

55ste vergadering

Woensdag 13 maart 2002

Aanvang 10.15 uur

Voorzitter: Van Nieuwenhoven

Tegenwoordig zijn 102 leden, te weten:

Albayrak, Apostolou, Arib, Atsma, Bakker, Van Baalen, Balemans, Balkenende, Barth, Van Beek, Belinfante, Van den Berg, Biesheuvel, Blaauw, Van Blerck-Woerdman, Blok, Van Bommel, Buijs, Bussemaker, Van de Camp, De Cloe, Cornielje, Çörüz, Crone, Depla, Van Dijke, Dijkstal, Duivesteijn, Eurlings, Feenstra, Geluk, Van Gent, Giskes, De Graaf, De Haan, Van Heemst, Hermann, Hessing, Van der Hoek, Hoekema, Van der Hoeven, Hofstra, Ten Hoopen, Horn, Jonker, Kamp, Kant, Klein Molekamp, Van der Knaap, Kuijper, Lambrechts, E. Meijer, Melkert, Middel, Molenaar, Mosterd, Nicolaï, Niederer, Van Nieuwenhoven, Örgü, Oudkerk, Van Oven, Passtoors, De Pater-van der Meer, Pitstra, Rabbae, Ravestein, Rehwinkel, Rietkerk, Rosenmöller, Ross-van Dorp, Rouvoet, Scheltema-de Nie, Schoenmakers, Slob, Snijder-Hazelhoff, Van Splunter, Van der Staaï, Van der Steenhoven, Stellingwerf, De Swart, Swildens-Rozendaal, Terpstra, Timmermans, Udo, Ter Veer, Te Veldhuis, Vendrik, Verbugt, Verburg, Visser-van Doorn, Van der Vlies, Van Vliet, O.P.G. Vos, Voûte-Droste, De Vries, Waalkens, Wagenaar, Van Walsem, Weisglas, Wilders en De Wit,

en mevrouw Netelenbos, minister van Verkeer en Waterstaat, mevrouw Borst-Eilers, vice-minister-president, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en mevrouw Vliegthart, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

□

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Bolhuis en Gortzak, wegens bezigheden elders;

Van Wijmen, wegens bezigheden elders, alleen voor de middagvergadering;

Van Ardenne-van der Hoeven, Herrebrugh, Valk en Van den Doel, wegens verblijf buitenslands, ook morgen.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:

- de nota **Vraag aan bod (Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel) (27855)**.

De **voorzitter**: Voordat ik het woord geef aan mevrouw Hermann, deel ik alle woordvoerders mee dat ik heb besloten dat in eerste termijn niet mag worden geïnterrumpeerd. Na de termijn van de Kamer spreken de bewindspersonen. In tweede termijn kan, als u dat wenst, ook onderling worden gedebatteerd.

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Gezondheid wordt algemeen gezien als een van de belangrijkste zaken in het leven. Maatregelen om de gezondheid te beschermen horen dan ook tot de basisbehoeften van ieder mens. Gezondheidszorg is echter meer dan

hulp aan individuele personen. Het onderwijsniveau van een bevolking is essentieel voor het land in zijn geheel. Dat geldt ook voor het niveau van de gezondheid. De Grondwet erkent dit en zegt dat de overheid maatregelen neemt ter bevordering van de volksgezondheid. Iedere inwoner kan gelijkelijk recht doen gelden op gezondheidszorg. Dat betekent dat de ernstigste patiënten de meeste zorg nodig hebben en zo hoort dat ook.

Hoe organiseert de overheid een goede, doelmatige en toegankelijke gezondheidszorg voor de burgers? Hoe regelt de overheid dat de solidariteit tussen burgers inzake risico's en inkomens tot uiting komt in de manier waarop het geld bijeen wordt gebracht? Het geld bijeenbrengen is immers geen technische, maar een politieke zaak. Dat baseren wij op de waarde die wij toekennen aan gemeenschap en individu. GroenLinks beantwoordt die twee vragen met "gezondheidszorg hoort in het publieke domein" en "wij hechten eraan elkanders lasten te dragen".

Het is voor ons onbegrijpelijk dat wij met het alom aanwezige ongenoegen over de gezondheidszorg en na al het voorwerk van gerenommeerde adviesorganen zo lang moesten wachten tot de regering haar voorstellen formuleerde. De gemiddelde rollatorgebruiker heeft een hoger tempo.

Onze politieke beoordeling. Wij vinden het positief dat noodzakelijke zorg algemeen toegankelijk moet zijn voor alle burgers, ongeacht leeftijd, gezondheidsvooruitzichten of inkomenspositie. Wij waarderen het dan ook dat het voorstel aangeeft dat alle verschillende vormen van curatieve zorg opgaan in één regeling, een algemene verzekering die wordt geïntegreerd in de AWBZ.

Hermann

Maar waarom wel risicosolidariteit en vraaggerichtheid en slechts een magere of onzekere inkomenssolidariteit? Waarom kan dat bureaucratische schot tussen de curatieve zorg en de AWBZ niet sneller verdwijnen?

Hoe gaat dat met die voorgestelde rol van verzekeraars? De regering stelt één publiekrechtelijke verzekering voor, een breed pakket met acceptatieplicht. Concurrentie en nominale premie moeten prikkelen om het goed en goedkoop te doen. De regie van de verzekeraar is leveringsplicht en scherpe contracten. Bovendien kan er een winstoogmerk bij. Zal dit wel slagen? De voorwaarden voor succes van stelselherzieningsplannen, zoals de commissie-Willems die in 1994 noemde, zijn nog steeds niet vervuld. Er is nog steeds een Babylonische spraakverwarring: was is nou een basisverzekering, en zit de patiënt of de verzekeraar aan het stuur als we praten over vraagsturing? Het is niet helder hoe de financiële uitwerking doorwerkt in de collectieve lasten. Inhoudelijke gedragseffecten doen zich altijd voor bij verzekeringen. Weten we wel hoe dat gaat? Daarover staat niets in de nota. Het inhoudelijke en maatschappelijke draagvlak kent nog grote gaten. De Nederlandse patiënten/consumentenfederatie is kritisch. De artsenorganisatie waarschuwt voor de nog onbekende effecten van werken met een winstoogmerk. Zij zei vorige week met nadruk dat artsen zich moeten laten leiden door maatschappelijk normbesef en niet door eigenbelang. Een privaatrechtelijke uitvoering door verzekeraars houdt in dat de politieke controle eerder minder dan meer wordt. Wij vinden dat wie betaalt, moet bepalen. De burger betaalt de premie en dan moet niet de verzekeraar die er ook nog eens aan verdient, het meeste te zeggen hebben. Paars ziet volgens ons zijn kans schoon, het eigen falen onder te schoffelen met de nu nog onbewezen stelling dat concurrerende verzekeraars beter in staat zouden zijn, die vraaggerichte zorg te realiseren. Zorgverzekeraars Nederland roept al dat een goede uitvoering het pakket kleiner en de premie hoger zouden kunnen maken. Men wil "all care"-contracten. Wij zien nog grote bezwaren.

Worden de grote problemen van vandaag, te weten wachtlijsten, werkdruk, personeelskrapte en

bureaucratie hiermee opgelost? Met "Wachten kan niet meer" hebben wij deze week gezegd dat het onze keuze is, prioriteit te geven aan de centrale positie en de keuzevrijheid van de patiënt, de overgang naar een rechtvaardiger verdeling van financiële lasten en het verminderen van bureaucratie. Wij maken ons grote zorgen over de groeiende personeelstekorten. Wij pleiten in ons verkiezingsprogramma voor een groot offensief om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Het tekort aan gemotiveerde mensen en aan geld zijn de belangrijkste oorzaak van de problemen.

Wij vragen de regering, de komende vier jaar de volgende stappen te zetten. De overheid moet garant blijven staan voor toegang en kwaliteit. Zij houdt toezicht, maar is ook eindverantwoordelijk voor de spreiding van voorzieningen. Zij zorgt voor regulering van tarieven en voor voldoende opleidingscapaciteit op alle niveaus. De vijf verschillende verzekeringssystemen te weten ziekenfonds, particuliere verzekering, ambtenarenverzekering, de Wet toegang ziektekosten voor ouderen en voor hoogrisicogevoallen moeten worden geïntegreerd. Er moet een breed basispakket komen waarin alle zorg die werkzaam, veilig en doelmatig is voor iedereen beschikbaar is, ongeacht zijn of haar risicoprofiel. Hoe eerder dat alles in de AWBZ geïntegreerd wordt, hoe beter.

Wij vragen de overheid, de commercie waarbij winst wordt uitgekeerd aan aandeelhouders blijvend taboe te verklaren bij de levering van het basispakket. Wij vragen inkomenssolidariteit te realiseren, doordat de nieuwe verzekering net als de AWBZ wordt gefinancierd met inkomensafhankelijke premies, te incasseren door de belastingdienst. De meerderheid van de Europese landen doet dat en dat werkt goed.

De huidige aftopping bij de overgang van de tweede naar de derde schijf van de AWBZ-premies vinden wij onrechtvaardig. Van ons mag die verdwijnen. In plaats van een nominale premie als kostenbeheersing vinden wij dat de verzekeraar de ruimte als hij doelmatig werkt, financieel ten goede kan laten komen aan de verzekerde. Burgers zijn vrij in hun keuze van verzekeraar, maar die

verzekeraar heeft acceptatieplicht en is een sociale verzekeraar.

Alle dereguleringsmaatregelen waardoor de burger meer vrijheid en zeggenschap krijgt, het persoonsgebonden budget, persoonsvolgend budget en de mogelijkheid om een polis te kiezen waarbij de verzekeraar en de aanbieder hebben geselecteerd op kwaliteit en effectiviteit, dienen met spoed ter hand te worden genomen.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Het is mij opgevallen dat in de nota die wij hebben gekregen over het zorgstelsel van het paarse kabinet, niet wordt gesproken van een sociale volksverzekering voor ziektekosten, zoals wij die zouden willen noemen. Dat zit hem helaas niet alleen in het woordgebruik, maar ook in de inhoud van deze notitie. De weg naar een gezondheidszorg gebaseerd op solidariteit heeft Paars helaas in de afgelopen acht jaar niet kunnen vinden. Maar ja, als je dat wilt, moet je de eerste weg links nemen en die weg kan Paars natuurlijk niet vinden. Wat wil je, met een VVD aan het stuur, een stuurloos D66 en een Partij van de Arbeid die als het gaat om solidariteit de weg helemaal kwijt is!

Het paarse voorstel voor een nieuw zorgstelsel heeft helaas meer marktelementen dan sociale elementen. Het is het verkeerde antwoord op de vraag hoe wij in de toekomst ook de solidariteit in de zorg kunnen garanderen. Het is teleurstellend dat de paarse hete aardappels van de inkomenssolidariteit, wel of niet inkomensafhankelijke premies en het pakket zijn doorgeschoven tot na de verkiezingen.

Ik noem dat het paarse zwakgebod. De grote politieke meningsverschillen binnen de coalitie kunnen voor de toekomst van de zorg, wat een heel groot algemeen belang is, niet overbrugd worden. De minister zei toen de stelselnotitie net uit was in een interview met Radio 1 dat dit een dossier is waarmee in de kabinetsformatie "geschaakt" zal worden. Met zoiets belangrijks moet je niet schaken. Je moet op grond van goede argumenten goede beslissingen nemen.

De SP kiest voor een echte sociale volksverzekering met een breed pakket dat minstens bestaat uit de



Mevrouw Kant (SP)

© M. Sablerolle – Gouda

huidige AWBZ en het ziekenfonds en met een premie volledig naar draagkracht en zonder eigen bijdrage en risico's.

Ik kom nu tot mijn belangrijkste punten van kritiek op de bouwstenen die er nu liggen.

In de eerste plaats stel ik tot mijn verbazing vast dat wel degelijk wordt overwogen opnieuw een eigen risico in te voeren. Het spreekwoord luidt: een ezel stoot zich niet tweemaal aan dezelfde steen. Paars doet dit echter wel. Ik vind dit volstrekt onbegrijpelijk. Het invoeren van een eigen risico is onbegrijpelijk, onrechtvaardig en ondoelmatig. Het kabinet is echt heel hardleers gezien de eerdere ervaring met het eigen risico van 200 gulden voor het ziekenfonds, de medicijnenknaak en het specialistengeeltje. Zo er al sprake was van een effect dan was dit dat de eigen bijdrage een rem vormde op de noodzakelijke zorg. Mensen die die bijdrage niet konden betalen, zagen af van noodzakelijke zorg. Dit is toch een maatschappelijk zeer ongewenst effect. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Mijn tweede punt van kritiek is dat een eventuele invoering van een forse nominale premie, zelfs een volledige nominale premie, in deze notitie niet wordt uitgesloten. Als je dit doet, zal de concurrentie tussen verzekeraars die daarmee wordt beoogd, dan geen concurrentie zijn

op zorg? Zal deze maatregel niet eerder leiden tot concurrentie op lagere schadelasten dan tot betere zorg? Wij vrezen voor het eerste. Bovendien leidt zo'n premie tot onacceptabele negatieve inkomenseffecten met name voor mensen met lage inkomens. Er wordt dan wel gezegd dat dit allemaal gecompenseerd kan worden, maar het kost miljarden als je dit wilt doen door middel van belastingmaatregelen. Die middelen komen dan bovendien ook terecht bij groepen die het minder nodig hebben. Wij vinden dit een ongewenste manier van compenseren. Verder is het de vraag hoe houdbaar die compensatie is als het economisch wat slechter gaat. Zal er dan niet steeds opnieuw politieke discussie ontstaan over de vraag of die compensatie wel of niet wordt geboden?

Mijn derde punt van kritiek betreft de derde manier waarop de solidariteit in het nieuwe stelsel wordt aangetast met de suggestie voor het invoeren van zogenaamde "preferred provider"-arrangementen. Dit is een vreselijk begrip, maar volgens mij wordt ermee bedoeld dat je meer keuzevrijheid kunt krijgen in de zorg als je meer betaalt. De introductie van zo'n systeem brengt een ongewenst klassensysteem in het basisstelsel: meer keuze voor wie meer kan betalen. Wij vinden dit ongewenst.

Mijn vierde punt van kritiek is dat deze notitie geheel is gestoeld op marktwerking en concurrentie. Het onlangs uitgekomen advies van de Raad voor de zorg sluit naadloos aan bij deze notitie. Ook daarin wordt de weg geopend voor aanbieders met winstoogmerk en voor veel meer marktwerking. In de notitie van het kabinet worden hierbij ziekenhuiszorg, ambulancezorg en zelfs openbare gezondheidszorg genoemd. Ook hier moet ik concluderen dat de paarse ezel zich voor de zoveelste keer aan dezelfde steen stoot. Is er dan niets geleerd van de marktwerking in de thuiszorg? Is er dan niets geleerd van de marktwerking in de kraamzorg en de gevolgen daarvan?

In tweede termijn zal ik terugkomen op het pakket en de regie.

Het gaat vooral om de voorwaarden waaronder een stelsel wordt ingevoerd. Een goede solidaire gezondheidszorg is vooral daarvan afhankelijk. Er moet voldoende geld worden uitgetrokken voor de zorg om tot een solidair systeem te komen. Naast een voldoende investering in de zorg, moet er eindelijk een einde komen aan het systeem van budgettering, want anders kunnen wij nooit een solidair gezondheidsstelsel invoeren.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. De toestand van de zorg in Nederland is een heikel gesprekstema. Bij burgers heerst onbegrip over de vaak onaanvaardbaar lange wachttijden. Verder zijn zij verontwaardigd over de hardnekkige personeelstekorten en gefrustreerd door allerlei bureaucratische belemmeringen in de zorg. Wij hebben begrip voor dat onbegrip. Ook in dit huis wordt het terrein van de volksgezondheid als ons nationale zorgenkind beschouwd. Hoe uiteenlopend de verschillende partijprogramma's voor de komende verkiezingen ook mogen zijn, over een ding zijn wij het met elkaar nu wel eens: de zorg in Nederland moet hoognodig op de schop.

In de nota Vraag aan bod, die er inmiddels al zo'n driekwart jaar ligt, steekt de regering daartoe de eerste spade in de grond. De SGP-fractie vindt de nota echter niet diepgaand genoeg. Op cruciale onderdelen heeft de regering het kennelijk niet

Van der Vlies

aangedurfd om daadwerkelijk keuzes te maken, met als argument een verwijzing naar de komende Kamerverkiezingen en de kabinetsformatie. Interne verdeeldheid binnen de coalitie zal hieraan wel ten grondslag liggen. De geschiedenis herhaalt zich. Ik noem het rijtje Dees, Dekker en Simons. Mensen die dit dossier kennen weten wat ik hiermee bedoel.

De SGP-fractie deelt de analyse van de toestand van het huidige zorgstelsel zoals die in de nota Vraag aan bod wordt geschetst. De regering zoekt de oplossing voor de gesignaleerde knelpunten in een verplichte algemene verzekering voor de curatieve zorg. De stappen in de redenering van probleemanalyse naar probleemoplossing, zoals die in de nota worden gemaakt, lijken elkaar logisch op te volgen, maar terugredenerend vanuit de voorgestelde verplichte algemene verzekering naar de onderliggende knelpunten, blijkt het verband daartussen niet altijd even duidelijk. Kan bijvoorbeeld worden aangegeven in welke mate een basisverzekering zal bijdragen aan de oplossing van de wachtlijstproblematiek? Wat is verder de relatie met de wenselijke ontschotting, ontbureaucratisering en deregulering?

In tegenstelling tot de regering ziet de SGP-fractie de nieuwe basisverzekering niet als panacee voor alle kwalen in ons huidige zorgstelsel. In kringen waaraan ik mij verwant weet, wordt overigens ook over de wenselijke inrichting van het nieuwe stelsel nagedacht. Op 12 april zal de werkgroep Christelijk zorgstelsel, waarin de twee christelijke zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiëntenvereniging, het Prof. dr. ir. G.A. Lindeboom Instituut, RMU en GMV participeren, met haar visie naar buiten treden.

De regering wil de concurrentie tussen de zorgaanbieders stimuleren door een omslag te realiseren van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Nu vindt mijn fractie eventuele koudwatervrees voor een gereuleerde vorm van marktwerking in de zorgsector misplaatst. Verder staan wij positief tegenover concurrentie op basis van kwaliteit. Het introduceren van prijsconcurrentie gaat in onze ogen echter al gauw te ver. Het mag immers niet zo zijn dat de financiële belangen van de zorgaanbieder de onverdeelde inzet voor

het gezondheidsbelang van de patiënt zou kunnen beïnvloeden. Graag een reactie op dit punt. Hoe verhoudt de introductie van prijsconcurrentie zich tot het stimuleren van maatschappelijk ondernemerschap van zorgaanbieders?

Vanwege de concentratie zoals die zich momenteel in de kring van de zorgverzekeraars voltrekt – zie ook de recentelijk aangekondigde fusie tussen Univé, VGZ en IZA – is de SGP-fractie terughoudend als wordt voorgesteld, de taak van belangenbehartiger voor de zorgvrager bij hen neer te leggen. Mijn fractie vreest dat genoemde schaalvergroting bij de zorgverzekeraars voor individuele zorgvragers nadelig kan uitwerken. Hoe beoordeelt de regering deze fusiebeweging?

De SGP-fractie kiest van oudsher voor een benadering van de zorgverzekering die uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid, het gezin, de familie, de kerk, het particuliere initiatief en, als vangnet, de overheid. De overheid moet daaraan vormgeven. Het kabinet doet dat door te kiezen voor een algemene verzekering en een pakket van noodzakelijke zorg dat voor alle ingezetenen in Nederland geldt. Er komt een wettelijke acceptatieplicht en risicoselectie evenals premie-differentiatie worden verboden. De SGP-fractie kan zich op zichzelf in dit voorstel vinden, zij het dat de SGP altijd heeft gekozen voor omslagfinanciering in plaats van verzekeringsfinanciering. Het is voor mijn fractie dan ook essentieel dat er voor gemoedsbezwaarden een wettelijke ontheffingsmogelijkheid blijft. Dat is mij onlangs toegezegd en ik hoor in dit debat graag dat die toezegging wordt bevestigd.

De SGP-fractie vindt op grond van haar christelijke visie dat het pakket wettelijk verzekerde zorg zo breed mogelijk moet zijn. Mijn fractie pleit verder voor een zekere differentiatie in de basispakketten, zodat mensen op grond van hun geloofsovertuiging en ethische opvattingen een hun passend pakket kunnen kiezen. Wij zijn tegen opname in het pakket van ethisch omstreden zaken als abortus provocatus, euthanasie, geslachtsaanpassende ingrepen en gevaarlijke sportgeneeskunde. Aan de andere kant bepleit mijn fractie wel uitbreiding met extra thuiszorg, gehandicaptenzorg en palliatieve zorg. Uit deze keuze mag overigens

worden opgemaakt dat de SGP-fractie een spoedige integratie van het eerste compartiment in de basisverzekering zal toejuichen.

Voorzitter. Waar het gaat om de premieheffing, vindt de SGP-fractie het uit een oogpunt van bewustwording en eigen verantwoordelijkheid belangrijk dat burgers worden geconfronteerd met de kosten van de zorg. Anderzijds speelt ook het draagkrachtprincipe een belangrijke rol. Lagere-inkomensklassen, waaronder uitkeringsgerechtigden en éénverdieners, dienen waar nodig via het sociale verzekeringsstelsel te worden gecompenseerd. De SGP-fractie kiest niet voor compensatie via de fiscaliteit, omdat niet iedere burger een relatie met de fiscus heeft. Dit is dus een ontoereikend instrument. Er zou iets aan vast moeten worden geplakt en het geheel zou bijzonder ingewikkeld worden. Mijn fractie pleit derhalve voor het volgen van de lijn van het socialeverzekeringsstelsel.

Voorzitter. Wat is nu onze conclusie? Wij bepleiten een premiestructuur die uit een inkomensafhankelijk en een nominaal deel bestaat, met daarnaast nog de mogelijkheid van koopkrachtreparatie via het socialeverzekeringsstelsel. Evenals de regering kiezen wij voor de keuzemogelijkheid van eigen bijdragen. Ik ben zeer benieuwd naar de reactie van de regering op de door mij naar voren gebrachte punten.

□

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Wij hebben te maken met een vrij grillig en woelig politiek tijdperk en dan zijn richtinggevende nota's over iets wat ons allen na aan het hart gaat, gezondheid en de zorg daarvoor, van eminent belang. Echter, nóg essentiëler is dat die nota's klip en klaar oplossingen bieden voor voor burgers essentiële problemen, niet van straks maar van nu. Welnu, dan hebben wij vandaag toch een probleem want het hoofdlijnen debat over een nieuw verzekeringsstelsel is een kwestie van veel techniek, van veel moeilijke woorden die mijn moeder en mijn zoon niet snappen, en van een heel lange adem.

Het "hoofdlijnen debat" op straat kent toch een andere teneur. Ik ben daar de laatste tijd vanwege de

Oudkerk

gemeenteraadscampagne heel veel geweest. Wat goed dat mijn kind nu wordt ingeënt, hoelang moet ik wachten op die en die specialist, kan ik nog wel terecht op de intensive care, is er nog wel een huisarts in de buurt; dat zijn de vragen die worden gesteld. In meer persoonlijke zin: zou je niet gewoon weer fulltime huisarts worden in plaats van politicus blijven, want van die laatste hebben wij er genoeg en van die eerste hebben wij er te weinig. Voorzitter, dat geeft te denken.

Nooit hoorde ik op straat de vraag: hoelang moet ik nog wachten op een nieuw stelsel? Niettemin heeft de PvdA de overtuiging dat het niet of-of is, maar en-en. Met andere woorden: allereerst moeten er heel concrete oplossingen komen voor de wachttijden en wachtlijsten van nu, meer geld, meer mensen opleiden, betere plannen, minder regels. Het gaat overigens steeds beter; ik zeg het met complimenten aan het adres van de staatssecretaris, verwijzend naar de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. In de tweede plaats moet ervoor worden gezorgd dat over een aantal jaren de organisatie en de financiering van de zorg zó op poten zijn gezet dat daarmee zieke en gezonde mensen zekerheid wordt geboden. Zekerheid met betrekking tot zorg is nodig vanwege het individuele belang; solidariteit is nodig vanwege het gemeenschappelijke belang. Chronisch zieken en ouderen willen gewoon weten waar ze met een nieuw stelsel aan toe zijn. In goed Hollands betekent dat: wat verbetert er, wat ga ik betalen, wat krijg ik ervoor, waar heb ik recht op, wanneer krijg ik het en wie kan ik aanspreken als ik het niet krijg?

Voorzitter. Dit kabinet zal wat dit betreft geen knopen meer doorhakken, maar de steigers voor een volgend kabinet moeten wél solide zijn. Dit kabinet moet duidelijkheid verschaffen over de consequenties van de keuzen die wij maken en die andere partijen maken. Immers, er valt wat te kiezen en het hangt van de politieke verhoudingen na 15 mei af welke keuze het wordt. Laten wij daar geen doekjes om winden. Wij hebben onze plannen door het CPB laten doorrekenen. Dat is niet zaligmakend maar het werkt wel objectiverend. Wat zijn de gevolgen ervan voor de burgers? Er zijn ook politieke partijen die hun plannen voorlopig nog niet hebben laten doorrekenen, zoals VVD en CDA. Ik

vraag die partijen om de consequenties van hun plannen te laten zien. Immers, dan kunnen burgers écht vergelijken en kiezen.

Voorzitter. De politieke wil en noodzaak om te komen tot een verplichte algemene verzekering voor iedere ingezetene met wat ons betreft publiekrechtelijke grondslag, acceptatieplicht, zorgplicht en risicoverevening, is de meest essentiële stap om tot een solidair verzekeringsstelsel te komen. De PvdA heeft daar elf, twaalf jaar voor gepleit en over een tijdje gaat het ervan komen. Dat is dikke, dikke winst. De genoemde randvoorwaarden zijn cruciaal voor chronisch zieken en andere mensen met gezondheidsproblemen, maar ook voor een spijkerharde borging van de publieke belangen in de zorg. Voorstellen voor minder regelgeving? Daar zijn wij voor. Voorstellen voor een andere verantwoordelijkheidsverdeling? Daar zijn wij voor. Voorstellen voor meer ondernemersvrijheid? Prima! Een passend systeem van checks and balances, zoals het kabinet voorstelt? Natuurlijk, maar die zullen wij wel toetsen aan garanties voor toegang, verantwoording, kwaliteit en met name een kraakhelder toezicht: toezicht op kwaliteit, toezicht op monopolie en kartelvorming, toezicht op prijzen. Je hoeft echt geen econoom te wezen om te weten dat in een schaarse markt, zoals wij nu hebben, de uitkomst maar al te vaak is: te hoge prijzen, te lage capaciteit.

Het kabinet zegt dat de verzekering de noodzakelijke zorg dekt, maar dat willen wij dan graag geconcretiseerd zien. De tandarts wel of niet in het pakket? De PvdA kiest voor wél. Dat geldt ook voor de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnsvoorzieningen zijn de basis voor een veilige zorg. Daar gaan wij niet over onderhandelen. De PvdA is voorstander van de intentie dat verzekeraars actief zorg inkopen, concurreren op service en op kwaliteit. Dat valt tot nu toe vies tegen. Vastgesteld dient ook te worden dat dit alleen maar mogelijk is bij voldoende aanbod, bij voldoende dokters, zusters en broeders en die hebben wij nu eenmaal op dit moment nog niet.

Het kabinet onderschrijft ook onze wens om de uitvoering van de AWBZ aan de ene kant en de algemene verzekering aan de andere kant in

één hand te laten komen, maar schetst dat perspectief op lange termijn. Dat vinden wij een gemiste kans. Die integratie zou juist op een zo kort mogelijke termijn moeten plaatsvinden, niet omdat wij dat willen, maar om de zorg beter te kunnen afstemmen, juist op het grensvlak: ziekenhuiszorg, thuiszorg, verpleeghuiszorg. Daar liggen vaak de problemen. Dat hoort naar mijn mening gewoon in één logische, heldere verzekering.

Het kabinet pleit voor de mogelijkheid van een nominale premie van voldoende omvang. Het kabinet maakt geen keuzes. Ik wilde daar niet te veel woorden aan vuil maken. De PvdA ziet in een verhoging van de huidige nominale premie geen noemenswaardig voordeel. De nadelen voor de lage en middeninkomens wegen zwaar, omdat de jaarlijks vast te stellen compensatie een ingewikkelde en dure procedure is, die vast niet altijd uitkomt bij de mensen die het nodig hebben. Wij willen geen onzekerheid introduceren voor ouderen en chronisch zieken. Wij willen 65-plussers de garantie geven dat zij er met een nieuw stelsel geen eurocent op achteruitgaan. Waarom zou je zoveel energie steken in de hele rimram van het compenseren van al die nominale premies? Dat wordt heel duur en ingewikkeld. Waarom zou je dat invoeren, terwijl de noodzaak ten enen- en ten andere male ontbreekt? Wat is dat, zo vraag ik andere partijen, voor nodeloos verspeelde energie en idioot grote bureaucratie die je over het land uitroept? Niet doen dus!

De Partij van de Arbeid wijst ook de mogelijke invoering van verplichte eigen betalingen af, vanwege het verleden: het specialistengeeltje, de medicijnknaak. Paars had het eigenbijdragesysteem ingevoerd en het is zo verstandig geweest het na twee jaar weer af te schaffen. Bovendien zijn de gezondheidsrisico's van al die eigen betalingen ons te groot. Mensen gaan vaak vanwege de kosten niet naar de dokter en niet omdat zij denken dat het niet nodig is. Een verplicht eigen risico en collectieve contracten ondergraven de solidariteit en brengen uiteindelijk premiestijgingen met zich. Niet doen dus!

Wat willen burgers? Zij willen keuzevrijheid. Maar het gaat toch niet om gloeilampen, om DVD-

Oudkerk

spelers en om breedbeeldtelevisies? Het gaat om zorg. Is keuzevrijheid niet te veel een consumentenkern en veel te weinig een patiëntenkern? Waar gaat het om? Dat je wilt weten wat je waar kunt krijgen, voor hoeveel, waar je recht op hebt, waar het beter is, bij welke dokter of welk ziekenhuis je het beste af bent en bij welke verzekeraar je het beste af bent. Een keer per jaar wisselen is een mooie optie.

Volledige transparantie is noodzakelijk. Wat ons betreft komt er een kwaliteitskaart, net als in het onderwijs, voor instellingen. Wat ons betreft komt er ook een wet die de kwaliteit en de transparantie van zorgverzekeraars vastlegt, net zoals voor beroepsbeoefenaren en als voor zorginstellingen. Wat wil je nu als patiënt? Je wilt gewoon een breed pakket voor een redelijke prijs. That's all. Ik zou bijna zeggen: dan moet je bij de Partij van de Arbeid zijn. Onze voorstellen, die wij aan het CPB hebben voorgelegd, leveren meer doelmatigheid en solidariteit op. Het wordt duidelijk waar je recht op hebt. Je weet dat de toegang voor ieder gelijk gegarandeerd is. Je weet dat de kosten solidair verdeeld zijn. Jong betaalt mee voor oud. Hogere inkomens betalen mee voor lagere. Je weet dat de betaalbaarheid voor lagere inkomens uitgangspunt is, ook op de lange termijn en ook in periodes van economische terugval. Hoezo de weg kwijt, mevrouw Kant? Hoezo de solidaire weg kwijt?

Vandaag gaat het niet om de zorg van vandaag, maar om de zorg van overmorgen. De PvdA wil zich met alles wat zij in zich heeft inzetten voor het behoud van goede, solidaire zorg. Wij willen mensen niet in onzekerheid brengen. Daarom is dit debat wel degelijk van cruciaal belang. Verkeerde keuzes op 15 mei en daarna kunnen heel gemakkelijk verkeerd aflopen. De weg terug zal dan een heel lastige zijn.

Voorzitter: Belinfante



De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. De vorige spreker heeft mij gesterkt in de gedachte het in dit debat niet primair gaat om de geagendeerde kabinetsnotitie Vraag aan bod, laat staan om besluitvorming daarover. Dit debat staat vooral in het teken van partijpolitieke profilering met het oog op de

verkiezingen en de formatie: wie wil wat met het zorgstelsel na 15 mei? De kabinetsnotitie is daarbij niet meer dan een van de inmiddels vele notities, rapporten en adviezen.

Het is eerlijk gezegd nogal gênant dat het kabinet na zo'n twintig jaar discussie over een nieuw stelsel en na acht jaar zelf verantwoordelijkheid te hebben gedragen, niet verder komt dan een "bouwstenennotitie", en dat het daarin dan ook nog eens op politiek cruciale punten wegloopt voor het maken van echte keuzes. Het paarse kabinet legt geen stevig fundament, maar "draagt zijn steentje bij" en laat het verder aan de formateur over. Daar kun je dus niet op bouwen! Dat is temeer beschamend nu de problemen in de zorg zo nijpend zijn: wachtlijsten, zorgvershraling, dreigende tweedeling, enzovoorts. Het moet zeker voor deze minister pijnlijk zijn dat alle partijen, ook haar eigen partij, om het hardst roepen dat in de volgende kabinetsperiode zorg echt de hoogste prioriteit moet krijgen. Een scherper oordeel over haar prestaties van de afgelopen jaren laat zich nauwelijks denken.

Mij ontbreekt de tijd om in detail aan te geven welk zorgstelsel de ChristenUnie voor ogen staat. Dit kan worden nagelezen in een van onze vele fractienotities, die ik heb bijgewerkt tot en met de keuzes die in het kader van de kwalitatieve analyse van het CPB zijn gemaakt, waaraan wij ook hebben meegedaan. Niet alle fracties hebben dit aangedurfd. Deze bijgewerkte notitie zal ik overigens nog vanochtend laten ronddelen zodat mijn collega's en de bewindslieden het nog eens kunnen nalezen. Ik zal de hoofdpunten alvast weergeven. Wij kiezen voor één verplichte, brede basisverzekering voor iedereen met daarin wat wij noemen "noodzakelijke, geïndiceerde en gecertificeerde zorg". Op termijn is die verzekering inclusief de AWBZ, ondergebracht in een "algemene verzekering zorg" maar om te beginnen betreft het grofweg het huidige ziekenfondspakket, minus een aantal controversiële verstrekkingen en plus de tandarts en delen uit het huidige AWBZ-pakket. Dit moet worden uitgevoerd door verzekeraars nieuwe stijl die een acceptatieplicht hebben en niet mogen overgaan tot risicoselectie en premiedifferentiatie. De verzekering moet worden gefinancierd via premies die grotendeels inkomensaf-

hankelijk zijn en slechts voor een deel nominaal. Dit laatste bepleiten wij overigens niet zozeer met het oog op concurrentie, die zeker met allerlei aanstaande megafusies zonder veel betekenis dreigt te worden. Kan de minister overigens een reactie geven op dit verschijnsel? Wij beogen hiermee om naast de solidariteit de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden voor hun zorgverzekering zichtbaar te maken.

Wat die concurrentie betreft, is mijn fractie sowieso nogal sceptisch over het veronderstelde gunstige effect van marktwerking in de zorg, bijvoorbeeld op het punt van de kostenontwikkeling. De verzekerdenmobilititeit is zeer laag; jaarlijks verandert nog geen 5% van de verzekerden van verzekeraar en dan meestal niet vanwege de premie maar doordat men van werkgever verandert en bijvoorbeeld in een collectieve verzekering komt. Onderzoek bevestigt dat de hoogte van de nominale premie hier nauwelijks of geen invloed op heeft, of zelfs dat bij een lage nominale premie er eerder "met de voeten gestemd" wordt dan bij een hoge nominale premie. Hoe taxeert de minister de onderzoeken van het CPB en de Erasmus Universiteit op dit punt? Belangrijker dan een hoge nominale premie zou wel eens kunnen zijn een goede publieksvoorlichting over aanbod, service en premies en overigens ook over de prijzen in de zorg, zodat de keuzevrijheid van verzekerden om te kiezen voor een verzekering op maat daadwerkelijk gestalte kan krijgen. Is de minister het met mij eens dat de overheid hierbij een belangrijke rol kan vervullen?

Ik zie verder grote bezwaren in een fiscale compensatie, die nodig is bij een volledig of overwegend nominale premie. Ik geloof dat dit in het SER-voorstel al ruim 2,5 mld euro kost, waarbij een forse overcompensatie voor veel verzekerden uiteraard onvermijdelijk is. Het alternatief voor "compensatie op maat", zoals bepleit door sommige nominalisten, is evenmin aantrekkelijk vanwege de kostbare bureaucratie van de boekhouding én de te verwachten toename van de zorgconsumptie. De fiscus is dan immers goed voor wat je te veel gebruikt, oftewel, zoals ik ergens las: "de zorgsector krijgt een onvoorwaardelijk trekkingsrecht op de schatkist". Redenen te over dus om te kiezen voor een verstan-

Rouvoet

dige mix van een inkomensafhankelijke en een nominale premie, waarbij die mix zo verstandig moet zijn dat geen fiscale compensatie nodig is en de solidariteit binnen het zorgstelsel wordt georganiseerd. Bedoelde de minister dit, toen zij bij de presentatie van de kabinetsnotitie in juli vorig jaar zei dat het hart van het stelsel ligt in de solidariteit, die je "in het systeem moet inbouwen"? Overigens heeft deze premiestructuur ook principiële-ideologisch onze voorkeur en maakt ze invoeging van de AWBZ te zijner tijd eenvoudiger.

Ten aanzien van de uitvoering vraag ik me af of het stellen van regels aan risicodragende verzekeraars wel in overeenstemming is met de derde richtlijn voor schadeverzekeringen en of een sociale ziektekostenverzekering als de basisverzekering wel mag worden uitgevoerd door winstbeogende verzekeraars of dat daarvoor op zijn minst vereist is dat zo'n verzekeraar een "not for profit"-dochter opricht. Graag een reactie.

De ChristenUnie steunt de ontwikkeling naar een meer vraaggestuurd stelsel, maar ik voel wel met de patiëntenorganisaties mee dat wel erg gemakkelijk wordt aangenomen dat de belangen van patiënten en cliënten adequaat zullen worden behartigd door de verzekeraars die volgens mij toch echt primair andere belangen voor ogen hebben, namelijk het marktaandeel vergroten en efficiencywinsten maken. Daar is niets mis mee, maar daarmee dreigt de zorgvrager uit het beeld te verdwijnen en dat kan de bedoeling niet zijn. Wil de minister hierop reageren?

Een kernvraag bij de vormgeving van het nieuwe stelsel zal zijn hoe de duurzaamheid ervan kan worden gewaarborgd en, meer specifiek, welke instrumenten een overheid die zich beperkt tot de borging van de publieke belangen van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, straks heeft om de collectieve kosten in de hand te houden, bijvoorbeeld als de zorgvraag blijft toenemen. Eerlijk gezegd ben ik daar tamelijk somber over. Hoe ziet de regering dit? Is in laatste instantie pakketverkleining inderdaad de enige uitweg? En dreigt er dan niet echt een onacceptabele tweedeling in de zorg te ontstaan? Over dit type vragen hoort het debat vooral te gaan. Het kabinet geeft echter niet thuis en schuift alle echt belangrijke kwesties op het bordje

van de formateur. Dat is ronduit zwak. De verklaring van de politieke onmacht en besluiteloosheid op een zo cruciaal thema als dit, ligt in de ideologische tegenstellingen tussen de coalitiepartijen, maar een verklaring is nog geen verontschuldiging. Het is inderdaad tijd voor een ander beleid. Nog 63 nachtjes slapen...

□

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Voorzitter. Voorgaande sprekers zeiden al dat de gezondheidszorg ruimschoots in de belangstelling staat. Ik kan dat alleen maar beamen. In de zorgsector is heel hard gewerkt. Dit moet gezegd worden omdat anders de negatieve toonzetting te zeer de overhand krijgt. De afgelopen jaren is terecht veel geld naar de sector gegaan. Het resultaat echter is niet voldoende. Er zijn veel klachten over met name wachtlijsten en tekort aan capaciteit.

De VVD heeft gezien hoe dit beter kan. Het gaat ons hierbij vooral om de organisatie. Er is een luchtbrug naar Spanje voor orthopedische operaties, maar in Nederland zijn er voldoende bedden. Verder staan in bijna ieder ziekenhuis een of meerdere operatiekamers leeg. Ik kan dan niet meer uitleggen dat een dergelijke luchtbrug, met Nederlandse chirurgen, noodzakelijk is. In Nederland zelf is er voldoende capaciteit. In verband met de wachtlijstproblematiek is het afgelopen jaar 73 mln euro op de plank blijven liggen. Dit bedrag kon niet worden besteed, ondanks het feit dat er bedden zijn en operatiekamers leeg staan. Voorts zit naar mijn idee bij de medisch specialisten nog veel verborgen capaciteit. Ik wil graag prikkels aanbrengen die nu in het systeem ontbreken. Ik zal nu de uitgangspunten op basis waarvan de VVD het systeem opgebouwd wil zien, noemen.

Wij moeten garant staan voor toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en goed toezicht. De Consumentenbond heeft in een stuk onlangs voorgesteld een marktmeester, een "zorg-Opta", in te voeren. Ik vind dat idee alleszins de moeite waard en vraag de minister daar nader op in te gaan.

Naar ons idee laat een nieuw stelsel zich kenmerken door vraagsturing. Voorop staat dat de

gezondheidszorg van en voor de burger is.

Wij zijn ook voor heldere bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De minister moet ook kunnen sturen. Dat betekent dat de Kamer zich de kunst van het loslaten nog eigen moet maken. Wij vinden dat de incidentenpolitiek van vooral de laatste tijd de zorg een slecht imago heeft gegeven. Soms is die politiek terecht, maar het is niet goed voor het algemene beeld om alleen daarop de nadruk op te leggen.

Wij willen concurrentie tussen de verzekeraars, een regierol voor de verzekeraars en concurrentie tussen aanbieders. Zij moeten dingen naar de gunsten van de patiënt.

Wij kiezen niet voor één pakket en geen keuzemogelijkheden, maar voor meer pakketten; de SER is daar door een buitengewoon aantrekkelijke en creatieve manier van denken op uitgekomen.

De nominale premie leidt volgens ons tot meer vraagsturing. De inkomensafhankelijke premie kan uiteindelijk duur uitpakken voor de burger. Ik vind dat wij de premiestelling niet de hoofdmoot van de discussie over de zorg moeten maken. Inkomenspolitiek hoort niet thuis in de zorg, want die versluiert het debat over de zorg zelf.

Verder zijn wij voor een eigen risico en kiezen wij voor een hoger eigen risico dan het lagere verplichte bedrag dat nu bestaat, met een volledige correctie voor inkomenseffecten via de fiscaliteit.

Wij willen de AWBZ graag apart houden met dezelfde premiestelling als nu. Die moet dus inkomensafhankelijk zijn, ook gezien de aard van de langdurig onverzekerbare zorg die in onze ogen alleen daarin moet worden opgenomen.

Regels willen wij afschaffen. Heel vaak gaat nieuw beleid gepaard met nieuwe regels, vooral ook in deze Kamer. Als die nieuwe regels maar een klein beetje beter zijn dan de vorige, vindt de VVD-fractie ze niet voldoende. De ruimte voor de sector moet zodanig zijn, dat men er ook gebruik van kan maken. Alle capaciteiten die naar mijn idee nog in het systeem zitten, moeten ook gebruikt kunnen worden.

Ik vraag de minister om de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) af te bouwen waar de capaciteit ruim is. Bovendien vraag ik om een experimenteerartikel in de WTG, zodat een experiment zoals dat van

Van Blerck-Woerdman

CZ in Zuid-Limburg waar artsen beloond worden voor zuinig en zinnig voorschrijven, mogelijk wordt. Volgens mij kun je dat doen via beleidswijziging, maar het kan heel snel via een experimenteerartikel.

De WEZ is wellicht een beetje beter dan de WZV, maar in onze ogen is dat niet goed genoeg. Daar had een veel grotere stap gezet moeten worden dan op dit moment gebeurt.

Werkers in de zorg moeten meer invloed krijgen op hun beroep. De cao werkt in dit verband ook niet direct ruimtegevend. Wij vinden dat de Randstad een andere plek is om te wonen en te werken dan de dunbevolkte gebieden. In de cao zou dat ook tot uiting moeten komen.

Budgettering van instellingen moet wat ons betreft afgeschaft worden.

Wij willen minder overhead. In de zorg mogen er best wat minder managers komen, maar vooral ook betere; die toevoeging is absoluut op haar plaats. Een goede dokter is niet per se een goede manager. Ieder zijn vak; ik denk dat het twee zeer aparte beroepen zijn.

Ik hoop dat de commissie-De Beer zo snel mogelijk met haar opdracht zal beginnen en dat de 300 mln die bespaard wordt, zo snel mogelijk wordt aangewend ten behoeve van de ICT in de zorg. De ICT vormt op zichzelf namelijk een zorgenkind. Daarbij denk ik aan de procedureversnelling ten behoeve van de patiënt. Ik wil de minister vragen de commissie-De Beer een groot ziekenhuis, zoals een academisch ziekenhuis, en een klein ziekenhuis op het punt van de omvang van het management te vergelijken met een bedrijf. Ziekenhuizen zijn geen bedrijven, maar je kunt ze wel met bedrijven vergelijken. Er kan natuurlijk ook sprake zijn van indianenverhalen en om die uit de wereld te helpen zou ik graag van de minister horen of zij de commissie-De Beer deze vergelijking wil laten maken.

Voorzitter. Wij dichten de verzekeraars een buitengewoon belangrijke rol toe. Zij zouden kunnen zeggen waartoe zij in staat zijn. De minister zou ze kunnen vragen dat aan te geven. Ik meen dat het ongewenst is als de verzekeraars nu een te grote broek aantrekken en zeggen alles te kunnen. Over een jaar zouden wij kunnen constateren dat de pogingen niet zijn gelukt en ik

vrees dat dat het geval zal zijn, want je kunt niet in één jaar alles goed doen. Met een stappenplan zou men duidelijk kunnen maken wat de volgorde zal zijn voor de zaken die helemaal naar de verzekeraars overgaan, inclusief de bijbehorende bevoegdheden

De VVD-fractie heeft ingestemd met de kwantitatieve doorrekening door het CPB. Het CPB wilde echter ook de kwalitatieve doorrekening doen, maar de VVD-fractie vond dat daartoe geen aanleiding was. Als het CPB dit zou doen, zou het op de stoel van de politiek gaan zitten. Wij vinden dat de kiezer zich over ons verkiezingsprogramma moet uitspreken.

Wat betekent dit voor Zorg aan bod? Met belangstelling heb ik de nota van het kabinet gelezen. Voorzover die overeenkomt met onze visie op de toekomst van de zorg, kunnen wij ermee instemmen. Er is nog een aantal hobbels te nemen. Wij gaan ervan uit dat daarover in een formatiebespreking overeenstemming valt te bereiken. In ieder geval is de eerste stap in de goede richting gezet. Wat ons betreft wordt in de zorgsector niet bezuinigd op geld, maar wel op regels. Dat lijkt ons buitengewoon cruciaal.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik begin mijn betoog op een andere manier dan ik mij had voorgenoemd. Allereerst wil ik ingaan op wat mevrouw Van Blerck zei. Zij sprak over de nota Zorg aan bod, maar het is de nota: Vraag aan bod. Ging het maar om "zorg aan bod"! De mensen op straat praten namelijk over heel iets anders dan over vraagaanbod. Zij praten over de wachtlijsten en de luchtbruggen van mevrouw Van Blerck. Zij zei: het is en-en, we moeten zowel over het een als over het ander spreken, dus ook over de verandering van het verzekeringsstelsel. Dat ben ik met haar eens, maar waar is dan het eerste gedeelte? Waar is dan het gedeelte waar het de patiënt om gaat, dat gaat over zorgaanbod? Ik heb dat niet gezien en daarover gaat mijn betoog.

De heer Oudkerk zei, een beetje ouderwets denkend, wat hij vindt. Letterlijk zei hij: Voor een breed pakket voor een redelijke prijs moet je bij de PvdA zijn. Nou, dat hebben wij de afgelopen periode kunnen

zien, nietwaar! Ik meen dat hij ook nu te weinig over de aanpak van de daadwerkelijke knelpunten in de zorg heeft gezegd. Hij zei ook nog dat hij zich zal inzetten voor het behoud van goede zorg. Dat is helemaal Freudiaans! Mijnheer Oudkerk, wij hebben geen goede zorg. Wij hebben wachtlijsten, wij hebben een te grote werkdruk en een veel te groot capaciteitstekort. Hierop ga ik nu niet verder in, want in deze eerste termijn mag niet worden geïnterrumpeerd. Straks komen wij ongetwijfeld hierop terug.

De **voorzitter**: Misschien kunt u iets minder uitlokken tot het plegen van interrupties. Het is maar een suggestie.

De heer **Buijs** (CDA): Maar de heer Oudkerk is daarmee begonnen. Hij zei dat het onder de PvdA allemaal zo goed was. Zoiets moet hij natuurlijk niet zeggen.

De **voorzitter**: Het lijkt mij goed dat u uw betoog op een bij het debat passende toon vervolgt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik zal enigszins dimmen. Ik wil in ieder geval wel hebben gezegd dat de nota Vraag aan bod een groot manco vertoont. Wat er niet in staat, is veel belangrijker dan wat er wel in staat. Er staat namelijk niet in hoe wij het capaciteitsprobleem in Nederland kunnen oplossen, maar dat is het grootste probleem. De overdaad aan bureaucratisch dirigisme, met als gevolg capaciteitstekort en onbenutte capaciteit in de afgelopen periode, is debet geweest aan de problemen waarin wij nu verzeild zijn geraakt. Ik zeg het maar klip en klaar: er is de afgelopen kabinetsperiode te weinig geïnvesteerd in menselijk kapitaal; te weinig artsen, te weinig verpleegkundigen. Een jaar of drie geleden dienden wij een motie in over het opheffen van de numerus fixus, maar de coalitie steunde die niet. De motie werd afgewezen. Nu moet er echter een inhaalslag plaatsvinden door extra te investeren in menselijk kapitaal. Toch blijven we achter de feiten aanlopen, want het is nog steeds mondjesmaat. Hoever is de minister in het overleg met minister Hermans gevorderd als het gaat om de besluitvorming over de aanpak van de capaciteitsproblemen, oftewel het wegnemen van de belemmeringen voor het op peil brengen van de

Buijs

instroom van geneeskunde-studenten? Ik ben het met collega Oudkerk eens dat, als wij praten over een oplossing van alle problemen, het en-en is, maar wij moeten onze ogen niet sluiten voor het grote probleem van het capaciteitstekort. Ik vraag de minister daarom, nog voordat zij opstapt, een nota "capaciteit aan bod" uit te brengen. Capaciteitsaanbod plus vraagaanbod tezamen geven een werkelijke impuls aan een oplossing van de knelpunten.

De capaciteit heeft ook een gigantische impact op de sturing in de zorg. Er zijn te weinig dokters. Je kunt wel beweren dat er keuzevrijheid voor patiënten moet zijn, maar de patiënten kunnen niet kiezen. Ze kunnen uitsluitend kiezen op welke wachtlijst ze willen staan. Als er te weinig dokters zijn, dan kan de zorgplicht van verzekeraars niet worden ingevuld. De sturing in de zorg is dus sterk afhankelijk van voldoende capaciteit. Als wij concurrentie willen, als wij prikkels willen, dan betekent dit dat er in het zorgmodel uitgebreid aandacht moet worden besteed aan de gewenste capaciteit. Ik ben het eens met het gestelde door mevrouw Van Blerck over de huidige verandering op dit punt en dat men het beleid tot nu toe nauwelijks durft los te laten. Kijk je naar de Wet ziekenhuisvoorzieningen, met in de plaats daarvoor de WEZ, dan zie je opnieuw een proces van nieuwe regelgeving. Wij zijn echter voor dereguleren, voor minder regels in de zorg. Dat moet het adagium zijn. Ik steun de oproep van mevrouw Van Blerck dus van harte. Er moet worden bekeken hoe de WTG op een andere manier kan worden ingezet. Er zouden meer prikkels moeten worden ingebouwd. Je moet de WTG niet zien als kostenbeheersingselement, maar als stimuleringspatroon.

Wij moeten wachten op de DBC's, maar de verdere ontwikkeling daarvan stopt momenteel, omdat de goodwillproblematiek van specialisten nog steeds niet is opgelost. Geloof de minister er nog in dat die DBC's in 2003 klaar zijn?

Dan kom ik te spreken over het piéce de résistance, de aanpassing van het verzekeringsstelsel. Solidariteit tussen jong en oud, arm en rijk en ziek en gezond, is voor het CDA uitgangspunt. Met name chronisch zieken, gehandicapten en ouderen dienen te kunnen rekenen

op goede zorg tegen een betaalbare premie. Dit is en blijft het uitgangspunt van het CDA. Daarnaast is de acceptatieplicht van de verzekerde en de toegang tot een breed pakket noodzakelijke zorg het uitgangspunt van het CDA. Hoewel het kabinet van mening is dat het verzekeringskarakter moet worden hersteld, worden verzekeraars uitvoerders van een publieke regeling met vrijheidsgraden. Bovendien zullen de huidige particuliere verzekeraars als het ware moeten worden genationaliseerd, zoals dit kabinet ook met de uitvoering van de sociale zekerheid heeft gedaan. Het CDA wil de gewenste solidariteit vormgeven door het introduceren van een zorgkorting in de inkomstenbelasting. Ik ben blij met de geluiden van de VVD op dit punt. Indien de zorgkosten de 10% van het huishoudinkomen te boven gaan, dan moet de zorgkorting van toepassing worden.

Voorzitter. Het waren vooral de ouderenbonden – de heer Oudkerk heeft daaraan gerefereerd – die hun twijfels hadden over die 10% zorgkorting. Het CDA heeft goed geluisterd en de goede ideeën van de ouderenbonden wel degelijk ter harte genomen. Dit heeft ertoe geleid dat er een amendement op het CDA-verkiezingsprogramma is aangenomen, dat stelt dat deze lastenmaximeringspercentages moeten worden vastgelegd in de socialezekerheidswetgeving. Wij willen dus geen enkele onzekerheid laten bestaan, ook niet voor de ouderen. Een onderzoek moet dan vervolgens duidelijk maken – als het ware zekerstellen – dat er geen nadelige gevolgen optreden voor de koopkracht van ouderen. Want ook het CDA staat voor inkomensafhankelijkheid, maar dan wel op een manier die met het oog op de toekomst houdbaar is. Kortom, het CDA staat pal voor de solidariteit. Wij zullen hier in tweede termijn ongetwijfeld op terugkomen.

Met nadruk stelt mijn fractie dat de toekomstige zorgverzekering gelijk moet zijn aan de particuliere standaardverzekering onder publieke waarborgen. De SER maakt overigens deze keuze ook. De nota Vraag aan bod kiest echter voor een publiekrechtelijke zorgverzekering, enigszins te vergelijken met een nationaal ziekenfonds. De samenstelling van het pakket noodzakelijke zorg komt in de visie van het CDA

overeen met wat er nu in het ziekenfondspakket zit. Ook daarover geen twijfel; een breed pakket. In het model dat het CDA voor ogen staat, blijft de AWBZ voor chronisch zieken en gehandicapten intact. Wel stellen wij voor om kortdurende zorg – zorg die korter duurt dan 365 dagen – na het scheiden van wonen en zorg over te hevelen naar het tweede compartiment. Dat zal met name voor grote delen van de GGZ van toepassing zijn. Het financieel scheiden van wonen en zorg in de AWBZ onder gelijktijdige invoering van persoonsgebonden zorgbudgetten zal ook hier de keuzevrijheid van verzekerden kunnen vergroten. Kan de minister de Kamer meedelen hoever de voorbereiding is gevorderd met de brutoering van de zorgtarieven en de balansverkortingen van instellingen oftewel uitvoering van de motie-Dankers?

Voorzitter. Er is de afgelopen periode nogal wat rumoer geweest rondom dit onderwerp, vooral in de media. De discussie spitste zich eigenlijk toe op de vraag op welke wijze partijen in deze Kamer de gewenste solidariteit zichtbaar maken. Daar ligt het essentiële punt. Ik denk dat de fractie van het CDA in haar aanpak, met een garantie in het kader van de socialezekerheidswetgeving, de solidariteit terugbrengt waar zij hoort, namelijk bij de inkomens. In de verzekering van de zorg behoort men geen inkomenspolitiek te bedrijven. Op andere terreinen gebeurt dat ook niet. Ik roep de PvdA dan ook op om het ouderwetse denken te verlaten en een klein stapje te doen in deze richting. Wij hebben hetzelfde uitgangspunt, mijnheer Oudkerk!

Voorzitter. Het zal de minister duidelijk zijn dat het CDA op hoofdlijnen niet kan instemmen met de kabinetsvisie in Vraag aan bod. Hooguit kan gesteld worden dat de minister haar best heeft gedaan, de grondtoon van dirigisme in de nota een andere kleur te geven. Maar, voorzitter, loslaten heeft bij ons een groene kleur, zodat verantwoordelijke mensen in de zorg ook weer kunnen opbloeien.

□

De heer **Bakker** (D66): Mevrouw de voorzitter. Het valt te betreuren dat dit debat niet eerder heeft plaatsgevonden. Het kabinet heeft op 6 juli de nota Vraag aan bod aan de Kamer

Bakker

gestuurd, waarin op hoofdlijnen een nieuw stelsel van verzekeringen en van sturing in de gezondheidszorg wordt beschreven. De nota gaat veel verder dan wat bijvoorbeeld in het regeerakkoord was overeengekomen. Daarvoor is natuurlijk ook alle aanleiding. Wij hebben dat hard nodig. Iedereen weet dat en er is zelfs een grote mate van consensus over de richting, zelfs waar het gaat om de inrichting van de toekomstige verzekeringen, behalve over de inkomenspolitieke vormgeving daarvan. Voor de zoveelste keer wachten noodzakelijke veranderingen op inkomenspolitiek. Voor de zoveelste keer wacht de zorg op politieke meningsverschillen en dat is eigenlijk onverdraaglijk. Wij staan nu vlak voor verkiezingen en de formatie van een nieuw kabinet, maar het lijkt erop dat sommigen bepaalde oplossingen al tot ononderhandelbaar verklaren. Dat is, eerlijk gezegd, allemaal grootspraak voor de kiezers, want iedereen weet dat de uitkomst ongeveer vastligt: een redelijke mix van inkomensafhankelijk en nominaal. Substantieel nominaal als onmisbare prikkel in het nieuwe stelsel voor verzekeraars en verzekerden en voldoende inkomensafhankelijk om inkomenssolidariteit vorm te geven, waarbij de voorkeur voor het voeren van inkomenspolitiek uitgaat naar het belastingstelsel. Daar kan, in samenhang met alle andere overwegingen, inkomenspolitiek worden bedreven, met als randvoorwaarde inkomensneutraliteit. Ik ben het eens met de Stichting van de Arbeid: adequate, duurzame en toekomstbestendige inkomenscompensatie, die wettelijk wordt vastgelegd en waarvoor nieuwe instrumenten nodig zijn, zoals een negatieve aanslag ten behoeve van de zorg.

De voor D66 belangrijke uitgangspunten zijn vastgelegd in de notitie Kiezen met zorg: een absolute risicosolidariteit tussen jong en oud en tussen ziek en gezond, acceptatie en zorgplicht voor zekeraars, substantiële nominale premies als centraal instrument om verzekerden en verzekeraars tot centrale actoren te maken in het stelsel, een inkomenspolitiek die zoveel mogelijk buiten het stelsel wordt gehouden, een breed pakket aan voorzieningen en het centraal stellen van het verzekeringsprincipe. Wie behoefte heeft aan zorg, moet die zorg tijdig

geleverd krijgen. Zij moet van een hoog kwalitatief niveau zijn en voor iedereen even toegankelijk.

Het laatste principe, de vraagsturing, is misschien wel het belangrijkste. Vraagsturing wordt wel eens gebruikt als bezweringsformule om de kritiek op de knelpunten in de zorg te pareren. Het is daarom van belang om te bezien waar het bij die vraagsturing precies om gaat. Het primaire contact in de zorg tussen patiënt en behandelaar, de arts, de fysiotherapeut, de verpleegkundige, is en behoort het centrum te zijn waaromheen de rest wordt georganiseerd. Arts en patiënt maken samen uit welke zorg in een concrete situatie gepast is. De financiering en de organisatie volgen dit. Dat is de kern. Tegelijkertijd is deze heel ver verwijderd van de huidige situatie, waarin nog steeds alle sturing van boven komt in een model waarop zowel Kafka als Lenin jaloers zouden zijn. Centrale aanbodregulering, centrale tariefregulering: een centrale sturing op alle fronten. Het is een spervuur van afspraken, regels en bepalingen die elk een overmaat aan bureaucratie en managers vereisen. Tussen de goede bedoelingen van Den Haag en de behandeling van de patiënt zitten regels, mensen, centen en wetten in de weg.

Natuurlijk hebben al die systemen hun wortels in het verleden, vooral in financieel opzicht. Aanbodsturing, BKZ, WTG, WZV, was onmisbaar om het totaal van overheidsuitgaven en -financiën terug in balans te brengen, maar die taak is volbracht. Het is dus hoog tijd om de kern van de gezondheidszorg, arts en patiënt, weer centraal te stellen. Zo kan ook antwoord worden gegeven op de brede behoefte in de samenleving aan meer en betere zorg en op het misverstand dat een duurdere auto of nog eens op vakantie goed zijn voor de economie en meer zorg een molensteen is omdat dit hogere arbeidskosten genereert. Als wij de beste zorg willen en ouderen en gehandicapten beter willen verzorgen en recht op het beste willen geven, moeten wij betere zorg ook zien als een besteding van onze welvaart en niet alleen als een hinderpaal van welvaart.

Wij moeten daarom af van al die afkortingen die symbool staan voor de beperkende overheid. Weg met het BKZ, de WTG, de WZV en wat dies meer zij. Eigenlijk is het in het licht van alle grote problemen

onverdraaglijk dat wij er tot nu toe niet in zijn geslaagd om die bakens met meer daadkracht en sneller te verzetten. En met "wij" bedoel ik het politieke systeem. Wij weten allemaal waar het naartoe moet. Daarover bestaat grote consensus, maar ideologie en verkiezingsdrift zorgen ervoor dat wij daar nog jaren op moeten wachten. Niet doen dus, zou ik zeggen.

Natuurlijk is het nieuwe stelsel nog niet helemaal kant-en-klaar. Tal van vragen moeten nog van een helder antwoord worden voorzien en er moeten keuzes worden gemaakt. Een aantal van die punten wil ik aansnijden.

Eerst ga ik in op de regierol van de verzekeraars. Het uitgangspunt is dat de arts en de patiënt samen uitmaken wat de gepaste behandeling is. Die zorg wordt ingekocht door de verzekeraars bij de aanbieders, maar wat is precies de regierol? Is dat de inkoop, de gezamenlijke marktinformatie die op deze manier tot uitdrukking komt? Of is het meer, is het de daarvan afgeleide rol om op te treden in de beleidsmatige sturing van de zorg? Vervangt dit dan de Haagse en regionale sturing van voorzieningen of is het daar een aanvulling op? Hoe kan die regierol nader worden gedefinieerd en hoe verhoudt die zich tot bijvoorbeeld de rol van de huisarts in het systeem, die wij immers poortwachter willen laten zijn en blijven? En wie houdt daarop toezicht? Er wordt wel gesproken over de NMa. Dat is belangrijk, maar D66 is in zo'n beginnende situatie voorstander van een regulator in de markt die een rol heeft die vergelijkbaar is met die van de Opta op het terrein van de telecommunicatie.

In het financieringssysteem wordt inzake de verzekeraars enerzijds gewezen op concurrentie en anderzijds op risicoverevening. Beide zijn noodzakelijk, maar wat is de balans tussen die twee? Welke mate van risico wordt door verzekeraars gedragen? Dat bepaalt immers in welke mate zij de prikkels voelen om namens de klant op te treden. Let wel: namens de klant en niet als bezoldigd uitvoerder van het Rijk. Ik ben dan ook benieuwd wat in de nota precies wordt bedoeld met "risicovergoeding vooraf". Hoe moet ik dat zien in relatie tot de risicoverevening achteraf?

Welke regierol is er eigenlijk voor de patiënten, de verzekerden, de

Bakker

consumenten? De Nederlandse patiënten/consumentenfederatie schrijft dat de nadruk op de regierol van verzekeraars de rol van patiënten een beetje buiten beeld brengt. Ook de Consumentenbond uit soortgelijke kritiek en ik begrijp dat. Want naast de individuele patiënt is het zaak, de positie van verzekerden en patiënten als groep in het nieuwe stelsel te waarborgen en wel op de volgende wijze:

1. via toezicht;
2. via de betrokkenheid bij het beleid van verzekeraars;
3. via een zo groot mogelijke transparantie van de verzekeringsmarkt en de aanbiedermarkt;
4. via heldere leveringsvoorwaarden, want wat koop je als verzekerde, welke rechten kun je eraan ontlenen, welke leveringsvoorwaarden horen erbij en welke leveringstijden;
5. geschillenbeslechting; als je parket na drie dagen krom trekt, heb je rechten, maar als je na drie maanden nog niet geopereerd wordt, kun je eigenlijk nergens heen en ook dat behoort in het nieuwe stelsel te worden gewaarborgd;
6. in beginsel wordt gekozen voor verstrekkingen in natura, maar wat zal daarin de rol zijn van persoonsgebonden budgetten, waarin de patiënt letterlijk als klant optreedt en wat is de relatie daarvan met de zorginkoopfunctie van de verzekeraars?

Zou de minister willen reageren op deze zes elementen?

De vergadering wordt van 11.25 uur tot 11.45 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik herinner de leden eraan dat zij niet mochten interrumperen in hun eigen eerste termijn. Het is de bedoeling dat zij dit ook niet doen in de termijn van de minister. Zij heeft er ook behoefte aan haar betoog op haar eigen manier in te richten. Zo dit dringend gewenst is, kan na afloop van het antwoord van de minister een feitelijke vraag per fractie worden gesteld. Daarna volgt het antwoord van de staatssecretaris. In de tweede termijn kunt u doen wat u wilt.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter. Ik wil graag beginnen met de constatering dat er veel overeenstemming in deze Kamer bestaat en ook tussen Kamer en regering over de vraag waar wij naartoe willen met

de gezondheidszorg. De toon is in eerste termijn hier en daar scherp geweest – wij zijn niet zover van de verkiezingen en dit bepaalt ten dele de woordkeus – maar dit verhult toch niet dat er op hoofdlijnen veel overeenstemming bestaat. De heer Oudkerk formuleerde dit heel mooi door drie keer te zeggen: dikke, dikke winst. Mevrouw Van Blerck zei dit ook, maar ietsje zuiniger. Zij sprak over een eerste stap.

Wij zijn het in de eerste plaats eens over het feit dat wij zo snel mogelijk de problemen moeten oplossen waarvan de mensen nu last hebben. Terecht is gezegd dat dit te maken heeft met lange wachttijden en lange wachtlijsten en met het personeelsgebrek waarvan patiënten die eenmaal in de zorg zijn opgenomen, ook wel het een en ander merken. Dit moet zo snel mogelijk worden opgelost.

Wij zijn het er ook over eens dat dit een kwestie is van twee dingen: geld en een andere organisatie van de zorg. In de komende jaren zal er inderdaad ook nog meer geld nodig zijn. Mevrouw Van Blerck heeft dit bijvoorbeeld heel expliciet gezegd en ook minister Zalm heeft dit gisteravond duidelijk gezegd in een televisie-uitzending. Wij zijn het er echter ook over eens dat wij met geld alleen de problemen niet oplossen; de zaak moet anders worden georganiseerd.

De heer Bakker zei al: de sturing komt nu van boven. Ik heb geconstateerd dat wij allen vinden dat de sturing naar beneden moet. De zorg moet weer worden teruggegeven aan de mensen die werkelijk met de zorg bezig zijn: de artsen, de verpleegkundigen en de goede managers, want ook die mogen blijven.

Dit is nu precies waarover onze nota Vraag aan bod gaat. De nota gaat in op het sturingsvraagstuk en op de deregulering. In dit verband verwijs ik naar de nota Speelruimte en verantwoordelijkheid over de WTG. Het sluitstuk van dit geheel is een nieuwe zorgverzekering, maar niemand in het kabinet denkt dat met een nieuwe zorgverzekering de wachtlijsten kunnen worden opgelost.

Er is dus vernieuwing nodig van onze gezondheidszorg langs twee sporen. De verandering van de sturing is de afgelopen jaren in gang gezet en er is al heel veel gebeurd. Degenen die zoals de heer Rouvoet

zeggen dat wij nu eindelijk eens met iets komen, wijs ik erop dat wij al jaren geleden dit proces zijn ingegaan. Dit is niet iets wat je even met een druk op de knop kunt doen. Dit vraagt om gedragsverandering, om andere rollen en om andere verantwoordelijkheden. Iedereen moet daarop worden voorbereid. Bovendien moet de verkoop intussen gewoon doorgaan. Wij mogen geen chaos in de zorg veroorzaken door alles binnen een jaar compleet te willen veranderen.

Het tweede spoor is de verzekering. Het is goed om te beginnen met de vraag waarom vernieuwing van het zorgstelsel noodzakelijk is. Ons antwoord op die vraag is dat wij het zorgstelsel moeten aanpassen aan de eisen van deze tijd, maar ook aan de toekomst. Het stelsel moet toekomstbestendig zijn en het moet ook Europabestendig zijn. Europa-bestendig betekent dat de WTZ moet verdwijnen en dat er geen landelijke afspraken meer mogen worden gemaakt. Verder zullen wij Brussel ook tegenkomen als wij met contracteerverplichtingen blijven werken.

Een aantal aspecten van het stelsel zal moeten worden verbeterd. Het zal meer vraaggericht moeten werken en doelmatiger moeten worden. Met dezelfde hoeveelheid geld zal zoveel mogelijk zorg moeten worden geleverd. Verder zal de risicosolidariteit moeten worden gegarandeerd. Pas als dat is gerealiseerd, kunnen wij adequaat inspelen op de ontwikkelingen die er nu al voor een deel zijn of voorspelbaar zijn.

De eerste belangrijke ontwikkeling waarop een antwoord zal moeten worden gevonden is de vergrijzing. In 2010 vierten de eerste babyboomers hun 65ste verjaardag en daarna hebben wij decennialang te maken met een stijgend percentage ouderen in onze bevolking. Ouderen hebben nu eenmaal de meeste zorg nodig en daardoor zal de zorg een steeds grotere hap nodig hebben uit de collectieve koek. Dat noopt ons ertoe om het systeem zo doelmatig mogelijk te laten werken. Er moet meer geld naartoe, maar natuurlijk niet onnodig meer geld. Een centraal door de overheid gestuurd systeem kan die doelmatigheid niet leveren. Daar zijn wij het nu allemaal over eens.

Ook andere ontwikkelingen maken veranderingen nodig. Zo zullen verantwoordelijkheden moeten

Borst-Eilers

worden gedecentraliseerd. De burgers worden immers mondiger en zijn gelukkig steeds beter geïnformeerd. Deze kritische consumenten die weten wat zij willen, vragen om zorg die zoveel mogelijk aan hun individuele behoeften is aangepast. Ook dat kun je niet regelen in het huidige centralistische stelsel. In de organisatie van de zorg zijn allerlei veranderingen zichtbaar, waarmee men probeert in te spelen op de wijzigende wensen. De zorgsector staat niet stil, maar dat laat onverlet dat wij moeten zorgen voor verdere deregulering. Die vernieuwingen worden voor een deel immers te veel ingeperkt door de huidige regels.

In de toekomst zullen als gevolg van de vergrijzing hogere eisen worden gesteld aan de risico-solidariteit. Er zal een duidelijke verschuiving zichtbaar worden bij de zorgverzekeringen in de richting van ongunstige gezondheidsrisico's. Een andere factor die hierbij een rol speelt, is de kennis van onze erfelijke eigenschappen, de kennis van het menselijk genoom. Men is het er over het algemeen over eens dat de voorspellende geneeskunde een steeds grotere rol zal gaan spelen. In de toekomst wordt het namelijk waarschijnlijk mogelijk om al van tevoren vast te stellen of mensen een slechter gezondheidsrisico hebben. Dat vraagt absoluut om risicosolidariteit in het verzekeringsstelsel en die is nu niet over de hele linie aanwezig.

Door de wetten die het zorgaanbod centraal regelen, en de lappendeken van het huidige verzekeringsstelsel komen de doelen die wij allemaal nastreven, namelijk vraaggerichtheid, doelmatigheid en risicosolidariteit, steeds meer in de knel. Door decentralisatie en deregulering van de aanbodwetgeving en door het invoeren van één algemene ziektekostenverzekering wil de regering het systeem aanpassen aan de nieuwe eisen. Dat is de boodschap van de nota Vraag aan bod.

Wij willen de centrale regie loslaten en overdragen aan de Nederlandse ziektekostenverzekeraars. Dat is een van de kernelementen in het systeem. De ziektekostenverzekeraars zijn in staat om te zorgen voor een vraaggerichte en doelmatige zorgregie. Daarvoor en voor de risicosolidariteit is het echter wel nodig dat alle verzeke-

raars een wettelijke zorgplicht en acceptatieplicht krijgen. Binnen die context en voorwaarden moeten zij met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerde. Door enkele sprekers is gevraagd of zij die rol wel kunnen waarmaken. Wij denken dat de ziektekostenverzekeraar in de Nederlandse context de meest natuurlijk partij is aan wie de overheid een belangrijk deel van de zorgregie kan en wil toevertrouwen.

Deze uitspraak is op zichzelf onvoldoende, want wij moeten tegelijkertijd ook een fundament neerleggen van waarborgen en instrumenten. Aan dat fundament hebben wij de afgelopen jaren gewerkt. Ik wijs op het beleid dat wij de afgelopen tien jaar hebben gevoerd voor de ziekenfondsen. Al deze fondsen werken inmiddels landelijk en hebben deels een nominale premie gekregen. Het allerbelangrijkste is echter dat zij voor een substantieel deel van hun budget volledig risicodragend zijn geworden. Dit leidt tot gedragseffecten bij de ziekenfondsen en die ziet men ook als men ze wil zien. Veel verzekeraars zijn werk gaan maken van zorgbemiddeling en van zorgregie. Velen hebben kritiek op de wijze waarop de huidige verzekeraars handelen maar ik denk dat ze niet goed opletten. Natuurlijk zijn wij er nog niet, maar er is heel wat gebeurd en daarvan geef ik enkele voorbeelden.

Zorgverzekeraars constateren dat in hun voornaamste werkgebied meer specialisten zouden moeten worden aangesteld, maar dat het ziekenhuisbudget daarvoor niet toereikend is. Zij investeren daar zelf financieel in. Ik verwijs naar Friesland. Daar komen meer orthopeden, met geld van de zorgverzekeraar, en vervolgens ziet men de wachtlijsten teruglopen. Er zijn verzekeraars, waaronder CZ, die het goedkoper voorschrijven door huisartsen krachtig ter hand hebben genomen door afspraken met die huisartsen te maken en hun een financiële incentive te geven, met een heel goed resultaat. Zorgverzekeraars faciliteren voorts de avond-, nacht- en weekenddiensten van de huisartsen. Ze doen dat zeer actief en betrokken. Er zijn steeds meer verzekeraars die bij de vestigingsproblemen van huisartsen hun nek uitsteken en zelfs meedelen in financiële risico's. Er zijn zorgverzekeraars die transmurale

projecten financieren. Bovendien doen ze eigenlijk allemaal aan wachtlijstbemiddeling, en als het in Nederland niet lukt, mag de patiënt naar het buitenland.

Is het nu zo erg dat die patiënt naar Spanje moet en waarom moet hij daar naartoe? Voorzitter. Alles is in Nederland aanwezig waar het gaat om bedden en specialisten. Echter, wat er in bijvoorbeeld Den Haag niet is, dat zijn de verpleegkundigen. Er is in deze regio een enorm tekort aan verpleegkundigen, maar die zijn er wél in Spanje. Daarom gaat de dokter met de patiënt naar Spanje. Ik heb gehoord dat de patiënten daarover heel tevreden zijn. Natuurlijk is dit niet de ideale oplossing tot in lengte van jaren maar als zich nu dergelijke problemen voordoen, is het toch prima dat ze op deze manier tijdelijk kunnen worden opgelost?

Er gaan trouwens steeds meer patiënten naar België en Duitsland om daar geholpen te worden als ze hier te lang moeten wachten. Ik vind dat prima want wij hebben voor de wachtlijstbestrijding een geclausuleerde openeinderegeling. Er is niets tegen wanneer een zorgverzekeraar zegt: ik help een deel van mijn verzekerden door afspraken te maken met Belgische en Duitse ziekenhuizen. Wat de cure betreft kan dat; wat de care betreft is het natuurlijk een heel ander verhaal.

Voorzitter. Dit alles vormt mijns inziens een goede reden om in vertrouwen met de verzekeraars verder te gaan, maar het is niet de enige reden. Er zijn nog allerlei bestuurlijke verbeteringen mogelijk en ook nodig en daarmee kan deze weg nog meer vertrouwenwekkend worden gemaakt. In de eerste plaats noem ik het opheffen van verschillen met betrekking tot de spelregels. Wij staan op het moment voor een bijna onmogelijke bestuurlijke opgave gelet op het feit dat nu eenderde van de verzekeringsmarkt in handen is van verzekeraars die zich volledig kunnen onttrekken aan de acceptatieplicht, de zorgplicht en al die andere mooie activiteiten die ik heb genoemd. Dat zijn gewoon freeriders die meeliften op de successen van de ziekenfondsen. Het succesvol voortzetten van die weg "regie naar de zorgverzekeraars" is dan ook alleen mogelijk met de invoering van een algemene zorgverzekering, met dezelfde spelregels voor alle verzekeraars. Tot mijn vreugde heb ik

Borst-Eilers

geconstateerd, voorzitter, dat – als ik mij beperk tot de curatieve zorg – men Kamerbreed van oordeel is dat die ene algemene verzekering er moet komen. Er zijn nog wél verschillende opvattingen geuit met betrekking tot de AWBZ; daarop gaat de staatssecretaris in.

Een ander belangrijk punt is de aanbodzijde, waarvoor de heer Buijs terecht aandacht heeft gevraagd. Zolang de capaciteit aan de aanbodkant krap is, is er natuurlijk geen sprake van concurrentie en marktwerking. Overigens houd ik mevrouw Kant voor dat ik onder marktwerking in de zorg niets anders versta dan dat prikkels worden ingebouwd zodat iedereen zijn stinkende best doet, dus de best mogelijke prestatie levert. Dát is marktwerking in de zorg; méér behoeft het niet te zijn. Nogmaals, concurrentie kan alleen tot selectief contracteren leiden wanneer er voldoende aanbieders zijn, wanneer de zorgverzekeraar tegen een ziekenhuis kan zeggen: ik vind dat uw kwaliteit niet van de bovenste plank is en dat u vrij duur bent; ik sluit met u geen nieuw contract af maar kies voor het buurziekenhuis omdat ze daar beter werken tegen een lagere prijs. Nogmaals, dan moet er ook voldoende aanbod zijn.

Het versterken van prikkels is in het nieuwe systeem heel belangrijk. Het is echt een hoofdthema. Voor de prikkels bij de zorgaanbieders zijn wij volop bezig met een vernieuwing van de bekostigingswijze, die wordt gekoppeld aan producten en prestaties. Wij gaan bekostigen op output en niet langer op input.

Belangrijk voor een gezonde ontwikkeling aan de aanbodkant is dat er nieuwe toetreders mogelijk zijn. De vernieuwing van de bekostigingssystematiek moet daar ook op gericht zijn. Belemmeringen voor nieuwe toetreders tot de markt moeten worden weggehaald. Het toestaan van enige winst zou daaraan een bijdrage kunnen leveren. Ik kom straks even terug op de vragen daarover.

Er komen prikkels voor de zorgaanbieders en ook voor de zorgverzekeraars. Een steeds groter deel van hun budget wordt steeds verder risicodragend gemaakt. Zij moeten gewoon doelmatig werken om daarbinnen te blijven en toch nog voldoende klanten te krijgen.

Een ander aandachtsgebied is het flankerend beleid om prikkels bij

verzekerden te versterken, bij u en bij mij. Er is een notitie van het CPB die iedereen ongetwijfeld kent: Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel. Daaruit blijkt dat de gevoeligheid van verzekerden voor prijs- en kwaliteitsverschillen op dit moment niet groot is. Dat is vanochtend ook al gezegd. Zij kunnen aanmerkelijk worden vergroot door de verzekerden te stimuleren om bewuster hun keuze te maken. Daarvoor moeten zij permanent goed geïnformeerd worden, maar zij zouden ook gestimuleerd moeten worden om, zoals in het buitenland vaak gebeurt, ieder jaar even te kijken of zij nog wel bij hun zorgverzekeraar willen blijven. Informatie over de andere zorgverzekeraars moet gemakkelijk beschikbaar zijn. Er wordt dan jaar op jaar een bewuste keuze gemaakt.

Zojuist zei ik dat er al een zorgplicht is voor zorgverzekeraars. Dat is door rechters uitgesproken. Men kan de verzekeraar daarop aanspreken. Het valt mij op dat zo weinig mensen in Nederland dat weten. Iemand die lang moet wachten kan zijn zorgverzekeraar daarop aanspreken. Die heeft dan de plicht een andere oplossing te zoeken. Als men een verzekerde zoiets vertelt, kijkt die je vaak met open mond aan, want hij wist het niet. Kennelijk zijn de zorgverzekeraars ook niet erg actief geweest om dat onder de aandacht te brengen.

Een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van het geheel is dat het kabinet de zorguitgaven reëel raamt. Ergens in de macrobudgettaire stukken komt iets te staan over een macrobudgettair kader, ook al verkeren wij al deels in de situatie dat dit kader mag worden overschreden als het zorgvolume maar goed geïndiceerd is. De prijs is nog een ander verhaal, waar wij voorlopig nog goed op moeten letten, want wij hebben nog geen echte marktcondities. Als het kabinet al begint met te laag te ramen, wordt het natuurlijk nooit wat. In Vraag aan bod staat dat reëel ramen een opgave voor alle volgende kabinetten wordt.

Wij gaan van centraal naar decentraal en van boven naar beneden. Wat blijft de overheid dan nog doen? Die gaat natuurlijk niet achterover zitten. Vele sprekers hebben gezegd dat het borgen van de publieke belangen een verant-

woordelijkheid van de overheid blijft. Het gaat dan vooral om kwaliteit en toegankelijkheid. Het systeem vraagt ook een heel stevig toezicht van de overheid. Hoe meer je vrij laat, hoe meer transparantie nodig is. Er moet een wet op de informatievoorziening komen. De heer Oudkerk heeft daar indertijd al om gevraagd. Wij moeten weten wat er precies gebeurt. Wij moeten daar toezicht op houden. Alleen dan kan zo'n systeem veilig en definitief worden ingesteld.

De toegankelijkheid omvat verschillende aspecten, zoals bereikbaarheid, betaalbaarheid en zorg die op tijd komt. De kwaliteit heeft ook verschillende aspecten. Men zou kunnen zeggen dat de breedte van het pakket ook een kwaliteitsaspect is. Je kunt wel zeggen dat iedereen zich moet verzekeren, dat iedereen toegang heeft en dat er een acceptatieplicht komt, maar het is ook van belang wat er in het pakket zit. De opvatting van het kabinet is dat alle noodzakelijke zorg daarin moet zitten. De heer Oudkerk heeft al een rijtje genoemd van de zaken die de PvdA-fractie vindt vallen onder "noodzakelijke zorg". De definitieve vormgeving lijkt mij echter een zaak voor het nieuwe kabinet. Alle informatie om daarbij een verantwoorde keuze te maken, ligt klaar. Er komt nog aanvullende informatie van het College voor zorgverzekeringen en ook de KNMG heeft zich ten doel gesteld om voor de kabinetsformatie de opvattingen van de Nederlandse artsen weer te geven over wat zij noodzakelijke zorg vinden. Het kabinet vindt dat deze zorg dan in het pakket moet. Als er een pakket aan noodzakelijke zorg is samengesteld, betekent dat niet dat al deze zorg aan iedereen te allen tijde verschaft moet worden. In dit verband heeft de PvdA-fractie als eerste het begrip "gepaste zorg" geïntroduceerd. De voorzieningen in het pakket moeten alleen daar worden toegepast waar zij nuttig en nodig zijn. Om dat te bereiken, zijn er richtlijnen en protocollen. Er moet op worden toegezien dat men zich daaraan ook houdt. Een laatste element van kwaliteit is dat er gewoon volgens de professionele standaard wordt gewerkt. Zo moet er netjes worden gesneden en weer worden dichtgemaakt. Het is een taak van de inspectie om op die kwaliteit toe te zien. Met name ten aanzien van het aspect gepaste zorg, doelmatig werken, kan de verzeke-

Borst-Eilers

raar ook zelf toezicht uitoefenen. Dat zal hij ook wel moeten om met zijn budget uit te komen.

De burger krijgt zelf ook een steeds belangrijkere rol bij het toetsen van kwaliteit. Daarvan is een eerste begin te zien met de ontwikkeling van een kwaliteitstoets door de NPCF voor ziekenhuizen. In het begin gaat het daarbij om zaken die patiënten zelf goed kunnen beoordelen, zoals de bejegening en de kwaliteit van de service. Het is voor een patiënt echter moeilijker te beoordelen of een dokter wel werkt volgens de beste medische standaarden. In de toekomst moeten consumenten ook daarop meer zicht krijgen. Aan alle kanten is te merken dat zij dat willen. Van belang daarbij is een goede informatievoorziening en in dat licht hoop ik dat zowel de Consumentenbond als de NPCF daarin een rol kunnen spelen.

Toegankelijkheid is een heel belangrijk publiek belang dat wettelijk wordt gewaarborgd door de nieuwe algemene zorgverzekering. Je kunt je afvragen of je bij de verzekering de solidariteit of de keuzevrijheid het zwaarst moet laten wegen. Solidariteit houdt in dat iedereen, ook degene met de kleinste portemonnee, toegang heeft tot alle noodzakelijk zorg, waaronder het kabinet ook de huisarts en de geneesmiddelen rekent, met uitzondering van de zelfzorgmiddelen. Bij een grotere keuzevrijheid zou iedereen kunnen kiezen wat men wil. Het gevaar daarbij is dat men kiest voor het goedkoopste en dus kleinste pakket. Als men zich dan niet heeft verzekerd voor de huisarts, is er een drempel om deze te laten komen. Zo zal men bij een ziek kind de situatie wat langer aankijken, omdat men anders de huisarts contant tientallen euro's moet betalen. In dat licht heeft het kabinet bij de pakketdiscussie gekozen voor solidariteit. Ik durf de stelling aan dat met de verzekering die wij in Vraag aan bod omschrijven, het publieke belang van toegankelijkheid beter geborgd is dan op dit moment. Voor heel veel Nederlanders is er op dit moment geen garantie voor zorg- of acceptatieplicht. Als zij toch geaccepteerd willen worden, moeten zij vaak op de particuliere markt een hoge premie betalen. Wij willen dat die garantie er komt en wel voor iedereen.

Ook hierbij geldt natuurlijk dat de verzekering niet alles oplost. Ik heb al gezegd dat de schaarste aan de aanbodkant moet verdwijnen om dat verzekeringssysteem goed te laten werken. Dit valt niet te realiseren met een draai aan de knop. Er moet een overgangsproces zijn, waarin wij in feite al jaren zitten. De Kamer heeft in dit verband al veel nota's gekregen over onder andere de modernisering van de AWBZ, de modernisering van de curatieve zorg, plannen inzake de ziekenfondsen en het stap voor stap risicodragend maken. Zo'n proces is noodzakelijk. Voor dat overgangsproces is een wettelijk instrumentarium nodig. De WTG en de Wet ziekenhuisvoorzieningen moeten worden gemoderniseerd. Ik heb op 12 mei 2000 een notitie over de WTG aan u gezonden die vandaag ook op de agenda staat. De titel daarvan is "Speelruimte en verantwoordelijkheid" en dit geeft al aan waarom het gaat: het vergroten van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele aanbieders en verzekeraars om in hun regio doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen. Concreet komt het in hoofdlijnen neer op een andere bekostiging van de instellingen – prijzen die aansluiten op de kosten – meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit. Verder noem ik het beperken van de reikwijdte, daar waar dit mogelijk is. Bepaalde zorgvoorzieningen kan men buiten de WTG verklaren, maar dan moet aan de conditie van voldoende aanbod zijn voldaan.

De WTG is een lex specialis van een prijzenwet voor evenwichtige prijsvorming. De "richtige" tarieven hebben altijd een belangrijk punt gevormd net als transparante procedures in verband met de totstandkoming van die tarieven. Een doel van de WTG was zeker doelmatigheid en kostenbeheersing. Als kostenbeheersing meer in het zelfsturend systeem gerealiseerd kan worden is de WTG minder nodig. Het is mogelijk dat in veel delen van de zorg de prijsbeheersing wordt losgelaten. Wij zijn hiernaar op weg. In onze notitie staat een voorstel aan de Kamer om een experimenteel artikel op te nemen. Wij zijn bezig met de voorbereiding van de wetswijziging. Na vandaag kunnen wij met grote spoed verder om dit alles in een wet onder te brengen.

Het gaat hierbij met name om het experimenteelartikel waardoor zaken niet snel kunnen worden gedereguleerd. Een mooi voorbeeld hiervan is de afspraak van de zorgverzekeraar met de huisartsen om doelmatig te gaan voorschrijven. Dit is een succes en deze aanpak moet zo snel mogelijk door het gehele land worden overgenomen. Tot slot gaat het bij de WTG om een betere afstemming op de mededingingswetgeving.

Er moet ook iets met de WZV gebeuren. Ik heb de WEZ, de Wet exploitatie zorgvoorzieningen, bij u ingediend. Tot mijn vreugde hoorde ik dat u besloten hebt dit voorstel op de plenaire agenda te zetten. De oppositie verweet ons dat het zo langzaam gaat, maar als wij een voorstel bij u neerleggen vinden wij het fijn als u die haast die u voelt, tot uiting brengt door een dergelijk voorstel snel te behandelen.

De WEZ is nodig om het proces van deregulering beheerst en weloverwogen te laten verlopen. Wij hebben ervoor gekozen om het aangrijpingspunt van de wettelijke mogelijkheden te leggen op de plek waar dit beleidsmatig het meest effectief is en dat is bij de exploitatie en niet bij gebouwen.

Over de WEZ zijn verkeerde opvattingen ontstaan als zouden wij de regelgeving willen versterken. De regels in de WEZ moet u in samenhang zien met de Ziekenfondswet en de AWBZ. Daar verdwijnen veel regels. Het totaal aan regels wordt dus veel minder.

Als wij de twee kaderwetten, de WZV en de WTG, moderniseren, moet op het moment waarop zij van kracht zijn de keuze voor het markttoezicht in de zorg gemaakt zijn. Wij sturen u over ongeveer een maand ook nog een notitie, waarin wij schrijven welke keuze wij dan gemaakt hebben. In hoofdzaak moet er een keuze gemaakt worden tussen een kamer bij de NMa of een aparte "zorgmarktmeester" à la de Opta voor de telecommunicatie is. Het is ook niet zo moeilijk, de Kamer gehoord hebbende, om die keuze binnenkort aan de Kamer voor te leggen.

De omslag naar vraagsturing moet begeleid verlopen. De Kamer wil natuurlijk wel graag weten hoe het met de fasering zit. In de nota Vraag aan bod hebben wij gekozen voor een deelmarktgewijze aanpak. Wij zijn druk bezig met deel-

Borst-Eilers

marktonderzoeken. Binnenkort zijn de eerste zeven gereed en dan hebben wij een "foto" van de desbetreffende deelmarkten. Voorbeelden van deelmarkten zijn fysiotherapie en tandheelkunde/mondzorg. Op grond van de foto's kunnen wij bekijken in welke volgorde wij de regels willen loslaten. Op zo'n deelmarkt moet namelijk aan voorwaarden voldaan zijn.

Ik heb een aantal belangrijke bestuurlijke voorwaarden voor het transitieproces geschetst, bijvoorbeeld een adequaat wettelijk instrumentarium en het aanwijzen van een marktmeester. Dat betekent niet dat er niet nog veel meer moet gebeuren, maar in de moderniseringsnota's hebben wij de Kamer op dit punt al het een en ander voorgelegd. Wij zijn er volop mee bezig.

Het sluitstuk van de hele stelselvernieuwing is de algemene ziektekostenverzekering. Ik heb die expres tot het eind bewaard, om nog eens te onderschrijven dat wij dit het sluitstuk vinden en niet de eerste oplossing voor alle problemen. Wij hebben ons sterk georiënteerd op het SER-advies bij het maken van de keuze hoe wij het willen doen. De Kamer kent het advies: Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. Eigenlijk sluiten wij ons op hoofdlijnen bij het SER-advies aan. Inzake bijvoorbeeld de analyse van de problematiek is er al helemaal geen verschil. Wij zijn het er bovendien over eens dat wij de oplossingen moeten zoeken in deregulering en liberalisering van de aanbodkant en grotere verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Om die verantwoordelijkheid een stevige basis te geven zijn de SER en het kabinet het er ook over eens dat er een algemene verplichte verzekering moet komen met een acceptatieplicht.

In veel commentaren krijgen de overeenkomsten tussen het kabinetsvoorstel en het SER-plan de laatste tijd veel minder aandacht dan de verschillen. Dat heeft wellicht iets te maken met de hectiek van deze tijd. Daarom vond ik het goed om maar eens met de overeenkomsten te beginnen. Er zijn echter verschillen.

Het eerste verschil is dat het kabinet kiest voor een publiekrechtelijke grondslag van de algemene verzekering en de SER voor een

privaatrechtelijke. Om de verschillende publieke belangen optimaal veilig te stellen vinden wij een algemene zorgverzekering op een publiekrechtelijke grondslag echt de aangewezen weg. Wij hebben ons daarbij gebaseerd op allerlei adviezen. Er zijn natuurlijk ook mensen gaan praten in Brussel. De Interdepartementale commissie Europees recht (ICER) heeft een belangrijk advies uitgebracht. Volgens haar is het in het licht van de Europese regelgeving risicovol om als overheid in een privaatrechtelijke verzekering zaken in te brengen, zoals acceptatieplicht, wettelijke aanspraken en eisen voor het vereveningssysteem. Het inbrengen van die punten laat zich niet combineren met een privaatrechtelijke verzekering. Zoals wij hebben opgeschreven, kan die publiekrechtelijke verzekering vervolgens wel worden uitgevoerd door privaatrechtelijke partijen. Bestaande particuliere verzekeraars kunnen als uitvoerders van die verzekering optreden.

Het is echt onjuist om, zoals sommigen hebben gedaan, te zeggen dat de nieuwe verzekering één groot, nationaal ziekenfonds is. Dat slaat echt helemaal nergens op. Het gaat om een nieuw type verzekering met kenmerken van de publiekrechtelijke ziekenfondsverzekering, maar ook van de bestaande privaatrechtelijke verzekeringen. De bestaande verzekeraars kunnen kiezen of zij onder die condities verzekeraar willen blijven in het nieuwe stelsel.

Een tweede verschil met de SER is dat wij kiezen voor één uniform verstrekkingspakket, waarvoor de acceptatieplicht geldt, alsook de verzekeringsplicht van rechtswege. De Kamer weet dat de SER ervoor heeft gekozen om ruimte te maken voor een spectrum aan polissen, waarbij soms de acceptatieplicht geldt en niet de verzekeringsplicht, of omgekeerd. Dat wordt begrensd door een standaardpolis die acceptatieplicht en een brede dekking kent, met daaronder een basispolis met een smalle dekking; die kent dan wel de verzekeringsplicht. Minimaal moet je je daarvoor verzekeren.

Ik zei zo-even al dat wij vinden dat de solidariteit daarmee wat te veel in het gedrang komt. Wij zien wat risico's, vooral voor de mensen met de smalle beurs. Bovendien vinden wij dat de pakketdifferentiatie zoals

de SER het voorstelt, leidt tot een onoverzichtelijkheid op de verzekeringsmarkt. Je krijgt daarop allerlei verschillende polissen aangeboden, waardoor het voor de consument niet helder is hoe het precies zit en het ook moeilijker wordt om van verzekeraar te veranderen. Dat laatste zal in de praktijk daardoor belemmerd worden en dat is niet goed, want daarmee willen wij juist de concurrentie tussen de verzekeraars prikkelen.

Het kabinet wil dat de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars zich zoveel mogelijk richt op de zorgverlening, de dienstverlening, in plaats van op verzekeringstechnische aspecten. Wij willen verzekeraars niet de ruimte geven om zich op het selecteren van risico's te richten door middel van al die pakketdifferentiatie. Wij willen juist bevorderen dat de zorgverzekeraars hun aandacht richten op het doelmatig contracteren van zorg voor hun verzekerden: een goede kwaliteit, de beste kwaliteit, tegen de relatief laagste prijs.

Het verschil komt ook tot uitdrukking in de manier waarop wij omgaan met de wettelijke zorgplicht. Wij willen de zorgplicht expliciet wettelijk verankeren en de SER wil zover niet gaan. Betekent dit nu dat het kabinet de keuzevrijheid niet belangrijk vindt? Nee, daar hebben wij ook oog voor en in Vraag aan bod ziet u drie mogelijkheden beschreven om dit belang te dienen. Je kunt een vrijwillig eigen risico nemen en daarbij kun je ervoor kiezen hoe hoog je dat wilt nemen, met een maximum vanwege de solidariteit. Je kunt voorts kiezen voor een "preferred provider"-polis – voor mevrouw Kant is dit een vreselijk woord. Je maakt dan echter wel een keuze: je hebt een lagere premie en je weet bovendien dat het een zorgaanbieder is die voldoet aan de eisen van gepaste zorg. Ik zou derhalve zeggen: kassa, daar kies ik voor! Maar je kunt ook kiezen voor een collectief contract. Dat is een heel belangrijke mogelijkheid voor de wereld van de werkgevers en de werknemers: die willen graag met collectieve contracten werken zoals het nu ook gebeurt. Echter, zoals dat nu soms gaat, denk ik dat dit alleen maar aanleiding is om snel naar een nieuw verzekeringsstelsel toe te gaan.

Een volgende verschilpunt betreft de premieheffing. De SER heeft al

Borst-Eilers

gekozen voor een volledig nominale premie. Het kabinet heeft dit nog deels opengelaten en gezegd dat je wel een substantieel nominaal deel moet hebben vanwege de concurrentie en om de verzekerden te prikkelen de beste verzekeraar te kiezen. Dit verschil kun je mijns inziens ook weer herleiden op het verschil in de juridische grondslag: privaatrechtelijk versus publiekrechtelijk. Immers, als je kiest voor een privaatrechtelijk stelsel, kun je alleen maar een 100% nominale premie kiezen. Iets anders is zo'n systeem niet denkbaar.

Op de keper beschouwd, is het kabinetsstandpunt dan ook niet strijdig met de motie van mevrouw Van Blerck die bij de begrotingsbehandeling is aangenomen. Daarin was immers sprake van een substantiële nominale premie en daar kiezen wij ten minste voor. Het nieuwe kabinet, de nieuwe coalitie, mag dit definitief afregelen.

Wij vonden het niet wijs om dit onderwerp geïsoleerd af te handelen. De invoering van zo'n algemene zorgverzekering – dat mag ik misschien nog eens benadrukken – heeft sowieso voor bepaalde groepen in de samenleving forse inkomensgevolgen. Dat geldt zowel voor de volledig inkomensafhankelijke premie, als voor de gemengde premie, als voor de nominale premie. Die inkomensgevolgen slaan verschillend neer bij verschillende groepen, maar zij zijn er altijd.

Het ene systeem is ook duurder dan het andere. Dat blijkt bij de volledig nominale premie, tenzij je het hele belastingstelsel weer ingewikkeld wilt maken. Als je dit echter enigszins eenvoudig wilt houden en kiest voor fiscale reparatie bij 100% nominaal, dan kost dit, zo hebben diverse geleerden uitgerekend, ten minste 1,5 mld méér dan het stelsel van de gemengde premie. Bij een nieuwe kabinetsformatie heb je er zicht op wat de financiële ruimte is, waarop kan worden bezuinigd en waar je wilt intensiveren; je moet dan dit bedrag inpassen in dat hele plaatje. Zoiets leent zich alleen maar voor besluitvorming bij een kabinetsformatie. Het voordeel is nu dat Jan en alleman erover heeft geschreven, zodat wij informatie hebben over de voor- en nadelen van de verschillende systemen. Ik hoop dat men het onderwerp bij de kabinetsformatie los van politieke ideologieën wil behandelen en pragmatisch te werk

wil gaan. Het CPB heeft een rapport gepubliceerd en verschillende economen hebben in ESB artikelen geschreven over met name de vraag of je de concurrentie meer bevordert met meer nominaal. Het antwoord is dan: nee. Kortom, er is een heleboel materiaal en straks moet men de knoop maar doorhakken. Ik doe nu al de oproep zich daarbij niet te baseren op partijpolitieke ideologieën.

De voorzitter: Kan de minister zeggen hoeveel tijd zij nog nodig denkt te hebben?

Minister Borst-Eilers: De minister heeft nog twee bladzijden met heel grote letters en daarnaast nog een paar concrete puntjes. Krijg ik daar nog de tijd voor?

De voorzitter: We beginnen aardig vol te lopen. Ik wil u niet dwingen alles over te slaan, maar misschien kunt u wat vaart in uw betoog brengen en over vijf minuten afronden.

Minister Borst-Eilers: Ik zal dat graag proberen, voorzitter. Ik sla de passage over de AWBZ over, want daarover zal de staatssecretaris spreken. Over de WTG heb ik al iets gezegd.

Door verschillende sprekers is iets gevraagd over het werken in de zorg met winstoogmerk. De heer Rouvoet heeft vragen gesteld over het winstoogmerk van verzekeraars en van aanbieders. Daarmee doel ik op het RVZ-advies. Ik denk in dit verband aan de opmerkingen van de woordvoerders van GroenLinks, de SP, de SGP en de ChristenUnie. Daarop wil ik dan nog even reageren.

De heer Rouvoet vroeg: stelt de derde schaderichtlijn grenzen aan het winstoogmerk van verzekeraars? Dat is juridisch ingewikkeld. Op deze vraag kan dus niet simpel ja of nee worden geantwoord. De ICER heeft hierover een heleboel behartigenswaardige dingen opgeschreven. De toepasselijkheid van de derde richtlijn kan bepaald worden aan de hand van de vraag of sprake is van een ondernemingsgewijze uitoefening van het verzekeringsbedrijf. Als dat bedrijf privaatrechtelijk is vormgegeven, is dat het geval. Wij kiezen voor een publiekrechtelijke vormgeving, zoals ik zojuist heb uitgelegd. Vanwege de publiekrechtelijke

lijke waarborgen, die wij in het systeem hebben gebracht, is het kabinet van mening dat je de verzekeraars het maken van enige winst kunt toestaan. Wij vinden wel dat bij de uitwerking en bij de behandeling van het wetsvoorstel sprake moet zijn van een toets. De informatie die wij nu hebben, is bemoedigend. Waarom? We weten allemaal hoe wij als mensen in elkaar zitten. Als je concurrentie wilt, kan een kleine financiële prikkel nooit kwaad.

Hoe zit het nu met het onderwerp winst in de zorg? We moeten daarover niet krampachtig doen. Winst is geen doel, het is een middel. Ook in het bedrijfsleven is het mede een middel om de continuïteit van de onderneming te bevorderen. De term "winst over de ruggen van de patiënten" staat echter heel ver van datgene waaraan wij denken en waaraan ook de Raad voor de volksgezondheid en zorg aan denkt. Als kapitaalverschaffers risicodragend kapitaal in bijvoorbeeld een ziekenhuis willen steken, verlangen zij daar een beloning voor. Zij verschillen dan eigenlijk niet van banken die rente vragen over vreemd vermogen dat zij aan instellingen verstrekken. Dat is niet het enige voorbeeld van het idee dat winst in de zorg niet nieuw is. Denkt u maar aan de vrijeberoepsbeoefenaars, zoals de apothekers. Daar is dit idee volledig geaccepteerd. Voorzover ik geïnformeerd ben, maakt de hele farmaceutische industrie winst.

Het RVZ-advies is echter niet een advies waarvan je binnen vijf minuten zegt: dat nemen we over; of: dat wijzen we af. De RVZ zegt terecht dat winst in de zorg een kwestie is van: ja, mits. Dat "mits" is nogal stevig. Er moet sprake zijn voldoende aanbod. Er moet een marktmeester zijn. De kwaliteit moet genormeerd zijn, anders krijg je al gauw: meer winst, minder kwaliteit. Dus er moeten normen zijn en die moeten getoetst kunnen worden. Ik vind het evenwel al dikke winst, zoals de heer Oudkerk zei, dat wij op deze vrij rustige manier over winst in de zorg kunnen spreken. Een aantal jaren geleden was dat nog ondenkbaar.

Mevrouw Van Blerck zei dat een overheid die niet tot betere zorg leidt en alleen maar de hulpverlening voor de voeten loopt, opgeruimd zou moeten worden. Daarnaast was er nog het punt van de administratieve

Borst-Eilers

overhead. Mevrouw Van Blerck heeft het advies van de commissie-De Beer omgedraaid. Zij zei dat er volgens die commissie 300 mln gulden wordt bespaard en dat dit bedrag vervolgens wordt ingezet voor ICT. De heer De Beer en de zijnen zeggen echter dat er moet worden geïnvesteerd in ICT, dat dit heel veel geld gaat kosten, maar dat er vervolgens 300 mln gulden kan worden ingeboekt. De ICT-investeringen heb je overigens ook nog voor andere dingen nodig. Het kosten-batenplaatje komt wel goed uit, maar de kosten gaan ook hier voor de baten uit.

Mevrouw Van Blerck stelde een onderzoek voor naar de dikke managementlagen, naar aanleiding van het verhaal over: hoe dikker de managementlagen, hoe vreselijker het allemaal, ook vanwege al dat weggegooide geld. Wij hebben inmiddels een klein oriënterend onderzoek gedaan bij een aantal ziekenhuizen. De correlatie tussen de hoeveelheid overhead, niet-zorgverlenend personeel, en de productie, is interessant genoeg om het net wijder uit te gooien. Dit smaakt naar meer. De suggestie van mevrouw Van Blerck op dit punt neem ik heel graag over.

Voorzitter. Ik kom nu nog te spreken over de voorgenomen fusie tussen drie verzekeraars, namelijk IZA, het geheel van provincie- en gemeenteambtenaren, Univé en VGZ. De heren Van der Vlies en Rouvoet wilden graag weten wat ik daarvan vind. Hetzelfde geldt voor mevrouw Hermann, maar zij heeft er schriftelijke vragen over gesteld. Naar aanleiding van het onderzoek van de IBO-werkgroep naar marktconcentraties in de zorgsector heeft het kabinet al iets opgeschreven. Ik citeer mijzelf nu even: "De rol die ziekenfondsen innemen in het tweede compartiment kenmerkt zich door een zekere spanning. Enerzijds moeten ze concurreren op een regionale of zelfs landelijke markt, anderzijds wordt van ze verwacht dat ze in de regio als regisseur optreden. Dat kan natuurlijk alleen als je marktaandeel in die regio groot genoeg is om zelfstandig en effectief te kunnen onderhandelen en daar belang bij te hebben. Die rollen kunnen wel samengaan, maar er kunnen ook problemen ontstaan. Wij streven in ieder geval naar een situatie waarin in iedere regio meer dan een zorgverzekeraar actief is op

de markt. Dat is iets anders dan streven naar de aanwezigheid van een dominante zorgverzekeraar in elke regio. Die dominantie is ook weer niet per definitie bezwaarlijk, zolang er maar geen misbruik van wordt gemaakt." Wij zijn deze opvatting nog steeds toegedaan. Wij zullen die ontwikkelingen bij IZA, Univé en VGZ zorgvuldig volgen. De Kamer kan stellen dat je met dat volgen niet veel bereikt, maar wij hebben hier direct te maken met het concentratietoezicht door de NMa op basis van de Mededingingswet. Deze fusie moet bij de NMa worden aangemeld. Partijen zijn ook van plan dat te doen.

De **voorzitter**: Ik open nu niet het debat. Ik geef de mogelijkheid voor een zo mogelijk zeer feitelijke vraag, want het debat kan beter voor de tweede termijn worden opgespaard. Dan kan men er tegenaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Een punt van orde. Zo langzamerhand loopt het de spuigaten uit. Wij zitten hier nu vier uur, maar er heeft nog geen enkel debat plaatsgevonden. Wij kunnen wel met elkaar afspreken dat wij niet interrumperen, maar het gevolg is dat wij elkaar en de minister vanmiddag in de tweede termijn continu moeten ondervragen over wat er zojuist aan de orde is geweest. Kijkend naar de doelmatigheid in de zorg, dit is ook niet doelmatig. Ik zou nu graag de mogelijkheid hebben voor flinke inhoudelijke interrupties. Anders moeten wij vanmiddag weer helemaal van voren af aan beginnen.

De **voorzitter**: Dat ligt eraan hoe je het ziet. Laten wij reëel zijn. Het is nu 12.35 uur. Als wij nu een inhoudelijk debat gaan voeren, dan zitten wij hier om 15.30 uur nog. Dan is er nog geen pauze geweest, maar die moet er toch zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Anders voeren wij het debat na de pauze, maar dan kost het meer tijd, omdat wij dan weer op punten moeten terugkomen die de minister nu heeft genoemd. Ik vind wat wij vandaag doen buitengewoon ondoelmatig.

De **voorzitter**: Laat de heer Vendrik nu beginnen. Laten wij proberen om het toch efficiënt te doen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mij

laten beginnen, is zeer doelmatig, voorzitter. Dat ben ik met u eens.

Ik heb een buitengewoon feitelijke vraag over de nominale premie. De minister zei zojuist dat er sprake moet zijn van een substantiële nominale premie. In Vraag aan bod wordt gesproken over een voldoende nominale premie, maar het is nu al weer substantieel geworden. Nu begrijp ik uit de analyse van het CPB dat het enige argument om een substantiële nominale premie in te voeren, namelijk het bevorderen van concurrentie tussen verzekeraars, geen hout snijdt. Dat is dus van tafel. Met andere woorden: er is dus geen enkele reden om de nominale premie een substantiële plaats te geven in het nieuwe basisstelsel. Daarom vraag ik deze minister: waarom kiezen wij niet gewoon voor een inkomensafhankelijke financiering? Dat is solidair. Dat is doelmatig. En dan komt het allemaal goed.

Minister **Borst-Eilers**: Wat de feitelijkeheid betreft, ik heb dat rapport van het CPB ook gelezen en ik heb andere artikelen daarover gelezen. Inderdaad zijn alle economen het erover eens dat volledig nominaal niet tot meer concurrentie leidt dan een beetje nominaal. De nominale premie zoals wij nu in het ziekenfonds kennen, wordt beschouwd als voordelig voor de verzekerde, omdat deze zelf voor een verzekeraar kan kiezen. Er zit aan deze vraag echter ook een politiek aspect en ik vind niet dat wij dat vandaag helemaal moeten uitdiscussiëren. Het kabinet heeft er heel bewust voor gekozen om alle informatie neer te leggen op de formatietafel. Daar moet men de keuzes maken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Op de keuzes die gemaakt zullen worden voor het basispakket bij de basisverzekering, wat precies wel en wat niet, zal in een later stadium worden teruggekomen. Daarmee heb ik samengevat wat de minister heeft gezegd. Dat begrijp ik best. Ik vraag mij echter af of wij niet, zoals ik in eerste termijn stelde, toe moeten naar een differentiatie voor een klein deel van dat toekomstige pakket met het oog op alle noodzakelijke zorg, genuanceerd met het begrip "gepaste zorg". Daarmee doel ik op de verstrekkingen waar iemand niet voor kan kiezen vanwege principiële bezwa-

Borst-Eilers

ren. Ik heb de voorbeelden genoemd. Die differentiatie zou toch op z'n minst het nastreven waard zijn. Daar is de minister nog niet op ingegaan.

Minister Borst-Eilers: Die vraag heb ik inderdaad nog niet beantwoord. Het kabinet heeft het punt van het benoemen van bepaalde aanspraken nog niet nader uitgewerkt. Wij zijn wel van mening dat het in Nederland, waar altijd geprobeerd wordt in de zorg tegemoet te komen aan mensen met gemoedsbezwaren, mogelijk moet zijn om bepaalde mensen de mogelijkheid te geven, te kiezen voor een pakket waarin geen voorzieningen voorkomen waar zij onoverkomelijke gewetensbezwaren tegen hebben.

De heer Rouvoet (ChristenUnie): Voorzitter. Ik heb begrepen dat het debat pas vanmiddag zal plaatsvinden. Tot nu toe had het wat mij betreft ook schriftelijk gekund.

Minister Borst-Eilers: Het is zo toch veel leuker?

De heer Rouvoet (ChristenUnie): Dit is het enige moment waarop ik een vraag mag stellen, dus laat ik die dan ook maar stellen. Ik begrijp dat de minister vandaag in ieder geval niets zal zeggen over premie, financiering en de inhoud van het pakket. Dat is allemaal niet aan de orde. Je vraagt je zo langzamerhand af wat nog wel aan de orde is. Ik zal een vraag stellen over iets wat wel aan de orde is, namelijk de mogelijkheid om regels te stellen aan de verzekeraars in het nieuwe systeem zoals het de minister voor ogen staat. Omdat het zo'n belangrijke juridische vraag is, wil ik graag nadere verduidelijking. Zij heeft gesproken over een winsttoogmerk in het kader van de derde richtlijn. Daar zit enige ruimte in. Betekent dit dat een private verzekeraar daarvoor een "not for profit"-dochterconstructie moet gaan bedenken? Is het überhaupt mogelijk, gezien de derde Europese richtlijn schadeverzekeringen om aan private verzekeraars, die een verzekering op publiekrechtelijke grondslag uitvoeren, regels te stellen met betrekking tot acceptatieplicht, het pakket, etc.

Minister Borst-Eilers: Het antwoord op de laatste vraag is: ja, dat hebben wij heel goed uit laten zoeken. Dat kan niet als het op privaatrechtelijke

grondslag gebeurt. Wij willen regels stellen ten aanzien van het pakket, de zorgplicht en de acceptatieplicht. Dat betekent dat het publiekrechtelijk moet worden. De particuliere ziektekostenverzekeraar is echter toch als verzekeraar in dat systeem gaan werken. Moet hij, als hij winst wil maken, daarvoor een "not for profit"-dochter oprichten? In dat geval gaat de winst terug naar de onderneming. Ik heb zojuist gezegd dat wij menen dat die verzekeraar ook in dat systeem winst mag maken. Dan hoeft hij dus geen aparte dochter op te richten. Blijkt echter dat het niet mag – ik zei al dat het juridisch ingewikkeld is – dan moet wel een dochter worden opgericht. Ik heb daarom aangegeven dat dit in een nadere uitwerking nog zorgvuldig moet worden getoetst.

Mevrouw Kant (SP): Ik heb gekozen voor het punt commercie en winsttoogmerk. Dat zit volgens mij in de notitie en de plannen die de minister omarmt. Daarmee halen wij naar mijn mening het paard van Troje binnen.

Als wij financiële prikkels bij zorgverzekeraars, maar ook bij zorgaanbieders binnen het zorgstelsel toestaan, wat zijn dan de risico's voor de kwaliteit? Kan de zorg daardoor uiteindelijk duurder worden dan zij nu is en hoe groot is dan de kans op risicosselecties en tweedeling in de zorg?

Minister Borst-Eilers: Mijn opvatting is dat financiële prikkels kunnen, mits. En dat "mits" schrijf ik met heel grote hoofdletters. In feite heeft de RVZ dat ook gedaan, maar dat is een beetje anders in de publiciteit gekomen. Ik heb net de voorwaarden genoemd waaraan in dat geval moet worden voldaan. Een van die voorwaarden is dat de kwaliteitsnormen expliciet zijn. Anders kun je er echt niet aan beginnen, want dan kan de inspectie nooit erop toezien of op kwaliteit wordt ingeleverd. Ik ben echter wel van mening dat de zorg door financiële prikkels niet duurder wordt en dat de kwaliteit daar ook niet onder hoeft te lijden. Het mooiste voorbeeld is op dit moment de 125 huisartsen in Limburg. Het is bekend dat wij met de huisartsen hadden afgesproken dat zij allemaal goedkoper zouden voorschrijven. Daar is tot dusver nog heel weinig van terechtgekomen. De

zorgverzekeraar CZ heeft de huisartsen in Limburg voorgehouden dat, als zij dat wel zouden doen, zij een deel van de besparing die daaruit voortvloeit, zelf mogen houden. Dat mag dan worden gebruikt voor het betalen de arbeidsongeschiktheidspremie of wat dan ook. Het geld moet wel binnen de praktijk worden besteed. Het resultaat is dat die huisartsen opeens allemaal goedkoper gaan voorschrijven. Zij laten onnodige antibiotica weg of kijken eens wat scherper naar de slaapmiddelen en maagzuurremmers, waarover iedereen zegt dat daarvan te veel wordt voorgeschreven. In zo'n systeem heb ik er geen moeite mee dat die huisarts daar wat aan verdient. Dat moet hij natuurlijk wel weer investeren in zijn eigen zorgpraktijk.

Mevrouw Van Blerck-Woordman (VVD): Ik wil de minister een vraag stellen over het pakket.

Het kabinet kiest voor een pakket. De SER kiest voor een range aan pakketten. Overigens kiest de VVD daar ook voor. Het argument van de minister dat wij de mensen moeten beschermen tegen een te klein pakket, vind ik heel erg betuttelend. Kan zij dat nog eens toelichten? In Nederland is men voor alles en nog wat verzekerd. Mensen verzekeren zich vaak veel te veel in plaats van te weinig. Ik zie daarom absoluut niet in waarom je die betutteling door de overheid moet laten doorwerken in een keuze voor het duurste pakket voor iedereen. Ik denk dat je daarmee een selectie pleegt die niet terecht is. Daarover wil ik graag wat meer van de minister weten.

Minister Borst-Eilers: Indertijd is in Amerika door het onderzoeksbureau Rand precies naar dit punt een groot onderzoek gedaan. Als je bepaalde dingen niet in de verzekering opneemt, moeten mensen als de nood aan de man is of als er zorg geleverd moet worden, daarvoor betalen of zij moeten een aanvullende verzekering afsluiten. Uit dat onderzoek bleek dat de gezinnen in de lagere-inkomensgroepen, met name de gezinnen met kinderen, zich toch onverstandig verzekeren. Amerika is natuurlijk Nederland niet, maar uit het onderzoek blijkt dat Amerikanen zich soms toch zo gedragen dat het beter is, ervoor te zorgen dat die verleiding om onverstandig te zijn er niet is. Als



Mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD)

© M. Sablerolle – Gouda

mevrouw Van Blerck haar argumenten straks aan de onderhandelingstafel met kracht naar voren brengt, wie weet wat zij dan nog bereikt.

De heer **Buijs** (CDA): De minister vindt het capaciteitsprobleem in Nederland ook enorm belangrijk. Ik heb haar heel veel horen zeggen. Zo heeft zij erkend dat er tekorten zijn en dat dit invloed heeft op de gewenste verandering van de sturing. Ik heb echter geen enkele oplossing gehoord. Zij heeft geen antwoord gegeven op mijn vraag naar een extra impuls, namelijk capaciteitsaanbod om in evenwicht te komen met het vraagaanbod. Kan zij daarover met een nieuwe notitie komen? Is zij al tot overeenstemming gekomen met minister Hermans over de aanpak van de tekorten aan artsen? Heeft zij al een antwoord op dat grote tekort?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb een brief aan de Kamer gestuurd over wat ik doe met het advies van het capaciteitsorgaan. Omwille van de tijd wilde ik dat niet herhalen, maar als de heer Buijs er prijs op stelt, zal ik dat toch doen. Om medisch studenten op te leiden, zal met grote stappen de capaciteit worden uitgebreid. Er zijn besprekingen gaande om op nieuwe plekken medische opleidingen te realiseren. De heer Hermans en ik vinden allebei

dat ook op dit gebied de kwaliteit niet in het gedrang mag komen. Per 1 september a.s. kan dus nog niet de hele numerus fixus worden opgeheven. De faculteiten kunnen dat niet op een kwalitatief verantwoorde manier aan. Overall is tekort aan personeel, ook aan docenten. Er moet wel onderwijs zijn. Zo'n student moet niet aan zijn lot worden overgelaten. Wij breiden de capaciteit dus uit in de hoogst mogelijke versnelling. Wij hebben uitgebreide gesprekken gehad met de faculteiten en met de mensen die een soort satellietfaculteit willen stichten in Twente of Tilburg.

Het kabinet heeft besloten dat de opleidingscapaciteit tot medisch specialist maximaal gebruikt moet worden. Daar is nu ook geld voor. Het systeem van de wachtlijstmiddelen geldt ook voor de opleiding. Volgens het boter-bij-de-vis-principe mag men onbepert opleiden, voorzover dat kwalitatief verantwoord is. Ik refereer aan het opleidingsfonds waarvoor mevrouw Arib voorstellen heeft gedaan. Er wordt druk gesproken in Nederland om ziekenhuizen die tot dusverre geen bijdrage aan de opleiding leverden omdat zij zelf geen bevoegdheid hadden, toch als een soort satelliet te kunnen laten werken, want die specialist moet wel ervaring opdoen. Wij gaan dus met volle kracht vooruit. De capaciteit

moet maximaal worden benut, maar dat mag niet ten koste gaan van de kwaliteit.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Op dit moment houdt de inspectie toezicht op de kwaliteit. De NMa houdt toezicht op de prijzen. Wij hebben al eerder een voorstel gedaan over het instellen van een marktmeester die erop moet toezien hoe de spelregels in de praktijk worden nageleefd. De minister heeft dat tot nu toe afgehouden. Klopt het dat de minister er nu toch open voor staat?

Minister **Borst-Eilers**: Dat klopt. Dat is een van de dingen die nog uitgewerkt moeten worden. Dat geldt ook voor de kwaliteitskaart waarover de heer Oudkerk sprak. De informatievoorziening moet goed worden geregeld en het marktmeesterschap moet nog worden uitgewerkt, hetzij à la de Opta, of als kamer bij de NMa. Nu ik toch bezig ben, noem ik ook de uitwerking van het thema kapitaalslasten en brutering. Dat punt stond in de geschreven tekst van de heer Buijs. Ik weet niet of hij dat ook echt heeft uitgesproken. Ik zeg de Kamer toe binnen een maand over al deze punten een notitie te zullen toesturen waarin al deze punten nader zijn uitgewerkt.

De heer **Bakker** (D66): De minister heeft gezegd dat de voorspellende geneeskunde een hoge vlucht neemt. Enerzijds is dat gewenst, omdat als die voorspellende geneeskunde leidt tot informatie over gezondheidsrisico's je preventief kunt optreden, ofwel door ingrijpen ofwel door preventief gedrag. Dat is winst. Aan de andere kant zien wij de risico's van het oneigenlijk gebruik van dit soort gegevens. Is al nagedacht over de vraag hoe zo goed mogelijk kan worden voorkomen dat dit soort gegevens op een verkeerde manier worden gebruikt, direct al door de zorgverzekeraars of indirect door bijvoorbeeld door daaraan gelieerde levensverzekeraars? Die vraag wordt steeds pregnanter. Naar mijn gevoel moet hierop een goed wettelijk antwoord worden gevonden.

Minister **Borst-Eilers**: Ik wijs erop dat wij natuurlijk al enige wetgeving hebben, zoals de Wet op de medische keuringen, die bepaalde zaken verbiedt. Voor wat betreft de genetica zijn wij bezig dit nog verder

Borst-Eilers

in wet- en regelgeving uit te werken. Voor het basispakket geldt een acceptatieplicht en eenzelfde premie per verzekeraar voor alle verzekerden. De verzekeraar kan daarmee dus niets doen, ook al zou hij iets weten. In het nieuwe systeem zal echter ook sprake zijn van aanvullende pakketten en de verzekeraar zou daarvoor wel eens ongewenst gebruik van kennis kunnen maken. Daarom moet er een systeem komen dat ertoe leidt dat een verzekeraar een bepaalde vraag niet mag stellen, opdat mensen niet belemmerd worden op het punt van hun individuele gezondheid doordat zij allerlei verzekeringen mislopen. Ik zeg graag toe dat de Kamer de uitwerking daarvan zal worden voorgelegd. Ik weet alleen niet zeker of dit nog aan deze Kamer zal zijn. In ieder geval wordt hieraan hard gewerkt op het ministerie.

□

Staatssecretaris **Vliegthart**:

Mevrouw de voorzitter. Hoofdpunt in de inbreng van de woordvoerders over de AWBZ is de vraag of de AWBZ al of niet moet worden geïntegreerd in de nieuwe algemene verzekering en als dit al gebeurt, of het dan niet wat sneller kan. Als conform de nota Vraag aan bod in 2005 een algemene verzekering wordt ingesteld voor de curatieve zorg – en daarover bestaat algemeen overeenstemming – bestaan er op dat moment twee algemene zorgverzekeringen naast elkaar. De AWBZ is immers ook een algemene verzekering. Vanzelfsprekend moet dan de vraag worden gesteld wat de ratio is van het naast elkaar bestaan van die twee verzekeringen en of zij niet kunnen worden geïntegreerd in een algemene zorgverzekering.

Het antwoord van het kabinet op die vraag is: ja. Ik stel vast dat – afgezien van de fracties van het CDA en de VVD – alle andere fracties in deze Kamer de keuze van het kabinet steunen. Er zijn drie hoofdargumenten om de AWBZ op termijn samen te voegen met die nieuwe algemene verzekering voor de curatieve zorg.

In de eerste plaats is dit het waarborgen van de samenhang in de zorgverlening vanuit het perspectief van de cliënt. Het onderscheid tussen care en cure is steeds moeilijker te maken en een soepele aansluiting tussen beide elementen zal steeds

belangrijker worden, met name voor de groeiende groep chronische patiënten. Er is steeds meer sprake van intermitterende zorg, van mensen die gebruik maken van langdurige zorg en dan tijdelijk vormen van behandeling of intensieve zorg nodig hebben. Zowel de Raad voor de zorg als het College voor zorgverzekeringen bepleit dan ook de integratie van die twee verzekeringen vanuit dit cliëntenperspectief.

Belangrijk voor de keuze voor samenvoeging was ook dat het perspectief van de AWBZ in tien jaar tijd sterk is veranderd. Wij zijn ook in de AWBZ bezig met de omslag van aanbodregulering naar vraagsturing. In bepaalde opzichten biedt de AWBZ zelfs grotere kansen voor vraagsturing dan de curatieve sector. Het gegeven bijvoorbeeld dat de informatieasymmetrie tussen zorgvrager en zorgaanbieder globaal gesproken in de AWBZ minder sterk aanwezig is, speelt hierbij een belangrijke rol.

Een derde argument is dat wij toe willen naar een meer doelmatiger uitvoering van de zorgverzekering, vermindering van de bureaucratie als gevolg van schotten in de zorg. Integratie betekent: het voorkomen van problemen met betrekking tot bijvoorbeeld scheiding van publieke en private geldstromen en maatschappelijk ongewenst strategisch gedrag van verzekeraars als gevolg van verschillen in financieringsgrondslag. Het bekende punt van de afwenteling van risico's.

Voorzitter. Het valt mij op dat de fracties van de VVD en het CDA ervoor pleiten dat de AWBZ door de verzekeraar wordt uitgevoerd. De voordelen van de uitvoering in één hand wensen zij klaarblijkelijk niet te realiseren, aangezien zij ervoor kiezen dat het twee gescheiden verzekeringen moeten blijven. Deze keuze voor een privaatrechtelijke grondslag in plaats van een publiekrechtelijke grondslag voor de algemene verzekering verhindert dat de voordelen van integratie voor samenhang en doelmatigheid worden gerealiseerd. Omdat beide fracties zeggen te streven naar vermindering van bureaucratie en regels, wil ik ze in overweging geven om hierover nog eens na te denken.

Zijn de huidige verschillen tussen het eerste en tweede compartiment een belemmering voor de integratie? Ik heb al gewezen op de informatie-

asymmetrie. Dat is een belangrijk verschil tussen de eerste en de tweedecompartimentszorg. Het hele lijstje met de verschillen is opgenomen in de nota Vraag aan bod. In dat lijstje staat niet het punt dat door mevrouw Van Blerck werd genoemd, namelijk dat de tweedecompartimentszorg wel verzekeraarbaar zou zijn en de langdurige risico's niet. Het kabinet wil dat onderscheid tussen verzekeraarbaarheid en onverzekeraarbaarheid niet zo zwart-wit maken. De betekenis van het woord "onverzekeraar" verzwakt ook naarmate men het publiekrechtelijk fundament onder de verzekering versterkt en waarborgen voor risicosolidariteit inbrengt via een goed vereveningssysteem. Een aantal andere verschillen tussen beide verzekeringen is wel relevant, omdat hieraan een aantal bijzondere vraagstukken zijn verbonden die aandacht nodig hebben als wij de AWBZ succesvol met de algemene verzekering voor de curatieve zorg willen laten samengaan.

Zoals de minister benadrukte, spelen de verzekeraars in het door het kabinet beoogde model een belangrijke rol als zorgregisseur. De heer Bakker stelde de vraag hoe die rol zich verhoudt tot de uitvoering van de AWBZ en de invoering en de uitbreiding van de persoonsgebonden budgetten. Een kernpunt is natuurlijk dat de cliënt kan kiezen of hij wel niet gebruik wil maken van een persoonsgebonden budget en alles zelf willen regelen of gebruik wil maken van door de verzekeraar samengestelde arrangementen. Het marktaandeel van het PGB en de keuzes die mensen daarbinnen maken, zijn van invloed op de regiefunctie van de verzekeraars. Wij denken overigens dat het PGB een prikkel zal zijn voor de verzekeraars om te zorgen voor arrangementen die beter aansluiten op de zorgbehoefte van de cliënt. Het wordt daarmee een prikkel om het marktaandeel van het PGB te beperken ten opzichte van de zorg in natura. Als de cliënt daar maar goed tussen kan kiezen, is dat allemaal prima.

Verscheidene woordvoerders hebben gepleit voor uitbreiding van het PGB. Daar wordt hard aan gewerkt. Het aantal PGB's is gegroeid van 10.000 aan het begin van deze periode naar bijna 40.000 nu. Deze trend zal zich de komende jaren voortzetten, gelet op de

Vliegenthart

plannen die er ook zijn voor verdere vereenvoudigingen van de regelingen.

De verschillen tussen het eerste en het tweede compartiment worden door beide moderniseringstrajecten in de curatieve zorg enerzijds en de modernisering anderzijds stapsgewijs verkleind door de versterking van de vraagsturing binnen de AWBZ en het herstel van het verzekeringskarakter. Verder speelt hier de wachtlijstaanpak aan de hand van de boter-bij-de-vis-benadering, afrekenen op resultaten, een belangrijke rol, evenals overigens het contracteerbeleid van de verzekeraars. De bestaande verschillen zullen dus geleidelijk kleiner worden.

Een ander punt dat ik onder de aandacht wil brengen, is het bredere vraagstuk van de risicodragende uitvoering door verzekeraars als gevolg van een verschil in de spreiding van de schadelast. Die spreiding van de schadelast is in de curatieve zorg groter dan in de AWBZ. Dit stelt bijzondere eisen aan de vereveningssystematiek. Deze zal zo moeten worden ingericht dat de uitvoerders van de verzekering niet met onredelijke risico's worden opgezadeld. Verder zal men het proces van risicoselectie, de ongewenste afwenteling van kosten, moeten voorkomen.

Mevrouw Hermann en de heer Oudkerk hebben gevraagd of dit proces niet kan worden versneld. Voorwaarde om te komen tot integratie van de AWBZ en de verzekering van het tweede compartiment, de algemene zorgverzekering, is dat in het tweede compartiment een level playing field ontstaat, gelijke spelregels voor alle verzekeraars. Ziekenfonds, particuliere verzekering, WTZ en ambtenarenregelingen moeten eerst opgaan in de algemene verzekering alvorens integratie met de AWBZ kan plaatsvinden. Op het moment dat de algemene verzekering wordt ingevoerd en het onderscheid binnen het tweede compartiment verdwijnt, kunnen de verzekeraars nieuwe stijl de uitvoering van de AWBZ overnemen van de zorgkantoren. De materiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars ten aanzien van de AWBZ zal dan samenvallen met de formele verantwoordelijkheid. Momenteel zijn zij reeds in formele zin verantwoordelijk, maar is de uitvoering gemandateerd aan de zorgkantoren. Bij het vormen van de

algemene verzekering en het neerleggen van de uitvoering van de AWBZ bij een verzekeraar is er nog wel sprake van twee aparte wetten, maar vervolgens kan stapsgewijs gewerkt worden aan het onder de nieuwe wet brengen van de AWBZ-aanspraken. De bestaande financieringsschotten komen daarmee te verdwijnen. Met dat gefaseerde tempo wordt het verzekeraars die momenteel niet de AWBZ uitvoeren mogelijk gemaakt, zich voor te bereiden op het uitvoeren en het contracteren van die vormen van zorg.

In het kader van de modernisering van de AWBZ wordt bekeken welke functies bij de AWBZ nieuwe stijl en de algemene verzekering worden ondergebracht. Het uitgangspunt daarbij is het scheiden van wonen en zorg, tenzij het wonen onlosmakelijk verbonden is met het verlenen van zorg. Op dit punt speelt de discussie van de relatie met het dienstverleningsstelsel: welke aspecten moeten in de algemene verzekering worden opgenomen, welke in de WVG en welke in het nieuwe dienstverleningsstelsel? Daarover is de Kamer reeds geïnformeerd aan de hand van nota's. Een notitie over de bruteringsoperatie is in voorbereiding. Op deze manier wordt stapsgewijs gewerkt naar een hervorming van de AWBZ zodat op een later moment, als ook aan de algemene verzekering voor de curatieve zorg is vormgegeven, een en ander bij elkaar gebracht kan worden. Langs deze weg wordt bijgedragen aan de algemene wens van minder regels in de zorg, meer doelmatige uitvoering en meer op de cliënt gerichte zorgverlening door meer samenhang in de zorg.

De heer **Buijs** (CDA): Ik dank de staatssecretaris voor hetgeen zij heeft gezegd ten aanzien van de bruteringsoperatie van de AWBZ voltooid zijn? Is het noodzakelijk om in samenhang met de bruteringsoperatie een tweede compartiment uit te voeren alvorens integratie kan plaatsvinden? Kan de staatssecretaris ingaan op mijn voorstel, grote delen van de GGZ uit de AWBZ over te hevelen naar het tweede compartiment?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Momenteel wordt een notitie opgesteld over alles wat samenhangt

met het vraagstuk van de kapitaallasten in de zorg, zowel in de AWBZ als in het tweede compartiment. Op basis daarvan kan besluitvorming plaatsvinden over de wijze waarop dat proces wordt aangepakt. Ik denk niet dat dit een voorwaarde is voor integratie. Het is wel van belang dat op een gegeven moment tot kostenconforme tarieven wordt gekomen.

Met het perspectief dat het kabinet biedt op integratie van de verzekeringen is de vraag van de heer Buijs over het overhevelen van delen van de GGZ irrelevant. In de modernisering van de GGZ wordt enerzijds, wat betreft de kortdurende zorg, aansluiting gezocht met het moderniseringstraject curatieve zorg en anderzijds, wat betreft de langdurige GGZ, met de modernisering AWBZ. In het perspectief van het kabinet groeien beide naar elkaar; mijn stelling is dan ook dat er niet eerst geknipt moet worden om er straks weer een geheel van te maken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb wederom een feitelijke vraag voor de hier aanwezige leden van het kabinet. De staatssecretaris schetst een perspectief op integratie van de AWBZ en de cure. Dat is heel goed en mijn fractie is daar voorstander van. Vereist die integratie geen gelijke wijze van financiering? De AWBZ wordt nu inkomensafhankelijk gefinancierd. Moet, om de integratie echt succesvol te laten zijn, niet worden overgaan tot een definitief inkomensafhankelijke financiering?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: De inkomensafhankelijke premie blijft bestaan, anders worden de inkomensproblemen vergroot en dat is niet de bedoeling. De inkomensafhankelijke grondslag blijft dus behouden. De vraag over de verhouding tussen inkomensafhankelijk en nominaal heeft de minister reeds beantwoord. Een bepaald deel is nodig voor de nominale premie, maar daarnaast kan de premie natuurlijk ook inkomensafhankelijk zijn. De vormgeving en de keuzes die daarin worden gemaakt, zijn afhankelijk van verschillende aspecten. Ik noem de inkomenspolitieke randvoorwaarden, de wijze waarop de compensatie wordt geregeld en de gestelde prioriteiten: geld dat is uitgetrokken voor

Vliegenthart

lastenverlichting is niet beschikbaar voor andere dingen. Zo moeten er heel veel afwegingen worden gemaakt. Omdat een en ander verstreckende gevolgen heeft, is het naar de mening van het kabinet beter om het te bekijken in samenhang met andere aspecten van het sociaal-economische beleid en het inkomensbeleid. Dat zal gebeuren bij de kabinetsformatie.

Voorzitter: Van Nieuwenhoven

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik begrijp de overweging. De voorwaarde om te komen tot integratie van de AWBZ is dat er gelijke spelregels zijn voor alle verzekeraars. Mijn fractie is evenwel bang dat, wanneer eerst het tweede compartiment en de particuliere verzekering met elkaar integreren en daarna pas de AWBZ, er een nieuwe discussie ontstaat omdat allerlei stellingen opnieuw worden ingenomen.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: De particuliere verzekeraar kan op dit moment geen collectieve regeling als de AWBZ uitvoeren, gelet op de verschillen in financieringsstromen en alles wat daarmee samenhangt. Wij willen eerst een algemene verzekering op publiekrechtelijke grondslag, zodat de uitvoering van de volksverzekering daar op een gegeven moment kan worden ondergebracht. Daarom heb ik bezwaar tegen de voorstellen van de fracties van het CDA en de VVD om de AWBZ en een nieuw soort particuliere algemene verzekering naast elkaar te laten bestaan. Dat leidt tot grote uitvoeringsproblemen.

De heer **Bakker** (D66): Ook in de AWBZ wordt overgegaan van aanbodsturing naar vraagsturing. Is erover nagedacht wat dit betekent voor alle indicatiecommissies die momenteel bestaan voor de verschillende vormen van zorg?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Wij werken aan de totstandkoming van één indicatieorgaan. De procedures verlopen stapsgewijs, omdat niet alles van de ene dag op de andere kan veranderen. Het perspectief is dat er voor de langdurige zorg één vorm van indicatiestelling is, integraal en op basis van functie. Met de functionele omschrijving van de aanspraken in de AWBZ komt het onderscheid tussen de huidige

categoriale functies, zoals de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg, te vervallen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Het zal geen verbazing wekken dat de fractie van de VVD nog steeds op het standpunt staat dat de AWBZ apart moet blijven. Wordt het argument van de staatssecretaris dat er allerlei schotten en drempels bestaan niet als excuus gebruikt om andere problemen te verhullen?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Die schotten leiden tot aparte regels en aparte verantwoordingsprocedures en tot publieke en private geldstromen. Het toezicht op die geldstromen moet op een bepaalde manier geregeld worden en het publieke toezicht is anders georganiseerd dan het private toezicht. Veel woordvoerders verkondigden vandaag dat de hoeveelheid regels in de zorg moet verminderen. Wel, dat kan bij uitstek op dit terrein.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Hoe kijkt de staatssecretaris aan tegen de vanzelfsprekendheid waarmee wordt aangenomen dat verzekeraars primair de belangen van patiënten en cliënten zullen behartigen? De Nederlandse patiënten/consumentenplatforms zien daar bezwaren. Dat geldt met name voor de care, als die op de lange termijn in het pakket komt. Hoe kijkt de staatssecretaris in dat verband aan tegen de rol van verzekeraars?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Een voorwaarde voor het goed functioneren van verzekeraars is dat er een goed risicovereveningssysteem komt ten aanzien van de financiering van de verzekering, opdat men niet selecteert op basis van risico's. Dit systeem moet een prikkel vormen voor een doelmatige uitvoering van de wet, zodat men eventuele voordelen kan investeren in de kwaliteit van de zorg of deze tot uitdrukking kan laten komen in een iets lagere premie. Potentiële prikkels die leiden tot afwenteling van risico's of tot risicoselectie, moeten worden voorkomen. De verzekeraar heeft er in dat geval belang bij om een zo groot mogelijke markt te krijgen en dus de belangen van de verzekerden te dienen.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.14 uur tot 14.00 uur geschorst.

□

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die op de tafel van de griffier ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, toestemming te verlenen tot het houden van een wetgevings- c.q. notaoverleg met stenografisch verslag op:

maandag 18 maart 2002:
- van 10.15 uur tot 16.00 uur van de vaste commissie voor Justitie over het wetsvoorstel Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Gemeentewet (partiële wijziging zedelijkheids-wetgeving) (27745);

maandag 25 maart 2002:
- van 10.15 uur tot 15.00 uur van de vaste commissie voor Justitie over het wetsvoorstel Wijziging van de regels betreffende de verwerking van justitiële gegevens en het stellen van regels met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens in persoonsdossiers (Wet justitiële gegevens) (24797);

maandag 8 april 2002:
- van 10.00 uur tot 17.00 uur van de vaste commissie voor Verkeer en Waterstaat over het wetsvoorstel Project mainport Rotterdam (24691).

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **de nota Vraag aan bod (Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel) (27855).**

De beraadslaging wordt hervat.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Dit moet kort, begrijp ik, zoals alles in dit debat erg kort moet.