

# 67ste vergadering

Donderdag 15 april 2004

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Ten Hoopen

Tegenwoordig zijn 121 leden, te weten:

Van Aartsen, Aasted Madsen-van Stiphout, Adelmund, Algra, Aptroot, Arib, Van As, Atsma, Azough, Van Baalen, Bakker, Balemans, Van Beek, Blok, Blom, Van Bochove, Boelhouwer, Van Bommel, Bos, Brinkel, Bruls, Buijs, Bussemaker, Cornielje, Crone, Depla, Dezentjé Hamming, Van Dijk, Van Dijken, Dijksma, Dijsselbloem, Dittrich, Douma, Duivesteyn, Duyvendak, Van Egerschot, Eijnsink, Eurlings, Ferrier, Van Fessem, Fierens, Geluk, Van Gent, Gerkens, De Haan, Van Haersma Buma, Van der Ham, Hamer, Haverkamp, Heemskerk, Van Heemst, Herben, Hessels, Van Heteren, Van Hijum, Hofstra, Ten Hoopen, Huizinga-Heringa, Jager, Joldersma, Kalsbeek, Kant, Karimi, Koenders, Koomen, Koopmans, Kortenhorst, Kraneveldt, De Krom, Lambrechts, Leerdam, Van Lith, Mastwijk, Van Miltenburg, Mosterd, Nawijn, De Nerebe tot Babberich, Van Nieuwenhoven, Noorman-den Uyl, Omtzigt, Oplaat, Örgüç, Ormel, De Pater-van der Meer, Rambocus, Rijpstra, Rouvoet, Samsom, Schippers, Slob, Smeets, Smilde, Smits, Spiess, Van der Staaij, Sterk, Straub, Stuurman, Szabó, Timmer, Timmermans, Tjon-A-Ten, Tonkens, Van Velzen, Vendrik, Verbeet, Verburg, Vergeer, Vietsch, Visser, Van der Vlies, Vos, Bibi de Vries, Jan de Vries, Klaas de Vries, Van Vroonhoven-Kok, Waalkens, Weekers, Wilders, De Wit en Wolfsen,

en de heren Bot, minister van Buitenlandse Zaken, Kamp, minister van Defensie en Hoogvorst,

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

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

Boelhouwer, Van Dam, Depla, Leerdam, Verbeet en Wolfsen, wegens bezigheden elders, alleen voor de avondvergadering;

Kruijssen, wegens bezigheden elders;

Weisglas, wegens een werkbezoek aan Turkije.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Partiële wijziging van de Wet op de rechterlijke organisatie, de Wet rechtspositie rechterlijke ambtenaren, de Wet op de rechterlijke indeling, de Beroepswet, de Wet op de economische delicten en enige andere wetten (Veegwet modernisering rechterlijke organisatie) (28958);**  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op het notarisambt (Reparatiewet Wet op het notarisambt) (29212).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en, na goedkeuring van de onderdelen, zonder stemming aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **de verslagen van de commissie voor de Verzoekschriften over een aantal in haar handen**

**gestelde adressen (29235, nrs. 21 t/m 27).**

Overeenkomstig de voorstellen van de commissie voor de Verzoekschriften wordt besloten.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **de brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake herziening van het zorgstelsel (23619, nr. 21).**

De beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Over de spreektijden voor dit debat zijn afspraken gemaakt. Als niet al te veel onderling wordt gedebatteerd, kunnen wij daar iets ruimer in zijn, maar niet te ruim. Ik denk hierbij aan een anderhalve minuut.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Het is goed dat de Kamer weer eens gedegen en uitgebreid discussieert over de hoofdlijnen om de gezondheidszorg verder te verbeteren.

Ik wil graag met twee citaten beginnen. "Structurele hervormingen moeten gericht zijn op kwaliteitsverbeteringen van de gezondheidszorg, op doelmatigheid, en niet op het bereiken van bezuinigingen." "Het kabinet is uitgegaan van de wenselijkheid om de kosten beter te beheersen door de structuur te herzien en is er daarbij van uitgegaan, de kwaliteit onaangetaast te houden."

Beide citaten zijn van 6 mei 1975, 30 jaar geleden, toen staatssecretaris Hendriks onder het befaamde kabinet-Den Uyl zijn structuurnota



De heer Heemskerk (PvdA)

© M. Sablerolle ± Gouda

gezondheidszorg presenteerde. Het eerste citaat, het moet beter en efficiënter, was het standpunt van de PvdA'er Drenth. Het tweede citaat, het moet vooral goedkoper en niet veel slechter, was van VVD'er mevrouw Veder-Smit. In die ambities lijkt nog weinig veranderd. De Partij van de Arbeid wil nog steeds een betere en doelmatiger zorg en een eerlijke verdeling van de rekening; de VVD is weer vooral geïnteresseerd in bezuinigen. Wat wil het kabinet? Wordt de zorg met dit nieuwe stelsel naast doelmatiger ook beter, of wil dit kabinet weer de kosten beheersen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): De heer Heemskerk zegt dat de VVD alleen geïnteresseerd is in bezuinigen. Hoe kan het dan dat de gezondheidszorg in deze kabinetsperiode van 41 mld naar 47 mld euro groeit? Dat noem ik geen bezuinigen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik hoef waarschijnlijk niet uit te leggen dat behoorlijk wordt bezuinigd op het ziekenfondspakket. Mensen worden met hogere rekeningen geconfronteerd. Veel dingen worden overgeheveld naar de portemonnee van de burger en wel zonder dat daar een duidelijke compensatie tegenover wordt gesteld. Het effect van die bezuinigingen is nog onduidelijk. De totale rekening van de gezondheids-

zorg, de optelsom van collectief, aanvullend en eigen bijdragen, kan nog wel eens hoger uitvallen doordat zoveel wordt overgeheveld naar de portemonnee van de burgers.

Waarom gaat het volgens het kabinet 30 jaar later wel lukken? Wat heeft dit kabinet geleerd van de vorige plannen en nota's en van de tegenstand van de werkgevers, die wij ook nu weer zien? Wat zijn de risico's bij de overgang naar het nieuwe stelsel? Gooien wij oude schoenen weg zonder nieuwe te hebben? In de brief van de minister lees ik hierover weinig.

Veel van de aanpassingen in het stelsel hebben een lange voorgeschiedenis, maar mijn fractie is verheugd dat er nu eindelijk een basisverzekering lijkt te komen. Dat is een oude wens van de PvdA en staatssecretaris Simons. Gekunstelde verschillen tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen worden opgeheven.

Positief in de aanpak van deze minister vind ik het programma "Sneller beter", waarin ziekenhuisprestaties met elkaar worden vergeleken. Transparantie en benchmarking, daar is iedereen natuurlijk voor, maar opnieuw mis ik een analyse waarom deze projecten, die onder het kabinet-Kok doorbraakprojecten werden genoemd, nu wel door andere ziekenhuizen worden overgenomen. Of moeten wij na de

lovende woorden van de minister in Nova allemaal Duits gaan spreken, omdat het in de Duitse ziekenhuizen zogenaamd allemaal wel lukt?

De oplossing ligt in het sturingsstelsel. De minister moet duidelijk maken wie waarvoor verantwoordelijk is en de problemen oplost. De eindverantwoordelijkheid ligt volgens de Partij van de Arbeid altijd bij de minister.

Ik wil in dit hoofdlijnen debat nader ingaan op vier punten: wat schiet de patiënt ermee op, wat mogen de zorgverzekeraars doen, waar bestaan keuzemogelijkheden waarbij financiële prikkels wellicht wel werken, en hoe wordt de rekening verdeeld.

De Partij van de Arbeid staat voor solidariteit en emancipatie. Er moet nog veel gebeuren aan emancipatie van patiënten, zodat zij weten wat er te kiezen valt en ook kunnen kiezen. De basisverzekering is een goede stap, net als de verdere integratie van het curatieve deel van de AWBZ in dit basispakket.

De Kamer heeft nog geen zicht op de wet op de maatschappelijke ondersteuning en de AWBZ nieuwe stijl, met echt onverzekerbare risico's. Welke middelen en instrumenten krijgen gemeenten om daadwerkelijk ondersteuning te kunnen bieden? Mijn fractie onthoudt zich nog van een oordeel hierover.

Met drie loketten wordt het er voor mijn oma niet duidelijker op. Voor huishoudelijke zorg en ondersteuning moet zij bij de gemeente zijn, voor geneeskundige hulp bij de zorgverzekeraar en voor langdurige verpleging bij een RIO. Het gevaar is dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd en dat er wordt afgeschoven als het mis gaat. Iedereen wijst dan weer naar de ander.

Als de verantwoordelijkheden van de overheid worden verplaatst naar verzekeraars en instellingen, moeten burgers, patiënten en verzekerden meer mogelijkheden hebben om hun positie veilig te stellen. In de voorstellen van dit kabinet wordt veel te weinig gedaan aan meer en duidelijkere rechten voor de burger. Dat moet sneller en ambitieuzer; per 1 januari 2006.

De **voorzitter**: Voordat de heer Bakker binnen was, hebben wij afgesproken om niet te veel interrupties te plaatsen en deze zo kort mogelijk te laten zijn. Ik hoop

## Heemskerk

dat het met hem ook langs deze lijn kan verlopen.

De heer **Bakker** (D66): Ik heb een heel korte vraag, omdat het punt van de heer Heemskerk over de verschillende loketten van de zorgverzekeraar, de gemeente en het RIO mij aanspreekt. Wat is zijn oplossing daarvoor? Al die loketten hebben een geschiedenis, waarbij bewindslieden van de PvdA nauw betrokken zijn geweest. Wat is zijn uitweg daaruit?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wij kennen de inhoudelijke vormgeving van de wet maatschappelijke ondersteuning niet. Wij zullen toetsen of de gemeenten de instrumenten en de middelen krijgen om de ondersteuning beter te doen. Ik kan mij best voorstellen dat dit lokaal beter kan worden uitgevoerd. De RIO's kunnen beter functioneren, zodat duidelijk wordt welke protocollen er zijn, waar patiënten recht op hebben en of er niet onnodig zorg wordt voorgeschreven. Daar zijn wij voorstander van. Wij vinden de basisverzekering ook winst, omdat wij daar al tijden voor pleiten. Ik heb nog zo weinig zicht op de inhoudelijke onderverdeling bij de AWBZ nieuwe stijl en de wet maatschappelijke ondersteuning dat ik mij onthoud van een oordeel daarover.

De heer **Bakker** (D66): Wilt u die drie loketten handhaven?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wij moeten nog eens goed nadenken of dat derde loket bij de AWBZ nieuwe stijl niet te veel wordt. Die discussie komt nog terug in de Kamer.

Wat versta ik onder meer informatie en rechten voor patiënten per 1 januari 2006? Een rapportkaart voor elke zorgaanbieder met relevante informatie, de mogelijkheid voor verzekerden om meerdere malen per jaar te veranderen, de mogelijkheid om van basisverzekering te switchen zonder dat het aanvullende pakket hoeft te worden opgezegd, dus geen gedwongen winkelnering, en een zorgbijsluiter, net als de financiële bijsluiter, op basis van wettelijke informatieverplichtingen, zodat de kenmerken van de verzekeringen zo helder mogelijk zijn voor burgers en verzekerden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U zei dat de PvdA nog moest nadenken over het vorige punt. Nu is het altijd goed dat de PvdA nadenkt. De PvdA was toch samen met GroenLinks en D66 voor een brede basisverzekering met een eerste en een tweede compartiment? Uit het verkiezingsprogramma en de doorrekening van 2002 maak ik op dat de PvdA niet van plan was om de AWBZ uit te kleden, te decentraliseren en op het bord van de gemeenten te leggen. Is dat nog steeds het actuele standpunt van de PvdA?

De heer **Heemskerk** (PvdA): U verwoordt het uitstekend. Juist daarom heb ik een voorbehoud gemaakt. Ik weet nog niet hoe de AWBZ wordt uitgekled en wat er wordt overgeheveld naar de gemeenten. Over de bijstand zegt het kabinet ook dat de gemeenten die mogen uitvoeren, maar zij krijgen minder geld. Er wordt dus armoede gedecentraliseerd en daar zijn wij tegen. Het overhevelen van het curatieve deel van de AWBZ naar de brede basisverzekering lijkt mij winst: ontschotting. Dat zijn goede stappen, maar wat er precies overblijft in de AWBZ nieuwe stijl is mij nog niet duidelijk.

Voorzitter. Dan kom ik bij de rol van de zorgverzekeraars en de verzekeringsmarkt. Mijn fractie is volstrekt niet overtuigd door die "Beste Frits/Beste Hans"-brief over de interpretatie van de Europese richtlijnen. Dat geldt ook voor het advies dat het zorgstelsel prima via private verzekeringscontracten gaat. De heer Bolkestein gaat daar ook niet over; dat is het Europese Hof. Hij gaat wel over het maken van nieuwe richtlijnen. Waarom past de Europese Commissie en daarmee dit kabinet de richtlijnen niet aan? Dan wordt het tenminste duidelijk. Tot die tijd moet het gewoon publiekrechtelijk gebeuren, want er komt een keer een buitenlandse verzekeraar die minder beperkingen wil en meer winst. Die verzekeraar stapt wel naar het Hof. Wat is de terugvaloptie van het kabinet als het Hof in ons nadeel beslist? Dat moet reeds nu duidelijk zijn.

Zorgverzekeraars gaan een belangrijke rol vervullen in de vraagsturing in het nieuwe stelsel, maar wij moeten wel zorgen voor echte dynamiek tussen de zorgverzekeraars. Cruciaal is dat er op organisatie, service en inkoop van de

zorg geconcurrereerd gaat worden en niet op risicoselectie in het basispakket. Er moeten ook geen mogelijkheden komen voor speciale polisvoorwaarden in het basispakket voor werknemers van grote bedrijven, geen grote variaties in eventuele vrijwillige eigen risico's en no claims en een beperkte nominale werknemerspremie, want dat biedt de meeste mogelijkheden voor grote procentuele kortingen en voor concurrentie tussen de verzekeraars. In het nieuwe stelsel zullen wij ook moeten hebben voor goede werkgevers. Preventie van ziekteverzuim moet beloond worden, bijvoorbeeld door kortingen voor werknemers in andere zorgverzekeringen of volumecontracten die zich richten op die service. Mijn fractie hoort graag van de minister hoe hij die kansen schat, bijvoorbeeld voor ledenorganisaties, zoals specifieke beroepsgroepen.

Mijn fractie maakt zich zorgen over de verticale integratie, dat wil zeggen dat de markt wordt verdeeld tussen de kartels. Daar moeten wij vooraf over nadenken en beleid voor ontwikkelen. Als in Groningen verzekeraar Amicon het Academisch Ziekenhuis koopt, dan is het voor een andere zorgaanbieder of verzekeraar onmogelijk om ertussen te komen, ook de Duitsers niet. Als zorgverzekeraars de huisartsen in loondienst hebben, dan zullen zij door die machtsverhouding patiënten uiteindelijk doorverwijzen naar die exclusieve ziekenhuizen. Ongewenste marktmacht leidt dan tot hogere premies, slechtere service of exclusieve zorg aan beperkte patiëntengroepen. Toezichhouders hebben te weinig middelen om in te grijpen. Ik hoor graag de reactie van de minister.

De vraag is dan waar er wel meer keuzemogelijkheden zijn in de zorg en waar financiële prikkels wel kunnen helpen.

Mevrouw **Kant** (SP): In de vraagstelling verwoordt u precies wat er gaat gebeuren als er marktwerking komt tussen zorgverzekeraars. U kwam met een aantal voorbeelden, zoals fusies. Het heeft er in mijn ogen mee te maken dat de zorg geen normale markt is. Als je de markt toelaat, zal het dit tot gevolg hebben. Waarom is dit voor de PvdA-fractie geen reden om te zeggen dat wij dit niet moeten doen?

## Heemskerk

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als er één markt apart is, dan is het wel de markt voor zorg. Het zijn geen potjes pindakaas. Mensen zijn onzeker en emotioneel. Zij vertrouwen de witte jas in plaats van in alle rust een beslissing te nemen. Als je een been gebroken hebt, ga je niet onderhandelen over de prijs van een operatie. Dus je zult op veel terreinen geen marktwerking moeten introduceren. Je moet wel de prestaties van ziekenhuizen met elkaar kunnen vergelijken. Ik zie ook veel meer in maatstafconcurrentie dan in het vrijgeven van prijzen en deelmarkten. Ik ben het dus met u eens.

Mevrouw **Kant** (SP): U bent het met mij eens, maar u vindt toch dat op veel terreinen de markt in de zorg moet worden toegelaten. U vindt ook dat zorgverzekeringen op basis van hoge niet inkomensafhankelijke premies met elkaar moeten concurreren. Het is een beetje een strijdig verhaal. Bent u ervoor dat de markt haar werk moet gaan doen in de zorg?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb niet gezegd dat zorgverzekeringen moeten worden gevoed via een hoge niet inkomensafhankelijke nominale premie, maar ik denk wel dat zorgverzekeraars een rol kunnen spelen in onderhandelingen met ziekenhuizen en in overleg met ziekenhuizen kunnen bezien waarom bepaalde zaken niet goedkoper en doelmatiger zouden kunnen. Daarover zijn volgens ons prima afspraken te maken. Vervolgens moet worden bekeken welke DBC's en/of tarieven al dan niet kunnen worden vrijgegeven. Zelfs als ze vast blijven, kunnen die maximumtarieven best nog wel omlaag en kunnen zorgverzekeraars bezien waarom een bepaald ziekenhuis blijkbaar minder efficiënt werkt. Het is als het ware een onderhandelingspel tussen inkopers en verkopers en wij zullen er alles aan moeten doen dat dit spel zo goed mogelijk kan worden gespeeld.

Mevrouw **Kant** (SP): Volgens mij hinkt de PvdA nog steeds op twee gedachten: zij wil graag de markt ± de door de heer Heemskerk gebruikte termen en woorden passen daar ook helemaal bij ± maar ziet toch wel enkele gevaren. Zij durft dus nog steeds niet te kiezen. Ik moet jammer genoeg dan toch

concluderen dat de PvdA voor marktwerking in de zorg is en denkt dat daar de problemen mee zullen zijn opgelost!

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat is uw conclusie! In het vervolg van mijn verhaal zal ik aangeven welke grenzen wij aan vrije marktwerking stellen.

Mijn fractie onderschrijft de analyse dat de zorg uit deelmarkten bestaat en dat die verschillende markten om een verschillende aanpak en afweging tussen concurrentie op of om de markt vragen, maar het zal vooral toch heel vaak die maatstafconcurrentie zijn. Daar spelen DBC's een rol in. Sommige prijzen en tarieven kunnen echt wel verder omlaag. Wat de PvdA uitermate stoort, is dat deze minister heel doortastend is met het opleggen van beperkingen en van kortingen in het openbaar vervoer voor gehandicapten, met het bezuinigen op de zelfgeneesmiddelen voor chronisch zieken, maar treuzelt om via DBC's de hoge salarissen van specialisten te verlagen, om de riantie bonussen van apothekers af te nemen of om de orthodontisten eens aan te pakken en hun tarieven te verlagen. De zorgautoriteit krijgt daarbij een belangrijke rol en mag wat de PvdA betreft ook best in de boeken kijken om achter de werkelijke winstgevendheid te komen en niet via een omweg, zoals via de FIOD en ECD!

Met de zorg van de zorgautoriteit zullen andere toezichthouders moeten verdwijnen. Een zorgverzekeraar heeft nu te maken met DMB/BVK, zorgautoriteit CTZ, CVZ, AMF, NMa. Een overlap en onduidelijke hiërarchie is slecht voor de geloofwaardigheid en de acceptatie van al die toezichthouders. Voor mijn fractie geldt dat er in de zorg weinig echte vrije marktwerking zal ontstaan. De minister zal ervoor moeten zorgen dat een aantal cruciale en spoedeisende functies voor elke Nederlander binnen een bepaalde afstand en bepaalde tijd beschikbaar zijn en daarnaast ook specialistische topklinische zorg. Dat is de infrastructuur of het netwerk van de zorg. Die willen wij niet verdubbelen om keuze of concurrentie te creëren. Uit de energiemarkt heeft dit kabinet lessen getrokken als het gaat om het loskoppelen van infrastructuur en diensten en mijn fractie wil graag dat de minister nu

reeds aangeeft waar dergelijke netwerken en monopolies bestaan en waar wij dus niet de heilloze weg van marktwerking moeten opgaan.

Mijn fractie kiest voor een ruim maar zeker geen uitbundig pakket in de basisverzekering. Het is zeer belangrijk om goed te definiëren waar iedere burger recht op heeft. Beroepsbeoefenaren en patiëntenorganisaties zijn de belangrijkste instanties om dat via scherpe protocollen voor te schrijven. Uitgangspunt is dat de basisverzekering zorg biedt die noodzakelijk en nuttig is, aantoonbaar effectief is en tegen een redelijke prijs kan worden geleverd, criteria die door de commissie-Dunning zijn opgesteld. In die zin is het basispakket ook geen statisch gegeven. Als er sprake is van een keuzemogelijkheid, kunnen eigen bijdragen en aanvullende verzekeringen zorgen voor een doelmatige keuze en geen onbeperkte groei van de collectieve lasten. Luxezorg hoeft niet via algemene middelen en collectieve premies betaald te worden. Een ruim basispakket is een principieel uitgangspunt, solidariteit tussen rijk en arm, gezond en ziek, maar ook een economisch uitgangspunt en biedt voordelen, zoals schaalvoordelen, inkoopmacht en mogelijkheden voor verzekeraars om risico's te spreiden. Van aanvullende pakketten zijn de uitvoeringskosten immers hoger, zijn wij als maatschappij duurder uit en kunnen wij uiteindelijk afglijden naar een situatie waarin het aanvullende pakket zo groot wordt dat het ook onvermijdelijk is.

Voorzitter, ik rond af. Een eerlijke rekening betekent voor de PvdA een beperkte nominale werknemerspremie. Hoe lager, hoe minder er gecompenseerd hoeft te worden via de zorgtoeslag, want die is gebaseerd op gemiddelden en wij weten hoe een gemiddeld koopkrachtplaatje van het kabinet-Balkenende er uit ziet. Wellicht komen wij na 30 jaar wel tot een nieuw stelsel. De PvdA zal de komende wetsvoorstellen steeds beoordelen op de vraag of de patiënt, burger, verzekerde erop vooruit gaat door meer inzicht, duidelijker rechten en een betere kwaliteit, of de verantwoordelijkheden helder zijn verdeeld, dus wat is macht en tegenmacht, tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en ten slotte of de rekening eerlijk wordt verdeeld tussen lage en hoge

## Heemskerk

inkomens, werkenden en niet-werkenden en zieken en gezonden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Na de laatste woorden van de heer Heemskerk denk ik "hear, hear", want zij doen mij deugd.

Ik wil terugkomen op het vorige punt over markt en zorg. Er zijn twee typen verzekeraars: de sociale verzekeraars, een beetje model ziekenfonds in een modern jasje, en de commerciële verzekeraars die voor de winst gaan, in zekere zin zijn dit schadelastverzekeraars en zo denken zij ook over de zorg. Daarover hebben wij de afgelopen dagen ook verschillende brieven ontvangen. Voor welk type verzekeraar kiest de Partij van de Arbeid?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Mijn hart ligt bij het oude ziekenfonds. De zorgverzekeraar zoals ik die graag zie is bijvoorbeeld de CZ Groep waarvan de heer Leers nog een keer per jaar met de patiënten naar Lourdes gaat om hen bij te staan. Ik vind het echter naïef om het stelsel daarop in te richten. Wij moeten het stelsel juist inrichten op de commerciële verzekeraar en die kijkt maar naar een ding, namelijk hoe hij de slechte risico's buiten de deur kan houden en hoe hij de markt kan afgrendelen. De commerciële verzekeraar wil immers helemaal geen marktwerking; hij wil exclusiviteit, een monopolie en ziekenhuizen en instellingen kopen zodat er niemand tussenkomt en hij alle kosten kan afwentelen op de gemeenschap. Daarom moeten wij heel strikte voorwaarden stellen en vaststellen op welke punten de commerciële zorgverzekeraar wel mag concurreren en vooral ook wat hij niet mag doen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik weet niet of een reis naar Lourdes in het basispakket zit, maar het heeft mijn zegen. Blijft over de vraag of de commerciële verzekeraars winst mogen maken. Ik neem aan dat het antwoord ja is. Wij bepalen hier wat de toelatingscriteria zijn voor de rechtspersonen die de verzekering mogen uitvoeren. Moet er in de optiek van de heer Heemskerk in die toelatingscriteria ruimte zijn voor verzekeraars om winst te maken en dus om publiek geld te onttrekken aan de zorg?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zal de

heer Vendrik een geheim verklappen: ook de CZ Groep maakt winst. De groep behoudt die winst om er wellicht andere dingen mee te doen, of heeft een minder hoge winst-doelstelling en is daardoor misschien wat minder streng in het behalen van efficiencywinst op de uitvoeringskosten. Het maakt mij eerlijk gezegd niet zo veel uit wat er met die winst gebeurt. Die winst mag niet extreem hoog zijn, maar beide typen zorgverzekeraars zullen winst moeten maken om hun continuïteit zeker te stellen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Zal het er dan toch een keer van komen, is de vraag die mij bezighoudt. Hoe komt dit? Collega Heemskerk pakte de draad op in 1975. Ik ben van een iets latere generatie, ik ben hier in 1981 mee begonnen en ik heb hier of in de oude zaal al menig plan namens mijn fractie van commentaar voorzien. Het kwam er maar steeds niet van. In je achterhoofd is daarom toch ergens de vraag aanwezig of het er nu dan van zal komen. Het kabinet straalt in elk geval een gevoel van urgentie uit. Ik heb het regeerakkoord uiteraard ook gelezen en daaruit blijkt dat gevoel. Mijn fractie erkent de urgentie. De noodzaak staat op zichzelf wel vast. De houdbaarheid van het stelsel met alle kwaliteitskenmerken ervan, de kwaliteit van de zorg zelf, solidariteit als onmisbaar motief en dit alles in het licht van de vergrijzing; daarmee is de spanningsboog voor mijn fractie echt wel getekend.

Vervolgens is de vraag op welke manier de publieke belangen verankerd zullen zijn in het komende stelsel. Die belangen zijn voor mijn fractie een belangrijk criterium. Waar heb je het dan over? Iedere burger moet de noodzakelijke zorg ontvangen die bij hem of haar en zijn of haar situatie past. Kwaliteit moet daarbij vooropstaan. Voor de SGP-fractie is in dat verband wel de vraag op welke manier de kwaliteit in voldoende mate kan worden gewaarborgd, te midden van de strijd om het contract met de zorgverzekeraar. Dat is toch een nieuwe lijn. Ook de bereikbaarheid is zeer belangrijk. Hoe verhoudt de door te voeren vraagstelling zich tot de publieke waarborgfunctie van de overheid? Die functie houdt in dat er

bijvoorbeeld daadwerkelijk een ziekenhuis in de buurt is. Kan de overheid nog sturen? Hoe kan die concreet worden waargemaakt? Het gaat daarbij niet alleen om kwaliteit en bereikbaarheid, maar ook om gelijke toegankelijkheid op de cesuur tussen rijk en arm, jong en oud en gezond en ziek. Dat zijn onbetwiste uitgangspunten.

Voor de SGP-fractie is er nog meer aan de hand. Als een basispakket wordt gedefinieerd, moet het voor haar namelijk een "schoon" pakket zijn. Ieder die de discussie uit het verleden kent, weet wat met dat begrip, een staand begrip, wordt bedoeld. In zo'n pakket is voor ons geen ruimte voor ethisch betwiste behandel mogelijkheden. Dit punt geldt te meer als in de toekomst eventueel wordt overgegaan tot samenvoeging van basispakket en AWBZ. Neem het voorbeeld van de abortus provocatus. Kraamzorg wordt niet publiek gefinancierd. Abortus wel. De doelstelling van het kabinet is het aantal abortussen terug te brengen en dat is terecht. Zou het dan niet voor de hand liggen abortus provocatus ± toch niet echt een medische behandeling in de authentieke zin van dat begrip ± niet meer te vergoeden? Op zijn minst moet er ruimte zijn voor een schoon alternatief. De minister moet dat wat mij betreft garanderen, in navolging van zijn voorgangers. Hoe denkt hij over een lichte differentiatie-mogelijkheid in het pakket op dit punt of in het algemeen? Er zou dan voor een zorgverzekeraar ook ruimte zijn om bijvoorbeeld extra aandacht te geven aan palliatieve zorg of bepaalde preventietaken. Zo'n levensstijldifferentiatie zou zowel de keuzevrijheid van de verzekerde als de concurrentiepositie van de zorgverzekeraar ten goede kunnen komen. Je kunt je onderscheiden. Momenteel is er een algehele vrijstelling van de verplichte ziektekostenverzekering voor mensen met gewetensbezwaren vanuit geloofsovertuiging. Wil de minister de toezegging van zijn voorganger bevestigen dat die vrijstelling blijft bestaan? Voor mijn fractie is dit gedurende een kleine eeuw politiek een belangrijk punt geweest.

Het opheffen van de contracteerplicht bemoeilijkt de keuzevrijheid. Er is immers geen zekerheid dat een zorgverlener een contract heeft met de zorgverzekeraar van zijn cliënt. De macht van de verzekerde beperkt

## Van der Vlies

zich feitelijk tot het één keer paar opzeggen van zijn verzekering. Zou er niet op zijn minst een restitutieplicht moeten komen, die zich uitstrekt tot niet-gecontracteerde zorgverleners? Juist voor de huisarts als poortwachter en voor acute zorgverlening zou het ontbreken van een contract kunnen betekenen dat een verzekerde van te voren geen duidelijkheid heeft. Zou het niet voor de hand liggen om ten minste voor deze groepen de contracteerplicht in stand te laten?

De inhoud van het basispakket is tot op heden nog onduidelijk. Hierover is al veel gesproken, maar de vraag is natuurlijk welke criteria zullen worden gehanteerd om wel of niet over te gaan tot vergoeding uit het basispakket. Denkt de minister de facto aan een breed of een smal pakket?

Een van de voorstellen is de prestaties functiegericht te omschrijven. Dat willen wij graag zien en beoordelen, want de vraag is natuurlijk wat dit concreet betekent voor de verzekerde. Hoe weet hij wat zijn zorgverzekeraar precies bedoelt met een bepaalde omschrijving? De protocollen die daarover geschreven worden, moeten uitsluitend geven. Deze zijn echter nog in de maak.

De mogelijkheid winst te maken is een nieuw fenomeen. Vanuit de gedachte van marktwerking en verantwoordelijkheid nemen is deze mogelijkheid begrijpelijk, maar niet zonder risico. Wij weten immers allemaal dat niet alle vormen van zorg lucratief zijn. Op welke manier zal te garanderen zijn dat dergelijke, vanuit financieel oogpunt onaantrekkelijke en vaak specialistische behandelingen, toch gelijkelijk mogelijk blijven? Staat de mogelijkheid van winstvorming en de daaraan vrij nauw verbonden sterke specialisering daar niet aan in de weg? Wat mijn fractie betreft komt er geen tweedeling in de zorg. Kwaliteit moeten wij te allen tijde garanderen. Doelmatigheid is vervolgens ± en in die volgorde ± uiteraard ook een nobel doel.

De SGP-fractie ondersteunt het uitgangspunt dat de burger wordt aangesproken op meer eigen verantwoordelijkheid. Wij bedoelen daarmee dat burgers selectiever moeten omgaan met de zorgconsumptie, maar daarover moeten zij wel in vrijheid kunnen beslissen. Chronisch zieken en gehandicapten kunnen dat niet. Een no-claimkorting

als startpunt, komt op zichzelf sympathiek over, maar tegelijk vragen wij ons af wat de effecten zullen zijn voor doelgroepen met bepaalde kenmerken, zoals een hoge zorgconsumptie. Hoe is zo'n complex beheersbaar en eenvoudig te organiseren?

Wij vragen ten slotte aandacht voor de zorgtoeslag en de positie van gezinnen. Wij willen graag een nadere toelichting op de werking van de zorgtoeslag. De discussie van het achterliggende najaar heeft ons geleerd dat de positie van gezinnen veel aandacht verdient.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Eindelijk vindt er een debat plaats over het zorgstelsel. Op één punt is er goed nieuws: er komt een nieuw stelsel. Ik moet eerlijk zeggen dat dit ook gelijk het enige goede nieuws is. Het slechte nieuws is dat het geen solidair stelsel wordt. Het stelsel is niet inkomenssolidair, want het wordt een stelsel met nominale premies. Dat wil zeggen dat iedereen hetzelfde betaalt, of je nu miljonair bent of het van de bijstand moet doen. Er komt een no-claimregeling. Ook deze is niet inkomensafhankelijk en drukt voor sommige mensen veel zwaarder op de portemonnee dan voor mensen met meer geld. Het is natuurlijk gewoon een omgekeerde eigen bijdrage.

Voorts tast het nieuwe stelsel de solidariteit tussen gezond en ziek aan. Dat vind ik een ernstig gevolg van de maatregelen die op ons afkomen. Het hangt af van de zaken die zijn verzekerd en waar mensen recht op hebben, of een stelsel solidair is tussen gezond en ziek. Je ziet nu al dat het kabinet het pakket waar mensen recht op hebben, drastisch uitkleedt. Mensen moeten steeds meer zelf betalen. Inmiddels zijn bijvoorbeeld fysiotherapie en zelfzorgmiddelen uit het pakket gehaald. Mijn fractie vraagt zich af: wat volgt?

Mijn fractie heeft begin dit jaar een telefoonlijn geopend waar mensen konden melden wat de kabinetsmaatregelen voor hun portemonnee betekenen. Natuurlijk melden zich vooral mensen die worden getroffen. Chronisch zieken en ouderen gaan er, alles bij elkaar opgeteld, soms maar liefst 12,5% op achteruit. Dat is heel erg veel als je weinig hebt. En dat alleen maar

omdat je ziek bent en meer kosten moet maken.

De hogere eigen bijdragen vormen ook een aantasting van de solidariteit tussen gezond en ziek. Dat is al te zien in de thuiszorg. De bijdrage daarvoor is behoorlijk verhoogd. Wat is daarvan het resultaat? Heel veel mensen moeten om financiële redenen de thuiszorg opzeggen. Dat is geen solidariteit.

De no-claimregeling, die ik al de omgekeerde eigen bijdrage noemde, getuigt ook niet van solidariteit. Immers, de premie die de gezonde mensen aan het eind van het jaar terug krijgen, wordt betaald door de mensen die ziek zijn en die zorg nodig hebben. Dat zijn onder anderen de ouderen en de gehandicapten.

Bovendien is dit een financiële drempel. Mensen gaan misschien te laat naar de huisarts en wachten eventueel te lang om naar de specialist te gaan, omdat zij denken: ik heb de centen niet en ik moet de no claim terug hebben. Dit is een risico voor de gezondheid van mensen met weinig geld.

Wat ik ontzettend dom vind aan de no-claimmaatregel, afgezien van het ontbreken van solidariteit daarbij, is dat hierdoor de zorg echt duurder wordt. Als er een drempel in de zorg wordt aangebracht waardoor mensen te lang wachten om naar een dokter te gaan, hebben zij uiteindelijk duurdere behandelingen nodig. Dat maakt de zorg dus duurder. Tevens leidt dit tot heel veel bureaucratie. Ook dat moeten wij allemaal betalen. Wij willen toch juist minder bureaucratie?

Een no-claimregeling, oftewel een omgekeerde eigen bijdrage voor de huisarts, is helemaal onverstandig. Ik heb al aangegeven dat mijn fractie dit sowieso een domme maatregel vindt. Als je die drempel ook nog voor de huisarts laat gelden, begrijp je niet zo goed hoe ons zorgstelsel in elkaar zit en wat de grote voordelen zijn van de huisarts als poortwachter. De huisarts vangt in de zorg namelijk heel veel op voor relatief weinig geld.

De markt houdt ook geen rekening met solidariteit. Een belangrijk nadeel van meer marktwerking in de zorg is dat de markt geen rekening houdt met solidariteit. Het gaat je ook helemaal duizelen, als je de brief leest van de minister over wat er allemaal gaat gebeuren, evenals alle aanverwante wetten en stukken:

## Kant

marktwerking, marktwerking, marktwerking. Ik ben gestopt met tellen.

Ik wil vijf nadelen noemen die ik zie, als de zorg de richting van de marktwerking op gaat. Ik wil graag dat de minister daarop ingaat. De markt kent geen belang van solidariteit van gelijke toegang en zorg voor iedereen. Introductie van de marktwerking in de zorg draagt altijd het risico van tweedeling in zich. Natuurlijk komt er een acceptatieplicht. Ik weet ook dat het absoluut de bedoeling is dat die er komt. Daarmee is echter niet direct alle solidariteit geregeld. Er is namelijk ook selectie in het aanbod mogelijk. Waarom zouden zorgverzekeraars heel veel moeite doen om kwalitatief goede zorg voor een verzekerde te regelen die een kind heeft met een ernstige handicap, een medisch heel ingewikkeld probleem? Waarom zou daarvoor zorg worden ingekocht? Het betreft immers slechts een kleine groep. Vandaar dat ik vrees dat selectie ook via het aanbod mogelijk wordt. Van een dergelijke selectie zal zeker sprake zijn bij dat deel dat uit het pakket naar de aanvullende verzekering gaat. Nogmaals, er zal zeker een risicoselectie komen. Daar kan je op wachten.

Hoe lang zal het bij marktwerking en winsttoegemerkte duren voordat de marktprincipes in de zorg echt gaan werken? Hoe lang zal het dus duren totdat iemand die extra kan en wil betalen voorrang krijgt in het ziekenhuis? Als dergelijke prikkels worden ingebouwd, gaan de mensen dat soort zorg ook organiseren. Ook een mogelijkheid is dat men betere zorg krijgt, als men meer betaalt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ook uit eerdere interrupties van mevrouw Kant heb ik begrepen dat dit punt voor haar fractie cruciaal is. Betreft dat toch niet veel meer het vormgeven van publieke waarborgen in verband met de marktwerking c.q. de regulering van de marktwerking dan absolute bezwaren tegen marktwerking? Wij zijn er toch zelf bij?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat de prikkels als effect hebben dat er heel veel gereguleerd moet worden door de overheid voor de mensen die uiteindelijk buiten de boot gaan vallen. Daardoor ben je veel duurder uit. Dat is mijn kritiek op de

marktwerking. Ik noem in dit verband Amerika, waar heel veel marktwerking is. Daar zijn ook heel veel mensen onverzekerd; er wordt geprobeerd om voor hen nog iets te regelen. Dit gebeurt echter volstrekt onvoldoende. Toch is daar de zorg veel en veel duurder.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Is uw bezwaar nu puur principieel en wilt u geen marktwerking in de zorg? Of uit u uw bezwaar uit praktisch oogpunt, omdat u voorziet dat het een hele klus zal zijn om de waarborgen gestalte te geven? Wat is dus precies uw positie hierin?

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn standpunt over dit soort onderwerpen is nooit principieel. Het gaat mij erom wat er gebeurt bij de introductie van marktwerking en om de gevolgen daarvan. Wat moet er vervolgens gedaan worden om de negatieve gevolgen op te vangen? Is dat het waard of niet? Dat weeg ik tegen elkaar af en dat afwegend, concludeer ik dat wij daar niet aan moeten beginnen.

Een volgend punt van bezwaar is dat de markt geen langetermijnbelang kent, terwijl dat zeer belangrijk is in de zorg. Het ontbreken ervan zal de kwaliteit in de zorg bedreigen. Het is niet voor niets dat iedereen ± ook de minister ± toegeeft dat wij meer inspectie nodig hebben als wij meer marktwerking in de zorg toestaan. Zo'n inspectie moet ook weer worden opgetuigd en dat kost extra geld. Daarbij lopen wij het risico dat mensen zorg krijgen die kwalitatief onder de maat is. De inspectie heeft de nodige onderzoeken gedaan in privé-klinieken, waaruit dit is gebleken.

Ook denk ik dat zorg zonder marktwerking beter is en minder duur. In de zorg moet ook niet worden geconcurrereerd, maar samengewerkt. Als je wilt dat mensen die in de zorg werken, er het beste van maken voor de patiënt, moet je er vooral voor zorgen dat er goed wordt samengewerkt en niet dat men elkaar de tent uit concurrentieert. Volgens mij is dat niet de best afgestemde vorm van de zorg die je een patiënt kunt bieden. Dit is niet in het belang van de patiënt.

Ik maak verder bezwaar tegen marktwerking in de zorg omdat ik er, mede dankzij het onderzoek dat ik daarnaar heb gedaan, van overtuigd ben dat meer marktwerking tot meer

bureaucratie in de zorg leidt. Ik dacht dat wij allemaal geen bureaucratie wilden, ten eerste omdat die de zorg hindert en ten tweede omdat die de zorg onnodig duurder maakt. Ik heb het in het voorstel dat ik aan de minister heb gegeven, gehad over de DBC's die tot zeer veel bureaucratie leiden. Denk maar aan elkaar concurrerende zorgverzekeraars die contracten moeten afsluiten met alle zorgaanbieders. Dat kost allemaal zeer veel tijd. Ik geloof dat een gemiddeld ziekenhuis zo'n vijf mensen moet aanstellen om specifiek over al die situaties en DBC's te onderhandelen. Ik stel liever vijf specialisten aan die wachtlijsten wegwerken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Mevrouw Kant, u zegt dat de DBC's tot allerlei bureaucratie leiden. Bent u het met de fractie van de Partij van de Arbeid eens dat in de zorg toch zo langzamerhand een kostprijs moet worden berekend, zodat bekend is wat de kosten van bepaalde behandelingen zijn? De manier waarop het nu gestructureerd is met fictieve tarieven, is natuurlijk ook niet goed. Welk alternatief voor DBC's biedt u, rekening houdend met kostprijzen? In elk stelsel, of er marktwerking in wordt doorgevoerd of niet, moet toch bekend zijn wat de kosten zijn?

Mevrouw **Kant** (SP): Natuurlijk moet de geleverde zorg worden betaald, maar volgens mij is het niet nodig om daar zeer ingewikkelde registratiesystemen voor te hanteren. Door een financieringssysteem op hoofdlijnen kan op een fatsoenlijke manier worden betaald wat een ziekenhuis uitvoert. Ik wil het best nog eens uitleggen, maar ik heb er in mijn boek een heel hoofdstuk aan gewijd. U kunt dat rustig nalezen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Uw reactie is: laten wij het in een grote pot gooien en hopen dat het enigszins fatsoenlijk en efficiënt wordt verdeeld. Daar wordt de zorg ook niet goedkoper en betaalbaarder van, juist ook niet voor de lagere inkomens.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb niet gezegd: gooi het maar in een grote pot en wij zien wel wat er gebeurt. Ik vind ook dat de zorg die een ziekenhuis levert, gewoon moet worden afgerekend. Nu hebben wij

## Kant

een ingewikkeld systeem om dat te regelen met allerlei rituele rekeningen die echt nergens op slaan, maar ziekenhuizen en zorgverzekeraars wel over en weer zenden. Ook hebben wij een zeer ingewikkeld budgetteringssysteem voor ziekenhuizen. Die systemen moeten wij eens goed tegen het licht houden. Er is namelijk best een simpel systeem te bedenken waardoor ziekenhuizen op een zeer eenvoudige manier worden gefinancierd. Je kunt op hoofdlijnen duidelijk maken dat wat een ziekenhuis doet, wordt betaald. Dat hoeft echt niet zo gedetailleerd als nu in DBC's gebeurt. Ik hoef helemaal niet te weten of specialist A patiënt B op tijdstip C behandeling D en vervolgbehandeling E heeft gegeven en of dat volgende week anders is, waardoor ik een andere code krijg. Dat wil ik allemaal niet weten; ik wil weten aan hoeveel patiënten het ziekenhuis deze of gene behandeling heeft gegeven. Daarop wordt het ziekenhuis afgerekend, dus gewoon op hoofdlijnen. Dit kan worden bewerkstelligd door het huidige systeem relatief te vereenvoudigen.

Ik was eigenlijk bezig met het feit dat zorgverzekeraars moeten concurreren. Ik zie dat dit enorm veel tijd vergt. Huisartsen zijn alleen al met zorgverzekeraars, administratie en onderhandelingen zo'n dag of veertien bezig. Dat is echt zonde van hun tijd, want huisartsen hebben echt wel iets beters te doen. De bureaucratie, minder samenwerken en concurrentie, zodat je bij schaarste hogere tarieven kunt vragen, leiden er in mijn ogen toe dat de zorg duurder wordt als je marktwerking introduceert. Dit is mijn stelling. Bovendien leidt het toestaan van een winsttoegemerkte winsten gewoon in de zakken van aandeelhouders mogen vloeien. Dat zijn centen die via de premies in de winsten terecht zijn gekomen. Die winsten bestaan dus ook uit centen die moeten worden opgebracht.

Mijn fractie is erg voor meer keuzevrijheid in de zorg. Er wordt vaak gezegd dat marktwerking zal leiden tot meer keuzevrijheid. Volgens mij is de oplossing beter en meer aanbod. Zal ik u eens zeggen wat ik denk dat er gebeurt met de ideeën van de marktwerking? Dat leidt tot minder keuzevrijheid, juist

omdat er geen natuurlijke markt is in de zorg. Als je toch de markt erop loslaat, ben ik er stellig van overtuigd dat het zal leiden tot meer fusies, meer marktconcentraties, meer monopolies en daarmee minder keuzevrijheid voor de patiënten. Dat is precies wat wij niet willen.

Ik sluit mij aan bij de vragen of dit stelsel Europaproof is. Ik ben daar niet gerust op.

Het woord "marktwerking" komt wel vaak voor. Het is duidelijk dat wij het er niet over eens zijn. Ik wil dat de minister niet alleen zegt waarom het goed is, maar vandaag ook argumenten geeft waarom hij denkt dat marktwerking een oplossing is. Hij beweert heel veel, bijvoorbeeld dat marktwerking een middel is om de zorg beter te laten functioneren en betaalbaar te houden. Hoezo? Laat de minister het mij uitleggen. De verschuiving naar de markt is een keuze van het kabinet. Dat ziet een noodzaak om meer keuzevrijheid, verantwoordelijkheid aan de zorgconsument te geven en de houdbaarheid en de betrouwbaarheid op langere termijn te kunnen waarborgen. Hoezo? Laat de minister het mij uitleggen. Ik wil graag begrijpen waarom hij denkt dat het zo is. Ik wil argumenten. Waarom zou marktwerking leiden tot minder regulering? Leg het mij uit. Laat de minister mij ook uitleggen waarom hij denkt daarvoor de markt nodig te hebben. Als er regels zijn die overbodig zijn en die leiden tot bureaucratie, kan hij die toch gewoon afschaffen?

De kernvraag is: waarom zou het antwoord op de problemen in de zorg de markt zijn? Waarom zou de markt wel lukken wat de overheid samen met de sector niet zou lukken? Je hoeft niet uit het systeem te stappen; je kunt ook het systeem veranderen. Pak de bureaucratie aan. Zorg dat er betere en meer samenwerking komt in de zorg. Vergelijk de zorginstellingen en de zorgaanbieders op wat zij leveren aan kwaliteit, efficiency en werkwijze. Zorg bijvoorbeeld dat de zorgautoriteit daarnaar kijkt en aanstuurt waar het niet goed gaat, waar men betere kwaliteit moet leveren en efficiënter moet werken. Daarvoor zou je zo'n nieuwe zorgautoriteit moeten inzetten. Daar waar mensen in de zorg over de schreef gaan, niet voldoen, onvoldoende kwaliteit leveren en niet efficiënt werken,

moeten wij systeem verzinnen hoe wij kunnen ingrijpen bij managers en directies die het niet goed doen. Die moeten wij gewoon naar huis kunnen sturen.

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Kant heeft zojuist in algemene zin haar grieven over de zorg naar voren gebracht. Ik kan mij daar wel iets bij voorstellen. Ik vind het echter jammer dat zij zo weinig ingaat op de brief van de regering van 12 maart. In dat kader heb ik twee vragen aan haar.

Vindt zij het een goede zaak dat het verschil tussen particulier en ziekenfonds wordt opgeheven? Wat vindt zij van de mate van solidariteit die nu wordt geboden via de wettelijke zorgtoeslag?

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Buijs verwoordde mijn grieven. In tegenstelling tot wat ik in de brief heb gelezen over marktwerking, ben ik met argumenten gekomen. Ik heb een aantal argumenten genoemd waarom ik denk dat marktwerking niet de oplossing is voor de zorg. Het grieft mij dat wij daarover tot nu toe geen goed debat hebben gevoerd, maar ik neem aan dat wij dat vandaag doen.

Ik ben erg blij dat het verschil tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden wordt opgeheven. Het heeft veel te lang geduurd en het moet echt gebeuren. U zult het mij echter niet kwalijk nemen dat ik dat liever in een ander stelsel had gezien, waarin ook de inkomensafhankelijke premies hadden gezeten. Nu is dat niet het geval. Het is echter een enorme verbetering en het leidt tot veel minder bureaucratie. Het is ook een vorm van solidariteit dat de particulier verzekerde meedraait in het zorgstelsel voor iedereen. Het was alleen pas echt solidair geweest, als de premies inkomensafhankelijk waren geweest. Dat is helaas niet het geval. Dat zal geregeld worden via de zorgtoeslag. Ik weet dat het CDA en het kabinet het misschien nog niet helemaal eens zijn hoe het goed geregeld moet worden, maar ik heb de indruk dat het CDA daarin wat verder wil gaan dan het kabinet. Ik ben er niet gerust op dat het een oplossing biedt. Als je solidariteit wilt, maar het niet solidair regelt in het stelsel en de manier van premieheffing, als iedereen evenveel moet betalen en als je het geld in de



## Kant

vorm van een zorgtoeslag terugsluist naar mensen die minder geld hebben, heeft dat een groot risico. Die zorgtoeslag kan namelijk verminderd worden. Je kunt daaraan tornen en je kunt die weer afschaffen. Ik ben ervoor, zeker vanwege de solidariteit op langere termijn, om het in te bouwen in het stelsel. Als iedereen echt voor die solidariteit is en vindt dat mensen met lage inkomens naar verhouding te veel moeten bijdragen als de premie nominaal en niet inkomensafhankelijk is, dan is mijn wedervraag: waarom bouwt u dat dan niet in het stelsel in? Er zijn blijkbaar redenen om dit van elkaar los te koppelen en die redenen geven bij mij de angst: oh, als dat maar behouden blijft!

De heer **Buijs** (CDA): Als ik hier niets op zou zeggen, zou de indruk kunnen ontstaan dat ik akkoord ga met uw laatste woorden. Nee, daar gaat het niet om. Het gaat erom dat de CDA-fractie van mening is dat er geen inkomenspolitiek via deze zorgverzekering moet worden bedreven en dat inkomenspolitiek via de fiscaliteit plaats moet vinden. Dat is de reden en niet anders.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is misschien uw reden wel, maar wij hebben met een kabinet te maken waarin ook de VVD zit. Ik vrees dat de VVD wat andere redeneringen en argumenten heeft. U kunt van uw kant wel beweren dat u geen inkomenspolitiek wilt bedrijven via de zorg, maar het is natuurlijk een en al inkomenspolitiek. Immers, als u voor iedereen gelijke premies gaat heffen, dan is dat nogal een inkomenspolitiek, want dat treft met name de mensen met de lage inkomens. De mensen met de hogere inkomens hoeven dan relatief, ten opzichte van hun inkomen, minder bij te dragen. Daar zit voor mij ook een bezwaar voor het systeem zoals het nu voorligt. Er is daarbij een grens aan wat mensen moeten bijdragen, afhankelijk van hun inkomen. Het is niet zo dat hoe meer je verdient, hoe meer je bijdraagt. Daar zit een top in, terwijl ik zo graag een stelsel zou zien waarbij mensen die echt veel meer verdienen, ook meer bijdragen aan de zorg voor ons allen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij kunnen discussiëren in karikaturen, maar de motivatie van de VVD-fractie

is ook om de inkomenspolitiek uit de gezondheidszorg te halen en dit via de belastingen te doen, zoals wij dat ook op allerlei andere terreinen doen, bijvoorbeeld bij de huur, het onderwijs enz.

Mevrouw **Kant** (SP): U mag allerlei bewoordingen gebruiken over mijn bijdrage aan dit debat, maar de aanduiding "karikatuur" vind ik niet juist. Ik ben volgens mij tot nu toe alleen maar aan het argumenteren en ik maak nergens een karikatuur van. De VVD zit in het kabinet en is erg voor gelijke premies voor iedereen. U zegt dat het argument is dat u geen inkomenspolitiek wilt bedrijven, maar ik heb zonet gezegd dat u niet anders doet als u iemand met een bijstandsuitkering een even hoog bedrag laat betalen als iemand die miljonair is. Dat is klinkklare inkomenspolitiek.

De **voorzitter**: Ik deel mee dat mevrouw Halsema wegens ziekte verhinderd is aan dit debat deel te nemen. De heer Vendrik zal haar vervangen. Daar heeft hij vannacht zijn huiswerk voor gedaan.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Daar kunt u op rekenen en ik doe het graag, want het is een mooi, prachtig principiële debat met een minister die verkeerde voorstellen doet. Het is dus heel verstandig dat wij daar vandaag op hoofdlijnen een pittig gesprek over voeren!

Mijnheer de voorzitter. De fractie van GroenLinks is voorstander van een brede volksverzekering voor ziektekosten. De Duitse bezetter heeft in Nederland een ziekenfonds achtergelaten en GroenLinks wacht bij wijze van spreken al sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog op een doorbraak naar een brede volksverzekering voor iedereen. Een brede volksverzekering voor allen, een verzekering voor alle noodzakelijke zorg, moet de solidariteit tussen oud en jong, ziek en gezond, en arm en rijk borgen. De wijze waarop een samenleving omgaat met ziekte en gezondheid, tekent een beschaving, tekent elke beschaving. Laat een brede volksverzekering ons teken van beschaving zijn; dat wordt ook hoog tijd. Het gaat ons daarbij niet alleen om een brede volksverzekering; het is ook tijd voor een andere inrichting van het zorgstelsel. Het systeem is

aan vernieuwing toe en wat ons betreft, moet het systeem meer solidair worden, transparanter, doelmatiger en toegankelijker.

Het is goed dat dit kabinet nu het voorstel doet, nadat mevrouw Borst onder Paars II ook al een dergelijk voorstel had gedaan, voor het doorbreken van de grens tussen het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering. Tot zover de complimenten. De overige voorstellen van deze minister scoren wat mij betreft slecht op de eerder genoemde criteria. Wij willen toe naar een zorgstelsel waarin de vraag van gezonde en zieke burgers bepalend is, maar het kabinet creëert, zo lees ik de brief van 12 maart, een stelsel dat vooral de vrijheid van verzekeraars centraal stelt. Wat ons betreft moet dat omgedraaid worden.

Begin jaren negentig liep staatssecretaris Hans Simons stuk op het verzet van private verzekeraars en werkgevers onder leiding van Alexander Rinnooy Kan; ik herinner mij dat nog als de dag van gisteren. Toen trok ook het CDA de stekker uit de operatie-Simons. Moet ik nu twaalf jaar na dato concluderen, zo vraag ik deze minister als ik zijn stukken lees, dat die private verzekeraars gewoon hun zin hebben gekregen? Is dat nu de winst en is dat wat deze minister hier komt vertellen? Dit, terwijl het ons toch allemaal moet gaan om het belang van burgers. Ik vraag om een reactie.

Ook valt het gebrek aan samenhang op tussen de basisverzekering voor curatieve zorg, wat er overblijft in de AWBZ en waar de maatschappelijke ondersteuning mee wordt opgezaaid. Hoe zit dat? Dit is van eminent belang. Daarom pleit GroenLinks al jaren voor een brede basisverzekering met een breed pakket voor alle Nederlanders. Wij willen het ziekenfondspakket en het AWBZ-pakket samen. Wij willen een ontschotting zoals ook mevrouw Borst dat heeft voorgesteld. Wij waren daar destijds vóór. Waarom doet dit kabinet het niet op deze manier? Bij dit kabinet wordt de zorg versnipperd. De voorbeelden zijn al gegeven. De commerciële verzekeraars doen de curatieve zorg, de AWBZ wordt door de RIO's geregeld en de gemeenten mogen de verantwoordelijkheid op hun bord nemen voor preventie, thuiszorg en wellicht nog andere onderdelen uit het AWBZ-pakket. Waarom doet de

## Vendrik

minister dit? Dit is toch absoluut ondoelmatig en strijdig met zijn doelstelling bij deze stelselherziening!

Zorg is geen product, zorg is broodnodig voor mensen die ziek zijn en gewoon niet weten wat hun overkomt, wier gezondheid op het spel staat. Daarover gaat het in de zorg! Mensen gaan niet voor de lol naar de dokter zoals de minister soms suggereert. Kijk eens naar het laatste onderzoek over het functioneren van huisartsen. Die mensen zitten niet voor de pret een beetje te "beppen" over het mooie weer om weer een bonnetje te kunnen declareren van een patiënt die langsgelopen is. Zo is de situatie niet. Ga daar dan ook niet vanuit, minister!

Deze minister wil prikkels leggen om iets tegen te gaan wat niet bestaat. Het toelaten van het marktdenken is dus eigenlijk pure ideologie en heeft niets met de werkelijkheid te maken. De zorgsector is geen normale markt. Als deze minister hiermee doorgaat, vrezet hij een marktinfaarct voor de zorgsector.

Het kabinet kiest zonder goede argumentatie voor een privaatrechtelijke grondslag. Dat is een wezenlijk punt voor GroenLinks. Ook daar deed Els Borst het beter, mijnheer Bakker, echt waar. Die lessen zouden wij ons vandaag moeten herinneren. Het toenmalige kabinet koos uit zekerheid voor een publiekrechtelijk uitvoering.

De keuze van deze minister is buitengewoon risicovol. Wij leveren ons straks uit aan het Europese Hof. Dat zal bepalen of Duitse, Franse, Belgische (of waar zij ook vandaan komen) schadeverzekeraars hier binnen mogen wandelen en de regels kunnen wegwuiven omdat zij daar geen trek in hebben. Zij zullen zeggen: hier is de richtlijn, daar is de uitspraak, weg stelsel, weg toeganke-lijkheid, weg acceptatieplicht.

Deze minister neemt een onverzekerbaar risico. Als deze gang wordt ingezet en er komt een uitspraak van het Hof, dan zijn de rapen helemaal gaar. Dat risico moeten wij toch niet willen nemen bij zoiets belangrijks als de inrichting van het zorgstelsel dat ik in mijn inleiding de hoeksteen van de beschaving heb genoemd. Waarom doet de minister dat?

De heer **Nawijn** (LPF): De invloed

van Europa, van het Europese Hof en van de Europese regelgeving is heel groot in Nederland: 60%  $\Delta$  70%. Ik hoor uw partij altijd zeggen, mijnheer Vendrik, dat wij moeten meedoen met Europa. Waarom dan niet in de gezondheidszorg?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het is echt een misverstand om te denken dat er in Brussel een club bureaucra-ten zit die wat regels zit te bedenken. Zo werkt het niet. Deze minister en zijn collega's uit de andere lidstaten gaan wekelijks met hun ambtenaren naar Brussel om te bespreken wat de code wordt voor heel Europa. Kortom, wij hebben ervoor gekozen dat Europa regels voor ons verzint. Die regels worden ons ter instem-ning voorgelegd. Dat is de gang van zaken.

Bij dit onderwerp geldt echter een heel ander punt. Deze minister neemt namelijk willens en wetens het risico dat Europa een streep zet door een privaatrechtelijke uitvoering van het zorgstelsel in Nederland en zorg beschouwt als een privaatrech-telijke aangelegenheid in de zin van de richtlijnen die gelden voor schadeverzekeringen. Dat is aan de orde. Die regels zijn er en wij moeten hier met elkaar afspreken dat die niet van toepassing zijn op ons zorg- stelsel. Wij moeten dat risico niet willen lopen en daarom vraag ik deze minister het niet op de voorgestelde manier te doen maar te kiezen voor een publiekrechtelijke uitvoering. Dan hebben wij niets te maken met Europa en zijn wij niet afhankelijk van een uitspraak van het Europese Hof. Wij maken vandaag de keuze of wij daarvan afhankelijk willen zijn of niet. Wat mij betreft kiezen wij voor een publiekrechtelijke uitvoering, ongeacht wat Europa daarover zegt.

De heer **Nawijn** (LPF): Dat is duidelijk, maar ik heb uw partij er juist vaak voor horen pleiten dat zaken in Europa worden geregeld. In dit geval vindt u echter dat Neder-land het zelf moet regelen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De heer Nawijn kent GroenLinks als een partij die aan de ene kant buitenge-woon kritisch is over het Europese project. Europa moet niet alleen markt en munt zijn, maar Europa moet er zijn voor mensen en milieu. Aan de andere kant zien wij heel goed de noodzaak om een aantal zaken Europees te regelen. Ik

noemde al het milieu. Het heeft geen zin om hier op de vierkante postzegel die Nederland heet milieubeleid te gaan zitten voeren. Het is een internationale kwestie die daar uitgevochten moet worden. Die keuze maken wij. Ik dank de heer Nawijn voor het geboden uitstapje.

Het maken van winst wordt door deze minister toegestaan bij verzekeraars en aanbieders van zorg. Wij zijn daartegen. Het belangrijkste punt is dat wat ons betreft geen euro publiek geld de zorg mag verlaten. Dat gaat straks wel gebeuren, zowel via de verzekeraars als via de aanbieders. Er zullen privaatrechte-lijke constructies worden verzonden waardoor via vormen van dividend of andere beloningen van kapitaal publiek geld de zorg verlaat. En dat terwijl wij debat na debat hebben over het geld dat wij tekort komen om de noodzakelijke zorg te betalen. Nu wil de minister het zo organise- ren, dat er geld de zorg kan verlaten. Dat is toch onbestaanbaar? Hoe kan dat? Deze minister, die als geen ander tobt over het binnen het budget houden van al die aanspra-ken op zorg, kan daar toch geen toestemming voor geven? Publiek geld mag niet via de achterdeur de zorg verlaten.

Over de no-claimkorting zeg ik tegen de minister: mensen zijn geen auto's en ziekenhuizen zijn geen garages. Wij moeten dit niet doen, want het zet de solidariteit tussen zieken en gezonden rechtstreeks onder druk. Wat doet een no-claimkorting? Die straft zieke mensen. Hoe is het mogelijk? Wat heeft dat met solidariteit te maken? De minister heeft de suggestie gewekt dat mensen ervoor kiezen om naar de huisarts te gaan. Dat doen zij niet. Mensen gaan naar de huisarts omdat zij bang zijn. Van deze minister moeten die mensen ook nog een keer gaan betalen. Hoe kan dat? Ik zou het willen omdraaien. Dit kabinet zorgt voor dit stelsel, in combinatie met een steeds krappere basispakket, met steeds meer aanvullende premies, met eigen bijdragen. Mensen die vaak een beroep moeten doen op zorg, moeten juist onze steun, onze financiële steun hebben. Dus geen no-claimkorting als je niet naar de huisarts of de specialist gaat, maar een steun op het moment dat je er helaas vaker gebruik van moet maken. Ik ben voorstander van een lang-ziekkorting. Mensen die door dit

## Vendrik

kabinet steeds meer geconfronteerd worden met eigen bijdragen, moeten wij steunen. Zij hebben onze hulp nodig. Niet degene die niet ziek is. Die betaalt een premie, gaat niet naar de arts en krijgt nog een cadeau van deze minister ook. Wat is dit voor gekte?

Over inkomensafhankelijke en nominale premies herinner ik mij mooie debatten met mevrouw Borst en met de heer Buijs, twee jaar geleden. Ik vind het waanzin wat hier gebeurt. Het CPB heeft gezegd dat er voor concurrentie in de verzekeringsmarkt geen volledige nominale premie nodig is. Die les is nog nooit weerlegd. Ik daag de minister uit om hier duidelijk te maken dat het CPB ongelijk had. Een beperkte nominale premie is meer dan zat. Vervolgens is volstrekt onduidelijk waar die zorgtoeslag over gaat; wij moeten afwachten waar staatssecretaris Wijn mee komt. Wij weten al wel dat het alleen maar gaat over de gemiddelde nominale premie. Daar kopen burgers helemaal niets voor. Mensen zijn geen auto's met een vaste prijs in de catalogus. Mensen zijn mensen met verschillende omstandigheden en kosten. Als de zorgtoeslag nog iets wil voorstellen, dan zal het moeten gaan om de echte kosten die mensen hebben, dus niet om de gemiddelde premie, maar om de werkelijke premie die betaald wordt, inclusief eigen bijdragen, inclusief premies voor aanvullende verzekeringen. Dat hoort er dan wel allemaal bij. Dat gebeurt dus niet, want dat is nog veel ingewikkelder. Ik denk dus: bezint eer gij begint, minister en CDA, stop met die nominale premie. Die premie is niet nodig en als wij het via de inkomensafhankelijke weg financieren, zijn wij meteen van het hele probleem af.

Wat schiet de burger hier nu mee op? Wordt het stelsel solidaarder? Nee. Wordt het stelsel toegankelijker? Nee, door al die aanvullende verzekeringen en geen acceptatieplicht wordt het niet toegankelijker. Wordt het stelsel doelmatiger? Nee. Wordt het stelsel transparanter? Begrijpt de oma van de heer Heemskerk het ook? Nee. Dat is dus vier keer nee, oftewel een slechte beurt van deze minister. Ik zou wensen dat hij zijn huiswerk overdoet.

De heer **Buijs** (CDA): Die vier vragen vond ik erg aardig. Als het zo blijft,

blijft de zorg dan volgens u betaalbaar?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het is echt verbijsterend om te zien dat het CDA deze vraag steeds aan ons stelt. Ik roep nog maar even in herinnering dat mevrouw Kant en ik bij de financiële beschouwingen 1 mld euro aan bezuinigingsalternatieven hebben aangedragen om de zorg beter en goedkoper te maken, om op het punt van de kosten die op dit moment in de zorg in de publieke kas worden neergelegd, maar die er eigenlijk helemaal niet zouden moeten zijn, het stelsel goedkoper te maken. Daar ben ik wakker voor te krijgen, mijnheer Buijs, elke nacht weer! Ik zou wensen dat het stelsel doelmatig, eenvoudig en simpel wordt, dat er echt kan worden gewerkt aan zorg en dat innovatie wordt beloofd. Daarom zeg ik ook dat het stelsel doelmatiger moet worden. Want als het niet doelmatiger wordt, vrees ik gelet op de kosten van de vergrijzing en de politieke meerderheid over 15 jaar inschattend, dat de solidariteit in dit land eraan gaat. Dat wil ik niet. Doelmatigheid is in zichzelf belangrijk, we moeten goed op de publieke centen passen, maar het is politiek-strategisch van groot belang dat we dat systeem doelmatiger weten te krijgen en dat het geld op de goede plek komt, al was het maar om de solidariteit in dit land te beschermen. Daarvoor kunt u mij wakker maken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wilt u een beetje dynamiek op de zorgverzekeraarsmarkt, wilt u wat concurrentie?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw Kant parafraserend wil ik zeggen: leest u onze nota's maar! We hebben er een paar uitgebracht over hoe wij een nieuw zorgstelsel zien. Als we de verzekeraars een belangrijke rol willen laten spelen in de gezondheidszorg, moeten dat wel sociale verzekeraars zijn, die met elkaar kunnen wedijveren om de gunst van burgers. Sociale verzekeraars die de opdracht krijgen om dichtbij zorgaanbieders te staan, ervoor te zorgen dat nieuwe vormen van zorg en innovatie, die daar veel te weinig tot hun recht komen, en de professionaliteit van zorgaanbieders die met hun hart in het werk staan de ruimte krijgen. Dat is het type

zorg dat ik voor mij zie. Ik zou willen dat het systeem aan die praktijk dienstig is. Het systeem van deze minister is dat niet.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar als je geen enkele vorm van een kleine nominale premie inbouwt, bijvoorbeeld om daarmee beweging op de zorgverzekeraarsmarkt te krijgen, dus als dat allemaal wordt afgewenteld via volledige inkomensafhankelijkheid, krijg je toch geen enkele dynamiek op de prijs in die markt? Dan is er geen enkele prikkel om de doelmatigheid door te geven aan de verzekerden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U veronderstelt een standpunt van GroenLinks wat het niet is. Ik verwijs terug naar het jaar 2002, toen het Centraal planbureau alle politieke partijen uitnodigde om hun zorgstelsel te presenteren. Waarom doet deze minister dat trouwens niet? Toen hebben wij juist vanwege de les van het CPB aangegeven dat voor goede wedijver om de gunsten van klanten geen nominale premie nodig is. De kleine nominale premie die er op dat moment was, is meer dan voldoende. Wij hebben toen aangegeven dat het ook een bonus mag zijn. Als de sociale verzekeraars zonder winstoogmerk het goed doen, mogen ze desnoods een negatieve nominale premie uitkeren. Prima! Laat men inderdaad maar een beetje wedijveren met elkaar voor de goede zaak, laat men er maar voor zorgen dat de boel niet vastroest, dat er innovatie komt. Dat is wat we nodig hebben in de zorg.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Die dynamiek en innovatie zie ik niet zo, als ik de plannen van GroenLinks tenminste een beetje goed ken. Teruggaan naar de oude sociale ziekenfondsen, die niet met elkaar hoeven te concurreren maar regionale monopolies zijn, is niet stimuleren om het beter en goedkoper te doen dan een ander. Je schiet daar namelijk niks mee op. Noch het aanbod noch de verzekering heeft dan ook maar ergens een prikkel om het beter te doen, om de organisaties gevoelig te laten zijn voor de wensen van de patiënten. Ik denk dat het systeem van GroenLinks nog dramatischer zal uitpakken dan het huidige systeem, waarin wij al 15,5 mld hebben gepompt om de symptomen te bestrijden.

## Vendrik

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw Schipper zit er op een ongelooflijke manier naast. De weergave van ons standpunt klopt niet; ik stel voor dat zij onze nota nu eens echt even leest. Waar was zij in 2002, toen partijen in de gelegenheid waren om een zorgstelsel aan te bieden? Wij hebben het gedaan. Wij hebben de toets door het Centraal planbureau van de werking van het systeem op doelmatigheid, mate van innovatie en solidariteit zeer serieus genomen.

Ik kan hier met gepaste trots zeggen dat ik zeer tevreden ben met het oordeel van het CPB over het stelsel dat GroenLinks heeft ingediend. Met dit oordeel van de VVD-fractie heb ik dan ook niets te maken!

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Vernieuwing van het zorgstelsel biedt dit kabinet een kans om geschiedenis te schrijven. Het debat duurt al 20 jaar. Ik herinner mij nog zo ongeveer mijn eerste klus. Toen ik halverwege de jaren tachtig fractiemedewerker werd bij de toenmalige RPF-fractie, was er het plan-Dekker. En dat was niet het eerste plan. Het loopt dus al een tijdje. Nu is er kans om stappen te zetten.

Over de ruwe contouren van het zorgstelsel bestaat al lang en breed consensus. Ik verwijs naar de notitie Vraag aan bod; een centrale aanbodssturing met ondoelmatige systeemprykkels moet veranderen in een stelsel met meer vraagsturing, waar bij de vrijwel door iedereen gedeelde publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, op een solidaire manier worden gewaarborgd. Het komt in de uitwerking echter aan op het juiste evenwicht tussen die belangen en dat vergt politieke keuzes. Keuzes die voor de fractie van de ChristenUnie op een flink aantal niet onbelangrijke onderdelen anders uitvallen dan voor het kabinet. Ik denk daarbij vooral aan de solidariteit tussen zieken en gezonden en mensen met hoge en met lage inkomens. Ik kom daar uiteraard op terug.

De zorg is geen gewone markt. De ChristenUnie wil daarom terughou-

dend zijn bij het toelaten van marktwerking in de zorg, maar gereguleerde marktwerking niet categorisch uitsluiten. Het komt erop aan om per deelmarkt en per onderwerp zorgvuldig af te wegen of en in welke vorm concurrentie kan worden geïntroduceerd. Daarnaast is van belang dat de introductie van marktwerking niet alleen afhankelijk wordt gemaakt van structurele, maar ook van tijdelijke factoren, zoals aanbodschaarste, transparantie en geïntformeerd zijn van patiënten en verzekeraars.

In het nieuwe stelsel treedt de overheid terug en krijgen de verzekeraars de regie bij prijsstelling en capaciteitsplanning. De zorgplicht verplicht hen om de belangen van de verzekerden goed te behartigen, maar er is ook een eigenbelang, zeker als er winst mag worden gemaakt. Zolang aan de vraagkant de dreiging ontbreekt dat verzekerden daadwerkelijk zullen overstappen naar een concurrent, vergt het niet veel fantasie om sombere scenario's te zien.

Ik vrees dat het stemmen met de voeten voornamelijk is weggelegd voor een kleine groep relatief gezonde en hoogopgeleide burgers, met voldoende inkomen om zich aanvullend te verzekeren. De kernvraag is hoe wij de minder mondige groep helpen, die is aangewezen op een sociale basisverzekering.

Ik roep de minister op om meer dan tot nu toe aandacht te besteden aan het ontwikkelen van marktmacht voor verzekerden, door transparantie en onafhankelijke informatievoorziening. Daar ligt een taak voor de Consumentenbond en patiëntenorganisaties, maar ook voor de overheid. Ik heb wel eens voorgesteld om een jaarlijkse scorekaart te publiceren over de prijs/kwaliteitsverhouding van de zorg die zorgverzekeraars bieden. Kan de minister daarop reageren?

Aan de aanbodbkant van de markt hebben verzekeraars nog onvoldoende inzicht in de prestaties van zorgaanbieders. Het gaat met de bekostigingssystematiek in dit opzicht de goede kant op, zoals met de DBC's en de nieuwe geneesmiddelenprijzen, met alle kanttekeningen die je daarbij kunt maken. Zorgverzekeraars moeten behalve de prijs ook de kwaliteit van de geleverde zorgprestaties kunnen vergelijken. Daarover lees ik

helemaal niets in de brief. Wat zijn de voornemens van de minister op dit punt?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Waarom moet die informatie over prijs en kwaliteit eigenlijk naar de verzekeraars? Bent u het met mij eens dat wij ervoor moeten zorgen dat er een rapportkaart komt voor zorgaanbieders, waarop veel meer gegevens staan, zoals over patiëntentevredenheid, over klachten over de inspectie en allerlei soorten onderzoek? Deze moet toegankelijk zijn voor alle burgers en niet alleen voor de verzekeraars. Het is een publieke taak om die randvoorwaarden goed in te vullen. Anders krijgen wij hetzelfde als met de mortaliteitscijfers van Prismant die op de voorpagina van De Volkskrant stonden, maar die helemaal niets zeggen over of je sneller dood gaat in de Randstad of in Groningen, in grote ziekenhuizen of in academische ziekenhuizen. Dat moeten wij niet hebben. Bent u het met mij eens dat de minister hiervoor verantwoordelijkheid moet nemen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit is niet zozeer een vraag aan mij als wel aan de minister, want dit is precies wat ik heb gezegd. Verzekeraars moeten inzicht hebben in de verhouding van prijs en kwaliteit bij het contracteren, maar dat geldt natuurlijk ook voor de verzekerden. Daarom ben ik begonnen met het voorstel voor een jaarlijkse scorekaart, met een taak voor de overheid. Volgens mij zijn wij het niet oneens. Als dit een toegevoegde vraag aan de minister is, zal hij deze vast wel willen meenemen.

De ChristenUnie onderschrijft de acceptatieplicht en het verbod op risicoselectie in de basisverzekering en het risicovereveningsfonds, dat voornamelijk wordt gevuld met inkomensafhankelijke werkgeversbijdragen. Door de werkgevers is de vraag gesteld hoe wordt voorkomen dat de kostenstijgingen in de zorg automatisch leiden tot afwenteling op de werkgevers. Ik krijg er graag meer zicht op of dit gebeurt via de rijksbijdrage.

Belangrijk is de uiteindelijke omvang van het pakket, maar daarover staat erg weinig in de brief. Wij zullen er ongetwijfeld nog over spreken. De ChristenUnie heeft hierover eerder keuzes gemaakt, die ik niet allemaal zal herhalen. Een

## Rouvoet

breed pakket met medisch noodzakelijke voorzieningen moet erin en controversiële verstrekkingen moeten eruit. Om het kort samen te vatten, een basisverzekering die voor iedereen verplicht is, behoort schoon te zijn. Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van collega Van der Vlies over gewetensbezwaren, waarvoor wij ook steeds aandacht hebben gevraagd.

Bij de breedte van het pakket geldt wel: hoe meer eruit wordt gegooid, hoe meer men is aangewezen op aanvullende verzekeringen. Wat ons betreft komt alleen niet-noodzakelijke en luxe zorg hiervoor in aanmerking. Als mensen voor noodzakelijke voorzieningen aangewezen raken op een aanvullende verzekering, welke mogelijkheden heeft de overheid dan nog om toe te zien op risicosolidariteit?

Wij hebben net een bezuinigingsoperatie achter de rug, waarbij een aantal voorzieningen voor chronisch zieken naar het aanvullende pakket werden verwezen, zoals zelfzorgmedicijnen, fysiotherapie en ziekenvervoer. Zonder acceptatieplicht zullen zij niet of tegen torenhoge premies worden verzekerd. Daarom vraag ik de minister om deze medisch noodzakelijke voorzieningen voor chronisch zieken en gehandicapten, waarvan oneigenlijk gebruik in principe onmogelijk is, omdat de zorgconsumptie niet verlaagd kan worden, weer op te nemen in het toekomstige pakket. Graag hoor ik hierop een reactie.

Als het aan de ChristenUnie ligt, komt er een grotendeels inkomensafhankelijke premie met een klein deel nominaal. Wij denken vanouds aan een kwart nominaal. Daarmee maak je prijsverschillen voldoende inzichtelijk en regel je binnen het systeem dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Het kabinet kiest helaas voor volledig nominale premiestelling. Het zwaarst weegt daarbij voor mij dat de inkomenssolidariteit wordt uitbesteed aan de fiscus. Dat is bureaucratisch en kostenineffectief. Krijgt de zorg via de zorgtoeslag niet tegelijkertijd een soort open trekkingsrecht op de fiscus? Is dat niet per definitie grofmazig en ongericht met het risico van overcompensatie op individueel niveau? Kabinet, wees verstandig en kies voor inkomenssolidariteit binnen

het stelsel en niet voor een moeizame reparatie buitenom!

Over het no-claimvoorstel is al een hoop gezegd. Dat lijkt niet meer te zijn dan een eigen risico met een omgekeerde betalingsvolgorde. Misschien is het gevoelsmatig, maar het lijkt meer dan de eigenrisicoregeling de solidariteit aan te tasten. Kan de minister daar eens op reageren? Over de hoogte zullen wij ook nog wel spreken. Een bedrag van € 250 is voor ons in ieder geval niet acceptabel. Volgens onderzoek is het ook niet effectief. Als ik het goed heb, kan het tussen € 90 en € 200 tot een besparing van 13% leiden en daarboven neemt dat percentage heel snel af. Pas boven € 900 wordt het weer effectiever. De minister kent het onderzoek ongetwijfeld. Voor chronisch zieken en gehandicapten betekent no claim of eigen risico gewoon dat zij het volle pond moeten betalen, want voor hen zijn de zorgkosten niet beïnvloedbaar. Dat vindt mijn fractie alleen te billijk als de eigen bijdragen bij chronisch gebruik worden teruggeschroefd. De inkomenspositie van chronisch zieken moet worden veiliggesteld via de koninklijke weg en niet via een zorgtoeslag of bijzondere bijstand. Mijn slotopmerking over de no claim is dat de huisarts daar niet in mee moet gaan. Ik heb indertijd niet voor niets die motie ingediend. Daar staan wij nog steeds achter en ik neem aan dat dit voor de meerderheid van de Tweede Kamer geldt. Blij ben ik met de opmerking over het wegblijftarief. Het was een oud voorstel van mijn fractie om dat te introduceren.

In tegenstelling tot het vorige kabinet kiest dit kabinet voor een privaatrechtelijke verzekering, maar mijn fractie heeft een andere voorkeur. Voor die privaatrechtelijke verzekering wordt gekozen ondanks mogelijke strijdigheid met het Europees recht. De brief van commissaris Bolkestein, die ik goed gelezen heb, geeft geen uitsluitel. Niet de Europese Commissie, maar het Europees Hof toetst aan het EG-recht. Verder kan het risicovereveningssysteem mogelijk staatssteun blijken te zijn. Daar moet rekening mee worden gehouden. Een privaatrechtelijke vormgeving sluit voorts uit dat de regering eisen stelt aan de aanvullende verzekeringen, dat vergoeding in natura bij geen enkele zorgvorm verplicht mag worden gesteld en dat nooit mag

worden ingegrepen in de hoogte van de premies. Dat wil mijn fractie als ultimum remedium niet uitsluiten. Ik krijg graag een reactie.

Over het toestaan van een winstmotief hebben wij grote twijfels. Ik vind het niet uit te leggen dat opgebrachte premies voor een verplichte, solidair vormgegeven basisverzekering wegvloeien uit de zorg naar de aandeelhouders. De verzekeraars worden risicodragend, maar dat is relatief omdat er een risicovereveningsfonds komt dat buiten de premies om wordt gevuld. Het winstmotief zou verder verstorend kunnen werken. Ik denk aan selectie van goede risico's, bijvoorbeeld via een slimme marketing. Welke waarborgen bouwt het kabinet in om de negatieve werking van het winstmotief te beteugelen?

De fractie van de ChristenUnie steunt het kabinet in zijn voornemen om te komen tot vernieuwing van het zorgstelsel. Niet alleen in Nederland, maar in alle OESO-landen loopt momenteel de discussie over de houdbaarheid op lange termijn. Het zorgstelsel moet echter niet alleen betaalbaar blijven, maar ook solidair en toegankelijk. Op het punt van de inkomensafhankelijkheid, de breedte en de inhoud van het basispakket, de hoogte en de vormgeving van het eigen risico en de juridische vormgeving van het stelsel heb ik daarom namens mijn fractie een aantal duidelijke opvattingen op tafel gelegd, die wij zwaar zullen laten wegen bij de beoordeling van het vervolg in de komende wetsvoorstellen.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. In navolging van de heer Van der Vlies zou ook ik willen beginnen met: "zou het er dan eindelijk toch eens van komen?" Inderdaad zijn wij al heel lang bezig met een stelselwijziging in een systeem dat vlak na de oorlog toch goed functioneerde, maar waarin door alle imperfecties nu toch een zodanige ondoelmatigheid is gekomen dat een modernisering dringend noodzakelijk is. De CDA-fractie is dan ook blij met de brief van 12 maart van de regering over de stelselwijziging curatieve zorg. Wij kunnen veel hoofdlijnen in deze brief vinden van de door ons gekozen uitgangspunten in ons verkiezingsprogramma, die aansluiten op het SER-akkoord en ook een

## Buijs

logisch uitvloeisel van het hoofdlijnenakkoord zijn. Het gaat nu om de uitwerking en daarvan blijft voor het CDA een goede zorgverlening het centrale item: de mens centraal, zorg die goed bereikbaar en betaalbaar is en van goede kwaliteit. Laat daarover geen misverstand bestaan!

De komende tijd zullen wij nog praten over een andere verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg, over de wijze waarop aanbodsturing plaats zal maken voor gereguleerde marktwerking. De overheid blijft verantwoordelijk voor de kerntaken. Wij komen nog te spreken over de wijze waarop dat gerealiseerd moet worden, evenals over de bereikbaarheid en betaalbaarheid. Er komen meer prikkels in het systeem waardoor de directe relatie tussen prijs en prestatie zal worden aangebracht. Dat vinden wij een heel goede zaak. De minister zal zich heel sterk moeten maken voor het verbeteren van doelmatigheid en het verminderen van bureaucratie, zoals hij dat ook tijdens de begrotingsbehandeling heeft beloofd. Wij zullen hem daaraan houden. Ten slotte zal het budgetdenken plaats moeten maken voor maatschappelijk ondernemerschap. Wij moeten kortom afscheid nemen van wat ik eerder wel eens heb genoemd Moskou aan zee, waar alles centraal planeconomisch wordt bepaald. Dat zijn kort geschetst de grove contouren. De standaardverzekering komt eraan, het verschil tussen ziekenfonds en particulier zal verdwijnen, er komt wat ons betreft een private zorgverzekering onder publieke randvoorwaarden, acceptatieplicht, geen risicoselectie, kinderen gratis meeverzekerd. De ook door anderen gewenste solidariteit komt tot uiting in de zorgtoeslag. Die wordt zodanig geïntroduceerd dat inkomenspolitiek voor een belangrijk deel uit de zorgverzekering kan verdwijnen. Ook dat vinden wij een goede zaak. Het wordt nu overgeheveld naar een fiscaal instrumentarium.

In de brief van 12 maart staat een duidelijk stappenplan op weg naar 1 januari 2006. Het is een heel ambitieuze aanpak met 44 maatregelen, inclusief wetten. Wij zullen er dan ook hard tegen aan moeten. Ik houd daarbij maar voor ogen wat de heer Van der Vlies zei, namelijk "zou het er dan toch eindelijk eens van kunnen komen?" Ik denk van wel en

ik geloof er ook in, ook omdat het gewoon noodzakelijk is, zoals anderen ook al hebben betoogd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): In de brief staat dat er op het gebied van de zorgtoeslag zal worden gewerkt met gemiddelden en wordt vervolgens gesteld dat de zorgtoeslag de lasten van premies compenseert die daar boven uitgaan. In feite heb ik dat een open trekkingsrecht op de schatkist genoemd. Als ik het goed begrijp, is daar geen plafond aan gesteld. Deelt u die analyse? Volgens mij zit er wat licht tussen de analyse van het CDA van de zorgtoeslag en die van het kabinet, maar hoe kijkt u aan tegen die zinsnede dat de zorgtoeslag compenseert alles wat boven dat plafond uitgaat?

De heer **Buijs** (CDA): Ons centrale uitgangspunt is dat de zorg goed bereikbaar moet blijven, ook voor de laagste inkomens en voor de chronisch zieken en gehandicapten. Dat betekent dat er een systeem moet worden gekozen waarin via lastenmaximalisatie zorgtoeslagen worden toegekend. Daar zal een rekenmodel op moeten worden los gelaten. Op dit moment is de hoogte ervan nog niet duidelijk, maar er worden bedragen genoemd tussen 900 mln en 1,5 mld. Laten wij dat eerst maar eens goed berekenen, want dat hangt mede samen met de gewenste verschuiving van het AWBZ -deel naar het premiedeel. Op onze interpretatie van deze zinsnede zullen wij dus later in de behandeling van het wetsvoorstel inzake de zorgverzekering wel terugkomen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Uw uitgangspunt blijft dus wel dat wat boven een bepaald maximum uitgaat, gecompenseerd wordt en u stelt daar niet op voorhand beperkingen aan?

De heer **Buijs** (CDA): Dat heet lastenmaximalisatie en dat hebt u dan ook juist geïnterpreteerd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dus is het een open trekkingsrecht op de schatkist!

De heer **Buijs** (CDA): Op de precieze invulling en de technische vormgeving komen wij later terug.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zie toch nog

een verschil tussen de gedachten van de CDA-fractie over een zorgtoeslag en die van het kabinet. Hierover is al eerder gediscussieerd en bij die gelegenheid heeft de minister gewaarschuwd voor het gebruik van woord lastenmaximalisering in die zin dat alles wat daarboven uit gaat ten laste van de overheid komt. Volgens mij is dit iets anders dan het CDA wil. De heer Buijs zegt nu toch dat er bij een bepaald inkomen boven een bepaald maximum van dit inkomen een einde komt aan wat mensen voor de zorg moeten betalen?

De heer **Buijs** (CDA): Nogmaals, ik kan het niet beter zeggen: er komt een systeem van lastenmaximalisatie. Wij komen later op de uitwerking van dit systeem terug. Dan zullen wij precies bekijken hoe een en ander kan worden uitgevoerd, ook technisch. Dit hangt ook samen met de geplande overheveling van een aantal elementen van het AWBZ-gedeelte naar het premiegerelateerde deel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik word een tikje nerveus van dit soort teksten. Kan de heer Buijs dan wel herhalen dat het politieke doel van het CDA met deze zorgtoeslag, onder het beslag van premieverschuiving, pakketverplaatsing, enz., is dat deze nieuwe basisverzekering alle mensen van minimum tot minimaal modaal geen euro extra kost? Dit is toch het politieke doel van het CDA?

De heer **Buijs** (CDA): De heer Vendrik kan dit ook niet waarmaken, want de zorg zal duurder worden. Dat het geen euro duurder zal worden, is dus onzin. Hij mag wel van ons verwachten dat wij de toegankelijkheid van de zorg ook voor de minima en de lagere inkomens willen en zullen garanderen. Dit betekent dat er geen financiële barrières mogen zijn waardoor de toegang tot de noodzakelijke zorg wordt belemmerd. Nogmaals, de kostenstijging als gevolg van de vergrijzing zal doorgaan. Ondanks het feit dat wij  $\pm$  met uw hulp  $\pm$  zullen proberen de bureaucratie te bestrijden en de doelmatigheid te verbeteren, zal de zorg in de loop van de tijd toch duurder worden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is geen antwoord op mijn vraag. Een verwijzing naar hogere zorgkosten

## Buijs

als gevolg van de vergrijzing heeft hier niets mee te maken. Het gaat er nu om dat er op dit moment een verdeling is van lusten en lasten over alle burgers in Nederland. Deze minister komt nu met uw steun met een voorstel voor een nieuw stelsel. Mijn vraag is of u vandaag de burgers in Nederland van minimum tot modaal namens het CDA kan garanderen dat zij er niet op achteruit gaan.

De heer **Buijs** (CDA): Wat bedoelt u met: niet op achteruit gaan?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is vrij simpel. Wij kunnen precies uitrekenen wat een bijstandsmoeder voor haarzelf en haar kinderen kwijt is aan de kosten van het ziekenfonds-pakket. Ik wil met u afspreken dat die bijstandsmoeder na invoering van het basisstelsel met zorgtoeslag, met premieverschuiving en de hele bliksemse boel, morgen hetzelfde bedrag betaalt en in ieder geval niet meer. Ik vraag u of u dit wilt garanderen.

De heer **Buijs** (CDA): Wij praten nu over 1 januari 2006 en een tijd waarin er een herschikking van een gedeelte van het verzekeringsstelsel zal plaatsvinden. In die periode zou die bijstandsmoeder hetzelfde bedrag moeten betalen? Dit kunt u zo niet zeggen. Ik wil wel zeggen dat ik die bijstandsmoeder en de minima en de chronisch zieken en gehandicapten de toegang tot de zorg wil blijven garanderen zodanig dat er een lastenmaximalisatie komt. Dit plan moet nog verder worden uitgewerkt waarbij rekening moet worden gehouden met de verschillende factoren die in het pakket noodzakelijke zorg worden opgenomen. Bovendien moet de toegankelijkheid ten opzichte van degenen die het wel kunnen betalen zodanig worden vormgegeven dat de bijstandsmoeder er in de toegang tot de zorg niet op achteruitgaat.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Toegankelijkheid zegt mij niets. Toegankelijkheid is een politiek doel. Ik heb het over de burgers in Nederland en dan met name voor de bijstandsmoeder, mensen op het minimum, ouderen die alleen moeten rondkomen van hun AOW en chronisch zieken en gehandicapten. Wij kennen het debat van het afgelopen najaar. Die mensen zijn

door het kabinet opgezadeld met extra kosten en zij zijn ± net als ik ± knap nerveus over wat hier vandaag wordt besproken. Daarom vraag ik u opnieuw of het CDA wil garanderen dat het effect van deze herziening van het basisstelsel niet zal zijn dat de oudere met een kale AOW, mensen met een chronische ziekte of handicap of een bijstandsmoeder die moet rondkomen van een minimuminkomen, morgen veel meer zullen betalen voor de zorg dan vandaag. Dat is toch het schild voor de zwakken dat u en ik verlangen van de Staat der Nederlanden en dat wij vandaag kunnen regelen?

De heer **Buijs** (CDA): Er bestaat geen enkel verschil van mening over dat het schild voor de zwakkeren moet worden gehandhaafd. Ook de AOW'ers en de minima moet de toegang tot de zorg via inkomenssolidariteit worden gegarandeerd. Wij willen garanderen dat dit gebeurt via een systeem van lastenmaximalisatie, zoals verwoord in de zorgtoeslag.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De heer Buijs spreekt over toegankelijkheid, maar die vindt vooraf plaats. Achteraf is sprake van lasten, die hij wil maximaliseren. Laat hij nog eens helder uitleggen, zonder dat hij er spijt van krijgt, hoe hoog een barrière voor hem is. Die wordt vooraf opgeworpen. Na afloop komen wij het ziekenhuis uit, omdat wij weer beter zijn. Stel dat dit sneller is gegaan, wat is dan een maximalisering? Als de heer Buijs geen cijfer geeft, geeft hij het kabinet geen richting en toetst hij de uitkomsten van het kabinet niet.

De heer **Buijs** (CDA): Ik kan het op dit moment niet in cijfers uitdrukken, omdat de stelselwijziging in volle gang is. Wij bepalen straks welke delen van de AWBZ overgaan naar het premiegerelateerde gedeelte. Dat zal grote implicaties hebben voor enerzijds de AWBZ en anderzijds het premiegerelateerde gedeelte. Op basis daarvan zullen wij berekeningen moeten maken. De eigenbijdrageregeling is door allerlei ingrepen zo langzamerhand een lappendeken geworden. Ik wil daarvan af. Het heeft de laatste tijd geleid tot veel ergernis in mijn partij. Wij willen een systeem maken dat makkelijker, doelmatiger en

efficiënter is. Dat systeem heet lastenmaximalisatie.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Met al die extra formulieren van de zorgtoeslag wordt het systeem in ieder geval niet makkelijker en doelmatiger. Er komt sowieso een extra bureaucratie. Als je een en ander in het systeem houdt, maak je het wel makkelijker. Wij kunnen het makkelijker en leuker maken. Ik constateer dat de heer Buijs mooie woorden gebruikt, zoals "schild voor de zwakken" en "barrières", maar omdat hij er geen feitelijke invulling aan geeft, zijn het loze toezeggingen, waarvan hij waarschijnlijk geen spijt zal krijgen.

De heer **Buijs** (CDA): Noch u, noch het kabinet, noch wij kunnen een feitelijke invulling geven in getallen en cijfers. U moet uitgaan van wat wij als principe in het kader van solidariteit naar voren brengen. Als u nu probeert om een beetje flauw, fetisjistisch met cijfers om te gaan, dan vind ik dat onder de maat van dit debat. Het is een hoofdlijnen-debat. Wij willen duidelijk weergeven dat wij via lastenmaximalisatie de solidariteit willen garanderen voor al degenen die in Nederland aan de onderkant van het loongebouw zitten.

Mevrouw **Kant** (SP): De CDA-fractie heeft al eerder beloofd om met een systeem de verslechteringen in de zorg te compenseren die chronisch zieken, gehandicapten en ouderen treffen. De heer Buijs moet het ons niet kwalijk nemen dat wij niet zulke goede ervaringen hebben met die beloften. Wij zijn niet zo blij met de manier waarop het tot nu toe is gegaan. De mensen krijgen nu gigantische klappen, omdat zij veel zelf moeten betalen, terwijl zij het niet kunnen betalen. Dat weet de heer Buijs ook. Het probleem bestaat nu al. De heer Buijs zegt dat er een maximalisering komt, maar wat hij de mensen te bieden heeft, is onvoldoende. Hij moet invullen op welke manier hij het ziet. Nu al kunnen mensen niet rondkomen, omdat zij zoveel zelf moeten betalen voor hun zorg. Vindt de heer Buijs niet dat wat mensen door de maatregel als percentage van hun inkomen moeten betalen, eigenlijk al te veel is? Hij zou op zijn minst de garantie moeten kunnen geven dat wat chronisch zieken en ouderen nu

## Buijs

al betalen aan zorgkosten, niet meer wordt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb hierop gereageerd in mijn vorige antwoord. Ik heb geen enkele behoefte om er nader op in te gaan. Er is sprake van speculaties en berekeningen, oftewel uitwerkingsmodellen. In een volgend debat wil ik er graag op terugkomen, als ze daadwerkelijk aan de orde zijn. Ik doel op de behandeling van het voorstel voor de wet op de zorgverzekering, na het zomerreces, en op de behandeling van het voorstel voor de no-claimwet.

Mevrouw **Kant** (SP): Er wordt altijd weer vooruit geschoven. Vorig jaar hebben wij het allemaal meegeemaakt. Toen is gezegd dat de chronisch zieken worden gecompenseerd en dat het allemaal wel goed komt. Maar het komt niet goed. Het gaat niet goed met de chronisch zieken en gehandicapten. Nu hebben wij het weer over het systeem, waarna die mensen meer moeten betalen. De heer Buijs zegt dat zij het wel terugkrijgen, maar ik wil de garantie van de CDA-fractie dat mensen een maximum van hun inkomen betalen dat daadwerkelijk is op te brengen voor hen, en geen cent meer.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb gezegd dat ik de garantie wil geven in het kader van de inkomensrisico-solidariteit. Het is zo eenvoudig om iedere keer weer te vragen naar cijfers. Mevrouw Kant wil zelf niet eens meedenken over deze vorm van solidariteit! Zij kan alleen maar botweg roepen "procentuele premie", terwijl zij ziet dat het systeem is vastgelopen en de kosten de pan uit rijzen. Vervolgens verwacht zij van mij dat ik al tijdens een stelsel discussie op hoofdlijnen precies premiehoogten en procenten invul? Dat kan ik niet! Dat moet berekend worden en daar zijn wij mee bezig. Ik heb hier nu genoeg over gezegd.

De **voorzitter**: De heer Vendrik mag één maal reageren en daarna vervolgt de heer Buijs zijn betoog.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vrees dat de heer Buijs net een opmerking heeft gemaakt waarvan hij misschien spijt krijgt. Daartoe dient deze interruptie. Hij zei namelijk: de grote ergernis van de

CDA-fractie betreft de lappendeken van de eigen bijdrage. Ik vind dat overigens zeer begrijpelijk. Wat wil nu het geval? Uit de brief van de minister blijkt dat de zorgtoeslag, die de CDA-fractie ook wil, helemaal geen rekening houdt met de eigen bijdrage. De zorgtoeslag houdt er geen rekening mee als mensen een aanvullende verzekering nemen waarin allerlei vormen van noodzakelijke zorg worden gekieperd.

Mijnheer Buijs, ik begrijp wel dat u mensen aan de onderkant niet kunt garanderen dat zij er geen euro op achteruit gaan. Het hele systeem van de zorgtoeslag, zoals de minister dat voorstelt, ziet namelijk een aantal kosten niet meer. Deze kosten zijn niet meer van belang voor de Staat der Nederlanden, maar zij tellen wel mee in de portemonnee van de burger. Als de heer Buijs de toegankelijkheid voor mensen met een smalle beurs zo serieus meent, dan gaan wij vandaag zaken doen om ervoor te zorgen dat de zorgtoeslag niet gaat over de gemiddelde premie, maar over de feitelijke premie. De zorgtoeslag moet rekening houden met alle eigen bijdragen, het eigen risico, de no claim en de hele mikmak, zodat wij de mensen kunnen garanderen dat dit basisstelsel hen niet opnieuw op achterstand zet, zoals dat het afgelopen jaar is gebeurd. Gaat de heer Buijs zich daar vandaag hard voor maken?

De **voorzitter**: De heer Buijs mag reageren op de vraag van de heer Vendrik, waarna hij zijn betoog vervolgt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik zal de handreiking van de heer Vendrik niet aannemen, omdat hij geen enkele medewerking wil geven aan datgene wat wordt voorgesteld in de brief van 12 maart 2004: meer prikkels inbouwen, meer doelmatigheid, minder bureaucratie, geen Engels National Healthmodel enz. Ik kan helemaal geen zaken doen met de heer Vendrik, want hij is zelfs bereid om de kosten zodanig te laten stijgen dat mensen onnodig veel premie moeten betalen om de zorg betaalbaar te houden. Ik ga dus niet in op het voorstel van de heer Vendrik. Bij de uitwerking van het wetsvoorstel komen wij terug op de techniek en inhoud van de lasten-maximalisatie. De heer Vendrik zal dan zien dat iedereen die zorg nodig

heeft in dit land, toegang tot zorg heeft.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik maak hier bezwaar tegen en daarom richt ik mij even tot u. Ik heb een belangrijke politieke vraag gesteld aan de heer Buijs. Het gaat mij niet om de uitwerking, maar om de vraag welke kosten gerekend mogen worden bij de zorgtoeslag. De heer Buijs verwoordt de ergernis van de CDA-fractie over de lappendeken van alle eigen bijdragen. Ik ben dat met hem eens. Het punt is dat deze niet meegenomen worden in de kabinetsplannen voor de vormgeving van die zorgtoeslag. Het hele verhaal van de CDA-fractie dat mensen met een smalle beurs via de toeslag gecompenseerd worden, klopt dus niet.

Ik vind het te gemakkelijk van de heer Buijs om met een jibbak te komen, want dan begaat hij in commissie met mevrouw Schippers dezelfde vergissing. Ik ga er verder niet op in, maar ik wil wel een antwoord van de heer Buijs. Ik neem de heer Buijs serieus en ik neem de CDA-fractie serieus. De heer Buijs ergert zich aan de eigen bijdrage. Ik constateer vervolgens dat deze minister daar geen boodschap aan heeft, want de hele zorgtoeslag gaat daar niet over. Dus is de vraag in dit debat: gaan wij het met elkaar regelen? Van mijn part pakt de heer Buijs daarvoor iemand anders, bijvoorbeeld de heer Heemsker. Zorg er vandaag alleen voor dat de zorgtoeslag minimaal gaat over alle werkelijke kosten die mensen straks moeten dragen. Als hij dat doet, neemt de heer Buijs zijn eigen woorden serieus en heeft hij bij mij een punt verdiend. Ik wil graag antwoord van hem.

De **voorzitter**: U richtte zich tot mij en ik had met u afgesproken dat u één vraag zou stellen. Ik stel voor, dat de heer Buijs zijn betoog vervolgt. Hij heeft antwoord gegeven en hoe u dat apprecieert laat ik verder buiten beschouwing.

De heer **Buijs** (CDA): Dat de principes van zo'n zorgstelsel op het punt van inkomenssolidariteit een dergelijk debat uitlokken, laat zien dat ook in deze Kamer iedereen ervan doordrongen is dat er een goede regeling moet komen. Zorg waarvan mensen afhankelijk zijn, kan niet zodanig worden vormgegeven



## Buijs

dat mensen de toegang ontzegd wordt. Ik geef een half antwoord op de vraag van de heer Vendrik wanneer ik zeg dat ik het jammer vind dat uit deze brief, die alleen gaat over de stelselwijziging inzake de curatieve zorg, niet helder wordt wat er met de AWBZ gaat gebeuren. Dat wordt grotendeels buiten beschouwing gelaten. Dit betekent dat een groot deel van de onderdelen waarvoor een eigen bijdrage geldt, straks naar het premiegedeelte overgaat. Dat is een goede zaak. Wij denken zelfs dat grote delen van de thuiszorg en zeker van de GGZ, alsook de revalidatiefunctie binnen de verpleeghuiszorg, vrij snel naar het tweede compartiment kunnen overgaan. Op zich geeft dit al een implicatie voor de eigenbijdrage-regeling. Immers, die is daar anders geregeld.

De minister worstelt op dit moment ook met een probleem van de eigen bijdrage in de GGZ. Zou het in dit licht niet wenselijk en mogelijk zijn om grote delen van de GGZ op zeer korte termijn naar het tweede compartiment over te hevelen? Ik denk hierbij aan RIAGG's en kortdurende zorg. Dat zou de substitutie kunnen bevorderen. Bovendien kan er op korte termijn wat meer duidelijkheid komen over wat er straks in het tweede compartiment verzekerd wordt.

De terugtrekkende overheid is een prima zaak. Wat in de brief van 12 maart staat, kan mijn fractie in financieel-economische zin steunen. Toch mist mijn fractie een belangrijke zaak: hoe gaan wij om met de bestuurlijke verantwoordelijkheden en de door ons zo gewenste invloed van de patiënt op dit systeem? Hoe kan de patiënt naast keuzevrijheid dus meer invloed krijgen op het aanbod waarvoor hij of zij uiteindelijk zelf betaalt? Ik onderstreep dit nog maar eens. Graag krijg ik hierop een toelichting van de minister.

De vage verdeling van de verantwoordelijkheid in de zorg zal met de introductie van gereguleerde marktwerking naar onze mening een nog groter probleem kunnen worden dan het nu al is. Vijf jaar geleden heeft de commissie-Meurs inzake health care governance aanbevelingen gedaan. Tot op heden is daar echter niets mee gebeurd. Ik noem een aantal voorbeelden. Wat kunnen wij doen bij falend management en wanbeleid van een raad van toezicht of een raad van bestuur van een

ziekenhuis? Wie roept de leden van die raad ter verantwoording? Als dit al gebeurt: waar worden zij ter verantwoording geroepen? Zo is er nog steeds geen mogelijkheid om ze bij de rechter ter verantwoording te roepen. Het voorstel was indertijd om een zorgkamer bij de rechtbank in te stellen. Dit is nog niet gebeurd.

Ziekenhuizen kennen de stichtingsvorm. Van wie is de stichting eigenlijk? Wat kan de stichting bijvoorbeeld doen als er een bod op het ziekenhuis wordt uitgebracht? Kan de stichting het ziekenhuis al dan niet verkopen en welke zeggenschap heeft de stichting? Kortom, is de stichting wel de juiste vorm bij gereguleerde marktwerking?

De laatste tijd hebben wij heel veel overleg gevoerd over bereikbaarheid van ziekenhuizen en huisartsenposten. De heer Van der Vlies sprak daarbij de verwachting uit dat het een debat van de onmacht zou worden. De afgelopen tijd zijn wij met de neus op de feiten gedrukt: in wezen kan de taak van de gewenste bereikbaarheid, de kerntaak van de minister, niet op een goede manier uitgeoefend worden. Wij roepen de minister dan ook op om tijdens het proces van de stelselwijziging, de Kamer een notitie te doen toekomen die inzicht verschaft in de bestuurlijke verantwoordelijkheid. Wij willen die notitie graag vóór het zomerreces ontvangen. In de notitie dient te zijn aangegeven op welke wijze in de komende tijd de bestuurlijke verantwoordelijkheid daar neergelegd kan worden waar die thuis hoort, zodat de minister niet iedere dag naar de Kamer geroepen hoeft te worden. Wat ons betreft, gebeurt dit zo decentraal mogelijk.

Wij kunnen ons veel voorstellen bij een deelmarktsgewijze aanpak, maar volgens ons is het geheel niet met een schaarste in delen te knippen. Zo lijkt acute zorg een prachtig sectoraal afgeschermd blok te zijn, maar de mensen die in de acute zorg werkzaam zijn, kunnen zowel in de acute zorg als in de klinische zorg bepaalde functies vervullen. Wil de minister in het licht hiervan eens nadenken over de vraag of het probleem van de sectorgewijze aanpak versus individuele honorering via de honoreringsstructuur van de artsen aangepakt kan worden? Volgens mij zijn daar mogelijkheden voor.

Mevrouw **Kant** (SP): De onmacht en

de sturing lijken een algemeen punt te zijn, maar het zijn heel cruciale punten. Alles wordt nu aan de markt gegeven en op afstand gezet. Tevens willen wij een aantal onderdelen waarborgen.

Ik maak uit de houding van de minister op dat hij zich nu erg ergert.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u uw vraag stelt. Stoort u zich niet aan de mimiek van de minister.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, maar ik zag het toch. Dat was voor mij onvermijdelijk.

De **voorzitter**: Ook al irriteert het u, probeer het niet tot het uwe te maken.

Mevrouw **Kant** (SP): Goed. Een cruciale vraag is hoe wij sturing geven aan ziekenhuizen. Wij voeren al jarenlang een discussie over kleine ziekenhuizen die bedreigd worden en die gesloten worden. Met alle komende maatregelen wordt niet aangegeven op welke democratische manier daar zeggenschap over komt. Heeft de heer Buijs daar zelf ideeën over?

De heer **Buijs** (CDA): Of ik daar ideeën over heb?

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, u vraagt de minister om een brief, maar hij is zijn handen ervan af aan het trekken. Hij gaat misschien weer geïrriteerd reageren nu ik dit zeg, maar goed. De minister vindt dat het veld en de markt het zelf maar moeten uitzoeken. U constateert dat er een probleem is. Hoe wilt u dat oplossen?

De heer **Buijs** (CDA): Wij hebben een bijdrage geleverd aan het verslag naar aanleiding van het oude wetsvoorstel voor de Wet toegang zorginstellingen. Er is toen over de oude WZV een verschil van mening ontstaan tussen mijn fractie en de regering. Wij waren van mening ± ik dacht u ook ± dat de minister allang wettelijk had kunnen ingrijpen. Ik heb alleen geconstateerd dat een ingreep van de minister door het in een bepaalde situatie naar huis sturen van de raad van toezicht, geen directe garantie is voor verbetering. De vraag is of er niet veel meer waarde moet worden toegekend aan directe invloed van belanghebbenden in een bepaalde regio. U weet

## Buijs

ook dat de raad van bestuur vaak coördineert en dat de raad van toezicht daarachter aan holt. Wij zien in de Kamer dat het beleid omwille van de bereikbaarheid van de zorg niet uitvoerbaar is op perifeer niveau. Dat geldt voor de aanrijdtijden van ambulance, de bereikbaarheid van ziekenhuizen en de kosten van huisartsen. Ik denk dat de invloed op dat proces op decentraal niveau moet worden uitgeoefend. Hetzelfde geldt voor de aansprakelijkheid.

Ik noemde net de commissie-Meurs al. Volgens mij is haar benadering beter dan de benadering dat wij iedere dag tegen de minister moeten zeggen dat de ambulance weer eens te laat is of een ziekenhuis iets fout heeft gedaan enz. Ook ik erger mij daaraan. Wij moeten ons concentreren op de grote doelen die de overheid stelt: kwaliteit, bereikbaarheid, betaalbaarheid.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Ik deel de analyse van de heer Buijs dat de grote kwesties en de randvoorwaarden in plaats van de details aan de orde moeten komen in de Kamer. Mijn fractie steunt ook de motie-Schippers/Arib over de aanbeveling van de commissie-Meurs. Ik neem aan dat het kabinet die motie uitvoert. Ik ben wel enigszins verward door uw opmerkingen over de regionale, decentrale verantwoordelijkheid. Dit kabinet zegt dat een zorgverzekeraar tot op de werkvloer kan ingrijpen omwille van de doelmatigheid. Wat verstaat u onder decentralisatie? Wie bevindt zich op decentraal niveau? Naar wie kunnen mensen gaan als zij vragen hebben omdat hun huisartsenpraktijk verdwijnt of hun ziekenhuis niet goed is? Wat is in uw ogen het decentrale niveau?

De heer **Buijs** (CDA): De zorgverzekeraar is de eerste die een zorgplicht heeft. De invulling daarvan zal tot uitdrukking moeten komen in de contracten die hij afsluit. Gaat er op decentraal niveau iets mis, dan wordt de zorgverzekeraar daar als eerste op aangesproken. Dat wil nog niet zeggen dat de zorgverzekeraar de bestuurlijke structuur kan aanpakken, ondanks het feit dat hij voornamelijk de financier is van een en ander. Hij kan hoogstens constateren dat een ziekenhuis al dan niet failliet is en dan een verzoek naar het CTG zenden. Dan beginnen wij van voren af aan. Wij willen meer

prikkels in dit stelsel, zodat de verantwoordelijkheidsverdeling rechtstreeks terechtkomt waar die hoort. Dan weet ik wie ik rechtstreeks moet aanspreken als ik in een ziekenhuis lig.

Ik was gebleven bij de DBC's. De stand van zaken is treurig, treurig, treurig. Ik herinner mij dat wij twee jaar geleden fel tekeer gingen tegen mevrouw Borst omdat het uitgesteld was. Nu is het weer uitgesteld. Laten wij elkaar geen mietje noemen, het gaat tenslotte om een verschil van € 50 tot € 60. Dat is in wezen het verschil tussen een vrijgevestigde specialist en de regering. Mijn fractie wil dat zo snel mogelijk productprijzen worden vastgesteld. Anderen hebben al gezegd dat wij dan pas inzicht kunnen krijgen in het verschil tussen ziekenhuizen. Nu al is waarneembaar dat bepaalde prikkels ertoe leiden dat ziekenhuizen goedkopere aanbiedingen in de media doen. Het is dringend noodzakelijk dat zo snel mogelijk productprijzen worden vastgesteld. Wij roepen de minister er ook toe op om parallel aan het DBC-circuit het Belgische DRG-circuit in de steigers te zetten, zodat deze zomer, dus nog voor de begrotingsbehandeling, duidelijk wordt of het weer wordt uitgesteld. Als dat het geval is, is het voor ons over en uit. Eens raakt het geduld op.

Mijn fractie vindt het belangrijk dat het zorgstelsel Europaproof is, zoals anderen ook al hebben gezegd. Wij willen duidelijkheid. Wij moeten niet afwachten of wij toestemming krijgen om het in te voeren; het moet klip en klaar worden. Wij willen een inspanningsverplichting van deze minister richting Europa ± en dat is actiever dan passief afwachten of het Europese Hof iets zegt ± om in ieder geval een zodanige verdediging te organiseren dat het private stelsel met publieke waarborgen hier daadwerkelijk kan worden ingevoerd.

Over de no claim hebben wij in eerdere debatten uitgebreid gedelibereerd. Wij gaan akkoord met het voorstel dat door het kabinet is gepresenteerd. Voorwaarden daarvoor is echter wel dat de huisarts er niet bij is. Dat is een harde eis. Dat betekent dus dat een no-claimregeling zonder huisarts voor ons een sine qua non is. Bij de behandeling van het wetsvoorstel zullen wij hierop terugkomen. De minister weet in elk geval dat het voor ons een zeer harde eis is.

Vervolgens willen wij dat de no-claimregeling een goede aansluiting heeft op het systeem van de wettelijke zorgtoeslag. Dat is het moeilijke punt. Hoe kun je een no-claimregeling waarin ook sprake is van een vorm van teruggave, naadloos laten aansluiten bij een systeem met een wettelijke zorgtoeslag? Kan de minister dit duidelijk maken? Als de minister van mening is dat dit heel eenvoudig kan, graag. Het moet echter geen uitgebreide administratieve rompslomp opleveren, want dan willen wij opnieuw praten over het systeem.

Samenvattend, wij willen aansluiting op de wettelijke zorgtoeslag en de huisarts hoort niet in het systeem. Voor het laatste heb ik ook verschillende inhoudelijke argumenten. Daarin ben ik gesteund door wat het NIVEL gisteren heeft geproduceerd over de waardevolle functie van de huisarts. Anderen hebben daarop ook gewezen. Wij moeten de structuur van onze zorg niet ondergeschikt maken aan financiële doeleinden. Dat is het uitgangspunt. Naast preventie is de huisarts een van de beste kosten-beheersende doelmatige factoren in ons zorgstelsel.

Er zijn veel indianenverhalen rond het fenomeen van het wegblijftarief. Als het al ingevoerd zou moeten worden, dan vindt mijn fractie dat er ook een soort van niet-behandeltarief moet worden ingevoerd. Het komt nogal eens voor dat mensen worden opgenomen voor een heupoperatie en vervolgens te horen krijgen dat zij maar weer naar huis moeten gaan omdat de dokter geen tijd heeft, en dat zij de week erna maar terug moeten komen.

Het elektronisch medicatiedossier, dat later wordt uitgebouwd tot een elektronisch patiëntendossier, is een belangrijke zaak. Dit zal zeker een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de zorg. Ik krijg graag duidelijkheid van de minister wanneer de Kamer hierover inhoudelijk wordt geïnformeerd en hoe het na 2006 zal worden gefinancierd.

Op het gebied van de NMa en het toezicht worden veel zaken in de steigers gezet om het gereguleerde systeem dat wordt voorgesteld, goed te laten functioneren. Wij steunen dat. De minister zegt alleen dat van de inspectie 30% meer output wordt verwacht. Ik herinner de minister aan

## Buijs

het advies van de commissie-Abeln volgens welke nu al de huidige inspectiecapaciteit onvoldoende is. Betekent dit dat het capaciteitsprobleem bij de inspectie tegelijkertijd wordt opgelost?

Voorzitter. De CDA-fractie kan akkoord gaan met de geschetste hoofdlijnen voor de stelselwijziging. De te nemen maatregelen, zoals genoemd in de bijlage, geven een goede indruk van de ambitie van deze regering. Op onderdelen bij de behandeling van de diverse wetsvoorstellen zal mijn fractie meer inhoudelijk commentaar leveren, waarbij voor het CDA de mens centraal blijft staan.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik verwelkom de uitzondering voor de huisarts. Dat is goed, dat is winst. Van de vier stoelpoten is er nu eentje weg. Het gaat de goede kant op. Ik heb wel een vraag in verband met de andere kosten van zorg dan de huisarts. Waarom moeten mensen die vaak noodgedwongen gebruik moeten maken van zorg, gestraft worden en waarom moeten mensen die dat niet doen, beloond worden? Kan de heer Buijs mij dat uitleggen?

De heer **Buijs** (CDA): De doelstelling van de regering, die wij kunnen onderschrijven, is om mensen meer kostenbewust te maken. Daarvoor werd in het Hoofdlijnenakkoord een eigen risico van eerst € 200 en later € 250 afgesproken. Als wij nu de vondst van deze minister zien, met een no-claimregeling, dan is dat, voortbordurend op het principe van het kostenbewust maken, een minder sociaal gebeuren of juist een meer sociaal gebeuren, net hoe je het wilt noemen; ik houd mij daarbij verre van de vergelijking met auto-verzekeringen. Men gaat er gemiddeld € 5 per maand voor betalen en iedereen betaalt dit, terwijl het bij een eigen risico zo is dat degene die chronisch ziek of gehandicapt is, dat in zijn geheel zou moeten betalen zonder dat er een bijdrage van anderen bij zit. Vervolgens is daar een teruggave-regeling op gebaseerd. In antwoord op de vraag van de heer Vendrik wijs ik derhalve allereerst op het aanbrenge van een prikkel tot het kostenbewust zijn. Het tweede punt is dat wij het no-claimsysteem met de twee uitzonderingen daarop, waaronder de huisarts, een beter werkbaar en meer solidair systeem

vinden dan een eigen risico van € 250.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is leuk beredeneerd, maar het is klinkklare onzin dat het minder niet solidair zou zijn. Sterker, het is nog erger. Nu betaalt iedereen vooraf eigenlijk dat eigen risico en als je geluk hebt en niet veel naar de huisarts of naar het ziekenhuis hoeft, krijg je er een deel van terug. Het is een drogreden als u zegt dat dit meer solidair is dan een eigen risico. Is het niet zo dat als je chronisch ziek of ouder bent en regelmatig naar de huisarts moet of een geneesmiddel voorgeschreven krijgt, je nooit één cent terug ziet en hierdoor per definitie een premieverhoging om de oren krijgt?

De heer **Buijs** (CDA): Bij een eigen risico is iemand die chronisch ziek is of gehandicapt of anderszins ernstig ziek, dit bedrag na twee maanden kwijt. Dat betekent dat hij op dat punt het eigen risico al moet voorschieten, terwijl het nu verdeeld wordt over een heel jaar. Daarbij komt het feit dat iedereen straks een bepaalde premie betaalt om deze variant op het eigen risico te kunnen bekostigen. U stelt de vraag of ik dat solidair vind, maar u wilt wat dat betreft helemaal niets. Het betekent dat als wij uw voorstel zouden volgen, de kosten onbetaalbaar zouden zijn en dan hebben de chronisch zieken en gehandicapten pas echt grote problemen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik word nu uitgedaagd...

De **voorzitter**: Nee, ik heb gezegd: allemaal één vraag. Ik verwijs nogmaals naar de procedure-vergadering, waarbij die hele no-claimregeling nog terugkomt. Het woord is aan de heer Heemskerk voor het stellen van een vraag.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zal maar bekennen dat ik econoom ben en als econoom heb ik altijd geleerd dat je prikkels moet introduceren daar waar mensen keuzemogelijkheden hebben. Het is winst dat de CDA-fractie zich nu aansluit bij ook de PvdA-fractie om die drempel niet ten aanzien van de huisarts in te bouwen en de huisarts uit de no-claimregeling te halen. Echter, in welk opzicht hebben mensen nog een keuze en kunnen zij

daadwerkelijk een afweging maken, als zij door de huisarts worden doorverwezen? Dan is het immers alleen maar een straf en wij moeten heel erg oppassen met die straf. Ik geef u het voorbeeld van de afgezegde operaties. Het kan wel eens zo zijn dat een operatie wordt afgezegd in een ziekenhuis, omdat er een spoedeisende behandeling tussendoor komt. Gaan wij in dat geval voor ziekenhuizen een straftarief toepassen? Kortom, legt u mij nog eens uit wanneer er verstandige keuzes zijn te maken voor patiënten, want dáár mag je best een prikkel op leggen.

De heer **Buijs** (CDA): Dit zijn twee vragen van de heer Heemskerk. Naar aanleiding van de eerste vraag wijs ik erop dat het nu juist de keuze is dat je naar de huisarts kunt zonder drempel en dat je samen met de huisarts kunt bepalen welke zorg je nodig hebt. Die keuze die je nu hebt, zal in het andere systeem, waarbij de huisarts er wel in wordt opgenomen, wel eens verloren kunnen gaan.

Wat betreft de tweede vraag, inzake het wegblijftarief en de vergelijking met de specialist, wijs ik erop dat ik ook een patiënt kan hebben die wegblijft doordat hij toevallig in een eindeloze file zit of waardoor dan ook. U doelt hier immers op "buiten schuld". Nu, ik voorzie dat als een wegblijftarief wordt ingevoerd zoals de minister dit per mei wil ± ik heb er iets tegenover gesteld ± je een gigantische administratieve rompslomp krijgt in het kader van het aantonen dat het buiten iemands wil of schuld was dat betrokkene niet kon verschijnen enz. Wij moeten daarmee uitkijken; ik vind persoonlijk dat er in dit land wat dat betreft erg veel indianenverhalen de ronde doen. Uit praktijkervaring zeg ik u dat het wegblijven van patiënten zeer zelden voorkomt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik had het niet over het wegblijven van patiënten maar over het afzetarief. U introduceert een afzetarief voor ziekenhuizen: als een specialist afzegt, moet hij daar een straf voor krijgen. Dat houdt toch ook heel grote risico's in? Ik kan mij voorstellen dat in een ziekenhuis buiten de schuld van de specialist een operatie wordt afgezegd, omdat er een spoedeisend geval tussendoor komt. Geldt het principe "buiten zijn schuld" niet bij ziekenhuizen en wel

## Buijs

bij patiënten? Het is toch "gelijke monniken, gelijke kappen"?

De heer **Buijs** (CDA): "Gelijke monniken, gelijke kappen" is ook mijn uitgangspunt. Ik wil daarover graag verder praten met u op het moment dat dit voorstel de Kamer bereikt. Dan kan ik pas beoordelen hoe de regering dit systeem ingevoerd wil zien.

De heer **Bakker** (D66): Ik herinner mij het debat van vorig najaar over de medicijnknaak. De regering kwam met dat voorstel. Toen zei eerst de heer Verhagen en vervolgens u, mijnheer Buijs, dat het CDA dat niet wilde. U was de held van heel Nederland, van de oppositie enz. Vervolgens leidde dit ertoe dat het eigen risico omhoog moest naar € 250 en dat alle zelfzorg-geneesmiddelen uit het pakket zijn gegaan. Daardoor zijn chronisch zieken en gehandicapten uiteindelijk slechter af dan met de medicijnknaak.

Nu even naar de huisarts. U maakt een legitieme afweging en zelfs een sympathieke afweging. De vraag is echter wel wat de gevolgen zijn als u dit gat schiet in het voorstel. Het betekent minder financieringsverschuiving, minder remeffect en een grotere premieverhoging. Het betekent waarschijnlijk dat het kabinet elders naar soortgelijke maatregelen gaat zoeken. Ik wil graag weten, of u zover heeft doorgedacht en dan nog die afweging maakt.

De heer **Buijs** (CDA): Dualisme is een schone zaak, dat vindt ook mijn partij. Wat dat betreft zijn wij niet slaags en volgzzaam. Wij zullen vanuit het CDA onze eigen principes naar voren blijven brengen. Dat is het antwoord op uw eerste vraag, mijnheer Bakker. Het is onzin dat mensen slechter af zijn door het niet invoeren van de medicijnknaak. Chronisch zieken en gehandicapten zijn grootverbruikers van medicijnen.

De heer **Bakker** (D66): En van zelfzorggeneesmiddelen.

De heer **Buijs** (CDA): Wij gaan door! Ik ben blij dat u mijn voorstel met betrekking tot de huisarts sympathiek vindt. Dat betekent dat ik ook uw steun heb en dat u in dat kader blijkbaar ook afwijkt van het Hoofdlijnenakkoord.

De heer **Bakker** (D66): Dit zijn debattrucs, dit zijn geen antwoorden. Ik heb gezegd dat het voorstel sympathiek klinkt maar dat ik graag wil weten wat de gevolgen zijn. Daarover hoor ik u niet.

De heer **Buijs** (CDA): Daar kom ik nu op. Het weglaten van de huisarts uit de no-claimsystematiek kost ongeveer 90 mln. Als de no claim echter € 250 wordt, ontstaat er een meeropbrengst van 200 mln tot 300 mln boven het gewenste bezuinigingsbedrag. Er zit dus ruimte in. Wij willen die ruimte benutten om de huisarts uit de no-claimsystematiek te halen.

De **voorzitter**: Dit onderwerp komt straks nog terug.

De heer **Bakker** (D66): Ik zal er in mijn eigen termijn op terugkomen, voorzitter.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben de heer Buijs erkentelijk voor zijn duidelijke stellingname met betrekking tot de huisartsen en de no-claimregeling. Dat betekent dus dat het CDA niet zal instemmen met de no-claimregeling als de huisarts erin blijft zitten? Dat is een conditio sine qua non.

De heer **Buijs** (CDA): Dat klopt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik denk dat de minister zich enigszins gepakt voelt, want u had die duidelijkheid kunnen geven door indertijd voor mijn motie te stemmen. Dan had de minister toen al geweten dat hij het niet op deze manier moest doen. Ik ben blij met de duidelijkheid die er nu is, mijnheer Buijs, namelijk dat het CDA zich alsnog aansluit bij de Kamer-meerderheid die deze mening is toegedaan.

Mijn vraag gaat over de hoogte van de no-claimkorting. Daarover heb ik u nog niet gehoord. Ik heb u alleen horen verwijzen naar het Hoofdlijnenakkoord. Daar is uiteindelijk € 250 uitgekomen. Ik heb in mijn eigen bijdrage verwezen naar de effectiviteit van een hoog eigen risico. Ik weet niet of u de oratie van de heer Schut kent. Is voor u de politieke afspraak dat het € 250 moet zijn doorslaggevend, of kijkt u ook naar de effectiviteit van een hoger eigen risico of no-claimregeling dan € 90 tot maximaal € 200? Daarboven

is het niet echt effectief meer, volgens Schut. Telt dat voor u mee, of zit u vast aan die politieke afspraak?

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk even na of de heer Rouvoet geen verschil maakt tussen de hoogte van de nominale premie en de hoogte van de no claim.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het gaat mij echt om de no-claimkorting als vorm van eigen risico. De heer Schut heeft aangetoond dat het een besparing van 13% kan opleveren als het ligt tussen € 90 en € 200 en pas weer echt effectief wordt als het € 900 wordt. Daartussen is het nauwelijks effectiever. Weegt die overweging voor u mee?

De heer **Buijs** (CDA): De aan de no-claimkorting gerelateerde premie is € 5 per maand. Dat is dus € 60 per jaar. Ik acht de effectiviteit daarvan op dit moment voldoende als ik die afzet tegen het bedrag van € 250 dat men maximaal kan terugkrijgen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het nog eens nadenken of men echt naar de huisarts moet, is slechts één argument om het no-claimstelsel in te voeren. De heer Buijs stelt voor, dit stelsel niet in te voeren voor de huisarts. Hij noemt als argument dat de huisarts waardevolle zorg levert en dat het niet de bedoeling is dat mensen die zorg gaan mijden. Geldt dat niet voor alle zorg? Is alle zorg niet heel waardevol? Is het niet juist ook de bedoeling dat mensen die andere zorg gaan mijden? Wat is er bij de huisarts anders dan bij de rest van de zorg?

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Schippers zit nu op mijn stokpaardje. Ik wil haar wel eens uitleggen hoe ons stelsel de jaloezie opwekt van alle landen om ons heen. Het is niet voor niets dat in het Hoofdlijnenakkoord staat dat de poortwachtersfunctie zal worden versterkt. De CDA-fractie acht het opnemen van de huisarts in de no-claimkorting geen versterking van de poortwachtersfunctie. Los daarvan is de huisarts de zeef, de poortwachter, met een functie waar niet alleen behandeling in zit, maar ook begeleiding, ondersteuning en preventie. Dat zijn de factoren die achterwege gelaten moeten worden. Dat zijn de zaken waarbij de patiënten langer

## Buijs

thuisblijven. Dat zijn de zaken waarbij gezondheidsschade kan ontstaan. Ik wil dat niet, juist vanwege de structuur. Wij moeten eerst zorgen voor een goede structuur. De financiering volgt. First a structure, then the finance. Dat zijn klassieke woorden. Juist in de opbouw van ons systeem levert de huisarts voor 1 mld € 2 mld zorg, zodanig dat een heleboel kosten in de verdere gang van zaken in de zorg bespaard kunnen worden. Het is dan een rare gedachte om die huisarts op te nemen in een systeem van no claim.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben blij dat de no claim bij de huisarts van tafel is. Als u vindt dat dat niet moet, dan vindt u blijkbaar dat er een risico in zit dat mensen om financiële redenen niet naar de huisarts gaan. Dat geldt dan toch ook voor andere vormen van zorg? Die redenering kunt u dan toch doortrekken? Dan wilt u toch de hele no claim niet, ook niet voor de specialist, ook niet voor geneesmiddelen?

De heer **Buijs** (CDA): Daarop zou ik dezelfde reactie kunnen geven als op de vraag van mevrouw Schippers. De huisarts is uniek in het systeem. Ik noem de inschrijving op naam. Landen om ons heen gaan dat nota bene navolgen. Dat betekent dat de huisarts samen met de patiënt straks een extra toets heeft: moet die verderop liggende zorg worden gebruikt, ja of nee? Het is een nuttige functie. Kijkt u maar naar het percentage verwijzingen dat een huisarts doet, kijkt u maar hoeveel hij zelf doet: bijna 95%. Het is een waardevolle functie. Kortom, er moet worden geïnvesteerd in twee dingen: huisartsen en preventie. Dat is mijn motto. Een structuur zonder de huisartsgeneeskunde is heel slecht.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. In het Hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt over aanpassing van het zorgstelsel, zowel het verzekerings- als het sturingsdeel. Ik raad de heer Buijs aan, ook de passage over het eigen risico te lezen. De achterliggende gedachte is dat het huidige stelsel onvoldoende functioneert om ons ook in de toekomst een kwalitatief goed, financieel haalbaar en solidair stelsel te garanderen. Dat is

helemaal geen nieuws. De laatste decennia zijn opeenvolgende adviescommissies en kabinetten hiermee aan de slag gegaan. Ik sluit mij aan bij de collega's die zeggen dat het echt nieuw zou zijn als het ons lukt om daadwerkelijk veranderingen door te voeren. Dat moet ook onze inzet hier zijn: wij moeten de discussie beslechten en werkelijk maatregelen nemen. Een doorbraak in de stelsel- en sturingsdiscussie is urgent en moet niet langer worden uitgesteld. Mensen in het land zouden zich zorgen moeten maken over een overheid die juist geen maatregelen neemt.

Tijdens de begroting heb ik namens de VVD onze prioriteiten voor 2004 en de jaren daarna aangegeven. Kernboodschap is "consumer empowerment". Ik ken daar geen goed Nederlands woord voor. Het gaat in de gezondheidszorg veel te veel over de patiënt zonder de verzekerde, over de verzekerde zonder de burger moet veel meer toegang krijgen tot informatie. Wat krijgt hij voor zijn verzekeringspremie bij de ene verzekeraar en wat krijgt hij er bij de ander voor? Wat gebeurt er binnen ziekenhuizen? Wat is de kwaliteit, de service, de prijs, de klanttevredenheid? De gezondheidszorg moet transparanter. Ik ben dan ook heel blij om vandaag te horen dat de PvdA zich hierbij aansluit. Dan moet het toch lukken, zou ik zo zeggen. De gezondheidszorg moet namelijk transparanter. Innovatie moet lonen en de overbodige bureaucratische rimram moet weg. Deze prioriteiten hebben alles te maken met de grote omslag die dit kabinet moet realiseren, de omslag waarover wij het vandaag in essentie hebben: van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. De meeste problemen in de zorg zijn een gevolg van de afwezigheid van marktprikkels. Verzekerings- en zorgaanbieders moeten gevoelig worden voor de wensen van hun klanten. Daarom is de eerste en belangrijkste keuze de introductie van marktprikkels in de gezondheidszorg. De VVD kiest in de zorg net als het kabinet voor gereguleerde marktwerking. Dit debat gaat over het stelsel, dat compact en overzichtelijk lijkt. Maar feitelijk gaat het over zo'n beetje alles. Hoe regelen we de verzekering, de sturing en het toezicht? Wie heeft welke rol, hoe zorgen wij dat iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt, welke

instrumenten zijn daarvoor nodig en wat zijn de randvoorwaarden waarbinnen dit alles plaatsvindt? Hoe krijgen wij een nieuw evenwicht? Dat voor een veelheid aan deelmarkten die ontzettend van elkaar verschillen. Topziekenhuiszorg is echt iets anders dan fysiotherapie, en dat is weer iets anders dan acute zorg.

In mijn ogen worden de hoofdlijnen van ons stelsel geregeld in zes pijlers: de Verzekeringwet, het overeenkomstenstelsel, de Wet tarieven gezondheidszorg, de Wet toelating zorginstellingen, de kwaliteitswetgeving en het toezicht. Het wordt een enorme klus om deze wetten in deze kabinetsperiode aan te passen, maar dat is wel nodig. Wij zetten ons daarvoor in. Ik concentreer mij gezien de tijd op de verzekering en het toezicht.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik had niet anders van u verwacht: de marktwerking is de oplossing. Maar wat gaat dat oplossen wat we anders niet kunnen oplossen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Marktwerking is niet de oplossing, maar een middel om een oplossing te vinden. Als je nu kijkt naar de gezondheidszorg, zie je dat instellingen niet echt gevoelig zijn voor de wensen van cliënten, wat logisch is, want er zijn daarvoor geen prikkels.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind het nogal wat, wat u zegt! Instellingen zijn niet gevoelig voor de wensen van cliënten. Komt u wel eens in een instelling? Die mensen werken zich de hele dag het leplazarus om het patiënten naar de zin te maken. Wat een opmerking!

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is nu juist het punt: mensen werken ontzettend hard in de instellingen, ze moeten veel te veel bureaucratische formulieren invullen die nodig zijn om een centraal aangestuurd stelsel te laten werken. Om dat anders te laten werken, moet er een ander systeem komen, dat in evenwicht moet zijn. Een van de redenen waarom we nu veel geld in het systeem plempen, wat blijkbaar weinig resultaat heeft, is omdat het systeem niet in evenwicht is. Wil je het systeem in evenwicht brengen, dan moet er een relatie zijn tussen prestatie en beloning, dan moet er een relatie zijn tussen gebruik en

## Schippers

betalen. Die relaties zijn er echter niet in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat er geen relatie is tussen de betaling en de inspanningen van personeel in verpleeghuizen, daarover zijn we het al lang eens, maar daar gaat deze discussie niet over. U zegt dat de markt die problemen gaat oplossen, maar u hebt er helemaal geen argumenten voor waarom dat zou gebeuren. Ik vind het nogal wat, wat u hier zegt. Er moet veel veranderen in de zorg, de bureaucratie moet weg, waarvoor ikzelf voorstellen heb gedaan, zonder overigens uw steun te krijgen. Er kan heel veel verbeteren in de zorg, maar waarom zouden marktprikkels, commercie en concurrentie die prikkels moeten zijn? Ik vind het een belediging voor de mensen die met de handen aan het bed staan dat zij marktprikkels en concurrentie nodig zouden hebben om mensen te verzorgen. Dat is een belediging van de sector!

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb het ten eerste over gereguleerde marktwerking, en ten tweede heb ik aangegeven dat die marktwerking in verschillende gradaties op verschillende deelmarkten van toepassing kan zijn. Marktwerking bij acute zorg is iets totaal anders dan bij fysiotherapie. Er moet een systeem komen waarbij het loont om extra je best te doen, om extra taken op je te nemen, om betere zorg te leveren dan een ander. Dat is in de gewone maatschappij ook zo. U vergelijkt artikelen ook, en op basis daarvan koopt u. Dat soort prikkels zijn in het huidige stelsel geheel afwezig. Ik zeg dat vrije marktwerking, zoals we die kennen op een voedselmarkt, niet echt toepasbaar is in de gezondheidszorg. Maar voor marktprikkels ligt dat anders. Het mag niet zo zijn dat men denkt: ik betaal mijn premie, en daarna is de zorg gratis. Er moet over worden nagedacht wanneer gebruik wordt gemaakt van zorg. Je moet erover nadenken welke zorg wordt geleverd voor welke kwaliteit, en voor welke prijs. Daar zitten toch links tussen? Die hebben wij allemaal weggehaald uit de gezondheidszorg.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Er is een grens aan marktwerking: natuurlijke monopolies. Je wilt immers niet dat er vierdubbele spoorlijnen door dit land lopen, en ook geen zeven ambulances in

en dezelfde straat. Wat is voor u die grens van de infrastructuur?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Daar waar natuurlijke monopolies zijn, lijkt het mij onverstandig om over te gaan op marktwerking. Als ik met mijn brommertje onder de tram kom en direct naar een ziekenhuis moet worden vervoerd, lijkt het mij onverstandig dat ik half in coma nog even vertel dat ik een voorkeursziekenhuis heb. Daar werkt het natuurlijk niet. Er is een groot aantal verschillende deelmarkten, waarbinnen de ontwikkeling zich in verschillende stadia bevindt. We proberen nu alleen maar stapje voor stapje een paar prikkels in te voeren. Een deel van de Kamer schuift alle problemen in de gezondheidszorg nu al af op de marktwerking ± wat ik niet begrijp, want er is geen marktwerking ± terwijl iedereen bij het introduceren van een paar marktprikkels in zijn denken meteen helemaal doorschiet.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik ben het met u eens dat de gezondheidszorg uit deelmarkten bestaat, maar er is een grens aan het natuurlijke monopolie of de infrastructuur. Ik ben blij dat u die grens met mij trekt. Wat verstaat de VVD daar echter onder? Waar zegt zij: stop?!

Mevrouw **Schippers** (VVD): De gezondheidszorg bestaat uit zoveel deelmarkten dat het heel moeilijk is om die vraag nu volledig te beantwoorden. Het zal u echter niet verbazen dat wij de acute zorg, de spoedeisende hulp anders willen behandelen dan de fysiotherapie. Het kabinet heeft in de overleggen over de acute zorg aangegeven dat het die zorg heel anders wil organiseren en sturen dan bijvoorbeeld de fysiotherapie. Wij hebben dat standpunt altijd onderschreven.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wilt u de acute zorg dan van de marktwerking uitzonderen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wat is in uw ogen in dat geval marktwerking? Winst maken of de prijs vaststellen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): U gaf zelf het voorbeeld dat u met uw brommertje onder de tram zou komen, wat ik u overigens niet toewens. U zou dan niet de behoefte hebben om te zeggen dat u liever

naar dit dan naar dat ziekenhuis gaat. Is dat een monopoliepunt? Vindt u dat je daar geen marktwerking moet willen, omdat het niet werkt? Kunt u concreet invullen of er terreinen zijn, bijvoorbeeld de acute zorg, waarop we daar niet aan moeten beginnen omdat het te weinig oplevert?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het is belangrijk dat ook de spoedeisende hulp goed functioneert. We zouden daarom moeten benchmarken met andere spoedeisende hulp, dus vergelijken op prestatie. Ik vind marktwerking in de gezondheidszorg een zeer moeilijke term. Je moet bij marktwerking het aanbod en de prijs kunnen bepalen. De aanbieders kunnen dat nu niet. Ik zou wel eens willen weten wie er in de zorg geheel vrij is in zijn aanbod- en prijsbepaling. We hebben een WTG, een overeenkomstenstelsel, een WZV. Alles is gereguleerd door de overheid. Daarom loopt het mis.

De drietrapsraket AWBZ, algemene verzekering en aanvullende verzekering blijft overeind. Dat is voorlopig naar onzes inzicht het beste. De AWBZ is in de huidige vorm financieel en qua menselijke capaciteit onhoudbaar. Het kabinet doet voorstellen om de AWBZ op te schonen, opdat de zorg die langdurig is en onverzekerbaar ook in de toekomst wordt veiliggesteld. De VVD steunt de voornemens van het kabinet op hoofdlijnen. Langdurige zorg is intramurale zorg die langer dan een jaar duurt. Dat is helder. Minder helder is wat het kabinet verstaat onder "onverzekerbare" risico's. Ik kan het in de stukken niet terugvinden. Kan de minister dit aangeven?

Ook het opheffen van de zorgkantoren en het terugbrengen van de uitvoering van de AWBZ bij de verzekeraar waar de verzekerde zijn algemene verzekering heeft lopen, krijgt onze warme steun. De VVD is alleen van mening dat een ander zeer traag gaat. Waarom kunnen zaken waarover in de Tweede Kamer al jaren overeenstemming bestaat en die door het veld worden gewenst, niet veel sneller worden gerealiseerd? Ik denk bijvoorbeeld aan de overheveling van de ambulante GGZ.

Het kabinet kiest voor ~~de~~ ~~aan~~ algemene verzekering in het private domein bovenop de AWBZ. De VVD steunt deze keuze. Zij is daarbij al

## Schippers

jaren voorstander van een verzekeringsplicht. Uit deze keuze vloeit een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie op persoonlijke kenmerken voor de zorgverzekeraar voort, evenals een adequaat vereveningssysteem. Dit vereveningssysteem heeft onzes inziens slechts betrekking op verevening vooraf, op het verschil in risicoprofiel en mag beslist niet verdergaan om te voorkomen dat dit systeem de marktwerking belemmert.

Voorzitter. Door een groep VVD-leden is in een halfjaar een plan ontwikkeld over de uitwerking van het eigen risico in de vorm van een no claim. Dit komt er kort gezegd op neer dat wie weinig gebruikmaakt van de gezondheidszorg een deel van de ziektekostenpremie terugkrijgt. No claim is dus een fout woord, premierestitutiesysteem zou beter zijn. Of iemand geld terugkrijgt, hangt af van het gebruik ten opzichte van leeftijd en seksegenoten. Wij wijken daar af van het kabinetsvoorstel. Er wordt een onderverdeling gemaakt in clusters. Wie onder het gemiddelde van zijn cluster blijft, krijgt premie terug. Omdat ouderen vergeleken worden met leeftijdsgenoten, bestaat de kans dat zij ook geld terugkrijgen, ondanks hun gemiddelde hogere zorgconsumptie. De zorgpas is in ons voorstel belangrijk. Hoe staat het met de ontwikkeling en invoering van deze pas? Mensen moeten een adequaat zicht hebben op hun zorggebruik. Iedereen wordt wijzer van de no-claimvariant. Zuinig zorggebruik wordt beloond. Dat zal de zorgvraag, en dus de premie, temperen. Ook in de voorstellen van de VVD dragen nog steeds de sterkste schouders de zwaarste lasten. Mensen die geen gebruik maken van de zorg, betalen namelijk conform de voorstellen van de VVD een premie die niet is gebaseerd op hun eigen risicoprofiel, maar op het gemiddelde risicoprofiel van de verzekerde populatie bij een verzekeraar. Er bestaat een acceptatieplicht voor de algemene verzekering, niet voor de aanvullende verzekering. Als beide worden gekoppeld, wordt hierdoor in principe de keuzevrijheid voor de algemene verzekering behoorlijk beperkt voor mensen met een slechtere gezondheid. Daarom pleit de VVD voor een verbod op een koppeling tussen de algemene en de aanvullende verzekering. Ik heb

begrepen dat de NMa ons hierin steunt. Hoe denkt de minister hierover?

Zorgverzekeraars Nederland overweegt opname van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering in hun gedragscode. In de Kamer is over deze acceptatieplicht al vaker gesproken. Kan de minister aangeven of dit in het Europees mededingingskader eigenlijk wel mag?

Het vereveningssysteem wordt in de kabinetsplannen gevoed met loongerelateerde werkgevers- en rijksbijdragen. In het huidige systeem is de verplichte werkgeversbijdrage te verantwoorden vanuit het perspectief van de collectieve werknemersverzekering, die het ziekenfonds van oudsher is. Nu gaan wij de ziektekostenverzekering individualiseren. De verzekeringsplicht geldt voor het individu, die daarvoor zelf de verantwoordelijkheid draagt. Wat is dan nog de rol van de werkgever in de algemene verzekering? Kan de minister hiervoor een inhoudelijke argumentatie geven? Wat kan de werkgever doen om zijn premies te beïnvloeden? Of is het alleen een kwestie van betalen?

In het verleden hebben de bruteringsoperaties plaatsgevonden inzake de bijdrage aan AOW'ers. Ook bij de AWBZ heeft bruterings plaatsgevonden. Werknemers krijgen dan de bijdrage die de werkgever nu aan de zorgpremie levert netto bij hun loon en betalen de gehele premie voortaan zelf. Kan de minister inhoudelijk beargumenteren waarom hiervoor nu niet is gekozen? Graag krijgen wij van het kabinet voor het debat over de nieuwe zorgverzekering inzicht in de financiële gevolgen van de beide varianten, dus de bruteringsvariant en de variant die het kabinet nu voorstelt.

Wij sluiten ons aan bij de reeds gemaakte opmerkingen over het wegblijftarief, een sympathiek idee. Ik heb namelijk nogal wat uren op een bankje in een ziekenhuis doorgebracht. Ik vraag mij af wat de minister vindt van de wederkerigheid in dezen.

Het level playing field is voor de VVD-fractie belangrijk. Aan de ziekenfondsen worden momenteel andere eisen gesteld dan aan particuliere verzekeraars, bijvoorbeeld ten aanzien van de reserves. Als deze verzekeraars met elkaar op

dezelfde markt concurreren, moeten de eisen voor de verzekeraars gelijk zijn. Dat betekent dat bij de overgang naar een algemene verzekering veel geld naar de reserves van de ziekenfondsen moet gaan, of dat veel geld vrijkomt bij de particuliere verzekeraars. Ziekenfondsen hebben van oudsher een dominante regionale positie. Wat betekent dat voor de positie van de veel meer landelijk werkende particuliere verzekeraars? Het is van groot belang dat het nieuwe systeem iedere verzekeraar gelijke uitgangspunten biedt. Ik neem aan dat inmiddels uitgangspunten zijn geformuleerd. Als dat zo is, zie ik die graag. Is dat niet zo, dan vind ik dat dit met spoed moet gebeuren.

Graag praten wij met de minister verder door over het toezicht in de zorg. De bewaking van kwaliteit en spelregels is in ieder verzekeringsstelsel belangrijk. Mensen moeten kunnen vertrouwen op een goede kwaliteit van het aanbod, op deskundigheid van hulpverleners en op een ordentelijke gang van zaken. Ik heb er net zoals vele burgers in Nederland grote moeite mee om door de bomen heen een helder zicht te houden. Rollen, bevoegdheden en toegang zijn veel mensen onbekend. In Nederland kennen wij de inspectie, het College toezicht zorgverzekeringen en de pensioen- en verzekeringskamer. Nieuw is de zorgautoriteit. Wij wachten met smart op de Zorgkamer. Hoe staat het daar eigenlijk mee? De VVD-fractie hecht daaraan veel waarde. Kan de minister ons een helder inzicht geven in de toezichtstructuur van het nieuwe stelsel en daarbij ingaan op de verantwoordelijkheden en de instrumenten die de toezichthouders krijgen om deze verantwoordelijkheden waar te maken?

De heer **Heemskerck** (PvdA): Ik heb het regeerakkoord niet boven mijn bed hangen; ik ken het niet uit mijn hoofd. Ik lees er daarom uit voor. Er staat: werkgevers dragen de helft van de totale macropremielast via een loongerelateerde bijdrage. Ik weet dat de VVD een dualistische partij is. Neemt de VVD, gelet op de vragen die zijn gesteld, dan afstand van dit deel van het regeerakkoord?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb het regeerakkoord ook niet boven mijn bed hangen, maar ik heb het wel gelezen. Het staat op pag. 8. Ik

## Schippers

ben gewoon nieuwsgierig naar de inhoudelijke redenering waarom hiervoor gekozen is. Ik zou graag de financiële consequenties ervan zien. Deze vraag kan ik pas beantwoorden in het zorgdebat, als ik deze informatie van de minister heb gekregen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik kan dat antwoord wel geven om de nieuwsgierigheid te bevredigen. Dat heeft te maken met solidariteit tussen inkomens en tussen werkenden en niet-werkenden. Daar moet u vooral niet aan tornen. Ik ben ook nog wel geïnteresseerd in de antwoorden van de minister, maar ik verwacht dat de VVD zich op dit punt keurig aan het regeerakkoord houdt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het verbaast mij toch dat een woordvoerder van een coalitiefractie een vraag aan de regering stelt, terwijl zij zelf een regeerakkoord heeft gesloten met deze passage. Dat moet zij niet aan hem vragen, maar dan moet zij terug naar de heer Zalm, want hij was de onderhandelaar die dat destijds heeft opgeschreven. Hij zit ook in het kabinet, dus dat komt allemaal wel goed, maar het is wat verwarrend.

Mevrouw Schippers heeft een ander voorstel gedaan over de no-claimkorting en dat heeft zij net toegelicht. Wat vindt zij van het voorstel van de heer Buijs om de huisarts er niet in op te nemen? Steunt zij dat of niet?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Tegen de heer Heemskerk zeg ik dat transparantie voor een verzekeringsstelsel heel belangrijk is, maar dat deze nu eigenlijk ontbreekt. Die transparantie willen wij graag terugbrengen, niet alleen door het betalen van nominale premies, maar om zichtbaar te maken hoe het zit met de solidariteit in het verzekeringsstelsel.

De voorstellen van de heer Buijs ondersteun ik in het geheel niet. Ik zie het no-claimstelsel als de uitwerking van het eigenrisicosysteem dat in het regeerakkoord staat. Ik vind dat de heer Buijs met zijn voorstel het hart eruit snijdt. Als ik naar het ziekenhuis ga, is de rekening in het algemeen dusdanig dat ik in één keer mijn no claim betaal.

Er zijn verschillende doeleinden voor het no-claimstelsel, laten wij

daar helder over zijn. Niet alleen moeten mensen zich realiseren dat de zorg niet gratis is, maar er moet ook een link komen tussen gebruiken en betalen. Dat is het tweede argument dat wij hebben voor het no-claimstelsel. Bij het voorstel van de heer Buijs om de eerstelijnszorg eruit te halen wordt de eerste onderbouwing compleet weggehaald, terwijl het effect van de no claim op de bewustwording daar groter is.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Hoe weegt de VVD-fractie de kanttekeningen van Eurocommissaris Bolkestein bij het voorgestelde systeem? Wij hadden het even over de werkgeversbijdrage bij het risicovereveningssysteem. In de brief van 25 november merkte Eurocommissaris Bolkestein op dat het risicovereveningsfonds, gevuld door een inkomens- of loongerelateerde werkgeversbijdrage, een vorm van staatssteun kan blijken te zijn. Ik ben geïnteresseerd in uw opvatting daarover.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De discussie of het nieuwe systeem in het publieke of in het private domein moet, wordt al tien jaar heel hevig gevoerd, en vaak met de verkeerde argumenten. Ik heb onze uitgangspunten al genoemd voor wat je in dat systeem kunt doen. Wij willen dat iedereen in Nederland een verzekeringsplicht kent voor het basispakket, dus voor de algemene verzekering. Als je daarvan uitgaat, moet je ook tegen premie-differentiatie zijn, want anders hebben slechte risico's hoge premies andere risico's lage premies. Uit dat uitgangspunt vloeien een heleboel zaken voort die overheidsinmenging vergen. Het kabinet heeft dat uitgezocht en gezegd dat dit in het private domein kan. Als het in het private domein kan, moet je dat als liberaal vooral in het private domein willen doen, omdat het systeem van gezondheidszorg dat wij nu kennen, kapot gaat aan overregulering. Wij moeten die overregulering zoveel mogelijk terugbrengen. Je moet dus met zo min mogelijk regels een zo goed mogelijk stelsel zien te krijgen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De opmerkingen van Eurocommissaris Bolkestein zijn van belang met het oog op de eventuele houdbaarheid van het nu gekozen systeem. Wij

hebben een hoofdlijnen debat om te kijken of dit een haalbare richting is. Hoe ziet u de houdbaarheid van het systeem?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb een aantal rapporten op mijn bureau liggen waarin staat dat het in een privaat systeem kan, maar ik heb ook een aantal rapporten waarin staat dat een privaat systeem allerlei problemen geeft en dat wij een publiek systeem moeten hebben. De voorstanders van het private systeem zeggen weer dat een publiek systeem moeilijkheden geeft. Nu heeft het kabinet in de brief heel helder de randvoorwaarden geformuleerd. Het kabinet geeft aan dat het in een privaat systeem kan. Het kabinet heeft daarvoor advies ingewonnen bij de Europese Unie en ik ga ervan uit dat dit klopt. Ik ben er blij mee dat het zo mooi in een privaat systeem kan.

□

De heer **Nawijn** (LPF): Voorzitter. De heren Buijs en Van der Vlies hebben gevraagd of het er nu van komt. Ik zou zeggen dat het er nu van moet komen. Het rapport van de commissie-Mosterd over de miljardenzorg heeft aangetoond dat het huidige stelsel voor gezondheidszorg niet functioneert. De prijzen voor medische verrichtingen zijn niet de werkelijke kostprijs. Medische verrichtingen worden gedeclareerd op basis van fictief vastgestelde tarieven. De werkelijke kostprijs van een verrichting in een ziekenhuis is niet bekend. Voorts is gebleken dat de controle en het toezicht op zorgaanbieders zeer gebrekkig is. Een duidelijk zicht op de prestaties en de resultaten van de zorgaanbieders ontbreekt. Een duidelijk zicht op het aantal patiënten dat beter wordt gemaakt, is er niet. Ook het inzicht in elkaars werk ontbreekt. Zorgverzekeraars hebben geen duidelijk zicht op hetgeen de zorgaanbieders doen. Zorgaanbieders trachten met man en macht hun begroting sluitend te maken en niet in de rode cijfers te belanden.

Toezichtorganen hebben te weinig bevoegdheden om echt toezicht te houden. Bovendien zijn de taken van de diverse ZBO's niet altijd duidelijk. Ondertussen stijgen de kosten in de gezondheidszorg enorm en dreigt door de vergrijzing de druk op de gezondheidszorg verder toe te



## Nawijn

nemen. Daarbij komt nog dat geneesmiddelen veel duurder worden en de apparatuur geavanceerder en dus kostbaar, ondanks het feit dat veel werkers in de gezondheidszorg zich uitstekend van hun taak kwijten. In de sector is een kostbare bureaucratie gegroeid van zorgmanagers, bureaucraten in alle soorten en maten die de wetgeving tot in detail uitvoeren. Kostbare administratie- en rapportagesystemen zijn opgetuigd en de uitvoerende besteedt een flink deel van zijn tijd aan de daaruit voortvloeiende administratieve en vergaderlast. De geneeskundige arbeidsproductiviteit van het uitvoerend personeel ± van dokters tot en met verplegenden ± heeft een bedroevend laag niveau bereikt dat nog eens is versterkt door verkorting van de werkweek, ADV- en vakantie-dagen en een hoog ziekteverzuim.

Hoe moet het dan wel? Naar het oordeel van de LPF moet het stelsel drastisch veranderen. Voorop dient te staan dat de politiek immer aan te spreken moet zijn op het aanbod aan zorg, zowel wat betreft de kwaliteit als wat betreft de kwantiteit en op de toegankelijkheid van de zorg. Medische voorzieningen dienen geen onderscheid te maken naar de beurs van betrokkenen. In het nieuwe systeem zouden de gehandicapten, chronisch zieken en ouderen een speciale positie moeten hebben.

De LPF stemt in met het voorstel van het kabinet om te komen tot een privaatrechtelijke vorm van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen. Verzekeraars zijn ongeacht de behandelaar en de behandelinstanties verplicht om medische en paramedische handelingen te vergoeden aan welke toegelaten behandelaar en behandelinstantie dan ook tegen het tarief dat zij jaarlijks vooraf in hun polis vaststellen. De verzekeraar treedt op als de directe belangenbehartiger van zijn cliënten en treedt ingeval van gerechtvaardigde klachten in het strijdperk tegen de zorgaanbieder met als uiterste sanctie het niet voldoen van de rekening van die zorgaanbieder. De verzekeraar is als het ware het schild van zijn klanten, de premiebetalers. Zo liggen de prikkels direct op de goede plek.

Om de zorgsector te dwingen om efficiënter en klantgerichter te gaan werken, wordt op alle terreinen van de zorg particulier initiatief en ondernemerschap toegelaten en

aangemoedigd. Ziekenhuizen mogen dus hun specialisten in loondienst hebben, maar mogen zich ook beperken tot bedden, verpleeghuizen en de specialisten inkopen bij maatschappen van zelfstandig gevestigde specialismen. Dokters en paramedische beroepsbeoefenaren mogen zelfstandige ondernemingen stichten en collega's en ander personeel in loondienst aantrekken.

De LPF kan ook instemmen met een basispakket voor iedereen. Daarmee wordt voldaan aan risicosolidariteit en toegankelijkheid van de zorgverzekering. Voorts kan eenieder zich volgens een door hem zelf gekozen pakket aanvullend verzekeren met al dan niet een eigen risico.

Ik ben het eens met de heer Rouvoet dat uit de brief van het kabinet niet duidelijk wordt hoe het kabinet de kwaliteit wil waarborgen. Wij weten allen dat het CTG wordt vervangen door de zorgautoriteit. Je zou kunnen bezien of die niet kwaliteitskeurmerken kan ontwikkelen en afgeven aan zorgaanbieders, waarbij prijs en kwaliteit in de beoordeling worden betrokken. Er kan onderscheid worden gemaakt in een minimumkwaliteit, een gemiddelde kwaliteit en een uitmuntende kwaliteit. Elke zorgaanbieder dient over zo'n keurmerk te beschikken. Als hij dat niet heeft, kan hij geen vergunning krijgen om zorg te bieden en dus ook geen recht om die van de verzekeraar vergoed te krijgen. De keurmerken zouden periodiek aan herkeuring moeten worden onderworpen en zo nodig moeten worden herzien. Graag een reactie van de minister hierop.

Een marktstelsel vergt van de overheid een streng en adequaat toezicht op de te leveren minimum medische kwaliteit van de voorzieningen op straffe van boetes en desnoods het intrekken van de vergunning van de behandelaar. Er moet dus een heel goed bemenste en kwalitatief uitstekende inspectie voor de volksgezondheid functioneren onder de politieke verantwoordelijkheid van de minister.

De minister roept een vergunningenstelsel in het leven voor de bouw en sanering van zorginstellingen. Deze vergunningen worden na een zeer globale toetsing door het departement verleend op grond van politiek beleidsmatige keuzes. De minister maakt daarin geen onderscheid naar semi-

statelijke en particuliere ondernemingsinitiatieven. Integendeel, in de eerste periode zullen met name ondernemingen met voorrang aan vergunningen worden geholpen mits zij kunnen voldoen aan de vereiste minimumkwaliteit om de gehele sector open te breken en vatbaar te maken voor concurrentie.

De patiënt/cliënt is volledig vrij in de keuze van wie hij zijn zorgvoorziening betreft. Dit geldt zowel voor instanties als instellingen als behandelaars. Deze keuzevrijheid kan door de verzekeraar worden ingeperkt door vooraf in de polisvoorwaarden beperkingen op te nemen met betrekking tot de prijs, instantie/instelling of behandelaar. De patiënt/cliënt dient wel veel bewuster te worden gemaakt van de kosten van de zorgconsumptie. Het systeem moet daarvoor duidelijke prikkels bevatten.

De sector zal pas redelijk op orde komen als de overschakeling van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg een eind op streek is, de wachtlijsten volledig zijn weggewerkt en betere vraaggerichte producten en resultaten worden afgeleverd, de efficiency is verbeterd en de arbeidsproductiviteit van de hele sector gemeten in medisch en zorg handelen sterk is toegenomen. Eerst als dit is bereikt, is het verantwoord om meer geld in de zorg te besteden. Immers, als je meer geld steekt in een systeem dat niet goed functioneert, zul je geen of nauwelijks resultaat boeken. Dit heeft de uitkomst van het onderzoek van de commissie-Mosterd wel bewezen.

□

De heer **Bakker** (D66): Voorzitter. Als het in 2006 tot invoering van het nieuwe zorgstelsel komt, zijn er twintig jaren verstreken sinds de commissie-Dekker voor het eerst marktwerking introduceerde in haar advies, zijn wij zes kabinetten verder, is de Berlijnse muur gevallen en hebben tien Oost-Europese landen ingewikkelde transitie van een centraal geleide planeconomie naar een markteconomie doorgemaakt; volgende maand worden zij lid van de Europese Unie. Intussen hebben wij in Nederland in de gezondheidszorg de centrale planeconomie vervolmaakt, hebben wij centraal gestuurd, hebben wij van inkomenspolitiek de norm gemaakt van alle zorgvraagstukken en hebben wij een

bureaucratie laten groeien en geïntroduceerd die zijn weerga niet kent en waarin mensen de weg niet meer kunnen vinden. Ondertussen hebben wij ook plannen gezien om iedereen in een soort ziekenfonds te dringen; ik denk aan het plan Simons dat terecht niet is doorgegaan. Verder hebben wij, vooral de laatste jaren, de vraagsturing geïntroduceerd als correctie op die aanbodbenadering. Dit heeft geleid tot een recht op zorg. Dit is een goede ontwikkeling.

Tot dusver hebben wij echter niet het daarbij horende instrumentarium ontwikkeld. Hiertoe behoren de gereguleerde marktwerking en de marktprikkels waar wij het in dit debat onder meer over hebben, en ook het uit het systeem halen van de inkomenspolitiek.

Nu ligt er een plan voor waarin niet iedereen in het ziekenfonds moet, maar iedereen particulier verzekerd is onder sociale condities als acceptatieplicht, geen premie-differentiatie, geen risicoselectie en geen inkomenspolitiek in het stelsel, dat doen wij elders.

Mijn fractie heeft de afgelopen jaren ook een ontwikkeling doorge maakt die ertoe heeft geleid dat in onze verkiezingsprogramma's bij beide vorige verkiezingen in hoofdlijnen deze kant op wordt geredeneerd. Ik ben blij dat het kabinet dit nu snel vormgeeft. Ik realiseer mij heel goed dat het wetgevingsprogramma dat hieruit voortvloeit ook voor de Kamer buitengewoon ambitieus is, maar aan ons zal het niet liggen.

Ik maak wel een paar kanttekening bij de opzet in den brede. Voor de curatieve zorg is dit de hoofdlijn van het verhaal. Met betrekking tot de AWBZ vraag ik mij af waarom de overgang van de GGZ naar de "cure"-verzekering niet sneller kan verlopen. Ik aarzel ook over de geschetste weg voor de Wet maatschappelijke ondersteuning, omdat ik de praktijk van de WVG ken waarin de rechten voor de mensen in algemene zin zijn gedefinieerd. In de praktijk zijn betrokkenen echter volstrekt afhankelijk van de gemeentelijke keuzes. Waren het maar gemeentelijke keuzes, want heel vaak zijn de besluiten gebaseerd op bureaucratie, ambtelijke willekeur en rechtsongelijkheid. Daar moeten wij met de AWBZ-voorzieningen natuurlijk niet naar toe. Hoewel wij het voorstel voor de wet maatschap-

pelijke ondersteuning nog moeten zien, vrees ik dat als er een gemeentelijk loket ontstaat naast alle andere loketten, mensen niet meer weten waar zij aan toe zijn bij het verkrijgen van hun zorg. Zij zijn dan uitsluitend afhankelijk van ambtelijke beslissingen.

Bij de transitie in de organisatie van de zorg kiest het kabinet, los van het ambitieuze wetgevingsprogramma dat wij zelf zullen moeten afwerken, in hoofdzaak voor een stapje-voor-stapjebenadering. Het verzekeringsstelsel wordt in één klap geïntroduceerd. Er vindt echter ook een overgang plaats van het centraal geleide stelsel, met al zijn gegroeide bureaucratie en zijn uitgedijde management, naar een heel andere opzet, waarin weer wordt begonnen bij de relatie tussen patiënt en dokter, en tussen verzekerde, arts en ziektekostenverzekeraar. Ik vraag mij af of wij die weg wel snel genoeg afleggen. Wij weten uit andere voorbeelden dat bij de overgang van een centralistisch model naar een vraaggestuurd model, ofwel een marktmodel, kleine stapjes ertoe kunnen leiden dat weerstand zich voortdurend kan organiseren. Bovendien kunnen bedrijven zich accommoderen en is het proces omkeerbaar. Het spoorwegenscenario moeten wij niet hebben, want dat eindigde in een vacuum. De spoorwegen hoefden daardoor noch naar de aandeelhouders, noch naar de klanten, noch naar de overheid te luisteren. Ik bepleit geen schoktherapie, maar wat meer vaart zou mij zeer welkom zijn.

Verschillende collega's hebben al gepleit voor transparantie. Als het moet komen van vrije keuze tussen verzekeraars, dan is een goede vergelijkbaarheid van de verzekeraars nodig. Die vergelijkbaarheid is nu heel ver te zoeken. Als je een eerlijke en objectieve vergelijking wilt tussen wat verschillende verzekeraars aanbieden, dan moet je het niet alleen aan de verzekeraars overlaten, maar moet je de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Consumentenbond erbij inschakelen. Zij moeten worden gefaciliteerd om die rol te vervullen.

De verplichte winkelnering van basisverzekering en aanvullende verzekering mag niet. Zij dreigt wel, maar in de brief wordt er niets over geschreven; er wordt in elk geval geen uitsluitel over gegeven. De marktwerking, in de zin van de vrije

keus van verzekeraar op het gebied van het basisstelsel, waar het in hoofdzaak om te doen is, mag niet worden gefrustreerd omdat je met je aanvullende verzekering vastzit aan je oude verzekeraar. Ik kan mij er nog iets bij voorstellen dat je daaraan vastzit. Daarbij geldt namelijk geen acceptatieplicht. Als je in verzekeringstermen al een brandend huis bent doordat je aan een kwaal lijdt waartegen je verzekerd bent, zul je moeilijk naar een andere verzekeraar kunnen overstappen. Voor het basispakket mag dat niet gelden. Het lijkt mij daarom belangrijk om in dit verband ordenend op te treden.

In de voorbereiding van de verkiezingsprogramma's heeft iedere partij die naar dit type systeem wilde, voor het probleem van de compensatiemaatregelen gestaan, zoals de zorgtoeslag. Uit ervaring weet ik dat het een kwestie is van fine tuning. Het gaat om de zorgtoeslag, maar ook om een combinatie van andere, vooral fiscale maatregelen, waarmee wij uiteindelijk komen tot een gladdere overgang van het huidige systeem naar het nieuwe systeem. In het laatste kunnen de prikkels werken, maar zullen geen grote, schoksgewijze inkomensgevolgen optreden. De fine tuning moet nog plaatsvinden. Wij wachten erop en zijn er buitengewoon nieuwsgierig naar. Ik ga ervan uit dat het kabinet daarbij zoekt naar een fine tuning die, zeker voor lagere inkomens, inderdaad toereikend is. Ik voel niet zo veel voor een systeem van lastenmaximalisatie dat verdergaat dan een gemiddelde. Ik ken het systeem van lastenmaximalisatie van het CDA. Daarin worden voor wonen, zorg en onderwijs allemaal percentages vastgesteld. Als je over het percentage heengaat, moet je naar de belastingdienst of een andere instantie, en krijg je een compensatie. Dat is een beetje een infuusstelsel. Iedere inkomensontvanger wordt daarin namelijk aan een infuus gelegd. Via een ingewikkeld formulieren- en compensatiestelsel moet hij vervolgens tot op de vierkante millimeter worden gecompenseerd. Ik voel niets voor zo'n stelsel van lastenmaximalisatie. Wel zou ik voelen voor een zorgtoeslag die de gemiddelden volgt. Op het moment dat je dit gaat individualisering, haal je nog meer bureaucratie binnen dan wij met alle

## Bakker

inkomensafhankelijke regelingen al hebben.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik begrijp dat de heer Bakker geen bureaucratie wil. Een geïndividualiseerde zorgtoeslag is natuurlijk compensatie op maat, maar geweldig bureaucratisch. De keerzijde van een generieke maatregel is echter dat je het risico loopt van overcompensatie die ongericht uit kan pakken.

De heer **Bakker** (D66): En van ondercompensatie.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Inderdaad. Is dat wat de D66-fractie wil? De heer Bakker zei eerder dat hij geen inkomenspolitiek wil in het stelsel. Met andere woorden: de solidariteit moet uit het stelsel.

De heer **Bakker** (D66): Nee, de inkomenssolidariteit moet uit het stelsel.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De D66-fractie wil de solidariteit uit het zorgstelsel halen. Dat verbaast mij, maar dat is haar keuze. Als de heer Bakker dit wil regelen via de fiscus met een zorgtoeslag, dan is het ofwel bureaucratisch en op maat ofwel ongericht met over- en ondercompensatie. Is dat wat de D66-fractie wil?

De heer **Bakker** (D66): Het gaat om inkomenssolidariteit, want de solidariteit jong-oud en de solidariteit ziek-gezond worden binnen het stelsel geregeld. Wij willen de inkomenssolidariteit uit het stelsel halen omdat alle debatten en alle veranderingen in de zorg die wij op zichzelf allemaal noodzakelijk vinden, al twintig jaar lang worden platgeslagen door inkomenspolitieke debatten. Zelfs dit debat gaat weer voor de helft over inkomenspolitiek en niet over gezondheidszorg. Dat is de reden om dit te doen. Vervolgens moet je dat netjes compenseren en dan kom je uit bij die netto-compensatie. Ik heb al gezegd dat het goed moet zitten met de gemiddelden.

Wij weten ook dat er boven en onder die gemiddelden allerlei bewegingen kunnen plaatsvinden. Wij herinneren ons het debat van december vorig jaar over de puntenwolven, waarin bleek dat sommige mensen te ver in de min

komen. Daarvoor hebben wij een specifieke compensatie via de gemeenten gevonden, die wel erg ingewikkeld is. Kortom: hoe wij dat precies afstemmen, weet ik ook nog niet. Ik weet wel dat wij niet naar een systeem willen waarbij iedereen een huishoudboekje moet bijhouden om aan het einde van het jaar naar mijnheer Buijs te gaan met de vraag: mag ik een aantal procent van mijn inkomen terug, want ik heb 2,3% teveel uitgegeven aan zorgkosten, 1,3% teveel aan onderwijskosten en ook nog een paar procent teveel aan woonlasten? Die benadering legt elke Nederlander aan het infuus en maakt elke Nederlander afhankelijk van de overheid, ambtelijke stempels, formulieren enz. Zoals de heer Rouvoet in zijn eigen inbreng zei, is het bovendien een open einde om alles wat boven het maximale percentage uitgaat bij de overheid neer te leggen. Dat moeten wij dus niet hebben.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Rouvoet wil reageren. De heer Bakker heeft echter antwoord op zijn vraag gegeven, al kan de heer Rouvoet dit anders waarderen. Ik stel voor dat de heer Bakker nu zijn betoog afrond.

De heer **Bakker** (D66): Ik kom nu te spreken over de werkgeverspremie. De heer Heemskerk heeft helemaal gelijk dat deze zo is vormgegeven door de solidariteit. Ik heb wel een paar kanttekeningen bij zijn opmerking. Zit ook daar niet een te gemakkelijke en te snelle afwentelingsmogelijkheid? In de samenleving en dit huis zal altijd een beweging zijn om de nominale premie zo beperkt mogelijk te houden. Dit betekent dat je alles wat daarboven uit stijgt, gemakkelijk bij werkgevers neerlegt. De huidige praktijk waarin collectieve contracten leiden tot lagere premies voor werknemers is in zekere zin een ondermijning van de solidariteit. Dat is ook de reden waarom daarvoor niet is gekozen. Er zit wel een andere kant aan en dat is dat werkgevers in toenemende mate, ook in aanpalende sectoren als de ziektewet, de arbozorg, de verzuimbesteding en de WAO, belang krijgen bij een goede, geïntegreerde aanpak van de gezondheidszorg voor hun werknemers. Die koppeling levert wél belangrijke voordelen op. Als een werkgever hierbij geen enkel belang

heeft omdat hij toch afhankelijk van de loonsom premie betaalt, dan is het de vraag of zich dat ontwikkelt zoals wij zouden willen. Die vraag wil ik graag bij de minister neerleggen.

Over de huisartsen heb ik al het een en ander gezegd. Een no-claimsysteem vind ik prima. De variant van de VVD-fractie vind ik interessant, maar daarbij is wel de vraag van belang of het niet tot een heel ingewikkelde vormgeving leidt. Ik ben het met iedereen eens dat de poortwachtersfunctie van de huisarts in het nieuwe stelsel behouden moet worden. Ik vermag alleen niet in te zien waarom een mogelijke vermindering van de no-claimkorting ertoe leidt dat iemand bijvoorbeeld in maart niet naar de huisarts gaat. Als je naar de huisarts moet, is dat dus nodig. Op zichzelf is het wel heel logisch dat men de mogelijke korting op de no claim afweegt. Nogmaals, dit is een afweging. De afweging die de heer Buijs samen met anderen maakt, is ook heel legitiem.

Mijn vraag in dit verband wil ik hier nog een keer in alle helderheid stellen. Wat zijn de "opportunity costs" van deze keuze? De heer Buijs zei zojuist heel gemakkelijk dat er in het hele systeem sprake is van overdekking. Hij weet echter ook dat de tegenvallers ons links en rechts om de oren vliegen. Op het moment dat wij deze keuze invoeren, zullen er ook ongetwijfeld weer tegenvallers zijn. Je kunt dan ook niet zo maar zeggen dat er binnen dit kleine systeem een overdekking is. Ik denk dus dat de keuze om de no claim niet op de huisarts van toepassing te verklaren, ertoe leidt dat er elders in het systeem weer maatregelen nodig zijn. Ik denk hierbij aan de gang van zaken bij de medicijnknaak. Dergelijke maatregelen pakken alleen maar slechter uit, ook voor chronisch zieken en gehandicapten. Je bent wel eventjes de held, maar uiteindelijk zijn de mensen de dupe. Dat wil ik niet. Wat mij betreft, gebeurt dat deze keer ook niet, evenmin als bij de medicijnknaak.

Voorzitter. Volgens mij zei de heer Heemskerk dat het drievoudige systeem (zorgverzekeraars, gemeenten en RIO's) hem niet zint. Eerlijk gezegd, mij ook niet. In het systeem moet de nadruk komen te liggen op de zorgverzekeraars, inclusief zoveel mogelijk de AWBZ, wat mij betreft. Ik vind dat gemeenten hierbij eigenlijk een heel beperkte rol behoren te vervullen, tenzij het kabinet met een



De heer Buijs (CDA)

© M. Sablerolle ± Gouda

steengoede uitwerking komt van de wet inzake de maatschappelijke ondersteuning. De ervaringen met gemeenten bij de WTG zijn namelijk om te huilen.

Ik vind ook dat het hele RIO-systeem dat in de afgelopen tien jaar is opgesteld, heeft geleid tot een overlading van dat systeem: alles moet door het RIO worden gecoördineerd. Je moet je echter afvragen of een goed werkend vraaggestuurd systeem met de elementen die nu aan de orde zijn, niet heel veel overbodig maakt van wat de RIO's nu doen. Misschien geldt dit niet voor sommige elementen, maar wel voor heel veel. Hoewel ik zeer overtuigd ben van het nut van de algemene aanpak van het kabinet, geldt dat niet zozeer voor de aanpak om alle tussenlagen en de gegroeide bureaucratie in functie van het centrale aanbodsysteem, de centrale planeconomie, er snel uit te krijgen. Ik ben er dus niet van overtuigd dat die overhead snel genoeg wordt teruggedrongen.

Ik ben zeer voor Duitse ziekenhuizen; haal ze maar binnen. Ik heb gezien dat de minister daar ook een voorstander van is. Naar mijn gevoel wordt er echter niet snel genoeg afscheid genomen van de regel-dichtheid. Bovendien wordt de overhead niet snel genoeg teruggedrongen. Dit kabinet zou er eer in moeten stellen om ook wat dat

betreft heel veel winst te boeken. Bij de behandeling van de verschillende wetten komen wij daar wel op terug.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Bakker stelde mij een vraag over de dekking van 90 mln tegenover de dekking van ten minste 200 mln. Hij zei ook iets heel interessants: er komen gaten en die moeten straks ook gedicht worden. Die opmerking getuigt van wel een erg negatieve houding. Hij legt namelijk bij voorbaat de rekening bij de patiënt, zonder te spreken over de prikkel en de noodzaak. Hij sprak zelf ook over het tegengaan van bureaucratie en over minder regelgeving. Dat moet een impuls krijgen. De heer Bakker weet toch ook dat ziekenhuizen nu al een akkoord met de minister willen sluiten over beter produceren tegen lagere kosten? Hij weet toch ook dat bij de AWBZ op een aantal onderdelen de doelmatigheid nog gestimuleerd kan worden? Laten wij ons daar dus op richten en niet bij voorbaat de rekening bij de patiënt leggen. Nogmaals, de invalshoek van de heer Bakker vind ik negatief.

De heer **Bakker** (D66): Dit is een interessante interruptie. De heer Buijs heeft zijn rekening voor zijn politieke gewin van de medicijnknaak dus bij de patiënt gelegd. Ik wijs op de brieven die chronisch zieken en gehandicapten ons sturen en waarin

zij aangeven wat zij allemaal aan zelfzorggeneesmiddelen moeten uitgeven. Ik noem het feit dat het eigen risico op 250 uitkomt in plaats van 200. Nu is dat omgezet in de no claim. Wat doet de heer Buijs nu? Mogelijk neemt hij een besluit dat leidt tot hogere premies die de mensen per maand moeten betalen. Er is namelijk een grotere teruggavekans van de no claim, dus moet de premie hoger zijn. Dat merken de mensen elke maand en moet bovendien worden gecompenseerd in de zorgtoeslag. Daarvoor is alleen geen geld beschikbaar. Mijnheer Buijs, behartigt u de belangen van de patiënt of van de huisartsen?

De heer **Buijs** (CDA): Ik zie een vinger, dus ik zal een opmerking maken. Als de heer Bakker mijn begrotingsbijdrage nog eens goed naleest, zal hij zien dat hij onzin verkoopt.

De heer **Bakker** (D66): Akkoord.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik hoor een jibak aan het adres van de CDA-fractie, maar volgens mij neemt de fractie van de heer Bakker deel aan dit kabinet. Hij heeft dus ingestemd met de lastenverzwaringen voor de chronische patiënten doordat zelfzorggeneesmiddelen niet meer worden vergoed. Zie ik ineens krokodillentranen achteraf?

De heer **Bakker** (D66): De heer Heemskerk ziet helemaal geen krokodillentranen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb anders goed geluisterd naar wat de heer Bakker verder zei. Zijn fractie heeft op dit vlak en in de planeconomie een transitie doorgemaakt. Geen inkomenssolidariteit meer in het zorgstelsel? Dat is nogal een transitie! Dat is rabiaat rechts. Zijn fractie haalt die van de VVD in. Ik ga ervan uit dat hij meent wat hij zegt en neem dus aan dat hij ook voorstander van een nominale werkgeverspremie en van een volledig nominale werknemerspremie is. Op die manier kan de inkomenssolidariteit er namelijk uit worden gehaald. Ik ben hoogst verbaasd en bedroefd over de nog verdere sprong naar rechts van de fractie van D66.

Ik constateer dat de CDA-fractie het hart uit de no claim haalt. Ook de VVD-fractie komt met een nieuwe

## Bakker

variant op de no claim. Het lijkt erop dat in dit debat de gehele no claim wordt opgeblazen. Doet de fractie van D66 ook nog een duit in het zakje met een nieuwe variant op de no claim?

De heer **Bakker** (D66): Wat de heer Heemskerk zegt, is nogal wat. In de eerste plaats ben ik niet eens met wat hij zegt over de zelfzorg-geneesmiddelen. Ik heb het probleem van het kabinet serieus genomen op basis waarvan de medicijnknaak is aangenomen. Ik heb liever dat u en ik de medicijnknaak moeten betalen in plaats van alleen de chronisch zieken en gehandicapten, want die betalen de rekening dus.

Mijnheer Buijs, dit is geen onzin, maar een feit. U wilt ervoor weglopen, omdat u het een mooi sociaal punt vond. U probeert het nu weer te maken, maar wat zijn de kosten er wel niet van? Dat probeer ik duidelijk te maken. Verder weet ik niet welke werkelijkheid u om die inkomenssolidariteit heen construeert. Het gaat er in ieder geval om dat de premies voor werknemers, dus verzekerden, nominaal zullen zijn. In het werkgeversdeel en in de AWBZ zit inkomenssolidariteit. Daar doet dit stelsel niets aan af. Misschien moeten wij hier later nog eens over spreken. Ik vind het voor de werkgevers ook helemaal geen probleem, al heb ik wel een aantal kanttekeningen gemaakt. De vraag is of je werkgevers een rol wilt laten spelen ten gunste van het gehele zorgstelsel en de bestrijding van het verzuim enz. In ieder geval blijft op die manier de inkomenssolidariteit wel bestaan.

Welke inkomenspolitiek heeft hier altijd alle zorgdebatten beheerst? Dat is iedere tiende procent waarmee de ziekenfondspremie steeg. Daardoor zijn alle veranderingen die al sinds twintig jaar broodnodig zijn, niet doorgevoerd. Dat heeft geleid tot dit centrale systeem. Wij moeten het snel invoeren en ervoor zorgen dat het onomkeerbaar is, anders komt er in 2008 een kabinet dat er weer een heel ander verhaal van maakt. Dan krijg je het spoorwegenscenario weer.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat de heer Bakker en ik het niet eens zullen worden over het stelsel, maar op een punt zijn wij het wel eens: de bureaucratie. Wat de heer Bakker

over de RIO's zegt, klinkt mij als muziek in de oren. Werden zijn woorden maar omgezet in daden! Werden de RIO's maar eens afgeschaft. Ik hoop dat hij dit voor elkaar kan krijgen.

De heer Bakker weet dat wij vorig jaar een plan over de bureaucratie in de zorg hebben gelanceerd. Vindt hij ook dat de minister die hier vorige week een brief aan de Kamer over heeft gestuurd, te weinig doet?

De bureaucratie is de heer Bakker een doorn in het oog. In een zeer interessant artikel dat ik heb gelezen, wordt de heer Bakker geciteerd. Hij zou hebben gezegd dat marktwerking in ziekenhuizen achterhaald was en dat het systeem van DBC's en ziekenhuisfinanciering moest worden afgeschaft omdat het volstrekt achterhaald was. Ik vind dit buitengewoon interessante voorstellen. Wanneer gaan wij dit regelen?

De heer **Bakker** (D66): Het antwoord op uw eerste vraag is ja.

De kop "er moet geen marktwerking zijn in ziekenhuizen" slaat niet op wat ik heb gezegd. Ik heb gezegd dat het DBC-systeem als product van het regelcircuit dat wij in de zorg hebben opgebouwd, buitengewoon complex, ingewikkeld en gedetailleerd is en dat het daardoor controle-, toezicht- en fraudegevoelig is en de marktwerking frustreert. Ik vind dat wij wel marktwerking in de gezondheidszorg moeten introduceren, maar dat het DBC-systeem veel te bureaucratisch is. Wij hebben aan de opbouw van dat systeem wel tien jaar gewerkt.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.30 uur tot 14.05 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 op

dinsdag 20 april te stemmen over de opvolging van de griffier (stuk nr. 29506).

Ik stel verder voor alle voor hedenmiddag geplande VAO's met uitzondering van het VAO GGZ te verplaatsen naar volgende week.

Overeenkomstig de voorstellen van de voorzitter wordt besloten.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede dat de vaste commissie voor Nederlands-Antilliaanse en Arubaanse Zaken tot haar voorzitter heeft gekozen het lid Van Nieuwenhoven.

Zij is nu niet hier aanwezig, maar ik feliciteer haar daarmee.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **de brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake herziening van het zorgstelsel (23619, nr. 21).**

De beraadslaging wordt hervat.

De **voorzitter**: Er zijn al heel veel interrupties geweest. Ik stel de leden voor dat de minister het eerste half uur zonder interrupties zijn betoog kan houden, zodat wij een debat op hoofdlijnen hebben en elkaar niet met kleine interrupties afleiden.

Minister **Hoogervorst**: Mijnheer de voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in eerste termijn. Er zijn zeer vele vragen gesteld. Ik zal naar vermogen antwoorden en ik zal proberen het zoveel mogelijk op hoofdlijnen te houden, ook in de wetenschap dat bijna alle onderwerpen die wij vandaag bespreken, nog aan de orde zullen komen in algemene overleggen of wetgeving. Dan kunnen wij er nog in detail en diepgravend op ingaan. Ik wil mij hier dus vooral beperken tot de hoofdlijnen.

Zoals ik al zei, zijn er zeer vele vragen gesteld. De vraag die het meest werd gesteld, was meer een vraag van de Kamerleden aan zichzelf dan aan mij. Dat was namelijk de vraag: zou het nu eindelijk een keer gaan lukken? Wij zijn namelijk al 25 jaar bezig met deze stelselherziening en wij durven het haast niet te geloven, maar zou