid die een raad van bestuur heeft voor organisatie, financiering en productie. De specialist gaat over de kwaliteit van de zorg en heeft daarin zijn of haar eigen verantwoordelijkheid, maar ook de raad van bestuur heeft dus een heel duidelijke verantwoordelijkheid. Het is daarom goed dat men zich aan beide kanten goed realiseert dat de verantwoordelijkheden niet misbruikt worden, om het zo maar te zeggen, om zaken die men niet wil, tegen te houden. Ik hoop dan ook werkelijk dat de komende maanden gebruikt worden om het draagvlak zo groot mogelijk te maken. Ik doe tegen deze achtergrond uiteraard een beroep op niet alleen de minister, maar ook de NVZ en de Orde om dat te bewerkstelligen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. GroenLinks heeft altijd gewaarschuwd om bij het zetten van stappen op het terrein van prestatiebekostiging en meer onderhandelingsruimte in de zorg heel goed te letten op de effecten daarvan op de kosten. Het beoogt te leiden tot kostenbeheersing, maar het risico is dat, als wij het niet goed reguleren en niet goed aanpakken, het juist tot kostenstijgingen leidt. Het wrange is dat je ziet dat dit bij specialisten volop gebeurd is. Specialisten hebben ten onrechte geprofiteerd van, inderdaad, een fout in het systeem. Die fout in het systeem was er, maar specialisten hebben daarvan dus ten onrechte geprofiteerd. Wat de fractie van GroenLinks betreft, moet dit zo spoedig mogelijk rechtgezet worden. Wij zouden heel graag zien dat dit zo veel mogelijk met terugwerkende kracht rechtgezet werd. Dit hebben wij regelmatig benadrukt. Daarom zullen wij de plannen van de minister ook volop steunen. Wij zijn ook blij met de voorstellen die nu gedaan zijn. De visie van GroenLinks op de wijze waarop wij in de toekomst willen omgaan met specialisten, is de volgende. Wij willen ook volop ruimte voor professionele autonomie; wij willen absoluut niet dat professionals door een bestuur voorgeschreven krijgen hoe zij hun werk moeten doen en wat zij moeten doen. Daar zijn zij immers professionals voor. Wel willen wij dat de professionals verder niet meer oneigenlijk ondernemertje spelen in de zorg. De reden dat ik dit zo zeg, is dat je ziet dat in de zorg ondernemerschap heel onevenwichtig is: wel de eventuele baten, maar niet de risico's. Op die manier loopt het altijd spaak. Daar moeten wij dus vanaf. Wij zien dan ook heel graag dat nieuwe specialisten voortaan in loondienst worden aangenomen en dat bestaande specialisten veel

steviger gebudgetteerd worden, waarbij wat ons betreft om te beginnen het norminkomen in de sector leidend moet zijn. Dat mag wat ons betreft het zeer fatsoenlijke salaris van de premier zijn dat wij in dit land kennen, de balkenendenorm.

Hoe staan de medisch specialisten er nu voor? Terecht is geconstateerd dat er grote verschillen zijn. De fractie van GroenLinks waardeert ook de professionele inzet van medisch specialisten. Tevens zien wij dat het slechts een beperkte groep is die geprofiteerd heeft, terwijl anderen juist nadeel hebben ondervonden. Over het algemeen moet je echter toch zeggen dat specialisten er als groep in Nederland gemiddeld zeer riant voor staan. Het norminkomen dat voor deze groep geldt, is €225.000. Om dat een aalmoes te noemen, vindt de fractie van GroenLinks een schande. Dat is echter een zeer hoog salaris. Het norminkomen is dus €225.000, maar het gemiddelde inkomen van specialisten in Nederland is op dit moment min of meer het dubbele: ongeveer €450.000. Nederlandse specialisten zijn daarmee eigenlijk de best betaalde specialisten ter wereld geworden. Nu geldt voor ons dat mensen die hard werken en veel kwaliteit leveren, best aardig mogen verdienen, maar je hoeft er ook weer niet stinkend rijk van te worden. Het gaat immers wel om gelden die wij collectief moeten opbrengen. Je moet altijd zeer streng toezien op de besteding van dergelijke gelden.

Ik heb al gezegd dat de overschrijdingen inderdaad grotendeels het gevolg zijn van het nieuwe declaratiesysteem. Dat pleit in onze ogen specialisten er niet vrij van om in dezen een eigen verantwoordelijkheid te nemen. Wij hebben in het verleden met collega Van der Veen in een motie de minister, alsook het veld opgeroepen om zowel met het oog op de toekomst als het verleden, actie te ondernemen. De minister heeft ons steeds voorgehouden dat het met het oog op het verleden juridisch niet mogelijk is om actie te ondernemen. Vervolgens heb ik de minister opgeroepen om met het veld om de tafel te gaan zitten en een moreel appel te doen op het veld, ook de specialisten, om zelf over de brug te komen. Hoe is het gegaan met dat morele appel? Heeft de minister in dit verband met betrokkenen om de tafel gezeten? Is daar ook gehoor aan gegeven, zo vraag ik de minister. Kan hij ons daar iets over vertellen? Is dus een bepaald deel van de beroepsgroep bereid om een deel van het aan hen ten onrechte toegevloede zorggeld bij het ministerie terug te storten? Het zou heel mooi zijn als dat gebeurd was, maar ik heb het bange vermoeden dat daarvan niet in hoge mate sprake is geweest. Het plan van de minister heeft onze warme steun. Dat is ook omdat het past in onze visie op goed bestuur van ziekenhuizen in de toekomst. Wij staan de visie voor waarin het bestuur bestuurt en het bestuur onderhandelt over de prijzen en de kwaliteit van de zorg met de verzekeraars en de professionals, onder wie de specialisten. De specialisten krijgen dus alle ruimte om zich nog vollediger toe te leggen op de zorg. Zij hoeven zich niet meer bezig te houden met ondernemerschap en zo weinig mogelijk met andere bijkomende administratieve rompslomp. Daar heb je immers een bestuur voor; nogmaals, de specialisten kunnen zich toeleggen op de zorg.

Het plan van de minister, weliswaar met nog veel open einden, past perfect in die visie.

Kortheidshalve sluit ik mij aan bij de vele vragen die al gesteld zijn over de open einden in het plan van de minister en de daarin aangegeven randvoorwaarden. Nu heb ik nog twee gerichte vragen voor de minister. Welnu, in de verschillende stukken staat steeds de deadline van 1 juli. Die datum moet gehaald worden, wil dit ingevoerd kunnen worden per 1 januari 2011. Ik vraag de minister hoe hard die deadline is. Als het nog niet helemaal rond is en als er nog wat kleine open eindjes in de loop van de zomer ingevuld moeten worden, kan het dan nog wel of niet meer doorgaan? Ik pleit er erg voor om de grenzen van die deadline op te

zoeken en meer ruimte te nemen om er zo voor te zorgen dat het voorstel toch ingevoerd kan worden per 2011.

Ook ik krijg graag een reactie van de minister op niet alleen het voorstel van de Orde van Medisch Specialisten, maar ook op wat de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen heeft ingebracht. Hoe reëel acht de minister de beren die zij op de weg zien? Hoe gaat hij dit probleem oplossen?

De heer **Harbers** (VVD): Ik vond het opmerkelijk om te horen dat een moreel appel is gedaan, als de constatering is dat specialisten blijkbaar ten onrechte van het systeem geprofiteerd hebben. Je kunt dan toch ook het systeem aanpakken? Een van de oplossingen die GroenLinks heeft aangedragen, was loondienst. Welke prikkel ziet mevrouw Sap daarin, zodat specialisten zo veel mogelijk patiënten behandelen? Dat wordt namelijk als een belangrijk nadeel gezien in het PwC-rapport dat vandaag ook voor ons ligt.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Wat de eerste constatering betreft: natuurlijk moet je beide doen. Je moet dus én het systeem aanpakken én de individuele mensen ter verantwoording roepen. U doet dat altijd en overall, maar niet hierbij. Dat verbaast mij zeer van de VVD. Vervolgens zijn de volgende vragen gesteld over loondienst: zorgt dat er niet voor dat de wachtlijsten weer oplopen en hoe zorg je ervoor dat toch zo veel mogelijk patiënten behandeld worden? Wij denken evenwel dat mensen die in de zorg werken, het bijna een heilige roeping vinden, om het zo maar te noemen, om patiënten zo goed mogelijk te behandelen en om zo veel mogelijk patiënten te behandelen. Het is raar om een omzetgerelateerd systeem in te voeren om gedaan te krijgen dat patiënten behandeld kunnen worden. Dan ben je volgens mij bezig om oneigenlijke elementen in het systeem in te bouwen. Als er te weinig specialisten zouden zijn om alle patiënten te kunnen behandelen, moeten wij dat punt dus aanpakken. Wij moeten dan de opleidingen ruimer openstellen. Ook moeten wij er dan voor zorgen dat er meer specialisten bij kunnen komen. Als het echt nodig is om met omzetgerelateerde systemen mensen ertoe te bewegen om veel meer uren te werken dan voor wie dan ook gezond is, ben je niet goed bezig, zo is de mening van de fractie van GroenLinks.

De heer **Harbers** (VVD): Daarmee komen we ergens, want dan komen wij tenminste ook bij het rapport over de numerus fixus. Bent u het niet met mij eens dat er altijd een prikkel van uitgaat, als mensen zich uitgedaagd voelen, om misschien nog wel eens wat meer dan 36 of 40 uur per week te werken? Dit is toch een belangrijke reden geweest dat er op dit ogenblik geen wachtlijsten meer zijn? Het gaat toch nog jaren duren voordat er voldoende specialisten zijn om in 40 uur loondienst per week «iedereen in Nederland» te behandelen?

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Daar ben ik het niet mee eens. Ik denk dat een belangrijke reden dat er geen wachtlijsten meer zijn, is dat wij bereid zijn geweest om in de afgelopen jaren wat meer budget naar de zorg te brengen dan in de jaren daarvoor is gebeurd. Nogmaals, dat is een heel belangrijke reden. Bovendien is er ontzettend veel onderzoek gedaan naar de uitwerking van bonussystemen, onder andere ook in de financiële sector. Daarover bestaan ontzettend veel tegenstrijdige visies, maar een grote gemene deler is dat er vaak voor gewaarschuwd wordt dat bonussen de motivatie ook kunnen ondermijnen. Bonussen schieten namelijk vaak net niet raak; mensen die toch al goed en hard werken, hebben vaak geen bonussen nodig. Bovendien leiden bonussen tot afgunst onder een ander deel van het personeel dat net wat minder bonussen krijgt. Daardoor vermindert eigenlijk de arbeidsproductiviteit. Ik herhaal dat er dus heel veel tegenstrijdige onderzoeksbevindingen zijn. Voor ons geldt echter bovenal: in de zorg, waar mensen vaak heel

intrinsiek en inhoudelijk gemotiveerd zijn, passen bonussen echt niet; bonussen passen niet bij het karakter van de zorg.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik stel mij voor, dit overleg even te schorsen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Zoals vaker – ik doe dat niet bewust, maar de juiste toon werd getroffen – haak ik maar even aan bij de heer Van der Veen. Volgens mij is het de laatste keer dat ik het kan doen in deze kabinetsperiode voor de verkiezingen. Het wordt heel snel geschematiseerd: aan de ene kant de graaiers en aan de andere kant de minister die ervoor wil zorgen dat schraalhans keukenmeester is. De aalmoezen lijken maar moeizaam toe te stromen naar degenen die zich medisch specialist mogen noemen. Dat beeld klopt aan beide kanten niet. Ik ben het volstrekt met mevrouw Sap eens – het is ook geadstrueerd door de landsadvocaat in de procedure rond de voorlopige voorziening voor het CBb – dat onze specialisten gewoon goed worden betaald, naar internationale maatstaven zelfs zeer goed. Dit neemt niet weg dat ook ik zie dat het pijnlijk is dat geld wordt teruggehaald als er meer is verdiend. Ik heb deze keuze domweg te maken.

Het waren onbeoogde, ook door de medisch specialisten, extra inkomsten. Dit neemt niet weg dat er een moreel appel kan en zal worden gedaan, en wat mij betreft wordt herhaald, om de inkomsten die onbedoeld en onbeoogd naar de medisch specialisten toevloeden, terug te storten en een regeling te treffen. Sterker nog, het kan ook in de budgettering voor de komende jaren worden meegenomen. Door daarover afspraken te maken, instrumenteer je het morele appel waarom mevrouw Sap zo-even vroeg. Wij kunnen, al is het maar voor de komende vijf tot tien jaar, afboeken op het budget dat de specialisten toekomt. Daarin zou de eenmalige, enkele jaren repeterende overschrijding kunnen worden meegenomen. Juridisch gezien is het echter buitengewoon lastig om dit te doen, gegeven het feit dat het niet voorzienbaar was. Als men de handreiking van mevrouw Sap wil aannemen, kan het heel goed via de budgettering. Daarover kunnen we rond de tafel gaan zitten. Ik loop er niet voor weg om dat de komende tijd voor te stellen aan de Orde. Het gaat daarbij om meer dan een handreiking die elke afzonderlijke specialist moet doen. Het kan wellicht in de budgetten worden meegenomen. Ik kan nu echter nog niet overzien hoe kwetsbaar dat is in juridische zin. Ik geef de heer Harbers dus gelijk dat de medisch specialisten de overschrijdingen niet hebben beoogd. De meeste specialisten die ik ken, werken onbevangen vanuit het oogmerk om kwalitatief hoogwaardig werk te leveren. Zij zijn er niet op uit om hun inkomen te maximaleren ten koste van de gemeenschap. In dat licht zou ik graag iets doen aan het bestrijden van de beeldvorming daaromtrent. Een van mijn ambtenaren formuleerde het echter heel treffend: ook al is het niet over de hele linie beoogd en zijn het onvolkomenheden van het systeem, specialisten profiteren er wel van. Aan dat profiteren willen wij iets doen. In de eerste plaats hebben wij dat gedaan met een tariefkorting. In de tweede plaats zal het wat mij betreft gebeuren via de budgettering. Op de specifieke vragen kom ik graag nog terug na het afronden van mijn algemene betoog.

Een aantal woordvoerders stelden de vraag of ik de verantwoordelijkheid om overschrijdingen te voorkomen niet te eenzijdig neerleg bij de ziekenhuizen: is dat geen overhaaste en ondoordachte beslissing? Het is goed om vast te stellen dat zodra mij bekend werd dat die overschrijdingen bij medisch specialisten plaatsvonden – dit was medio 2009 – ik ben overgegaan tot het treffen van een tariefmaatregel. Wij hebben dus vrij snel daarop actie ondernomen. In juli 2009 heb ik de NZa opdracht gegeven om de tarieven van specialisten voor 2010 structureel met 375 mln. te korten. Begin mei heb ik de NZa opdracht gegeven om voor dit

jaar de additionele overschrijding van 137 mln. in de tarieven te verdisconteren. Dat zal per 1 augustus gebeuren. De 375 mln. was per 1 januari van dit jaar. Op de 137 mln. kregen wij na-ijlend zicht. Over 2010 wordt een bedrag van 512 mln. gekort via de tarieven. Ook voor het komende jaar staat die tariefkorting natuurlijk overeind, want een tariefkorting is een structurele maatregel die doorwerkt in volgende jaren. Uiteraard proberen we dat zo veel mogelijk specialismegedifferentieerd en -specifiek te doen, maar het is dus een structurele maatregel. Vandaag kan men in het jaarverslag aantreffen dat over 2009 de overschrijding nog groter is en richting de 700 mln. gaat. Daarbij teken ik direct aan dat die 500 mln. dan al is verdisconteerd in de tarieven. Het surplus is dus die 200 mln. Ik heb het vaste voornemen om ook dat bedrag bij de tarieven voor 2011 in mindering te brengen. Met de budgettering verhinderen we de repeterende overschrijding, maar daar kom ik later nog uitgebreider op terug.

Naar mijn mening is er geen sprake van het over de schutting gooien van de verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen. Ik geef ze met dit model – ik sluit mij aan bij wat mevrouw Sap zei – juist meer sturingsmogelijkheden om keuzes te maken die passen bij hun eigen strategische beleid en de regionale zorgvraag. Nu is er sprake van honorering op basis van volume en de vastgeklikte prijs in de tarieven. Straks laten wij die tarieven vrij, wat ziekenhuizen de mogelijkheid geeft om te differentiëren in de beloning tussen en binnen specialismen. Bovendien geeft het de mogelijkheid om eigen accenten te zetten. In begrotingsdebatten heb ik al eerder gezegd dat wij de prestatiebekostiging langs twee lijnen invoeren. Ten eerste belonen we nu eigenlijk alleen maar volume en productie. Ten tweede zorgen vaste tarieven ervoor dat productiviteitswinst, in ieder geval voor een bepaalde periode, eenzijdig neerslaat bij degene die de productie realiseert, in dit geval de medisch specialist. Door bij medisch specialisten van de prestatiebekostiging af te stappen, geven we ziekenhuizen meer mogelijkheden om naast volume ook kwaliteit te belonen. Verder kunnen ze strategische keuzes maken, bijvoorbeeld door zich toe te leggen op cardiologie of dermatologie. Voor de schatkist kan dat buitengewoon interessant zijn in het licht van het rapport van de Boston Consulting Group. Daarin staat dat meer volume vaak leidt tot minder schade en een betere veiligheid. Uiteindelijk kan dat behoorlijk in de papieren gaan lopen. De oriëntatie is in ieder geval op kwaliteit, zodat niet alleen volume wordt beloond. Verder is er geen vaste prijs en kan het ziekenhuis differentiëren, wat aansluit bij de eigen verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Dit is me een lief ding waard. Het is dus meer dan een gelegenheidsmaatregel en past in een trend van de afgelopen jaren. Prestatiebekostiging moet meer plaatsvinden op basis van kwaliteit en de productiviteitsstijging moet meer ten goede komen aan de verzekerden. Dit kan door gainsharing in de richting van verzekeraars en daarmee van verzekerden. Productiviteitswinst moet worden gedeeld met de verzekeraar en de premiebetaler. Het belonen van kwaliteit is essentieel om de komende jaren schaarse middelen toe te delen. Wij zetten nu een flinke stap in die richting.

Naar mijn beleving zijn er drie manieren om de kosten van de medisch specialisten in de hand te houden. Ten eerste de tariefkorting, die effectief maar uitermate tijdrovend is. Dit is de afgelopen jaren ook te zien geweest. Na een geconstateerde overschrijding moet de NZa onderbouwen waarom die terug kan komen door de kosten te onderzoeken. Als je een maatregel op basis van die kostenonderzoeken neemt, wordt die altijd aangevochten; dit hebben we ook gezien bij de consulttarieven van de huisartsen. Vervolgens zijn bezwaar en beroep mogelijk, waarin de NZa de eigen tariefkorting weer moet wegen. Je bent dan zo een paar jaar verder voordat de tariefkorting gerealiseerd is. Gedurende die periode verdwijnt de arbeidsproductiviteitswinst, die in harde munt wordt omgezet door de constante tarieven, in de zakken van – dit bedoel ik niet



depreciërend – de medisch specialisten of de huisartsen. Er zitten dus grote nadelen aan prestatiebekostiging gekoppeld aan vaste tarieven, omdat je de tarieven niet snel en tijdig kunt herijken. Dat kan wel op het moment dat je budgetteert, want dan is het een private overeenkomst c.q. handeling tussen twee private partijen, het ziekenhuisbestuur en de specialisten, om die bedragen te herijken. Daarom ben ik er ook niet voor – daarmee loop ik vooruit op mijn antwoorden op de vragen van de heer Van Gerven – om het specialistenkader in stand te houden en onder het ziekenhuisbestuur de maatschap op basis van onze indicaties voor tarieven, normtijden en dergelijke toe te delen. Dit lost het probleem niet op. Bovendien brengt het de besturen niet in de sleutelpositie die ik graag zou zien, evenals de heer Van der Veen en mevrouw Sap.

Een tweede manier om de kosten in de hand te houden, is budgetteren. Dat is in die zin beter omdat het meer reguleringszekerheid geeft. Het voorkomt ook een toekomstige overschrijding, omdat je veel directer kunt ingrijpen en niet pas in het jaar t+2. Het is ook minder bureaucratisch, omdat je niet voortdurend kostenonderzoeken krijgt. Het geeft, in ieder geval in dit geval, ziekenhuizen de mogelijkheid om zelf te gaan sturen. Uiteindelijk – daarmee kom ik bij de derde manier van kostenbeheersing – zal de inkoopssystematiek van de verzekeraars moeten veranderen. Het gaat nu over de medisch specialisten, de prestatiebekostiging en de vastgestelde tarieven, maar ik wil het even naar een hoger niveau tillen. Eenzelfde vraagstuk doet zich namelijk voor op het niveau van de ziekenhuizen. Als wij overgaan op prestatiebekostiging en vaste, door de NZa vastgestelde tarieven in het A-segment, ontstaat er eenzelfde risico: productiviteitsverbetering die pas vele jaren later via een sleutel leidt tot verlaging van tarieven. Om die reden ben ik voor vrije tarieven, maar het moet wel – dat hebben wij ook voorgesteld in het kader van de prestatiebekostiging voor de komende jaren – binnen een budgettair kader plaatsvinden. Je kunt dan op de omzetten afboeken en je hoeft het niet via de ingewikkelde structuur van de tarieven te doen. Belangrijker nog is dat wij in de toekomst de sleutel voor prestatiebekostiging meer baseren op kwaliteit en veel minder op volume, zodat je langs die lijnen niet alleen maximalisatie maar vooral optimalisatie van de schaarse middelen realiseert. Het komende kabinet gaat echter over de toekomst.

Ongetwijfeld zullen daarover nog verkiezingsdebatten worden gevoerd, zij het dat ik in dankbaarheid denk te kunnen constateren dat die lijn bij de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ en de Kamer vrij onomstreden is. Kwaliteit moet beter worden beloond binnen ziekenhuizen, en wellicht ook bij de beloning van ziekenhuizen.

In hoeverre valt het door mij voorgestelde model van budgetteren per 1 januari 2011 te realiseren? Verschillende woordvoerders hebben dit gevraagd. Ik wil even terug naar de discussie over de prestatiebekostiging in januari van dit jaar bij het verschijnen van het kabinetsstandpunt over prestatiebekostiging van ziekenhuizen. Toen was al voorzien in budgettering van de medisch specialisten per 2011. Het kabinet werd daarin gesteund door de motie-Sap/Van der der Veen. Daarin stond dat overschrijdingen van medisch specialisten ook in de toekomst moesten worden geredresseerd. In het licht van het «go/no go»-moment heb ik toen al gezegd dat wij met de NZa gaan verkennen of het technisch kan. Mevrouw Sap zeg ik toe dat wij dit maximaal gaan verkennen. De Kamer is daarbij natuurlijk ook aan zet. Het «go/no go»-moment zit hem met name in de behandeling van de Wmg. Die biedt een wettelijke grondslag voor de budgettering die wij in 2011 willen. Als wij met de NZa vaststellen dat het technisch mogelijk is – het gaat daarbij met name om de toedeling van de budgetten aan de ziekenhuizen op basis van specialismespecifieke kosten – laten wij dat de Kamer zo spoedig mogelijk weten. Mogelijk voor 1 juli, maar in ieder geval voor een fatale termijn waarna het niet meer mogelijk zou zijn. De Kamer is dan dus nog aan zet als wij in het najaar spreken over de Wmg. Dat is voor mij comfortabel, omdat ik dan met de

Kamer kan spreken over het al dan niet invullen van budgettering in 2011. Het enige wat ik vandaag vraag, is om die aanwijzing aan de NZa te kunnen geven om een en ander eens te verkennen. Als de Wmg het straks mogelijk maakt, kunnen wij definitief beslissen over de implementatie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter.

De **voorzitter**: Ik geef u zo het woord. Wij hebben echter slechts nog drie kwartier, dus ik stel voor om één interruptie per woordvoerder toe te laten.

Minister **Klink**: Voorzitter, misschien is het goed als ik mijn algemene inleiding eerst afrond. Daarin neem ik een aantal algemene vragen mee. Daarna ga ik in op de meer gerichte vragen.

De Wmg ligt overigens op dit moment bij de Koningin. Ik neem aan dat zij snel zal tekenen en daarna gaat de Wmg naar de Kamer.

De budgettering en de begrenzing van de budgetten moeten helder zijn. De NZa moet deze kunnen afstemmen op de mate waarin die specialisme-specifiek zijn te verwerken, zodanig dat ziekenhuizen in hun budgetten rekening kunnen houden met de aan specialismen gerelateerde normkosten. Dit zijn de tarieven die worden gecorrigeerd voor de overschrijdingen die zich in 2007 en 2008 hebben voorgedaan. De NZa kan dit zien op basis van de omzetsijgingen. Die specialismespecifieke correctie op de tarieven c.q. normtijden vormt mede de grondslag voor het toedelen van de budgetbegrenzing aan de ziekenhuizen. Dat is vrij belangrijk, omdat er anders grote onevenwichtigheden ontstaan tussen ziekenhuizen.

Flankerend is van belang dat ziekenhuizen wel in staat moeten zijn om onderhandelingen te voeren met de maatschappen c.q. specialisten binnen het ziekenhuis. Daarover vinden al enige maanden, sinds februari of maart, overleggen plaats tussen de NZa en de NVZ. Daarin wordt verkend welk flankerend beleid daarbij noodzakelijk is. Ik noem een aantal punten in vogelvlucht.

De NZa is bezig om good contracting principles te ontwikkelen, in het Nederlands vertaald: een soort modelcontracten. Van belang is ook de lijst van normtijden per verrichting. Dit is een handreiking om te kunnen onderhandelen met de specialisten, om zo ook binnen het ziekenhuis specialismespecifiek de middelen toe te kunnen delen. De NZa zal ook een instrument voor aanmerkelijke marktmacht ontwikkelen. Daarbij gaat het met name om transparantie die ziekenhuisbesturen kunnen vragen van de specialisten over de kostenstructuur, de uurtijden, de patiëntenstroom en dergelijke, zodat er transparantie is tussen de verschillende gremia in de ziekenhuizen. Verder moet de NMa kunnen oordelen over het misbruik van machtsposities door specialisten richting de raad van bestuur, of andersom; je weet maar nooit. In de toedeling van de budgetten is het belangrijk dat die specialismespecifiek kan gebeuren, omdat de zwaarte-punten van specialismen binnen ziekenhuizen natuurlijk verschillend zijn. De NZa vraagt de ziekenhuizen – en zal dat blijven doen – wat voor hen noodzakelijk is om te groeien in de bestuurlijke rol bij de toedeling van de middelen uit het budget. In de richting van mevrouw Smilde, de heer Van der Veen en mevrouw Sap zeg ik dat het verwerven van meer draagvlak natuurlijk van buitengewoon groot belang is. Met de NVZ, de NZa en de Orde verkennen we hoe dat vorm moet worden gegeven in 2011. Mocht het vanwege technische belemmeringen in 2011 niet lukken, dan laat ik dat de Kamer weten. Bovendien is het dan wel – daaruit blijkt dat dit geen vluiggertje is – van groot belang voor 2012. Het is niet zomaar een eenmalige maatregel om overschrijdingen tegen te gaan. Dan had ik het bij wijze van spreken zo kunnen laten en kunnen hopen dat de tariefkorting de toets van de rechter doorstaan. Het gaat om een structureel model dat wij willen inbedden in de ziekenhuisbekostiging voor de komende jaren. Voor mij is het belangrijkste motief – daarmee herhaal ik

wat mevrouw Sap zei – dat de oriëntatie van specialisten en ziekenhuisbesturen in de richting van kwaliteit dominant wordt. Dit is congruent met het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg, waarin wij de verantwoordelijkheid van de besturen al wilden stipuleren.  
Dit was mijn algemene inleiding.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn vraag is ondertussen beantwoord.

Minister **Klink**: Laat ik dan beginnen met een vraag van de heer Harbers over het beheersingsmodel: is dit een verkapte manier om specialisten in loondienst te brengen? Zo'n bedoeling zou niet passen bij de demissionaire status van een kabinet. Het is ook niet de intentie en het ligt ook niet per se in het model besloten. Staat het model loondienst in de weg? Dat ook niet. Sterker nog, sommigen zien in deze beweging een grotere mogelijkheid om specialisten in loondienst te nemen, gegeven het feit dat een en ander in het ziekenhuiskader wordt ingevlochten. Het is echter niet de intentie en het is niet zo dat dit beheersingsmodel daarop per se voorsorteert. Binnen het ziekenhuis kunnen er namelijk nog verschillende arrangementen worden afgesproken tussen specialisten dan wel maatschappen over de wijze waarop zij de middelen binnen het ziekenhuis ontvangen. Of sprake is van het doorbreken van het fiscaal ondernemerschap hangt sterk af van de manier waarop tussen ziekenhuis en specialisten een en ander wordt geregeld, en de mate waarin er risico wordt gelopen door de specialisten.

In de richting van de heer Harbers en de heer Van Gerven zeg ik: mochten ziekenhuizen en specialisten het wenselijk vinden om binnen dit beheersingsmodel ervoor te zorgen dat specialisten zelf de honoraria kunnen verdelen binnen een maatschap, dan kan dat natuurlijk ook. Het ziekenhuisbestuur is er dan wel mee gemoeid. Wij gaan dat van bovenaf niet dicteren door de middenstroom eenzijdig te alloceren bij de maatschappen binnen het ziekenhuis. Mochten ziekenhuizen het zelf willen toedelen – volgens mij hebben Bronovo en in ieder geval het OLVG hiervoor gekozen – dan kan dat dus; niets staat dat in de weg. Wij leggen het echter niet op en het ziekenhuisbestuur wordt er in elk geval niet toe gedwongen.

Ik kom bij het beheersingsmodel van de Orde zelf. De SP zei daarover, overigens met een belangrijke mutatie, dat de ziekenhuizen dan kunnen gaan over de «bandbreedte». Die mutatie kan ik moeilijk plaatsen op het moment dat de middelen per definitie naar de maatschappen toestromen. Dan heeft het ziekenhuisbestuur er namelijk gewoon geen greep op. Daar ligt ook mijn belangrijkste bezwaar. Het doet afbreuk aan de integraliteit, het ziekenhuis als een geïntegreerde instelling. Er blijven twee afzonderlijke financieringsstromen bestaan, wat ik dus eigenlijk niet wil.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil dit punt toch nog wat helderder krijgen. De SP was in dit interbellum – misschien moet ik het wat minder oorlogszuchtig formuleren als «tussenfase» – op zoek naar iets wat draagvlak creëert bij de specialisten door ze zelf hun zaken te laten organiseren. Daarbij moet er wel een soort afkadering zijn. Vandaar ons voorstel voor de bandbreedte. Als voorbeeld noemde ik €200.000 tot €240.000. Indien wij de ziekenhuisbesturen verantwoordelijk maken, wordt er geen maximuminkomen vastgesteld dat nog maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Een ziekenhuisdirectie kan dan toch meer middelen ter beschikking stellen aan de specialisten, ten koste van andere voorzieningen. Dit punt wil de SP markeren: er moet een maximum worden gesteld aan de omzet van specialisten. Hoe wil de minister dat bewerkstelligen?

Minister **Klink**: Nu begrijp ik beter wat de heer Van Gerven bedoelde met «bandbreedte». Hij stelt in feite voor om het budget te laten toevloeien

naar de maatschap, waarbij het ziekenhuis een bandbreedte definieert in die zin dat de toedeling binnen die maatschap er nooit toe mag leiden dat de een vier ton verdient en de ander een ton. Dat is in feite wat de heer Van Gerven beoogt.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat klopt. De commissie-Korthals Altes heeft bijvoorbeeld een bandbreedte geformuleerd van +6% tot -6%. Daar refereer ik een beetje aan. Mij gaat het erom, hoe dan ook excessen te voorkomen. Dat kan met een bandbreedtemodel. Zo voorkom je bovendien dat een onevenredig deel van het geld opgaat aan specialisten-salarissen, ook als de directie verantwoordelijk is.

Minister **Klink**: Dan blijft mijn bezwaar bestaan dat de toedeling van de middelen aan de maatschappen de bevoegdheden van de ziekenhuizen niet ondersteunt; sterker nog, daar eerder tegenin werkt doordat je geen greep meer hebt op de budgetten zodat belangen gaan divergeren. Ik wil dat het bestuur van het ziekenhuis aan zet is, juist om te doen wat de heer Van Gerven in aanleg niet wil, namelijk selectief belonen. Ik zie niet in waarom iemand die kwaliteit levert, niet beter beloond mag worden dan iemand die minder presteert. Dat besturen van ziekenhuis daarin kunnen variëren, beoog ik nu juist. Natuurlijk zal het altijd fatsoenlijk moeten gaan via good contracting practices. In het voorstel van de heer Van Gerven stelt het ziekenhuis de marges vast in de richting van de maatschappen. Dat zou ook kunnen op het moment dat men zelf de middelen krijgt toebedeeld. Daarbij zie ik dus niet zo'n groot probleem.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit laatste is natuurlijk juist. In het voorstel van de minister zit echter geen maximum. Hij legt de verantwoordelijkheid voor de verdeling van de middelen bij de directie. Die kan dan toch nog besluiten om voor een specialist die men per se wil behouden, vier ton neer te leggen. De SP vindt dat zeer bezwaarlijk.

Minister **Klink**: In dat geval vallen ook de lasten binnen het ziekenhuis. De afweging maakt men tenslotte zelf. De heer Van Gerven illustreert met zijn overbelichting van de verschillen wel precies wat ik wil, namelijk dat ziekenhuizen veel meer zelf keuzen kunnen gaan maken bij de beloning en kwaliteit kunnen gaan belonen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister heeft een aantal zaken genoemd waarover hij het gesprek voert: ziekenhuizen moeten in staat zijn om te onderhandelen. Zijn met de genoemde maatregelen de arbeidsrechtelijke zaken voldoende gedekt? Ik ben geen arbeidsjurist, dus ik weet niet precies wat er allemaal bij komt kijken.

Minister **Klink**: Het gaat niet om mensen die in loondienst zijn, dus het arbeidsrecht is in die termen niet van toepassing. De overeenkomst zal echter moeten worden aangepast op basis van de nieuwe Wmg. Daarin zullen zonder meer de verhoudingen tussen ziekenhuisbestuur en maatschappen worden geregeld. Overeenkomsten zullen nooit contrair mogen zijn met de wetgeving: de Wmg en de daaruit voortvloeiende beleidsinstrumenten en de Wet cliëntenrechten zorg. Ze zijn dan gewoon van rechtswege nietig.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mijn gebruik van «arbeidsrecht» werkt wellicht verwarrend. Is het voldoende gedekt? Wordt het met de Wmg voldoende geregeld?

Minister **Klink**: Ik ben er niet zo bang voor dat maatschappen binnen ziekenhuizen een dusdanig gewicht in de schaal leggen dat in de

toelatingsovereenkomsten en dergelijke onevenwichtigheden ontstaan. Voor zover wij de reactie van de NVZ kunnen plaatsen, is die vooral gebaseerd op schrik: hebben wij wel voldoende greep op en macht tot? De heer Van Gerven sprak over de bandbreedtes. Als de marktmacht van de specialisten maximaal was – zo kijkt de NZa er ook naar – zou men altijd op het hoogste niveau van het uurtarief gaan zitten. Dat is niet gebeurd; het is altijd een gemiddeld tarief geweest. Dit geeft aan dat er kennelijk een balans is tussen ziekenhuisbestuur en maatschappen. Diezelfde balans zal zich vertalen in de toelatingsovereenkomsten. De heer Van Gerven vroeg naar de ZBC's. De insteek is dat ook die op basis van hun omzetten gebudgetteerd worden voor de honoraria van de specialisten. Ze lopen hierin mee. In de richting van de heer Van der Veen en mevrouw Sap zeg ik: de situatie dat een specialist zich als solopraktijk vestigt, zie ik niet snel ontstaan. Dat is volgens mij de enige lacune die erin kan zitten. Ik zie niet snel gebeuren dat specialisten in Nederland massaal het ziekenhuis c.q. het zbc uit gaan om een solopraktijk te starten. Mevrouw Wiegman en de heer Van Gerven hebben nog gevraagd naar loondienst. Daar gaat echt een komend kabinet over, aangezien het verstrekkende voorstellen betreft, temeer omdat er wellicht nogal wat juridische belemmeringen zijn in het kader van het EVRM. De vraag is of er geen sprake is van onteigening en dergelijke. Dit regelen voor nieuw specialisten, zoals mevrouw Sap suggereerde, zou een modaliteit kunnen zijn. Dan hoeft je geen rekening te houden met zaken als onteigening en goodwill. Ik kan dit onvoldoende beoordelen, maar het zal ongetwijfeld in een komend kabinet gaan spelen. De discussie over het afkopen van goodwill en het fiscaal ondernemerschap speelt dus niet rond dit beheersingsmodel. Wij sorteren niet voor op het afschaffen van de vrijgevestigde specialist.

De heer Van Gerven vroeg nog of het ziekenhuis gaat declareren bij de verzekeraar. Zo is het. De via-constructie verdwijnt. De specialist declareert bij het bestuur van het ziekenhuis en dat declareert bij de verzekeraar. Dit geeft de verantwoordelijkheid helder weer.

Een belangrijk punt is: blijven er voldoende prikkels? Het angstbeeld dat kan ontstaan, is: dit gaat weer wachtlijsten opleveren. Daar moet je wel op letten; vandaar dat prestatiebekostiging van belang is. De prestatiebekostiging, die een ziekenhuis nu zelf kan realiseren, kan aangrijpen op volume, maar zal hopelijk ook aangrijpen op kwaliteit en het tegengaan van overbehandeling. Eigenlijk moet dit ook worden geregeld in de relatie tussen verzekeraar en ziekenhuis. Vandaar dat in de bekostigingsmodellen de prestatiebeschrijvingen anders georiënteerd zouden moeten zijn. Dit is zeker een van de stappen die ik had willen zetten, ware het niet dat het kabinet vroegtijdig ten einde kwam. Dit is wel een mooie opmaat in die richting, namelijk dat het binnen ziekenhuizen wel mogelijk wordt.

Mevrouw Smilde vroeg nog of er mechanismen zijn om een level playing field te creëren en hoe de positie van de raad van bestuur is bij een tekort aan specialisten. De relatie tussen besturen en medisch specialisten moet in overeenstemming zijn met de verantwoordelijkheid die wij aan de partijen gaan toedichten via het nieuwe beheersingsmodel en de Wmg. De eerste stappen zijn gezet in de governancebrief Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning van juli 2009. Die zullen wat mij betreft hun beslag krijgen in de wet cliëntenrecht zorg. Medisch specialisten zullen meer verantwoording moeten afleggen over de kwaliteit en de veiligheid van de zorg die zij leveren. De veiligheids- en kwaliteitsprogramma's hebben wij niet voor niets in het leven geroepen. De bestaande toelatingsovereenkomsten moeten daarmee in lijn worden gebracht. Daarnaast besef ik dat zowel de instellingsbesturen als de specialisten nog in die rol moeten groeien. De eerste stappen daartoe zullen wij voor 2011 echt gaan zetten.

Dan de schaarste aan specialisten. Als wij het zo inrichten dat de financiële verantwoordelijkheid bij het bestuur komt te liggen en dat het

bestuur invulling kan geven aan prestatiebekostiging in termen van volume en kwaliteit, verwacht ik niet dat dit tot een afname van de productie leidt waardoor schaarste ontstaat. In het licht van de grotere zorgvraag die zich aftekent, moeten wij daarmee wel rekening houden. Daarom zal het capaciteitsorgaan een vinger aan de pols houden bij de instroom van specialisten. Dit model zie ik echter geen afbreuk doen aan het wegwerken c.q. voorkomen van wachtlijsten.

Mevrouw Smilde vroeg ook op basis waarvan de kostenvergoeding aan instellingen door de NZa wordt vastgesteld. Zo-even gaf ik al aan dat de toedeling van de begrenzings van de budgetten mede zal plaatsvinden op basis van de rond specialismespecifieke kosten verworven kennis. Stel dat een volgend kabinet de plannen in het kader van Waardering voor betere zorg IV opnieuw zou indienen. Mevrouw Smilde vroeg: past dit beheersingsmodel daarin? Ik denk het wel. In missionaire status hebben wij gezegd dat wij in de richting van prestatiebekostiging moeten gaan, met een budgettering. Wij wilden namelijk af van de van bovenaf vastgestelde tarieven. Belangrijker nog is dat wij naar een prestatiebekostiging wilden die minder op productie en meer op kwaliteit is georiënteerd.

Ook mevrouw Wiegman vroeg naar prestatiebeloning en loondienst. Hierbij wil ik overigens aantekenen dat je ook specialisten in loondienst naar prestatie kunt belonen. Het beheersingsmodel dat nu voorligt, is daarvoor niet per se nodig. Loondienst biedt daarvoor alle mogelijkheden. Ook binnen het departement beogen wij om degenen die goed presteren, via bewust belonen beter te laten verdienen: een periodiek erbij of anderszins.

Ik ben het met mevrouw Wiegman eens dat doelmatigheidswinsten niet alleen bij de medisch specialisten terecht dienen te komen maar ook bij het ziekenhuis en, naar ik zou willen, bij de verzekerden. Tarieven kunnen worden herijkt in de onderhandelingen tussen de verzekeraars en de zorgaanbieders.

Mevrouw Wiegman constateert terecht dat als het beheersingsmodel niet werkt, wij de overschrijdingen via tariefkortingen moeten terughalen. Dat is de afruil die ik eerder aangaf. Om die reden leg ik het beheersingsmodel nu neer. Het is belangrijk om voor te sorteren op de rol van de ziekenhuisbesturen, maar ik wil een dubbele zekerheid dat we de enorm forse overschrijdingen zo snel mogelijk kunnen terughalen. Dat doe ik het liefst via het beheersingsmodel, omdat je dan eerder kunt acteren. Ik voel me comfortabel bij het feit dat wij de tariefkorting nog hebben, mocht dit niet lukken.

Ik kom bij de vraag van de heer Harbers hoe dit zich verhoudt tot de keuzevrijheid van cliënten. Dat is een zeer reële vraag, die wij ook op de agenda hadden staan toen wij nadachten over prestatiebekostiging in de toekomst, terwijl we de prestatiebekostiging in ieder geval in de beginperiode zouden budgetteren. Worden instellingsbudgetten niet zodanig gestileerd dat verzekeraars niet meer selectief kunnen contracteren dan wel dat patiënten niet meer selectief kunnen kiezen voor een ziekenhuis? Dit is een terechte vraag. Het is een van de punten die absoluut moeten worden meegenomen door de NZa bij het verkennen van de toedeling van het begrenzen van de budgetten. Ik hoop hierop voor 1 juli van dit jaar antwoord te krijgen. Ik teken er wel bij aan dat wij dit ook nu al kennen bij het toedelen van de FB's. Als verzekeraars selectiever gaan contracteren, wordt het FB daarop aangepast. Anders zou de huidige situatie ook een stilering van de budgetten met zich meebrengen. Een dergelijk model stel ik me ook hierbij voor. Op basis van patiëntenstromen dan wel selectieve contracten van de verzekeraars – het gaat om beoogde mutaties – kunnen de instellingsbudgetten worden herijkt. Dat betekent dat de budgettering langs een andere lijn zal lopen dan in het jaar t-1. Daarvan zal ik de Kamer nog op de hoogte stellen nadat wij met de NZa

een formule hebben gevonden voor de toedeling van de begrenzing van de budgetten.

De heer **Harbers** (VVD): Ik heb een vraag over de verdere procedure. Ik vroeg met name om meer inzicht in het model, voordat besluitvorming aan de orde is. Behoort dit onderdeel ook tot de zaken die de minister voor 1 juli wil terugleggen bij de Kamer?

Minister **Klink**: Wij hopen en verwachten dat wij met de NZa daarin voor 1 juli inzicht krijgen. Ik laat dit de Kamer terstond weten op het moment dat wij dat hebben. Vandaar dat ik zei dat de Wmg medebepalend wordt voor het antwoord op de vraag of wij het daadwerkelijk gaan introduceren. De Wmg hopen wij direct na het zomerreces in de Kamer aan de orde te kunnen stellen. Dat voornemen had het kabinet al in missionaire status. Toen al hebben wij gezegd dat het «go/no go»-moment mede daarvan afhangt. Het is dus geen beslissing die ik eenzijdig kan nemen, althans niet in de ultieme zin. Er is altijd nog overleg met de Kamer voor nodig, al was het maar omdat de aanpassing van de Wmg nodig is om dit te realiseren, en die komt in de Kamer aan de orde.

Hoe wordt in het beheersingsmodel rekening gehouden met de groeiende zorgvraag? Dit vroeg de heer Van der Veen. De budgetten worden elk jaar herijkt. Het BKZ wordt jaarlijks met zo'n 4% verhoogd. Dit geldt ook voor het budget van de medisch specialisten en de ziekenhuizen. Zo wordt de groeiende zorgvraag geaccommodeerd. De vraag van de heer Van der Veen had vooral betrekking op de werking van het dempingspercentage. De uitwerking hiervan komt nog, maar het is een variant op de degressieve tarieven die verzekeraars op dit moment al vaak hanteren bij het afsluiten van contracten met ziekenhuizen om in de loop van het jaar een demping in het volume te realiseren, zodanig dat dit haar schaduw vooruitwerpt op de daaropvolgende maanden. Men weet dan op een gegeven moment dat er degressieve tarieven zijn. Ik meld in dit kader nog een keer dat ik degressieve tarieven en het dempingspercentage belangrijk vind. Nog belangrijker is echter dat we niet alleen productie belonen, maar ook kwaliteit. Laat ik een van die kwaliteitselementen een beetje huiselijk toelichten. Als wij van het CVZ terugkrijgen dat 44% van de dotterbehandelingen onnodig is omdat met medicatie kan worden volstaan, wil ik instellingen belonen die richtlijnconform handelen en niet de instellingen die overbehandeling accommoderen en dat proberen af te vlakken via een dempingspercentage. Het belonen van goede zorg werkt dus naar mijn beleving beter. Dit betekent dat wij een flexibel budget gaan introduceren.

Mevrouw Sap vroeg naar het terughalen van overschrijdingen uit het verleden. Ik wil best nog eens juridisch verkennen in hoeverre dat kan, door het bijvoorbeeld mee te nemen in de toekomstige budgetten. Ik durf daarover geen harde juridische uitspraak te doen, maar mevrouw Sap triggert mij om dit te noemen. Als het juridisch kan, hoop ik dat de Orde en anderen zeggen: daaraan werken wij graag mee. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat naarmate het langer duurt, er steeds meer nieuwe specialisten komen die als het ware een deel van de pijn meedragen van de inmiddels afgezwaaide specialisten. Dat is wel een punt van aandacht. Voor elk probleem is echter wel een oplossing, dus wie weet.

Voorzitter, volgens mij waren dit de hoofdpunten. Nee, de heer Van der Veen had nog een vraag: wat gebeurt er met het geld dat terugvloeit naar het Zorgverzekeringsfonds? Als ik me vergis, kom ik er in tweede termijn op terug. Wanneer het terugvloeit naar het Zorgverzekeringsfonds, weten wij welke kosten wij kunnen verwachten. Daarmee zal rekening worden gehouden bij de raming van de premies, zodat die niet hoeven te worden aangepast op grond van overschrijdingen die in het jaar t+1 worden teruggehaald via het terugstorten in het Zorgverzekeringsfonds. Het geeft

dus stabiliteit in de premieontwikkeling. Nogmaals, tenzij ik me op dit punt vergis, maar dan krijg ik dat nog wel aangereikt.

De **voorzitter**: Bestaat er behoefte aan een tweede termijn? Ik stel een spreektijd van één minuut voor.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik begin met een opmerking over de wachtlijsten in relatie tot loondienst dan wel vrij ondernemerschap. Ook internationaal gezien geldt: hoe meer specialisten, des te korter de wachtlijsten. Dit is de dominante factor.

De minister is nog niet ingegaan op het SP-voorstel om in de dbc's een vaste looncomponent op te nemen en zo alles op een hoop te vegen. Bijvoorbeeld 10% van de dbc bestaat dan uit loonkosten en verder wordt het binnen het ziekenhuis geregeld.

De SP heeft voorgesteld om een maximumomzet in de wet- of regelgeving op te nemen. Is de minister daartoe alsnog bereid? Anders willen wij dit tijdens een VAO in een motie neerleggen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van zo'n 35 minuten. Daarin heeft hij flink wat verduidelijking gegeven ten opzichte van zijn brief. Ik ben daar erg blij mee.

Wij gaan akkoord met deze voorhang. Er moet nog heel veel worden uitgewerkt en daarover gaan we nog spreken. De richting waarin de voorstellen volgens de minister gaan, spreekt ons aan. Daarom zijn we akkoord met de voorhang. Ik moet eigenlijk zeggen: akkoord met de aanwijzing.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ook van mijn kant een woord van dank aan de minister voor de uitleg, met name het inzicht dat hij heeft gegeven in het type flankerend beleid dat hij voor zich ziet, zodat ziekenhuizen echt in staat zijn om te onderhandelen. De verdere uitwerking van dat flankerend beleid wil ik heel graag voor 1 juli bij de Kamer hebben, zodat wij er eventueel nog voor het zomerreces over kunnen vergaderen. Ook de ChristenUnie gaat ermee akkoord dat de minister de NZa een aanwijzing geeft.

De heer **Harbers** (VVD): Voorzitter. Door de hoeveelheid interrupties die mijn eerste termijn opriep, zou je haast vergeten dat ik die ben geëindigd met te stellen dat wij er uit kostenoogpunt mee kunnen instemmen dat dit model verder wordt ontwikkeld. De minister moet dan wel bereid zijn om te zeggen dat definitieve besluitvorming pas op een later moment plaatsvindt, wanneer al de vragen die mijn collega's en ikzelf hebben gesteld van een nader antwoord zijn voorzien. Ook wat mij betreft is dat dus voor 1 juli.

De overheid kan eigenlijk maar twee dingen doen: wetten maken en manieren bedenken om geld te verdelen. Beide zorgen voor prikkels en effecten in de samenleving. Zeker in de zorg hebben we kunnen zien dat je dan lange tijd achter die effecten aanloopt. In de kern wil ik voorkomen dat wij dit systeem invoeren, over een paar jaar wakker worden en dan zien: dit heeft ervoor gezorgd dat ziekenhuizen achterover zijn gaan leunen. Als zij er met veel pijn en moeite met hun specialisten uitkomen, moeten wij niet de prikkels wegnemen om veel patiënten aan te trekken met een goede reputatie. Dit was ook de kern van het antwoord van de minister. De nadere uitwerking daarvan zie ik graag tegemoet, zodat de concurrentie en de vrije keuze van patiënten overeind blijven. Voor de VVD is dat heel erg belangrijk. Als wij die nadere uitwerking hebben gekregen, zullen wij als VVD ons definitieve oordeel vellen.



De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording van de vragen. Misschien moeten wij net als in het gewone bedrijfsleven met taakstellende begrotingen gaan werken en die geen «budgetten» noemen. In het bedrijfsleven is men heel effectief met taakstellende begrotingen. Dan geldt ook niet dat een budget leidt tot minder produceren. Misschien ligt het aan het woordgebruik. Tegen mijn marxistisch-liberale buurman wil ik zeggen: ...

De **voorzitter**: U mag niet uitlokken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nee, ik wil hem helpen; ik lok niets uit. Ik vond het wel een grappige combinatie: het systeem bepaalt het gedrag van mensen. Denk dan toch nog eens na als het weer een keer misgaat bij de huurtoeslag doordat de Belastingdienst een fout maakt. Moeten mensen dan terugbetalen of mogen zij zeggen: het ligt aan het systeem? Ik wens de minister echt alle succes. Wat mij persoonlijk heel veel deugd doet, is dat – na discussies in het recente verleden waarin wij het niet helemaal met elkaar eens waren – de minister en ik het in het laatste AO voor het verkiezingsreces helemaal eens zijn.

De heer **Harbers** (VVD): Ik heb nog één korte toevoeging. Als de heer Van der Veen met «het systeem» bedoelt «wetten en manieren om geld te verdelen», dan geef ik hem uit mijn liberale hart mee dat er wat mij betreft zo min mogelijk wetten en zo min mogelijk overheidsgeld mee gemoeid moeten zijn.

De **voorzitter**: Waarvan akte. Het woord is aan mevrouw Sap.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. De minister deed op het laatst een toezegging om alsnog te bekijken of er juridische mogelijkheden zijn om overschrijdingen uit het verleden terug te halen. Veel dank daarvoor, maar ik vraag me even hardop af wat die toezegging nu precies waard is. Wij weten dat de overschrijding in 2008 ruim 600 mln. was. De minister heeft daarover eerder gezegd: dat is juridisch helemaal uitgezocht, er kan niks meer mee. Kan er nog steeds niks mee, of is er alsnog hoop? Een andere overschrijding die de minister vandaag heeft toegelicht, betreft een gat van 200 mln. voor 2009. Gaat de minister bij dat gat bezien of er nog instrumenten zijn om het in de toekomst binnen te halen? Gaat het de minister alleen om die 200 mln. of ook om de eerdere 600 mln.? Ik wil nu ook graag boter bij vis: hoe gaat de minister dit laten onderzoeken en wanneer krijgen wij als Kamer de resultaten? Voor 1 juli lijkt mij prachtig.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik heb de neiging om met de laatste vraag te beginnen, dus dat doe ik dan ook maar. Laat ik VWS als voorbeeld nemen. Wij hebben overschrijdingen op onze begroting die wij niet in dit jaar kunnen terughalen. Interdepartementaal zeggen wij dan het volgende: die overschrijdingen moeten om de jaarrekening voor dit jaar rond te krijgen op andere begrotingen rusten. Vervolgens zorg ik er intertemporeel voor dat die overschrijding via VWS weer bij mijn collega's terugkomt; daarover zijn afspraken gemaakt. Dat kan wellicht ook in dit geval. We kunnen verkennen in hoeverre in de budgettering de eenmalige overschrijding uit het verleden die toen niet kon worden teruggehaald, intertemporeel kan worden teruggenomen. Ik weet niet of het juridisch kan, maar dit is een nieuw instrumentarium dat wij onszelf verschaffen en dat wellicht een drager kan zijn voor het terughalen van overschrijdingen uit het verleden. Zo-even gaf ik al één complicatie aan die ik zelf kan verzinnen: het gaat niet om hetzelfde bestand aan specialisten. Degene bij wie we het terughalen, is dus niet per se degene die – zonder dat hij er zelf op uit was – overmatig heeft verdiend. Dit kan de zaak juridisch compli-

ceren. Aan mijn opmerkingen mag de Kamer dan ook niet de verwachting ontlenen dat het kan. Ik ga het echter wel verkennen en de uitslag daarvan laat ik de Kamer voor 1 juli weten.

De heer van Gerven stelde: hoe meer specialisten, des te korter de wachtlijst. Hij verwijst daarbij naar internationale literatuur. Ik kan hem vanmiddag nog een pakketje internationale literatuur doen toekomen waaruit het tegendeel blijkt. Om te laten zien dat ik niet bluf, wijs ik alvast op het boekje *Overtreated* van de Amerikaanse Shannon Brownlee; ik kan meer bronnen noemen. Daaruit blijkt dat de gedachte was dat het opleiden van meer specialisten zou leiden tot lagere prijzen. Het enige wat gebeurde, was dat er meer behandelingen plaatsvonden. De prijzen gingen dus niet naar beneden. Maar goed, wellicht staan daar andere bronnen tegenover. In de richting van de heer Harbers zou ik bijna zeggen: hoe systemen kunnen inwerken op ...

Een vaste looncomponent in de dbc van 10% lijkt me buitengewoon omslachtig. Ik zie niet wat dit zou opleveren. Je ontnemt ziekenhuisbesturen opnieuw handelingsmogelijkheden, doordat op 10% van de dbc aanspraak kan worden gemaakt in termen van loon, tenzij de heer Van Gerven het als drager ziet van de budgetten die je toewijst aan de ziekenhuizen. Zo'n generieke 10% is dan naar mijn beleving echter zeer specialismeonspecifiek. Stel dat bij een dbc de kosten niet zozeer de behandeltijd van de specialisten betreffen als wel zaken als de apparatuur en de infrastructuur. Als dan 10% naar het loon van de specialisten gaat, ontstaan er heel rare pieken en dalen in de budgetten die je toewijst aan de instellingen. Behalve onwenselijk is het ook bijna onmogelijk. Tegen mevrouw Smilde zeg ik: het is toch «akkoord met de voorhang» en niet «akkoord met de aanwijzing». Ik heb de Kamer gevraagd een aanwijzing te kunnen geven. Op basis daarvan, zo zeg ik in de richting van de heer Harbers, zullen wij van de NZa terugkrijgen in hoeverre die aanwijzing technisch gezien daadwerkelijk geëffectueerd kan worden. Dit zal ik de Kamer omstreeks 1 juli laten weten. Als dit de Kamer niet geruststelt, zeg ik dat de Wmg noodzakelijk is om het te kunnen implementeren. Die komt in september/oktober in de Kamer aan de orde. Dan is er dus nog een «go/no go»-moment.

Tegen mevrouw Wiegman zeg ik: omstreeks 1 juli zal ik de Kamer laten weten hoe het flankerend beleid eruitziet. Voor de heer Harbers geldt dat de Kamer dan een invulling krijgt van onze toedeling van de budgetbegrenzing. Verder zal ik dan ingaan op de mate waarin er mutaties van patiënten kunnen optreden, de mate waarin het al dan niet stileert.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister zegt: omstreeks 1 juli. Als het op 3 juli binnenkomt, is de Kamer net met reces. Dat zou jammer zijn. Dus graag uiterlijk 1 juli; 30 juni mag ook.

Minister **Klink**: Ik had mij dat niet gerealiseerd, maar ik ben erop uit om het de Kamer te doen toekomen voordat zij met reces gaat. Ongeveer een uurtje daarvoor, net voor de barbecue.

De **voorzitter**: Dat zijn we gewend.

Minister **Klink**: Sommige tradities moet je in ere houden. Dit mag wat mij betreft overigens buiten de notulen blijven.

De heer Van der Veen sprak over een taakstellende begroting. Het is prima om dat in een ziekenhuis intern zo te realiseren, mits het niet alleen gaat over productie, maar ook om kwaliteit. Prestatiebekostiging moeten we uit de volumesfeer halen en richting kwaliteit brengen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De achtergrond van mijn opmerking was dat zo ongeveer in heel Nederland met taakstellende begrotingen wordt

gewerkt met mensen in loondienst die prima presteren. Als wij het woordgebruik van de rest van Nederland overnemen in de gezondheidszorg en vaststellen dat een budget niets anders is dan een taakstellende begroting – los van hoe die verder wordt ingevuld – die prima kan worden uitgevoerd door mensen in loondienst, dan hebben we dat gelijkgetrokken. Nu lijkt het erop dat mensen alleen maar hard kunnen werken als ze financieel worden geprikkeld. Dat zou vrij uitzonderlijk zijn vergeleken met de rest van werkend Nederland.

**Minister Klink:** In het verlengde van de heer Van der Veen zeg ik het volgende, wat vooral als een geintje is bedoeld. In de voorbereiding refereerde ik nog aan een voorbeeld uit het bedrijfsleven. Daar kreeg iemand een taakstellende begroting plus een bonus. Vervolgens was rond mei de taakstelling behaald, waardoor de bonus zou oplopen tot een inkomen dat bijna die van de specialisten evenaarde. Dit contract werd vervolgens tussentijds herzien. Als private partijen met elkaar onderhandelen, kunnen ze op basis van «jongens, dit hebben wij nooit zo bedoeld» tot een herschikking van de afspraak komen. Dat kan bijna nooit als je de tarieven van overheidswege vastklikt, want dan zijn er vanaf dat moment aanspraken. Vervolgens kan men bezwaar en beroep aantekenen, moeten de kosten worden onderzocht, enzovoort. In die zin pleit ik ook voor vrije tarieven, maar dat slik ik weer snel in om de opmerking van de heer Van der Veen over dat wij het eens zijn, niet te doorkruisen.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is niet ingegaan op mijn voorstel om toch een maximumomzet op te nemen. Daaraan is eventueel een VAO gekoppeld.

**Minister Klink:** Nee, daartoe ben ik niet bereid.

De **voorzitter:** Hieruit begrijp ik dat de heer Van Gerven een VAO gaat aanvragen. Hiermee zijn we gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de mensen op de publieke tribune, de minister, zijn ambtenaren en de woordvoerders. Ik sluit de vergadering.