

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

Hoogervorst

het nu eindelijk een keertje gaan lukken? Je moet altijd voorzichtig zijn met uitspraken, maar de Kamer in eerste termijn gehoord hebbende, is in ieder geval mijn indruk dat de kansen nog nooit zo goed zijn geweest om deze stelselherziening te voltooien. Niet alleen omdat het in een regeerakkoord is opgenomen, maar ook omdat de politieke motivatie van in elk geval de coalitiefracties om hiermee door te gaan echt groot is, zoals in eerste termijn is gebleken.

Het verheugt mij ook dat van de oppositie niet alleen kritiek is gekomen. Van bijvoorbeeld de PvdA-fractie is op een aantal hoofdrichtingen die wij inslaan, ook instemming gekomen. Ik weet echter ook heel goed dat wij over de maatvoering nog forse meningsverschillen hebben en waarschijnlijk ook zullen houden. De PvdA-fractie kiest ook voor een basisverzekering, wat misschien niet zo verrassend is. De PvdA-fractie staat niet afwijzend tegenover bepaalde vormen van marktwerking op deelterreinen van de zorg. Wat dat betreft staan wij misschien dichter bij elkaar dan men zou vermoeden, want ook ik ben niet voor ongelimiteerde marktwerking in de zorg. Hoewel de PvdA-fractie vindt dat de nominale premie laag moet zijn, onderschrijft zij het principe van de nominale premie waarop geconcurrereerd moet worden. Ik proefde ook dat er voor de PvdA-fractie, hoewel waarschijnlijk in een andere maatvoering, ruimte is voor aanvullende pakketten en zelfs voor de no claim. Ik denk dat het belangrijk is dat die hoofdlijnen van het beleid niet alleen door de regeringscoalitie worden gedeeld. Het feit dat een belangrijke oppositiepartij dit op hoofdlijnen ook kan onderschrijven, indiceert dat de redenering achter de maatregelen een zekere overtuigingskracht heeft.

Wij voeren vandaag een fundamenteel debat over de toekomst van het zorgstelsel en dit debat wordt in heel Europa gevoerd, zij het overal op eigen wijze. Eigenlijk worstelen alle Europese landen met dezelfde vragen rond het zorgstelsel. Daarbij gaat het erom hoe de veelheid van eisen die wij allemaal terecht aan het zorgstelsel stellen ± eisen betreffende toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid, en dat allemaal liefst tegelijk ± kan worden gecombineerd. Alle Europese landen hebben een hoge mate van

solidariteit in het zorgstelsel en dat sta ik ook voor, maar diezelfde solidariteit vecht nogal eens met de betaalbaarheid van het stelsel. Dat zie je overal in Europa terug.

Wat zijn nu de redenen daarvoor? De patiënt is terecht verzekerd tegen bijna alle kosten van de gezondheidszorg en heeft daardoor, in dat stelsel, weinig prijs- of kostenbewustzijn. Daardoor heb je altijd een zeker risico van overconsumptie. Omdat het kostenbewustzijn bij de patiënt ontbreekt, hoeft ook de zorgaanbieder nauwelijks stil te staan bij de kosten van zijn handelen. Bovendien beschikt de zorgaanbieder over een specifieke medische kennis die zijn handelen weinig transparant maakt en heel moeilijk te beoordelen van buitenaf. De zorgaanbieder kan in belangrijke mate zijn eigen aanbod bepalen, een aanbod dat de patiënt vervolgens bijna zonder kosten kan afnemen. Dit leidt al snel ± dat zie je in verschillende landen ± tot een heel moeilijk beheersbare groei van het zorgstelsel, waarbij het uiteindelijk aan de overheid is om te proberen dat een beetje te temmen. Je ziet landen dit op verschillende manieren doen.

Er zijn landen die ± daar behoren wij vroeger ook in belangrijke mate toe ± proberen de kosten te beheersen door centrale aanbodssturing, door rantsoenering van de zorg. Dit leidt al snel tot grote wachtlijsten. Dat zie je in bijna heel Scandinavië; je ziet het nog steeds in het Verenigd Koninkrijk. Andere landen accommoderen de vraag naar de zorg geheel of bijna geheel, maar daar leidt dit tot enorme financiële problemen. Dat zie je bijvoorbeeld in Frankrijk gebeuren op dit moment: men ziet er wel de noodzaak tot hervorming, maar men heeft nog niet veel gedaan en de tekorten zijn immens.

Nederland neemt een beetje een tussenpositie in tussen deze twee typen landen. Wij hebben sinds het verlaten van de budgettering en de introductie van de boter-bij-de-visbenadering steeds minder wachtlijsten. De laatste cijfers geven nog steeds een daling aan. De wachtlijsten op het gebied van de cure zijn nu al geringer dan wat ik mij in de begroting voor 2004 had voorgenomen. Van alle landen in Europa die nog met wachtlijsten kampen, hebben wij de kortste wachtlijsten. Dat is wel tegen een zekere prijs gegaan en qua kosten-

niveau hoort Nederland nu weer bij de top van Europa, na heel lang een middenmootpositie te hebben ingenomen. Wij zitten nu niet ver van Frankrijk en Duitsland af.

De urgentie van het beheersbaarheidsprobleem is nu al aanwezig, maar dat is niet alleen een probleem van dit moment; het is ook een probleem van de komende decennia. Wij weten allemaal waar wij het dan over hebben, namelijk over de vergrijzing van onze samenleving. In Nederland zijn er nu nog vier werkenden per 65-plusser, die voor de 65-plusser veel premies bijeen kunnen brengen; in 2030 en 2040 zullen er nog maar iets meer dan twee werkenden per bejaarde zijn. Zonder ingrijpen is straks 22% van de beroepsbevolking nodig in de zorg. Dat is nu al 13%. Iedereen kan zien dat dit niet goed mogelijk is en dat wij iets moeten doen om ons stelsel te beheersen. Dat is een enorme uitdaging die voor ons ligt.

De centrale doelstellingen die het zorgbeleid de afgelopen decennia hebben beheerst, hoeven wij niet te verlaten. Het gaat daarbij om het waarborgen van kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en solidariteit. De manier waarop die doelstellingen bereikt worden, moet echter wel anders worden. Er moet minder worden vertrouwd op centrale overheidssturing, zonder dat ik zeg dat de overheid haar handen ervan af moet trekken. Iedereen is het er over eens dat er een belangrijke rol blijft bestaan voor de overheid. Verder moeten alle partijen meer kwaliteits- en kostenbewust zijn. Dat moet worden bereikt door het inbouwen van goede prikkels.

Wat mij betreft staan voor de toekomst van het stelsel vijf kernbegrippen centraal.

1. De eigen verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid moet zo laag mogelijk in het stelsel worden neergelegd, namelijk bij de patiënt, de zorgaanbieder en de verzekeraar.
2. De prestatiegerichtheid. De prestaties van zorgaanbieders moeten transparant gemaakt worden. Dat is de belangrijkste boodschap van het desbetreffende parlementaire onderzoek. Ik heb het dan niet alleen over doelmatigheid maar ook over kwaliteit. Het handelen van ziekenhuizen en individuele artsen moet niet langer een black box zijn.
3. Kostenbewustzijn. Niemand mag meer het gevoel hebben dat de zorg

Hoogervorst

gratis is. Ook als de kosten groten-deels verzekerd zijn en dat zal zo blijven en moeten patiënten en zorgaanbieders beseffen dat zij met kostbare zorg omgaan.

4. Van centraal naar decentraal. Overheidsregulering zal belangrijk blijven maar er moet een betere balans komen tussen overheidssturing en marktwerking. Ik zeg daar nadrukkelijk bij dat marktwerking voor mij slechts een hulpmiddel is en niet een doel op zichzelf. Het is overigens niet het enige hulpmiddel. Verhoging van transparantie en benchmarking zijn ook zeer belangrijke hulpmiddelen om de prestatiegerichtheid van het systeem te verbeteren.

5. Behoud van solidariteit en toegankelijkheid. Wij proberen met deze stelselwijziging de solidaire traditie van het ziekenfonds te combineren met de traditie van de particuliere markt.

Ik wil nu ingaan op de rol zoals ik die zie voor de drie te onderscheiden hoofdpartijen: de zorgverzekeraar, de patiënt en de zorgaanbieder.

De meesten van ons zijn het eens met de stelling dat de zorgverzekeraars een centrale rol moet hebben als tegenwicht tegen de zorgaanbieders. Zij moeten de zorgaanbieders scherp houden, kosten- en kwaliteitsbewust zijn en zich inzetten voor een gunstige prijs-kwaliteitverhouding. Ik hoop dat gelukkig niet allemaal van de grond af op te bouwen. Dat is de stille verdienste geweest van mijn voorganger mevrouw Borst. Zij heeft de afgelopen jaren de zorgverzekeraars al in belangrijke mate risicodragend gemaakt, waardoor zij zich veel kosten- en kwaliteitsbewuster zijn gaan opstellen. Er wordt vaak geringschattend gesproken over de rol van de verzekeraars, maar kijk eens naar het verschil tussen de curesector en de AWBZ. In de curesector zijn al wel risicodragende verzekeraars aanwezig en in de AWBZ niet. Dat is een belangrijke reden waarom de AWBZ op dit moment veel minder onder controle is dan de curesector. Wie sceptisch is over de rol van de verzekeraars, moet vooral kijken naar de stand van zaken in de AWBZ.

Waarom staan wij nu op het punt te bereiken wat al die jaren onmogelijk is geweest? Is dat, zoals de heer Vendrik zei, omdat de private particuliere verzekeraars nu hun zin krijgen? Nee, daar geloof ik niet

zoveel van. Het is op zichzelf al prachtig dat wij nu brieven krijgen van ZN als geheel. In de afgelopen jaren was dat totaal onmogelijk, omdat men intern zwaar verdeeld was. In de afgelopen twintig jaar zijn, mede door het werk van mevrouw Borst, particuliere verzekeraars en ziekenfondsen heel sterk naar elkaar toegegroeid. De ziekenfondsen zijn in belangrijke mate risicodragend geworden en daarmee voor een deel ondernemer. Tegelijkertijd hebben de particuliere verzekeraars steeds meer van hun kosten afgeschoven naar collectieve voorzieningen, zoals de WTZ, waarmee zij voor een deel ziekenfonds zijn geworden.

Men is in de dagelijkse praktijk sterk naar elkaar toe gaan groeien. Dat maakt het nog minder te verdragen dat wij een scheiding handhaven tussen de markten van de particuliere verzekeraars en de ziekenfondsen. Wij moeten gewoon naar één markt van verzekeraars, één transparante markt. In één markt is er meer keus voor de verzekerden. Omdat er een gelijk speelveld ontstaat, zal sprake kunnen zijn van meer concurrentie. Je hebt ook minder te maken met de heel rare administratieve lasten die ontstaan als je van particulier naar ziekenfonds gaat of van ziekenfonds naar particulier. Je bent ook af van de willekeurige inkomenseffecten. Een alleenstaande gaat erop vooruit als hij van ziekenfonds naar particulier gaat, terwijl een gezin erop achteruit gaat.

Je creëert één markt met één oriëntatie voor de deelnemende zorgverzekeraars. Nu beconcurreren de particuliere verzekeraars elkaar vooral op het gebied van risicoselectie. Straks is dat niet meer zinvol en krijgen alle spelers dezelfde oriëntatie: doelmatige, kwalitatief hoogstaande zorginkoop.

Hoe kunnen verzekeraars zich in de nieuwe markt onderscheiden? Ten eerste via de prijs. In de afgelopen jaren hebben wij dat al heel intensief gezien. Er wordt nogal eens gezegd dat het verkeer tussen verzekeraars erg gering is, maar ik kan de Kamer verzekeren dat de verzekeraars daar niet zo over denken. Zij zien ook hoe vaak hun internetsites worden geraadpleegd. Zij zien steeds meer vergelijkende onderzoeken op internet verschijnen. De Nederlandse consument is zeer prijsbewust en laat zich geen oor aannaaien. Er is

nu al een heel belangrijke concurrentie gaande.

De verzekeraars kunnen ook verschillende keuzemogelijkheden met polisvormen aanbieden. Ik wil ook meer ruimte creëren voor restitutie. Verder kunnen zij concurreren op het niveau van de kwaliteit van de zorg, waarbij de verzekeraars hun inkoopmacht kunnen doen gelden. Ook dat zien wij in de huidige praktijk ontstaan. Een aantal verzekeraars heeft nu al bijgedragen aan de financiering van mammapoli's, poliklinieken waar vrouwen in één dag alle onderzoeken doorlopen die nodig zijn om te bepalen of sprake is van borstkanker. Zo zijn er vele initiatieven door verzekeraars genomen. De marktwerking moet verzekeraars dwingen tot optimale prestaties. Ik voeg hieraan toe dat het vanwege de risico's van marktfalen en het waarborgen van het sociale karakter van de verzekering niet zomaar vrije marktwerking maar gereguleerde marktwerking is. Het zal in de kern een sociale verzekering blijven.

De sociale kenmerken worden in de eerste plaats geborgd door de acceptatieplicht. De risicosolidariteit en de toegankelijkheid van de zorgverzekering liggen vast in de plicht die zorgverzekeraars hebben om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerden te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket. De tweede belangrijke garantie die de overheid biedt, is dus het wettelijk verzekerde basispakket. Er is een risicovereveningssysteem. Een systeem waarbij acceptatieplicht bestaat, kan niet functioneren zonder verzekeraars te compenseren voor de slechte risico's die zij in hun bestand hebben. We hoeven dat systeem niet helemaal vanaf het begin op te bouwen. Het risicovereveningssysteem is in de loop van de afgelopen jaren opgebouwd en verfijnd. Ik durf te stellen dat wij een van de meest verfijnde zo niet het meest verfijnde risicovereveningssysteem van de wereld hebben. Mede daardoor kunnen we met dit unieke verzekeringsstelsel beginnen. Ten derde is er de garantie van de inkomenssolidariteit. Er blijft in de verzekering een belangrijke solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond door de vereiste dat de verzekeraar binnen hun groep verzekerden één premie moet heffen. Daarnaast zal de verhoging van de nominale premie gecompenseerd

Hoogervorst

worden door de zorgtoeslag. Ik kom daar straks bij de inkomenseffecten nog uitgebreid over te spreken.

Er blijft dus een zeer belangrijke sociale wettelijke borging voor deze verzekering. Je zou zelfs de stelling kunnen aangaan dat deze hoger is dan in de huidige praktijk, omdat 20% van de verzekerden nu niet verplicht verzekerd is en al die waarborgen niet heeft. Dat zijn weliswaar de hoogste inkomenscategorieën, maar met name bij de ouderen zitten daar problematische gevallen onder.

Voorzitter. Er zijn van verschillende zijden, vooral door de heer Heemskerk, vragen gesteld over het privaatrechtelijke karakter van de verzekering. Er is gevraagd of dit niet heel erg riskant is. We zijn niet over één nacht ijs gegaan. Gezien de zwaarte van de sociale eisen die wij aan het stelsel stellen, was mijn aanvankelijke vermoeden ook dat het wel eens niet in overeenstemming zou kunnen zijn met de Europese wetgeving. Ik hoorde daar zeer veel verschillende opinies over. Wij hebben ons zekerder willen stellen van de mogelijkheden die er voor ons lagen. Wij zijn daarom naar Brussel gegaan. Wij hebben overigens ook onze voelhorens in Luxemburg uitgestoken. Wij kregen daar een verrassend duidelijk antwoord. De Kamer heeft het antwoord van de heer Bolkestein gezien. Ik kan de Kamer verzekeren dat het karakter van zijn brief veel verder gaat dan een "Beste Hans"-briefje. De brief is nauwkeurig bekeken door de juridische diensten van de Commissie, die niet over één nacht ijs gaan. Ik ben ervan overtuigd dat, mocht in de toekomst het privaatrechtelijke karakter van de verzekering juridisch worden getest, de rechter een belangrijke waarde zal toekennen aan de opinie van de Commissie. De commissie kon echter niet anders dan aan het eind van elke brief schrijven dat zij niet de rechter is en dat het uiteindelijk aan de rechter is om te beslissen of het wel of niet kan. Dat is standaard in de brieven die door de Commissie over dit soort kwesties worden geschreven. Het is waar dat de Commissie heeft gezegd dat bepaalde elementen ter toetsing moeten worden voorgelegd, zoals het risicovereveningssysteem. De heer Rouvoet heeft daar aan gerefereerd. Ook dat is redelijk standaard en dat zullen wij dan ook

doen. Misschien wordt dat gezien als staatssteun, maar daarmee is het nog geen ongeoorloofde staatssteun. De Commissie ziet heel goede sociale redenen om dit te doen.

Gelet op de ruimte die wij hebben gevoeld in de opstelling van de Europese Commissie, leek het ons dat wij onze eigen afweging konden maken. Het is geen zwart-witkwestie. Privaatrechtelijk met heel zware publieke waarborgen, of publiekrechtelijk met een heel zware private invulling: we hadden beide richtingen op kunnen gaan. Wij vonden dit het beste evenwicht tussen de privaatrechtelijke en publiekrechtelijke elementen. Ik zeg heel eerlijk dat daar nog bij komt dat de particuliere verzekeraars, voor wie dit een veel grotere stap is dan voor de ziekenfondsen, sterk hechten aan een privaatrechtelijke oplossing. Ik vind dat wij een oplossing hebben gevonden waarin beide partijen, zowel de ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars, zich heel goed kunnen herkennen.

De heer Vendrik zucht zeer ernstig, maar ik zie aan de voorzitter dat ik mijn betoog mag voortzetten.

Wat als een verzekeraar Nederland voor het Hof van justitie daagt? Dat kan niet zomaar gebeuren. Dan moet er een specifiek conflict zijn en daarvoor moet men eerst naar de gewone rechter. Die rechter moet besluiten prejudiciële vragen voor te leggen aan het Hof. De behandeling in Luxemburg duurt vervolgens twee jaar. Dat geeft in ieder geval volop de gelegenheid om te anticiperen op de mogelijke uitkomsten van zo'n procedure.

In de afgelopen jaren zijn diverse zaken gepresenteerd als een bom onder de nationale stelsels: Kohl en Decker, Müller-Fauré/Van Riet. Geen van deze arresten, die met een grote opening in de krant werden verwelkomd, hebben de stelsels uiteindelijk onderuitgehaald. De stelsels hebben zich vrij makkelijk kunnen aanpassen en de consequenties van de rechtspraak zijn in de regelgeving geabsorbeerd. Dat relativeert toch een beetje de invloed van dergelijke zaken in de toekomst.

Ik denk niet dat wij in deze situatie terecht zullen komen, maar stel dat de extreme situatie ontstaat dat het Hof oordeelt dat Nederland bepaalde onmisbare plichten niet kan opleggen aan private verzekeringsmaatschappijen. Dan is de ultieme terugvaloptie dat Nederland de

uitvoering van de zorgverzekering in handen legt van private entiteiten, niet zijnde schadeverzekeraars, waaraan dergelijke plichten wel opgelegd kunnen worden. De ziektekostenverzekeraars zouden zich dan moeten transformeren tot dergelijke entiteiten. Wat ik nu vertel, is allemaal een beetje theoretisch. Ik denk niet dat het ervan komt. Als het Hof in een uitspraak zegt "ho, Nederland, dit kan zo niet", zal dus niet iedereen in Nederland onverzekerd zijn. Dan kan het stelsel zich wel weer aanpassen.

De **voorzitter**: Aangezien de minister nu aan een nieuw onderdeel begint, stel ik voor eerst een aantal Kamerleden een interruptie toe te staan. De heer Heemskerk heeft zich als eerste gemeld.

Na de interrupties kan de minister zijn betoog afronden. Als het beeld compleet is, kan nog een discussie volgen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Tot nu toe is het een helder verhaal, waar ik in grote lijnen in meega. Wij geven de zorgverzekeraars een grotere rol en in de kern is het een sociale verzekering. Dan raak ik toch weer verward, want dan zegt de minister dat hij het in het kader van het evenwicht toch wel mooi vond om het privaatrechtelijk te maken. Hij wilde eigenlijk wat terug doen voor de private verzekeraars, omdat zij een bittere pil hebben moeten slikken. Dan komt de aap uit de mouw. Hij sluit een deal met Hans Wiegel om de private verzekeraars mee te krijgen. Mijn vraag is of ik het goed begrijp dat, als hij het verliest en ongelijk krijgt, net als bij het arrest-Bosman over transfer in het voetbal, de consequentie is dat de commerciële zorgverzekeraars zich moeten terugtrekken dan wel worden omgebouwd tot ouderwetse ziekenfondsen. Is dat het antwoord?

Minister **Hoogervorst**: Misschien zal er iets dergelijks gebeuren, maar met de wetenschap van de juridische interpretatie die de Europese Commissie aan onze plannen heeft gegeven, zie ik dat er niet van komen. Toen wij naar de Europese Commissie gingen, hadden wij niet gedacht dat wij zo'n duidelijk antwoord zouden krijgen. Meestal krijg je van de Commissie in Brussel wishy-washy antwoorden op juridische vragen. Men heeft hier

Hoogervorst

met heel grote helderheid gezegd dat wij deze drie belangrijke sociale eisen die aan verzekeraars worden gesteld, kunnen stellen. De uiteindelijke beoordeling is niet aan haar, maar de geest van de richtlijnen die de Commissie heeft uitgevaardigd, laat dit toe.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ja, maar het doet mij toch heel erg denken aan een commerciële folder van een verzekeraar of van een belegginginstelling, waarin fantasische toezeggingen worden gedaan. Het gaat om de kleine lettertjes, waarin staat dat resultaten uit het verleden niets zeggen over de toekomst. In de brief van Bolkestein staat: beste Hans, ik ga er niet over. Bij het uitsteken van uw voelhorens in Luxemburg had u een heldere uitspraak moeten krijgen, dan waren wij bereid om mee te gaan op dit gladdes ijs.

Minister **Hoogervorst**: In Luxemburg hebben wij gesproken met de heer Geelhoed, die tot onze verrassing op hoofdlijnen precies hetzelfde oordeel gaf. Dat is niet op schrift gesteld, maar in gesprekken gaf hij de indruk dat dit mogelijk is. Ik zeg erbij dat de Commissie haar taak niet naar behoren zou uitoefenen, als zij niet zou besluiten met een zin dat zij geen rechterlijke uitspraken doet en dus geen 100% zekerheid kan geven. Gegeven die standaardopmerking is de brief glashelder.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Kleine lettertjes zijn nooit een standaardopmerking. Mijn fractie zou veel geruster zijn op deze vormgeving, die in de kern een sociale verzekering is, als die uitspraken van Geelhoed van het Hof zwart op wit naar de Kamer zouden komen. Op basis van een gesprek in Luxemburg kunnen wij toch geen beleidsbeslissingen nemen?

Minister **Hoogervorst**: Dat heb ik ook nooit naar voren gebracht. Zij zullen natuurlijk niet los van een prejudiciële uitspraak een opinie geven, maar het heeft ons wel additioneel comfort gegeven over deze beslissing. Wij vonden het zeer opvallend dat de Commissie een glasheldere opinie heeft gegeven. Zij heeft gezegd dat de richtlijnen het toelaten om zware eisen aan die

verzekering te stellen. Wat wil je nog meer?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het zal niet de eerste keer zijn dat de Staat der Nederlanden wordt verrast door een uitspraak van het Europese Hof. Ik moet zeggen dat de slotzin van de minister duidelijk maakte dat het toch een cadeautje aan de verzekeraars is. Ziedaar, het bewijs van mijn stelling. Ik vind het ook merkwaardig dat de minister eigenlijk naar de slager is gegaan om te vragen of dit een fatsoenlijk brood is. De Commissie gaat daar niet over. Omdat het ook voor de minister gaat om de hoekstenen van het nieuwe stelsel, die niet onderuit getrokken mogen worden door welke vorm van jurisprudentie ook, is de essentiële vraag of de minister kan garanderen dat er geen uitspraak van de Europese Commissie komt, of dat deze altijd de ruimte zal laten aan Nederland om deze sociale eisen te stellen.

Bovendien, als de minister die garantie niet kan geven ± ik prijs hem dat hij ook eerlijk toegeeft dat hij dat niet kan ± geldt dan niet ook hier "bij twijfel niet inhalen"? Zet die private verzekeraars maar even op afstand en kies voor een helder publiek stelsel op basis van een publiekrechtelijke verzekering!

Minister **Hoogervorst**: Gelet op de informatie waarover ik beschik, vind ik dit een zeer verantwoorde beslissing. Een 100% zekerheid heb je nooit in dit leven, maar ik had het in ieder geval niet gedaan als ik ernstige twijfels had gehad. Publiekrechtelijk of privaatrechtelijk was mij redelijk om het even en als ik het gevoel had dat het een onverantwoord risico was, had ik het niet gedaan. Ik heb gezocht naar een evenwicht in het totaal aan maatregelen. Deze basisverzekering is in het verleden nooit tot stand gekomen vanwege de grote belangenconflicten, onder andere tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Ik ben nu eindelijk in staat om als gesprekspartner te kunnen praten met Zorgverzekeraars Nederland en niet met de ene en de andere losse verzekeraar, omdat ik een goed evenwicht tussen de elementen van beide verzekeringen heb kunnen vinden. Ik heb het draagvlak gevonden dat ik nodig had en heb dat op een juridisch verantwoorde manier kunnen doen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik blijf het herhalen omdat het immers gaat om een echte hoeksteen van het nieuwe stelsel. Een minister moet daar toch geen risico mee willen lopen, hoe klein dan ook? Hij hoeft dat ook niet te lopen maar waarom wil hij het dan wel lopen?

Minister **Hoogervorst**: Als ik de brief van de heer Bolkestein niet had gehad en dus niet zo'n duidelijke opinie van de Europese Commissie had ik het waarschijnlijk niet gedaan. Op basis van de inhoud van die brief, die overigens is bevestigd door andere juridische opinies die al de ronde deden, voelde ik mij vrij om deze keuze te maken en ik blijf die buitengewoon verantwoord vinden.

De heer **Bakker** (D66): De minister had de keuze tussen publiek en privaat. Los van alle ideologie komt dat volgens mij erop neer dat ook bij een publiek stelsel met daarin een grote rol voor private verzekeraars, wij net zo goed met de schadeplichtlijn te maken hadden gehad en dat het maar de vraag is of de dynamiek die met dat stelsel zou zijn nagestreefd daadwerkelijk zou worden bereikt. Zie ik dat zo goed?

Minister **Hoogervorst**: Daarmee slaat u de spijker op de kop. Als wij hadden gekozen voor een national health system had ik niets met Europa te maken gehad. Dat is misschien de keuze van mevrouw Kant en de heer Vendrik, maar in ieder geval niet de mijne geweest. Als je verzekeraars reëel met elkaar wil laten concurreren en je ook de mogelijkheid zou willen bieden om zo mogelijk winst te maken en je het publiekrechtelijk had ingekleed, dan zou er mogelijk een verzekeraar naar Brussel zijn gegaan met de opmerking dat dit geen sociale verzekering meer is. Er mag winst worden gemaakt, dus is het een heel ander type verzekering dat onder de richtlijn valt. Hij zou dat daarmee aanvechten. Nogmaals, 100% zekerheid heb je nooit in het leven maar ik voel mij in ieder geval buitengewoon comfortabel met deze beslissing.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister somde een rijtje op en eindigde met de opmerking dat het stelsel ook zou moeten voldoen aan het behoud van solidariteit. Toen dacht ik: da's sterk! Hoezo, niet inkomensafhankelijke

Hoogervorst

premies zijn solidair! Hoezo, het invoeren van een no claimregeling de vooral chronisch zieken treft, is solidair! Hoezo, een uitgekleeft pakket is solidair! Hoezo, hogere eigen bijdragen zijn solidair! Waar haalt hij het vandaan dat dit alles solidair zou zijn?

Minister Hoogervorst: Ook na alle maatregelen die ik al genomen heb en nog zal nemen, heeft Nederland nog een van de meest solidaire systemen in de wereld met een van de laagste eigen bijdragen in de wereld! Waarschijnlijk vindt u het enige solidaire systeem het systeem dat u kan verzinnen, dus met helemaal geen verantwoordelijkheid voor mensen en helemaal geen eigen bijdragen. Ik houd staande dat een systeem dat in de premiëstelling geen onderscheid kent tussen ziek en niet-ziek en tussen jong en oud, een buitengewoon solidair systeem is. Mevrouw Kant spreekt dan wel over een hoge nominale premie, maar zij weet ook dat er een zorgtoeslag bij hoort om die te compenseren, maar dit zegt zij er niet bij.

Mevrouw Kant (SP): Ik moet tot mijn spijt vaststellen dat de minister niet op de argumenten ingaat die mij ertoe brengen om te zeggen dat het nieuwe stelsel niet solidair is. Hij zegt dat er geen extra premies zullen zijn voor mensen die ziek zijn en dat zij ook niet worden uitgesloten. Dat moest er nog eens bijkomen! Het gaat erom dat de uitwerking van de voorgestelde maatregelen niet solidair zal uitpakken voor mensen die ziek zijn. Ik vind dit een essentieel punt in een discussie over het stelsel. De mensen die vaker ziek zijn, moeten meer betalen en komen financiële drempels tegen in het zorgstelsel dat de minister voor ogen staat. Dit is toch niet solidair. De minister heeft het zelf ook met zoveel woorden gezegd, want hij zei dat solidariteit strijdt met betaalbaarheid. Ik vind dat hij een tegenstelling zoekt die er niet hoeft te zijn als hij een andere en socialere keuze maakt, want ook op een solidaire manier kan het stelsel betaalbaar blijven.

Minister Hoogervorst: Deelt mevrouw Kant mijn opvatting dat ik ook rekening moet houden met bijvoorbeeld de modale werknemer?

Mevrouw Kant (SP): Volgens mij heb

ik de minister een vraag gesteld. Ik houd met iedereen rekening.

Minister Hoogervorst: Ik stel die vraag, omdat de modale werknemer vijf jaar geleden € 260 betaalde voor zijn zorgverzekering. Toen hebben wij de sluisen in de gezondheidszorg open gezet en inmiddels betaalt diezelfde modale werknemer € 460 per maand aan alle zorgpremies. Als wij het beleid van mevrouw Kant doorzetten, betaalt hij over vijf jaar € 600 per maand aan de zorgverzekeraars. Hoe sociaal is dat?

Mevrouw Kant (SP): Dit is flauwekul. Ik heb een vraag gesteld en daar wil ik een antwoord op. De minister doet nu voorkomen dat ik iets heel anders heb voorgesteld dan ik heb gedaan. Mijn voorstel is: inkomensafhankelijke premies. Wij hebben dit laten doorrekenen door het Centraal Planbureau. De mensen met een modaal inkomen gaan er niet op achteruit als ons voorstel wordt doorgevoerd. De minister moet geen smoesjes vertellen. Ik heb hem een vraag gesteld, omdat een aantal elementen van zijn voorstel met name de chronisch zieken, gehandicapten en ouderen treffen en dit zijn meestal niet de mensen met de hoogste inkomens. Hij kan niet weerleggen dat hij hun treft. Dat is niet solidair.

Minister Hoogervorst: De premies zijn nu inkomensafhankelijk, ook voor de modale werknemer. Met alle solidariteit die nu in het systeem zit, is het onbetaalbaar geworden. Dan keert het systeem zich uiteindelijk tegen de zwaksten in de samenleving. Ik ben hiervan overtuigd. Wat mevrouw Kant wil, is op korte termijn weliswaar buitengewoon sociaal, maar het leidt op langere termijn tot een onbeheersbaar systeem dat op een kwaad moment in elkaar zal storten. Dit wil ik voorkomen.

Mevrouw Kant (SP): Het systeem dat wij voorstellen is doorgerekend en is zeker niet onbeheersbaar en onbetaalbaar. De minister zegt dat hij deze problematiek op termijn niet op een solidaire manier kan oplossen en omdat hij niet bereid is om iedereen daarvoor gezamenlijk de rekening te laten betalen, ook niet in de toekomst, pakt hij de chronisch zieken en gehandicapten. Dit is niet solidair.

Minister Hoogervorst: Ik maak ernstig bezwaar tegen de stelling dat ik chronisch zieken en gehandicapten zou pakken. Mijn motivatie is om een systeem veilig te stellen dat op een sociale manier niet alleen nu betaalbaar is, maar ook nog over tien jaar. Het is juist in het belang van de zwakken in de samenleving en de chronisch zieken dat wij die betaalbaarheid proberen te handhaven. Met gemakkelijke oplossingen als de rijken moeten maar betalen, komen wij er niet, want zoveel rijken hebben wij niet in Nederland. Ik heb laten zien dat ook de modale werknemer zich nu blauw betaalt aan het systeem. Als wij niet de rem zetten op de groei van de kosten, zal de modale werknemer over een paar jaar niet € 460 per maand betalen, maar wel € 600 of € 700 per maand. Dan is er geen solidariteit meer te vinden in Nederland, want dan denkt iedereen alleen nog maar aan zijn eigen hachje.

Ik wil nu ingaan op de positie van de zorgaanbieders. Deze moeten meer prestatiegericht gaan opereren. Een eerste voorwaarde daarvoor is transparantie. Ook zonder volledige marktwerking kan de prestatiegerichtheid toenemen. Ik erken dat er geen volledige marktwerking zal zijn. Hoe krijgt die transparantie vorm? Zodadelijk kom ik nog te spreken over de invoering van DBC's. Daarmee gaan wij over van budgetfinanciering naar prestatiefinanciering. In Duitsland is dit nu net ingevoerd. Voor het eerst in jaren ziet men heel grote kostenverschillen tussen de dure en de goedkopere ziekenhuizen. Die verschillen waren vroeger niet zichtbaar. Er is nu al een ontwikkeling dat die ziekenhuizen naar elkaar toegroeien, waarbij met name de dure ziekenhuizen wat minder duur moeten worden.

Benchmarking is enorm belangrijk. In het kader van het programma Sneller Beter laten ziekenhuizen elkaar zien hoe zij innovatief denken en efficiënt en patiëntgericht hun zaken organiseren. Er zijn al ontzettend interessante benchmarks uitgevoerd, waaruit enorm grote meetbare verschillen tussen ziekenhuizen naar voren kwamen. Iedere deelnemer is duidelijk geworden dat er substantieel winstpotentieel aanwezig is.

Er moet ook meer marktwerking komen. Daarmee wordt begonnen bij de DBC's op het punt van de planbare electieve zorg. Wat nu valt

Hoogervorst

te zien bij de ziekenhuizen, wijst erop dat dit gaat werken. Ik heb een brief gekregen van de NVZ waarin men zegt: minister, enerzijds komt u geld tekort, anderzijds zijn wij bezig met Sneller Beter, benchmarking en marktwerking. Laten wij alvast die richting opgaan; wij bieden u aan om de prestaties te vergelijken. Extra prestaties worden daarbij voor hetzelfde geld geleverd, als er een systeem wordt verzonnen waarin de beste worden beloond en de slechtste worden gestraft. Dit is dus geen voorstel van mij maar van de ziekenhuizen zelf. Hiermee wordt vooruitgelopen op de marktwerking; dit geeft aan dat het wel degelijk kan.

Veel woordvoerders hebben gevraagd naar de kwaliteit: gaat men niet eenzijdig op prijs met elkaar concurreren? Gereguleerde marktwerking zal naar mijn mening juist ten goede komen aan de kwaliteit van de zorg. Kwaliteit wordt een belangrijk onderhandelingscriterium van verzekeraars; dat is nu al zichtbaar. Zij letten niet alleen maar op de centjes. Verder wordt er meer nadruk gelegd op wetenschappelijk aantoonbaar goede zorg; er wordt meer "evidence based" gewerkt. De overheid kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit, onder andere met dat programma Sneller Beter en door het versterken van het kwaliteitsbewustzijn bij patiënten. Ik kom daar straks nog op terug. Daarnaast wordt het toezicht van de IGZ op de kwaliteit belangrijker. De IGZ heeft een nieuwe werkwijze ingevoerd, gefaseerd toezicht, waarbij men risico's inventariseert en op grond daarvan inspecteert. De zorgaanbieders gaan zelf aan de IGZ rapporteren op grond van 30 kwaliteits- en veiligheidsindicatoren, zoals doorliggen, wondinfecties en de snelheid waarmee vrouwen met borstkanker worden behandeld. Deze kwaliteitsindicatoren meldt men aan bij de IGZ, waarna de resultaten op internet komen te staan. Zo wordt een grote sprong gemaakt bij het meer transparant maken van de kwaliteit van de prestaties van ziekenhuizen. Natuurlijk doe ik zelf ook nog mijn best door het vergroten van het aanbod, het aantal artsen te verhogen en nieuwe toetreders toe te laten. In dat verband zijn de toetredingsvoorwaarden voor de ZBC's verlaagd, waardoor het aantal zienderogen toeneemt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb de nodige vragen gesteld over de nadelen van marktwerking. Niemand is tegen de door u genoemde zaken waar de ziekenhuizen nu mee komen, zoals het vergelijken van ziekenhuizen. Iedereen vindt dat een positieve ontwikkeling, maar blijkbaar zijn marktwerking en commercie daar niet voor nodig. Ik heb een aantal nadelen genoemd van marktwerking. Wat hebt u voor argumenten, bewijzen en aanwijzingen dat marktwerking positief zal uitwerken?

Minister **Hoogervorst**: Ik ben er bijvoorbeeld van overtuigd dat het initiatief van de ziekenhuizen om voor hetzelfde geld meer prestaties te leveren, er niet was gekomen als men niet het perspectief had dat er marktwerking aan komt. Dat weet ik, want dat heeft men tegen mij gezegd. Als partijen in de positie verkeren dat zij worden afgerekend op hun prestaties, dan is dat altijd te verkiezen boven een situatie waarin geen concurrentie bestaat. Concurrentie is niet altijd gemakkelijk te organiseren, bijvoorbeeld in het geval van de acute zorg. Daarvan zeg ik dat de rol van marktwerking gering is. Ik bekijk dat pragmatisch en per deelmarkt. Ook in het geval van ambulancezorg is het natuurlijk onzinnig om bijvoorbeeld vijf bedrijven naast elkaar te hebben rijden. Overigens komt dat in sommige landen wel voor, maar dat lijkt mij niet verkieselijk. Het is wel goed denkbaar om iedere vijf jaar de exploitatievergunningen openbaar aan te besteden. Op die manier houdt je de betrokken partijen scherp en kun je andere partijen binnen laten als deze het beter doen.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister heeft een heel betoog gehouden, maar ik heb nog steeds geen echte argumenten gehoord waarom hij denkt dat marktwerking nodig is.

Minister **Hoogervorst**: Ik vrees dat het economisch liberalisme bij u geen erg open oor vindt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik maak hier bezwaar tegen! Iedere keer worden de ideologische verschillen erbij gehaald. Deze zijn er absoluut en zullen ook niet snel verdwijnen. In mijn betoog heb ik echter een vijftal bezwaren genoemd van marktwerking die ik heb beargumenteerd

en onderbouwd. Ik vraag u nu naar de voordelen van marktwerking en u komt alleen maar met wat redeneringen, maar niet met een echte onderbouwing. Als u marktwerking op deze manier in de zorg wilt doorvoeren, wens ik daar argumenten voor te horen en die hoor ik bij u niet.

Minister **Hoogervorst**: Sorry, maar ik heb echt argumenten genoemd. Bovendien heb ik twee voorbeelden gegeven.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik een groot punt gemaakt van informatieverstrekking aan consumenten, patiënten en verzekeren door verzekeraars en aanbieders. Ik heb dat betoog hier herhaald, want een markt kan niet werken als je geen informatie hebt op basis waarvan je kunt kiezen. U hebt de verzekeraars en de aanbieders behandeld.

Minister **Hoogervorst**: Ik kom hier dadelijk over te spreken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ook ik wacht het antwoord van de minister met spanning af. Ik heb echter nog een ander punt op het terrein van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, namelijk dat van de verticale integratie. Ik begrijp uit de antwoorden in het kader van het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel dat u voor exclusieve overeenkomsten bent. Als dergelijke exclusieve overeenkomsten ontstaan, kom je er als andere zorgaanbieder alleen nooit meer tussen, zeker niet in een regio waarin een groot marktaandeel ligt. U kunt het dan op uw buik schrijven dat u met marktwerking efficiëntere of betere zorg krijgt. Hoe gaat u dat vooraf voorkomen? Wat is de rol van de zorgautoriteit daarin? Gaat u vooraf beperkingen stellen?

Minister **Hoogervorst**: Verticale marktintegratie hoeft niet per se slecht te zijn. Er zijn verzekeraars die nu een eigen apotheek hebben. Dat dreigmiddel is een belangrijk breekijzer geweest in het open breken van de positie van de apothekers. Het hoeft niet slecht te zijn, dus zou ik het niet met een algemene regel willen verbieden. Ik ben het wel met u eens dat het in bepaalde omstandigheden tot monopolievorming zou kunnen

Hoogervorst

leiden. Het lijkt mij een belangrijke taak voor de NMa of misschien zelfs de zorgautoriteit om dat tegen te gaan. Ik kan op dit moment niet beoordelen of daarvoor nieuwe beleidsregels nodig zijn. Ik wil er wel over nadenken of dat nodig is. Op het ogenblik is het in ieder geval geen groot probleem, maar natuurlijk ben je te laat als het eenmaal gebeurd is. Waarschijnlijk zal de NMa of de zorgautoriteit ter zake waakzaam dienen te zijn. Ik wil dit probleem dus nog even bezien.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik dank u voor deze toezegging. Je vist namelijk achter het net bij een exclusieve afspraak, als er regionale marktaandeelen van 80% zijn. Als wij de apothekersmarkt willen openbreken, moeten wij dat niet doen via de omweg van de verzekeraar, maar in de Kamer via wet- en regelgeving. Op die manier ontstaat er transparantie in de marktwerking. De PvdA ziet in dezen een zeer belangrijke rol weggelegd voor de zorgautoriteit. Nogmaals, dit dient wel vooraf te gebeuren.

Minister **Hoogervorst**: Ik zie het punt, zeker als er sprake is van regionaal dominante posities van verzekeraars.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Deze minister van Volksgezondheid was in een vorig leven staatssecretaris van Sociale Zaken. Wij herinneren het ons als de dag van gisteren hoe deze liberale staatssecretaris van Sociale Zaken een einde maakte aan de marktwerking in de uitvoering van de sociale zekerheid en daarvoor, pats boem, op een achternamiddag het oostblokmodel introduceerde. Hij had het toen namelijk helemaal gehad met de private jongens.

De **voorzitter**: Hij is nu minister van Volksgezondheid. Ik stel voor dat u uw vraag daartoe beperkt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ja. Dus hoe weegt deze minister van Volksgezondheid zijn ervaring van destijds? Ik vind dat hij nu wat al te frivol omgaat met marktwerking.

Ik heb nog een vraag. Volgens mij zei de minister ook: ik hoop en verwacht dat deze verzekeraars niet alleen op prijs gaan concurreren, maar ook op kwaliteit. Hij heeft deze uitspraak ook toegelicht. Is de minister het niet met mij eens dat er

nu al in zorgverzekeringsland heel interessante sociale verzekeraars zijn, alsook buitengewoon vervelende schadelastverzekeraars die niets anders doen dan op prijs concurreren en die zich geen moer aantrekken van wat de zorg kwalitatief nodig heeft? Die verzekeraars zijn er dus alleen maar mee bezig om adressen, private polissen, voor de financiële dienstverlening binnen te halen. Is dit het type verzekeraar waar de minister echt op zit te wachten? Moet hij daar geen dam tegen opwerpen?

Minister **Hoogervorst**: Dat type verzekeraar zal het niet rooien, omdat in het nieuwe stelsel concurreren op risicoselectie ± en dat is wat zij nu doen ± niet meer mogelijk is.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het gaat om de prijs.

Minister **Hoogervorst**: Je moet wel een instrument hebben om die prijs te drukken. Straks reesteert er een instrument, en wel dat van de zorginkoop. Natuurlijk moet de verzekeraar de administratieve organisatie goed op orde hebben, dus ook de beheerkosten. Daarom is deze operatie zo belangrijk. Ik ben het ermee eens dat de schadelastverzekeraars op het ogenblik niet veel meer doen dan risicoselectie en op prijs concurreren. Daar is trouwens ook niets mis mee in het huidige stelsel. Ik herhaal dat zij het straks echt via de zorginkoop vorm moeten geven. Het is te zien dat zij zich daarop voorbereiden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): In het blokje zorgaanbieders gaat het natuurlijk om kwaliteit en prijsverhoudingen. Ik heb er begrip voor dat daar wat prikkeling c.q. scherpste wordt ingebouwd. De minister zei in dit verband dat er misschien bij concessieverlening aan bepaalde deelsectoren gedacht moest worden, bijvoorbeeld om de vijf jaar. Daarbij komen toch continuïteit en capaciteit om de hoek kijken. Die moeten dus ook geborgd zijn. Daar hoor ik de minister nog niet over praten. Wil hij hierop alsnog ingaan?

Minister **Hoogervorst**: Dat is waar en wellicht gaat het minder gemakkelijk dan ik aangaf. Ook als er sprake is van een natuurlijk monopolie, zoals ambulancezorg, is

het in principe denkbaar dat partijen scherp worden gehouden door de wetenschap dat hun concessie niet eeuwigdurend is. Natuurlijk moet er dan op gelet worden dat er geen grote gaten vallen. Dit moet dus contractueel goed vastgelegd worden.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister zijn betoog over het volgende onderdeel afrondt, voordat de volgende interruptieronde wordt gehouden.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik kom te spreken over de patiënt. Die krijgt nu, vergeleken met het huidige stelsel, meer keuzemogelijkheden. Heel veel particulier verzekerden zitten eigenlijk vast aan hun verzekeraar en kunnen nauwelijks overstappen. Straks kan dat. Zonder boete en zonder toelatingseisen kan je dan één keer per jaar overstappen. De heer Heemskerk heeft gevraagd of het niet twee keer per jaar zou kunnen. Ik wil daar met alle plezier naar kijken, maar ik denk wel dat het tot zeer hoge lasten voor de verzekeraars zal leiden. Naarmate het meer geactualiseerd wordt en makkelijker kan, zullen er meer mogelijkheden ontstaan. In de aanloopfase moeten wij echter niet te veel bureaucratische lasten creëren.

De verzekerden zullen kunnen kiezen uit verschillende pakketten. Het basispakket ligt voor iedereen vast. Ik heb bij eerdere gelegenheden al gezegd, kleine wijzigingen daargelaten, dat het huidige ziekenfondspakket ongeveer het basispakket wordt waarmee wij het nieuwe stelsel ingaan. Daarnaast zal men zich aanvullend kunnen verzekeren. De verschillende suggesties die zijn gedaan over basisverzekering en aanvullende verzekering wil ik nog eens goed overdenken en bestuderen, want ik zie het punt dat de verschillende leden hebben willen maken.

Bijna alle leden hebben gewezen op de noodzaak voor de patiënt om een goede afgewogen keuze te kunnen maken en niet alleen voor de verzekeraar. De verzekeraar zal voor bepaalde operaties ook in zee gaan met bepaalde ziekenhuizen. Daarin zal de patiënt ook inzicht moeten krijgen. Met de Consumentenbond zijn wij bezig met de ontwikkeling van een systeem voor het vergelijken van verzekeraars. Wij zijn ook bezig

Hoogervorst

met het openbaar maken van de prestaties van zorgaanbieders. Ik sprak al over dat waarmee de IGZ bezig is. De benchmarking die wij bezig zijn te ontwikkelen, kan behulpzaam zijn. Wij zijn bezig met het opzetten van een systeem voor het vergelijken van aanbieders, bij voorkeur ook met de NPCF en de Consumentenbond. Heel belangrijk is ook dat de zorgautoriteit zich niet als een soort van scheidsrechter in het veld plaatst, maar dat zij bepaalde transparantieregels aan het veld oplegt en aangeeft op welke wijze men moet rapporteren over wat men kan leveren. Het belangrijkste is eigenlijk dat de polisvoorwaarden eenvoudig vergelijkbaar zijn. Op tal van fronten zijn wij bezig om de cliënt te bewapenen om zich als een goed consument op de markt te kunnen bewegen.

Ook belangrijk is de ontwikkeling van het elektronisch medisch dossier, waarmee wij hard bezig zijn. Dat kan de mensen meer inzicht in hun eigen dossier geven.

Bij meer keuzemogelijkheden voor de verzekerde behoort ook meer eigen verantwoordelijkheid voor de verzekerde. Ik heb in het interruptie-debatje met mevrouw Kant al gezegd, dat het aantal eigen betalingen als aandeel in de zorgkosten in Nederland laag ligt ten opzichte van andere Europese landen. Wij vinden dat er ook bij de patiënt meer kostenbewustzijn moet komen. In de vorige begroting heeft al een behoorlijke uitdunning van het pakket plaatsgevonden, waardoor meer eigen verantwoordelijkheid is ontstaan. Ik zal straks nog spreken over de no claim.

Er komt ook een nominale premieheffing, die de patiënt een financieel belang moet geven om een keuze te maken tussen de verschillende zorgverzekeraars. Ik ben het met de heer Heemskerk eens dat de nominale premie niet 100% hoeft te zijn om een verschil te kunnen maken voor de verzekerde. Ik heb in de krant gelezen dat hij van mening zou zijn dat een nominale premie van € 200 ook wel genoeg is. Dan krijg je prijsverschillen tussen verzekeraars die nauwelijks nog waarneembaar zijn, zeker als je ze per maand gaat berekenen. Dat is dus voor de verzekerde geen impuls om naar de goedkoopste verzekeraar op zoek te gaan. Wij komen inderdaad met een vrij forse nominale premie, maar daar zal een

heel behoorlijke inkomensreparatie tegenover staan in de vorm van een zorgtoeslag. Over het inkomens-aspect kom ik straks nog even te spreken.

De overheid houdt in dit hele systeem een stevige vinger in de pap. Ik heb al gewezen op de sociale randvoorwaarden van de verzekering, de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. Wij houden het toezicht in handen en wij letten op de betaalbaarheid. Het zal de Kamer niet zijn ontgaan dat ik met het vrijgeven van de marktwerking heel behoedzaam te werk ga: in eerste instantie beginnen wij met 10% van de ziekenhuisproductie. Ik heb nog een heel arsenaal aan prijsinstrumenten tot mijn beschikking om ook langs die weg de kosten te kunnen beheersen. Ik gooi geen oude schoenen weg, voordat ik weet dat de nieuwe prettig lopen.

Er is gevraagd naar de rol van de zorgautoriteit. Deze zal zich bezighouden met de traditionele taak van het CTG, namelijk prijsregulering daar waar nog geen vrije prijsvorming is. Men moet dat echter wel op een wat modernere manier gaan doen door met de prijsvorming meer de efficiency te prikkelen, bijvoorbeeld door te werken met benchmarks van de meest efficiënte aanbieders. Men moet ook de prijsvorming monitoren op de markten waar in meer of mindere mate sprake is van vrije prijsvorming en men kan mij dan adviseren in te grijpen als dat nodig is. Ook krijgt de zorgautoriteit een rol in het vergroten van de transparantie van de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeraarsmarkt. Men krijgt er de instrumenten voor om een en ander voor de patiënten helderder te krijgen. Voorts krijgt men toezicht op de naleving van de acceptatie- en zorgplicht door verzekeraars. Deze functie zal de zorgautoriteit van het CTZ overnemen. Dat zijn de belangrijkste taken zoals ik die voor de zorgautoriteit zie weggelegd.

De voorzitter: Hoeveel tijd denkt u nog nodig te hebben, minister, om uw antwoord af te ronden?

Minister Hoogervorst: Met een beetje hulp van de Kamer zo'n 20 á 30 minuten, voorzitter. Ik zal proberen het tempo wat te verhogen.

De voorzitter: Als u dat eerst zou

kunnen doen, dan kunnen wij daarna de discussie op de hoofdlijnen aangaan, want anders raakt het erg versnipperd.

Minister Hoogervorst: Voorzitter. Ten aanzien van een zorgkamer bij de rechtbank merk ik op dat ik de overwegingen van de betreffende motie van de Kamer heb onderschreven. Justitie en mijn departement hebben uiteindelijk geconcludeerd geen voorkeur te hebben voor de oprichting van een aparte zorgkamer bij de rechtbank. Daar zijn verschillende redenen voor, die ik u nu even zal onthouden. Wel wil ik materieel hetzelfde zien te bereiken door in de WTZI de positie van de raad van toezicht wettelijk te verankeren en door in een AMvB die bij de WTZI hoort, waar het betreft de transparantie-eisen van de WTZI, de eis op te nemen dat zorginstellingen belanghebbenden aanwijzen die bevoegd zijn de ondernemingskamer te verzoeken een enquête te starten in het geval van een disfunctionerende raad van toezicht. Wat de Kamer wil bereiken, namelijk dat een raad van toezicht voor de rechter, respectievelijk voor de ondernemingskamer, kan worden gesleept, wil ik regelen zonder daar een aparte zorgkamer voor in te richten.

Er loopt in mijn departement op dit moment een follow-up van de commissie-Meurs ± wij houden op 8 juni daarover een invitational conference ± om zoveel mogelijk witte vlekken in het kader van het dossier inzake corporate governance op te sporen. Ik zal de Kamer eind juni een beleidsbrief toesturen om nadere ontwikkelingen op dit terrein te melden. Het verbaast mij niet dat de heer Buys vraagt naar de borging van de acute zorg. Hij vindt daarvoor corporate governance een zeer belangrijk instrument. Ik kom daarop terug in het kader van de WTZI. Er liggen nog Kamervragen die ik binnenkort zal beantwoorden. Ik zal daarbij aangeven hoe ik die borging wil bereiken. Ik wil de traumacentra een regierol geven in het tot stand brengen van een keten van acute zorg in hun regio. Ik zal de betrokken ziekenhuizen verplichten daaraan deel te nemen. Zij kunnen zich daaraan niet zomaar onttrekken. Daarmee kunnen waarschijnlijk situaties zoals wij die in het verleden hebben aangetroffen wat gemakkelijker worden voorkomen. Tegen

Hoogervorst

absoluut wanbestuur is echter heel weinig bestand. Ik kom daarop graag later terug.

Wij gaan naar een hogere nominale premie. Dat is voor de particulier verzekerden niets nieuws, want die betalen die premie reeds. Voor de ziekenfondsverzekerden is dat wel iets nieuws. Voor het compenseren van de inkomenseffecten daarvan is de zorgtoeslag het belangrijkste instrument. De heer Buijs geeft zeer terecht aan dat de precieze uitwerking pas duidelijk wordt in de loop van volgend jaar wanneer de begroting 2006 wordt geprepareerd. Het is een ongelooflijk gedoe en vergt veel passen en meten. Het zal niet alleen moeten komen van de zorgtoeslag. De heer Bakker merkt terecht op dat het hele fiscale instrumentarium moet worden gebruikt om die reparatie tot stand te brengen. De zorgtoeslag is wel een heel goed instrument. Daarmee kan met name voor de lagere inkomens het nominaliseren van de ziektekostenpremie tamelijk precies gerepareerd worden. Er is eigenlijk één inkomenscategorie waarvoor het echt lastig is. Dat betreft niet zozeer de onderkant van het inkomensgebouw maar juist de particulieren. In de huidige particuliere markt is namelijk sprake van een enorme spreiding van inkomenseffecten op het terrein van de gezondheidszorg. De huidige particuliere premie varieert enorm als gevolg van gekozen eigen risico, leeftijd en gezondheid. Het is niet zo'n eenheidsworst als het ziekenfonds waarin dat allemaal gemiddeld wordt. Daarnaast is de huidige werkgeversvergoeding voor een particuliere polis bij sommige werknemers nul en bij andere heel hoog. Ik garandeer u dat het vooral aan de bovenkant van het inkomensgebouw heel moeilijk zal zijn om de mensen één op één te compenseren voor de grote veranderingen die gaan komen. Ik reken uiteraard op de warme steun van de heer Vendrik om deze grote sociale onrechtvaardigheid straks te kunnen repareren.

Er is gesproken over de no claim.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. De minister gaat nu naar een ander onderwerp.

De **voorzitter**: Dat is inderdaad het geval, maar ik heb voorgesteld om de minister eerst zijn betoog te laten

afronden. Hij zou daarbij tempo maken.

Ik feliciteer mevrouw Van Nieuwenhoven met haar voorzitterschap van de vaste commissie voor Antilliaanse zaken.

Minister **Hoogervorst**: Verschillende leden hebben gesproken over de invoering van de no claim. Wij komen daarover nog uitgebreid te spreken als het wetsvoorstel voorligt. Ik denk dat een no claim een heel vriendelijke manier is om een financiële prikkel bij de patiënt neer te leggen die hem ertoe zal aansporen om kostenbewust met de zorg om te gaan. Het is wel degelijk vriendelijker voor de mensen dan een klassiek eigen risico. Daarbij moet je in de eerste maand of maanden van je zorgconsumptie meteen de volle mep betalen. Dat zou bij sommige mensen een liquiditeitsprobleem kunnen veroorzaken. Bij een no claim is het betalingseffect geringer en ook gespreid over het hele jaar. Aan het eind is er dan mogelijk een positieve prikkel, die waarschijnlijk als iets vriendelijker zal worden ervaren. Ik wil het ook weer niet mooier maken dan het is. Het is een prikkel om mensen te stimuleren bewuster met de zorg om te gaan.

Ik wil niet het beeld creëren dat mensen zomaar voor de lol naar de dokter gaan, dat mensen lukraak met de medische zorg omspringen. Het is evenzeer helder dat er heel grote verschillen zijn in zorgconsumptie tussen mensen onderling en tussen landen onderling. Dat heeft veel te maken met een cultuur in een samenleving en met het systeem. Een Duitser gaat gemiddeld twee keer zo vaak naar de dokter als een Zweed. Niemand maakt mij wijs dat een Duitser twee keer zo ziek is als een Zweed, misschien ietsje dikker, maar niet veel ongezonder.

Nederland zit daar tussenin. Wij gaan vaker dan de Zweden en minder vaak dan de Duitsers naar de dokter.

Vaak wordt gezegd: ziek is ziek; mensen hebben geen keus en gaan alleen naar de dokter als het echt noodzakelijk is. Dat is een te simpele voorstelling van zaken. Het heeft met gedrag te maken, het heeft met ziektebeleving te maken. Daarom is er niks mis mee om mensen een financiële impuls te geven om daar wat bewuster mee om te gaan.

Over de huisarts komen wij nog indringend te spreken als de wet

voorligt. Ik zou het ontzettend jammer vinden als de huisarts niet meedoet aan de no claim. Ik ben het met de heer Buijs eens dat wij erg trots mogen zijn op het instituut huisarts. De huisarts vangt heel veel af en is een van de belangrijkste beschermers van de kwaliteit en betaalbaarheid van ons mooie systeem. Juist daarom is het vreselijk belangrijk dat ook hij meedoet in de no claim. Vooral in de grote steden staat de huisarts onder zware druk. Mensen gaan daar vaker naar de huisarts dan elders. Ik zou het doodzonde vinden als de huisarts niet meedoet. Dat zou betekenen dat het terecht komt bij de medicijnen. Het zal zwaarder drukken op de mensen die medicijnen moeten slikken. Ik heb daar op zichzelf niet zoveel bezwaren tegen, maar ik kan mij debatten herinneren waarin dat zeer bezwaarlijk werd geacht. De no-claimregeling zal meer opbrengen dan ik aanvankelijk had bedoeld, maar dat geld heb ik hard nodig voor de oplossing van allerlei problemen.

Waarom heb ik besloten tot een werkgeversbijdrage? Ik voer het regeerakkoord uit, waarin een heel praktische keuze is gemaakt. De nominale ziektekostenpremie zal al heel fors stijgen. Het is een behoorlijke revolutie. Als wij de werkgever niet laten meebetalen, dan zal de premie nog sterker stijgen, dan zal de zorgtoeslag nog weer hoger moeten worden. Daar moeten wij niet aan beginnen. Wat mij betreft is het een redelijk voorstel. Ik begrijp wel de zorg van de werkgevers. Men wil niet het afvalputje van de kosten van het zorgstelsel worden. Ik denk er wel aan om in de verzekeringswet vast te leggen ± zeg ik in de richting van de heer Bakker ± dat men niet meer dan 50% van de totale kosten zal hoeven bij te dragen, zodat niet alle extra kosten bij de werkgevers gedumpt worden.

Voorzitter. De heer Buijs heeft gevraagd waarom ik de GGZ niet al per 1 januari 2005 kan overhevelen. Dat is zowel wetstechnisch als uitvoeringstechnisch ondoenlijk. Er moeten allerlei reserves worden opgebouwd en er moet wetgeving worden voorbereid. Dat lukt ons niet.

Er zijn vele opmerkingen gemaakt over de samenhang van deze stelselhervorming met die van de AWBZ. Dat is zeer ingewikkeld. Ik heb hier mijn handen vol aan. Ik zou willen dat er op de AWBZ niets

Hoogervorst

behoefde te gebeuren. Ik heb daar weliswaar een zeer goede staatssecretaris voor, maar het hangt sterk met elkaar samen. Wij streven er beiden naar om de AWBZ zo klein mogelijk te maken en een zo groot mogelijk gedeelte van de zorgverzekeringen risicodragend te maken, zodat een van de regierollen inderdaad bij de risicodragende verzekeraar ligt. Ik kan in grote lijnen deze opinie van de Kamer delen. Het is ook heel belangrijk dat de gemeente meer verantwoordelijkheid gaat dragen. Je ziet bijvoorbeeld dat de huishoudelijke zorg in heel Europa primair een taak is van de gemeentelijke overheden in de sfeer van de maatschappelijke dienstverlening. Dit is in bijna geen enkel land in een volksverzekering vervat. De Kamer krijgt binnenkort een brief van de staatssecretaris en mij over deze indringende problematiek. We kunnen daar apart over praten.

Voorzitter. Ik ken het enorme belang dat de heer Bakker hecht aan het terugdringen van de bureaucratie in de zorg. Ik heb deze week een belangrijk plan gepresenteerd om de administratieve lasten in de zorg zoveel mogelijk te kunnen terugdringen. Ik zeg de heer Bakker graag toe dat ik de Kamer regelmatig zal rapporteren over de voortgang die op dit terrein zal worden geboekt.

Voorzitter. Ik heb niet alle vragen beantwoord, maar ik ben op de belangrijkste vragen ingegaan. Ik sluit hiermee de eerste termijn af.

De **voorzitter**: Ik zie dat er nog een aantal vragen ter verduidelijking zijn. Ik neem aan dat er straks behoefte is aan een tweede termijn. De tweede termijn zal vrij kort zijn. We zullen nu nog even een discussieronde ter verduidelijking houden en vervolgens een tweede termijn.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De minister zei al dat hij enkele vragen niet had beantwoord. Ik neem het hem niet kwalijk, maar ik heb twee voor mijn fractie zeer cruciale momenten ingebracht. Dat is de vrijstellingsmogelijkheid voor gewetensbezwaarden tegen elke vorm van verzekering en verder de schone polis, een polis die ontdaan is en blijft van controversieel geachte dekkingen. Beide zitten nu in de wet. Ik zou graag de bevestiging hebben van de toezegging van de ambtsvoorganger van deze minister dat

deze er onverkort in blijven. Dat is voor mijn fractie uiterst cruciaal.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik kan de heer Van der Vlies op het punt van de gewetensbezwaarden geruststellen. Ik wil dat punt handhaven zoals het nu is. Bij de schone polis ben ik minder zeker van mijn zaak. Ik moet daarover nadenken. Ik weet niet of het doenlijk is. Ik kan de heer Van der Vlies in ieder geval nu niet geruststellen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat is jammer, voorzitter. Het is nu mogelijk en ik zie niet in waarom het straks niet mogelijk zou zijn. We moeten het basispakket nog formuleren. Die discussie komt. Dit punt is voor mij uiterst cruciaal. Ik heb het voorbeeld genoemd van de abortus provocatus, die nu in de AWBZ is opgenomen. Ik kan mij in mijn geweten niet binden aan een medefinanciering van iets wat ik principieel verwerpen moet, met de erkenning dat het in de samenleving divers ligt. Je kunt dat betreuren, maar het is de werkelijkheid.

Minister **Hoogervorst**: Ik zeg de heer Van der Vlies toe dat ik dat nog eens heel consciëntieus zal bekijken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Krijg ik daar nog iets over?

Minister **Hoogervorst**: De wet wordt nu afgerond. Daarin zal een uitkomst worden geboden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Over ieder detail in het hoofdstuk zorg van het regeerakkoord wordt hier uitgebreid gedebatteerd. Ook al staat de rol van betaler van de werkgever in het regeerakkoord en geeft de minister aan dat dit zijn rol is, ik vind dat echt onvoldoende. Kan de minister inhoudelijk beargumenteren welke rol hij voor de werkgever ziet weggelegd in het nieuwe stelsel en welke mogelijkheden hij ziet voor het sluiten van collectieve contracten, de verbintenissen met de ziektewet en de WAO? Daar heeft de heer Bakker het ook uitgebreid over gehad. Ik vind het antwoord tot nu toe te mager.

Begrijp ik het goed dat er geen aparte zorgkamer komt, maar dat de Ondernemingskamer die rol gaat vervullen? Er komt dus wel een zorgkamer, maar die is een onderdeel van de Ondernemingskamer.

Minister **Hoogervorst**: Hoe wij ons dat laatste precies voorstellen, wil ik graag schriftelijk aan de Kamer kenbaar maken. Het instrument van een raad van toezicht, die bij falen voor de rechter kan worden gedaagd, wil ik in ieder geval creëren. Er zijn allerlei redenen om dat niet via een aparte zorgkamer te doen. Mijn collega Donner kan daarover goedvoller betogen dan ik. Het instrument wil ik wel creëren.

Het onderwerp van de rol van de verzekeraar en de collectieve contracten heb ik inderdaad laten liggen. Ik vind dat het instrument collectief contract moet kunnen blijven bestaan. Er moet wel tegen gewaakt worden dat de collectieve contracten strijdig worden met de risicosolidariteit van het stelsel. Werknemers zijn immers over het algemeen jonger en gezonder dan de rest van de bevolking. Het zou dus heel makkelijk zijn als je de verzekeraar in staat stelt om naar believen premies te verlagen in collectieve contracten om via een achterdeur dan alsnog aan risicoselectie te doen met goedkope premies. Dat kan dus niet. Ik ben wel bereid om kortingen toe te staan, met name om administratieve redenen. Die kunnen dan nog steeds aantrekkelijk zijn. Dan kan het nog steeds aantrekkelijk zijn om collectieve contracten af te sluiten en dan kan het voor de verzekeraar ook aantrekkelijk zijn om op belendende percelen allerlei contracten af te sluiten met die werkgever, bijvoorbeeld inzake ziekteverzuimpreventie. Ik zie die samenhang van die twee zaken wel en die wil ik ook behouden, maar wel binnen grenzen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wil de minister ons schriftelijk informeren over de financiële consequenties? Wat betekent het als wij 50% van de premie bij de verzekeraar neerleggen, wat betekent het als wij bruter en welke rol ziet de minister in dit geheel voor de werkgever weggelegd?

Minister **Hoogervorst**: Ik zal dat graag aan de Kamer doen toekomen. Wellicht kan dit in de memorie van toelichting worden verwerkt. Ik zie wel hoe ik het oplos.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Zie ik het goed dat het plan van de regering voor de zorgtoeslag op dit moment uitsluitend toeziet op het

Hoogervorst

verstrekken van een toeslag op basis van een gemiddelde premie?

Minister **Hoogervorst**: Ja.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Eigen bijdragen, premies voor eventuele aanvullende verzekeringen en de no claim, met of zonder huisarts, spelen geen rol bij het beantwoorden van de vraag of men bij bepaalde inkomens en bepaalde kosten de toeslag krijgt. Zie ik dat juist?

Minister **Hoogervorst**: Dat is niet helemaal juist. De zorgtoeslag houdt wel rekening met de gemiddelde no claim, evenals met de gemiddelde premie. De toeslag houdt geen rekening met de feitelijke premie. Vergoeden op basis van de feitelijke premie heeft geen enkele zin, want dan heeft de consument er geen enkel belang bij om op zoek te gaan naar de goedkoopste premie. Dan zou hij immers de duurste premie kunnen nemen, want dan krijgt hij het toch allemaal vergoed. Dan is het hele systeem verslagen. Dan kun je net zo goed inkomensafhankelijke premies heffen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Et voilà. Daar komen wij dus op uit.

Minister **Hoogervorst**: Eigen bijdragen zijn natuurlijk bedoeld om een bepaald financieel belang voor de consument te creëren. Als je die meteen weer helemaal vergoedt, zou je dat net zo goed niet kunnen doen. Wat wij nog wel hebben, is de fiscale tegemoetkoming.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Daarnet was er in het debat tussen de heer Buijs en mij nog onhelderheid over de vraag welke werkelijke kosten meetellen voor het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag. Deze minister stelt dat het gaat om de gemiddelde premie en de gemiddelde no claim, want anders loopt het systeem vast. Dan is de conclusie dat er nooit sprake kan zijn van het een op een compenseren van alle kosten die de laagst betaalden, chronisch zieken, gehandicapten en oudere mensen ondervinden als gevolg van deze operatie, omdat de minister die prijsprikkel wil blijven uitdelen.

Minister **Hoogervorst**: De heer Vendrik gaat hiermee echt veel te ver. Er zit volstrekt geen licht tussen

de heer Buijs en mij. Wij willen allebei een stelselherziening die leidt tot verantwoorde inkomensgevolgen. Wij weten allemaal dat je dit nooit tot op de laatste cent nauwkeurig kunt doen, maar je wilt grosso modo een inkomensverhaal waarvan je tegen de mensen in het land kunt zeggen dat het eerlijk is. Dat betekent dat de overgang van een ziekenfondspremie naar een verhoogde nominale premie voor de mensen aan de onderkant goeddeels wordt gecompenseerd, misschien soms een beetje meer dan gemiddeld en soms een beetje minder dan gemiddeld.

Ik heb ook gezegd dat het moeilijke van deze operatie nog niet eens zozeer is om de mensen aan de onderkant en met een modaal inkomen te compenseren. Het moeilijkste is aan de bovenkant, omdat de variëteit in betaalde premies en vergoedingen daar het grootst is. Dat wordt moeilijk, maar dat neemt niet weg dat het voor de laagste inkomensgroepen ook nog ingewikkeld genoeg wordt. Het wordt een ingewikkelde operatie. De oppositie kan zich er straks in verlustigen, want er is niet veel geld en het zal niet eenvoudig zijn, maar wij gaan er toch maar aan beginnen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik kom nog even terug op het omgekeerde eigen risico, de no claim. Er is een spreekwoord dat zegt dat een ezel zich niet twee keer aan dezelfde steen stoot. Wij hebben al eerder een eigen bijdrage in het ziekenfonds gehad die weer is afgeschaft, omdat zij negatieve effecten had, zoals dat mensen om oneigenlijke redenen afzagen van zorg en veel te veel bureaucratie. Zij had niet het positieve effect dat ervan werd verwacht. Dat spreekwoord bestaat niet voor niets. Waarom doet u het toch opnieuw?

Minister **Hoogervorst**: Toen hadden wij een heel laag bedrag en heel veel uitzonderingen. Nu hebben wij een wat hoger bedrag en geen uitzonderingen. Door de systematiek dat er pas achteraf wordt uitgekeerd, is het voor de verzekeraars een stuk makkelijker uit te voeren. De administratieve lasten van dit voorstel zijn een stuk geringer dan het eigen risico waarmee wij in de jaren negentig hebben geopereerd. Bovendien is de hoogte ervan een zinnigere prikkel dan er destijds was.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is allemaal leuk gezegd, maar het principe is wel degelijk hetzelfde. Er zijn iets minder administratieve lasten. Toen was het vooraf en nu is het achteraf. Het principe van een financiële drempel om af te remmen dat mensen naar de zorg gaan, is hetzelfde. Deze heeft toen niet gewerkt. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat deze nu wel positieve en geen negatieve effecten zal hebben. Daar hebt u geen argumenten voor genoemd. Dat spreekwoord bestaat niet voor niets. U gaat opnieuw iets proberen wat al een keer compleet mislukt is.

Minister **Hoogervorst**: U bent het er gewoon niet mee eens, want u houdt niet van prikkels. In Duitsland heeft men aan het begin van dit jaar een veel ingewikkelder systeem ingevoerd. Daar is voor het eerst een financiële prikkel ingevoerd om het doktersbezoek te ontmoedigen.

Mevrouw **Kant** (SP): Het resultaat daarvan is dat chronisch zieken en gehandicapten niet meer naar de huisarts gaan en dat heeft grote maatschappelijke gevolgen. Dat moet u dan ook even noemen. Duitsland staat op zijn kop door het negatieve effect van deze maatregel.

Minister **Hoogervorst**: Het gevolg ervan is dat artsen 10% tot 22% minder bezocht worden, maar het niveau was zeer hoog. De informatie dat het allemaal chronisch zieken en gehandicapten zijn, heb ik niet. Ik weet wel dat er in Duitsland een zeer hoge overconsumptie van zorg is en dat een eenvoudige financiële prikkel daar heel goed werkt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als deze minister aan het woord is, ken ik mevrouw Kant alleen maar als uiterst geprikkeld.

Wij willen die nominale premie om de mensen wat prijsbewust te maken en om meer dynamiek op de zorgverzekeraarsmarkt te krijgen. Als je die nominale premie laag houdt, vergelijkbaar met die van het ziekenfonds, kun je juist extra kortingen geven. De premie zou zelfs met de helft omlaag kunnen. Economische psychologie leert ons dat juist dan veel beweging op die markt ontstaat. Bovendien heeft de minister dan geen problemen met die zo ingewikkelde lastendruk van de zorgtoeslag. Het lijkt erop dat dit kabinet alleen maar administratieve

Hoogervorst

lastendruk ziet voor bedrijven en niet voor burgers. Juist als verzekerden vaker per jaar kunnen switchen van verzekeraar ± 365 keer per jaar is ook wat mij betreft wat erg veel, maar zeg zo'n viermaal per jaar ± zal dat meer dynamiek op die zorg-verzekeraarsmarkt teweeg brengen. De goede verzekeraars worden beloofd, want ze kunnen vaker klanten binnen halen. De zorg-verzekeraars komen er niet nadelig van af, want die moeten hun administratie in januari op orde krijgen en in december reclame maken. Ook zij zouden dat dus graag willen spreiden. Ik zie deze discussie dan ook graag terug bij de wetgeving inzake de zorgverzekering, want volgens mij moeten wij toch echt vaker switchmomenten gaan inbouwen!

Minister Hoogervorst: Mijn economische psychologie zegt mij dat mensen niet hun bed uit komen voor een prijsverschil van € 10 of € 20 per jaar en met het voorstel van de heer Heemskerk zal dat echt niet meer worden.

Ik ben op zich niet tegen het vaker wisselen van verzekeraar als dat zonder zware lasten kan. De kosten daarvan komen uiteindelijk toch weer bij de premiebetalers terug. Ik wil daar best met verzekeraars over praten.

De heer **Buijs** (CDA): In tweede termijn zal ik kort terugkomen op de inhoudelijke argumenten om de huisarts wel of niet in de no claim te betrekken, maar nu eerst een technische vraag die ook Zorg-verzekeraars Nederland bezighoudt. Met de no-claimregeling wordt zo'n 1,5 mld overgeheveld van de collectieve naar de individuele kosten. Als het systeem straks wordt ingevoerd, zullen verzekeraars dat waarschijnlijk moeten voorfinancieren en toevoegen aan de opslag op de nominale premie. Dat is en blijft onderdeel van de collectieve middelen. Hoe gaat de minister om met het model waarin die 1,5 mld van de no claim uit de collectieve middelen worden gehaald en de opslag op de nominale premie? Haalt hij dan die opslag eruit of is hij met ons van mening dat die hele nominale premie niet meer tot de collectieve lasten moet worden gerekend?

Minister Hoogervorst: Ik denk dat

dit voor de verzekerden niet zoveel uitmaakt.

De heer **Buijs** (CDA): Wel voor het EMU-saldo!

Minister Hoogervorst: Ook niet, want het blijft toch financierings-neutraal. Was het maar waar, maar volgens mij maakt het daar niets voor uit. Het is op zich wel een logische redenering. Die no claim komt voor eigen rekening en behoort dus niet meer tot de collectieve lasten. Alles wat daarin verdwijnt en de premielasten die daarmee gemoeid zijn, behoren inderdaad niet meer tot de collectieve lasten. Al het overige dat dient ter dekking van het wettelijk verplichte basispakket blijft gewoon vallen onder de collectieve lasten. Het is meer een boekhoudkundige discussie, maar voor de mensen maakt het niets uit en jammer genoeg ook niet voor het EMU-saldo!

De **voorzitter:** Wij zijn nu gekomen tot de tweede termijn. Er zijn heel wat interrupties gemaakt, dus houd ik u aan de spreektijd van twee minuten in tweede termijn.

Bovendien nodig ik de minister uit om vragen die hem in tweede termijn worden gesteld zelf te beantwoorden en roep ik u allen op om interrupties achterwege te laten.

□

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. De minister claimde in zijn inleiding dat de Partij van de Arbeid de no claim steunt. Ik wil hier een voorbehoud bij maken. Wij zullen dit debat nog voeren en ik zie daar erg naar uit, mede gelet op het voorstel van de CDA-fractie dat het hart uit de no claim haalt, aldus de VVD-fractie die bovendien eigen varianten voorstelt. Wij zullen hier nog een robbertje over vechten, want de vormgeving en de hoogte van de no claim passen bij ons niet onder het kopje solidariteit.

De minister heeft toegezegd dat hij wil nadenken over de verticale integratie. Ik neem aan dat hij altijd nadenkt en ik zou graag zijn gedachtespinsels op papier krijgen. Wil hij een notitie opstellen over het ex ante toezicht door de zorg-autoriteit op de verticale integratie?

Ik vind dat de minister geen helderheid verschaft over de grens van de marktwerking. Het wordt mij

niet duidelijk wat infrastructuur is. Is dit alleen spoedeisend of zijn er ook nog andere natuurlijke monopolies? Hoe ver gaan wij met het loslaten van alle prijzen? Wij zijn voorstander van het gereguleerd vrijgeven van de prijzen, maar wij moeten in de Kamer proberen zo scherp mogelijk te duiden waar de grenzen liggen.

Ik zou tot slot graag van de minister op papier de opinie van de heer Geelhoed van het Europese Hof ontvangen, want de Kamer kan niet veel met een goed gesprek tussen hen beiden. Het is nu zeer glad ijs. Als de minister niet aan dit verzoek kan of wil voldoen, zal ik aan de vaste commissie voorstellen dat wij daar als commissie bij het Hof om zullen vragen.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Toen ik hier naar toe liep, bedacht ik mij dat de suggestie van de heer Heemskerk dat de commissie zich tot het Europese Hof zou kunnen wenden, niet erg gebruikelijk is. Misschien is het niet onmogelijk, maar ik denk dat wij dan eerst een gezaghebbend document ter beoordeling moeten hebben. Dat hebben wij nog niet. Ik neem aan dat dit een beetje moeilijk wordt.

Ik dank de minister voor zijn antwoord. Voor de SGP-fractie staat de noodzaak van stelselwijziging vast. De minister heeft nog eens geschetst dat de parameters alle dezelfde kant uitwijzen en dat er nu echt moet worden ingegrepen. De SGP-fractie steunt die gedachte, maar vervolgens is het de vraag hoe dit zal worden gedaan en met welke maatvoering. Wij zullen daar nog indringend over spreken. In de komende drie jaar zullen wij nog heel wat wetgeving moeten bespreken om alles wat nodig is voor het nieuwe stelsel in het Staatsblad te krijgen.

De aandacht van mijn fractie gaat in het bijzonder uit naar het "schone pakket" en de positie van gewetensbezwaarden tegen iedere vorm van verzekering. De minister heeft heldere toezeggingen gedaan. Ik had mij uiteraard voorbereid op de mogelijkheid dat ik een motie zou moeten indienen, maar ik doe het liever zo. Er zijn bepaalde dingen in het leven waar je maar liever in samenspraak uit moet komen; je moet die niet teveel politiseren. Dank

Van der Vlies

daarvoor, ik verwacht dat het gewoon voor elkaar komt.

De positie van de grote gezinnen is ook zo'n punt waarvan wij zullen nagaan hoe het uiteindelijk wordt geregeld. Daarbij gaat het om het meeverzekerd zijn van de kinderen. Onze lijn is vergelijkbaar met die van de heer Buijs van vanmorgen.

Over de zorgtoeslag, de no-claimbenadering en de inkomenseffecten zullen wij nog indringend komen te spreken; dat is onafwendbaar. Eenvoud, transparantie en minder bureaucratie zijn belangrijk, maar dit thema luistert heel erg nauw. Het zal onomstotelijk moeten vaststaan dat het totaal aan maatregelen leidt tot verantwoorde inkomenseffecten. De minister zei dat ook, en ik houd hem daaraan zodat de misère van het achterliggende najaar niet wordt herhaald. Ten slotte wil ik er nog even aan herinneren dat ook mijn fractie indertijd heeft gestemd voor de motie die de huisarts wenst uit te zonderen van de no-claimregeling.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Uit mijn eerste bijdrage en interrupties is wel duidelijk geworden dat mijn fractie zich over één punt grote zorgen maakt, het behoud van de solidariteit in het zorgstelsel. Onze ongerustheid is door dit debat helaas niet weggenomen. Het gaat daarbij niet alleen om de inrichting van het stelsel en de verschillen van opvatting tussen partijen. Wij zouden het inderdaad heel anders doen. De inrichting van het stelsel kan veel meer solidair dan nu gebeurt. Helaas gebeurt dit niet, zodat de mensen die veel zorg nodig hebben, de dupe worden. Ik maak mij daarover grote zorgen. De no-claimregeling, meer en hogere eigen bijdragen, zaken die uit het pakket gaan, niet-inkomensafhankelijke premies; het is allemaal niet solidair. Wij hebben daarvoor meer dan genoeg alternatieven. Het stelsel kan ook op een andere manier worden ingericht, met behoud van solidariteit. Dit is een hoofdlijnen-debat, maar omdat ik mij over die solidariteit grote zorgen maak, dien ik daarover een aantal moties in. De eerste gaat over de positie van chronisch zieken en gehandicapten.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat behoud van solidariteit een belangrijk uitgangspunt is bij de voorstellen om het zorgstelsel te wijzigen;

verzoekt de regering, alle voorgenoemen maatregelen in de zorg te onderzoeken op negatieve effecten voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 22 (23619).

Mevrouw **Kant** (SP): Ik hecht hieraan omdat ik niet vind dat wij ± ik denk met name aan de CDA-fractie ± nu maar van alles moeten invoeren en later constateren: goh, goh, het pakt toch wat erger uit dan wij dachten en nu moeten wij weer compenseren. Dat komt er dan niet van of het gebeurt onvoldoende. Ik wil dat graag voor zijn en daarom elke maatregel laten toetsen.

Ik kom bij mijn tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat chronisch zieken en gehandicapten door hun ziekte en/of handicap bovengemiddeld een beroep moeten doen op de zorg, en nooit een restbedrag van de no claim zullen ontvangen;

overwegende dat de no claim in het ziekenfonds dus met name chronisch zieken en gehandicapten onterecht hard zal treffen;

verzoekt de regering, chronisch zieken en gehandicapten uit te sluiten van deze regeling,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar

mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 23 (23619).

Mevrouw **Kant** (SP): Tot slot nog een motie die te maken heeft met solidariteit. Deze gaat over een voorstel dat nog naar de Kamer moet komen. Het is dus een oproep om het op deze manier te doen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de regering komt met een voorstel tot een zorgtoeslag;

van mening dat hierbij rekening gehouden zou moeten worden met alle maatregelen in de zorg die mensen kan confronteren met oplopende kosten;

verzoekt de regering, bij de uitwerking uit te gaan van een zorgtoeslag die de kosten van de zorg aan een maximum bindt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 24 (23619).

Mevrouw **Kant** (SP): De tekst van de motie moet de CDA-fractie bekend voorkomen. Ik heb nog steeds het idee dat er licht zit tussen wat de minister zegt en wat die fractie wil. Laten wij de minister daarom sturen in een richting die hopelijk door de meerderheid van de Kamer wordt gesteund.

Tot slot de marktwerking, waarover ik nog één opmerking heb. Dit punt komt bij alle volgende debatten nog volop terug; daarover maak ik mij geen zorgen. De argumenten voor en tegen worden te weinig uitgediscussieerd. Dat is spijtig, want wij gaan wel die richting op. Dat is niet mijn keuze, maar er moet wel een fatsoenlijk debat over worden gevoerd. Het ministerie heeft zelf onderzoek laten verrichten door de Universiteit van Maastricht die de volgende conclusie trekt. Er zijn geen harde uitspraken mogelijk over de mate waarin marktwerking leidt tot doelmatigheid, een grotere vraag-

Kant

gerichtheid en betere kwaliteit van zorgverlening. Wel zijn er duidelijke aanwijzingen die erop duiden dat invoering van marktwerking vermoedelijk zal leiden tot extra kostenstijging.

Dat zijn toch belangrijke overwegingen waarover je goed moet discussiëren, alvorens je zoiets gaat invoeren? Ik zal er dan ook zeker op terug komen. Ik vind het een beetje spijtig dat er al te gemakkelijk overheen gestapt wordt. Omdat ik het vrij essentieel vind dat wij hieraan niet beginnen, dien ik ook hierover een motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat winstoogmerk ingevoerd gaat worden in de gezondheidszorg;

van mening dat premiegeld ingezet behoort te worden voor de zorg;

verzoekt de regering, bij de plannen te eisen dat gemaakte winsten altijd weer terugvloeien naar de zorg,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 25 (23619).

□

De heer Vendrik (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden, hoewel ik er een aantal heb gemist. Zo gaat dat. Ik geef de minister echter de verzekering dat die vragen opnieuw zullen worden gesteld.

Wat wordt het fundament van het nieuwe stelsel voor de zorg? De minister zei in de beantwoording dat het hem eigenlijk om het even was. Doorslaggevend was, zo zei de minister, dat private verzekeraars hechten aan een privaatrechtelijk boven een publiekrechtelijk systeem. Van een publiekrechtelijke vormgeving zou Europa wel eens kunnen zeggen dat de winsten van de zorguitvoerders niet de pan uit mogen rijzen. Met andere woorden: publiek geld moet publiek besteed

blijven. Dat vinden de private verzekeraars niet leuk en dus ging de minister om. Dit was de kern van het conflict rond Simons vijftien jaar geleden. Simons wilde een publiekrechtelijke uitvoering. De private verzekeraars zagen dat niet zitten, hebben een lobby georganiseerd tot in de Kamer en toen ging de meerderheid van de politiek om. Ik moet constateren dat mijn waarneming uit eerste termijn klopt: er komt alleen maar een basisstelsel in de zorg op privaatrechtelijke grondslag omdat private verzekeraars het pleit hebben gewonnen. Wij zijn niet bezig met de belangen van burgers, maar met de belangen van verzekeraars. Dat stemt mij droef.

Vervolgens kom ik te spreken over de risico's. De minister zegt: heldere brief van Bolkestein, maar hij gaat er niet over. Dat is precies het probleem. Ik herhaal wat ik in een interruptie tegen de minister zei. Het zal niet de eerste keer zijn dat Nederland sterk verrast wordt door uitspraken van het Europees Hof. Denk aan de gelijke behandeling van mannen en vrouwen. Daar heeft Nederland zich echt lelijk op verkeken. De vraag blijft: waarom zouden wij dat risico moeten lopen? Dit nog afgezien van de waardering van het risico, namelijk de mate waarin het zich zou kunnen voordoen. Waarom ~~de~~ berhaapt dat risico lopen? De minister speculeert zelfs al over een plan B. Dat is niet goed en zou ook niet moeten. Ik herhaal dus mijn standpunt uit eerste termijn, want de minister heeft mij absoluut niet kunnen overtuigen. Een risicovrije uitvoering van een nieuwe basisverzekering voor gezondheidszorg kan alleen maar op publiekrechtelijke grondslag.

Ik kom nu te spreken over de no claim inzake huisartsenzorg. Wij hebben gezien dat de CDA-fractie hier een move heeft gemaakt. Ik moet de heer Buijs complimenteren: wat hij buiten de Kamer zei, zei hij ook binnen de Kamer. Dat doet mij echt deugd en daar wil ik graag een compliment voor uitdelen. Het is de kleine winst van dit debat. Ik zeg erbij dat mevrouw Schippers volstrekt gelijk had toen zij vroeg waarom er in het geval van huisartsenzorg geen no claim verstrekt mag worden, terwijl dezelfde redenering voor andere noodzakelijke zorg weer niet geldt. Ik zie het verschil ook niet, maar ik trek

een andere conclusie: stop met die no claim.

Ook met betrekking tot het debat over de zorgtoeslag moet ik constateren dat er sprake is van een verschil. De minister is in ieder geval helderder over zijn plannen met de zorgtoeslag dan de CDA-fractie. Dat wordt nog een heel boeiend debat, mijnheer Buijs. Ik heb namelijk het idee dat de beloftes die de CDA-fractie heeft gedaan om overstag te gaan in de richting van een nominale premie met een zorgtoeslag, niet gingen over een gemiddelde premie en een gemiddelde no claim, maar over werkelijke kosten die mensen maken en elke dag voelen in de portemonnee. Dat is iets anders dan waar het kabinet mee bezig is. Ik zeg de heer Buijs graag toe dat wij daar dan ook uitgebreid op terugkomen.

Voorzitter. De minister is ingegaan op de samenhang tussen de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Dat vond ik niet helder. De minister heeft in dit verband zijn verbod op koppelverkoop nader uiteen gezet. Daarbij gaat het om de koppeling tussen basispolis en aanvullende polis. De minister heeft gezegd dat hij zich nader gaat beraden op het vraagstuk van de collectieve polissen die werkgevers voor hun werknemers inkopen. Wij zien graag dat de minister de samenhang met de AWBZ-plannen en de Wet maatschappelijke ondersteuning nader schetst. Dit is heel belangrijk.

De minister heeft ook al aangegeven dat hij liever had dat de AWBZ deel uitmaakte van de basisverzekering. Er is dan via de verzekeringstechniek wat meer budgettaire controle mogelijk. Het kabinet doet dat echter niet. Er is voor de minister dus aanleiding om op dat punt wat door te denken.

Ik heb nog een motie. Tot mijn spijt moet ik constateren dat het kabinet anders dan verschillende politieke partijen twee jaar geleden, de claims inzake solidariteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit niet hard kan maken. Wij hebben een mooi onafhankelijk instituut voor. Wij stellen het overigens op prijs als het CDA onze motie wil steunen. Twee jaar geleden hebben de politieke partijen hun plannen aan dat instituut voorgelegd. Het zou het kabinet sieren als het dat met de onderhavige plannen ook deed.

Vendrik

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er nog steeds veel onduidelijkheid heerst over de score van de zorgstelselplannen van het kabinet op de criteria waarop de politiek het stelsel hoort te toetsen, te weten solidariteit, keuzevrijheid, doelmatigheid en de risico's die het systeem met zich brengt;

overwegende dat het CPB bij de doorrekening van de verkiezingsprogramma's 2003-2006 heeft laten zien, een grote expertise te hebben om de stelselplannen van verschillende partijen van een kwalitatieve analyse te voorzien en op de genoemde criteria te beoordelen;

van mening dat voordat de uiteindelijke beslissing genomen kan worden om tot een heel nieuw zorgstelsel over te gaan, het parlement van een onafhankelijk instituut deze scores hoort te kennen om op basis daarvan een afweging van de kabinetsplannen te kunnen maken;

verzoekt de regering, haar zorgstelselplannen door het CPB te laten beoordelen en deze beoordeling uiterlijk op prinsjesdag aan de Kamer te sturen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Vendrik en Heemskerk. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 26 (23619).

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Dan gaan wij echt het debat aan over geanalyseerde feiten en niet over geruchten, suggesties en veronderstellingen, zoals Moskou aan zee en national health care. Wij weten ook precies wat de verschillende partijen ingeleverd hebben, de linkse partijen met voorrang. Van de rechtse partijen hebben wij dit op dit vlak nog niet gezien. Wij weten dan ook hoe het kabinet langs dezelfde maatlat scoort. Dat zou bovendien het debat verhelderen. Ik hoop dat de minister daaraan wil meewerken.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Een hoofdlijnen debat houdt in dat wij commentaar geven op de richting en de hoofdlijnen van de plannen van het kabinet. Ik had dan ook niet verwacht dat wij op alle onderdelen tot overeenstemming zouden komen. Mijn fractie denkt dat de komende debatten pittig zullen zijn. Immers, er zijn op heel wat belangrijke onderdelen verschillen van opvatting tussen het kabinet en mijn fractie. Ik behandel ze niet uitvoerig.

Wel maak ik enkele korte opmerkingen over de keuze tussen privaat- en publiekrecht. De minister had daar geen slecht verhaal over. Uit mijn mond is dat best wel een compliment. Toch heeft dat bij mijn fractie niet alle aarzeling weggenomen. De voorkeur van mijn fractie is dan ook niet veranderd. Deze reactie van het kabinet vind ik uit zijn oogpunt niet onbegrijpelijk. Gelet op de ontvangen signalen wil het kabinet toch doorzetten, omdat er geen 100% garantie mogelijk is. Daar heb ik dus begrip voor. Later zullen wij het debat daarover voortzetten.

Over de inkomenseffecten wil ik nog zeggen dat ik niet alleen de irritatie van de heer Bakker niet deel, maar dat ik die ook niet goed begrijp. Hij meent dat in alle debatten over zorg en ziektekosten de inkomenscomponent overheerst. Neem mij niet kwalijk, maar ik vind dat inkomenssolidariteit in dit debat geen PM-post mag zijn. Inkomenssolidariteit is daar juist een belangrijk onderdeel van. Wij moeten daar dan ook niet voor weglopen; wij moeten het dus met elkaar willen bespreken. Voor mijn fractie is de uitwerking van het stelsel een belangrijk aandachtspunt. Dit geldt ook voor de portemonnee van degenen die ermee te maken krijgen. Zij hebben niet gevraagd om dit systeem in te voeren.

Ik heb al heel veel over de no-claimregeling gezegd, inclusief de zorgtoeslag. Ik heb al aangegeven welke geweldig grote problemen ik hierbij voorzie. Ik veronderstelde in eerste instantie dat er een soort open trekkingsrecht op de fiscus zou zijn. De minister heeft voor mij aannemelijk gemaakt dat dit er niet is, omdat, zoals in dit debat klip en klaar is gebleken, het alleen nog maar om de premies gaat. En dan kun je niet eindeloos blijven afwentelen op de

schatkist, omdat het alleen over de premies gaat. Daar zit volgens mij ook een belangrijk verschil tussen het kabinet en de CDA-fractie bij de invulling van de zorgtoeslag. Daarover zullen wij ook komen te spreken.

De huisarts zou uit de no-claimregeling moeten. Dat is een belangrijk punt. Ik heb de motie niet voor niks ingediend indertijd. Alsnog heeft die vandaag een meerderheid gekregen, denk ik dan maar. De CDA-fractie heeft aangegeven dat het een conditio sine qua non is dat de huisarts eruit gaat. De minister zou het betreuren als de huisarts eruit gaat. Ik ga ervan uit dat de minister er alsnog aan vasthoudt, maar ik vraag hem om dit te bevestigen gelet op het standpunt van de CDA-fractie dat er dan geen no-claimregeling komt.

Voor mijn fractie is de kwestie van een schoon pakket belangrijk. Het is een principiële stellingname. Als je iedereen verplicht laat toetreden en zich laat verzekeren voor een basispakket, behoort een dergelijk pakket geen controverse te bevatten. In die zin behoort het een schoon pakket te zijn. Wij hebben daarover jaar in, jaar uitgesproken. Op z'n minst zul je degenen die tegen bepaalde verstrekkingen principiële bezwaren hebben, de ruimte moeten geven voor een alternatief. De minister heeft daarvoor een toezegging gedaan; niet in de zin van een geruststellende mededeling, maar wij zullen erop terugkomen. Ik wacht het met belangstelling af. Voor mijn fractie is het een heel belangrijk en principieel punt waartoe je mensen bij een verplichte verzekering kunt verplichten.

Op de verzekerdennobiliteit komen wij nog terug.

Ik heb nog een vraag gesteld over de scorekaart. Misschien kan de minister daarop nu reageren. Het gaat om een jaarlijkse scorekaart voor de prijs-kwaliteitverhoudingen.

De minister wil de garantie geven dat de werkgevers in elk geval niet meer dan 50% behoeven bij te dragen. Volgens mij lost dat het probleem niet op. Dan is er nog steeds het probleem van een afwenteling van 50% van de kostenstijgingen. Dan is het nog steeds open in de richting van de werkgevers. Volgens mij is het een probleem van VNO/NCW. Misschien kan de minister daarop nog ingaan.

Rouvoet

Concluderend, de kernvraag die aan het eind van dit hoofdlijnen debat beantwoord moet worden, is of de Kamer in meerderheid aan de regering het groene licht geeft om door te gaan op de ingeslagen weg. Gelet op de onontkoombaarheid van een stelselwijziging, heb ik er geen behoefte aan om een stopsein te geven. Er zijn echter zoveel verschillen op belangrijke punten dat een groen licht mij ook te ver gaat. Laat ik ermee volstaan dat ik bij een aantal punten de waarschuwingsvlag wil hijsen. In de verschillende debatten zullen wij daar uitvoerig op terugkomen.

□

De heer **Buijs** (CDA): Mijnheer de voorzitter. Ik dank de minister dat hij nog eens helder uiteen heeft gezet waarom wij het doen. De maatregelen komen niet uit de lucht vallen. Het is een middel om een doel te bereiken en dat doel is om afstand te nemen van het huidige, bureaucratische, vastgeroeste, aanbodgestuurde en verstolde stelsel. Daarvoor is die stelselwijziging noodzakelijk. Op een of twee fracties na ziet iedereen ook die noodzaak wel in. Juist als wij het niet doen en op deze manier doorgaan, komt de solidariteit echt in gevaar. Dan wordt het onbetaalbaar en kan de solidariteit die wij moeten opbrengen, niet meer betaald worden. Ik hecht eraan duidelijk te zeggen, dat deze stelselwijziging in het licht staat van het behoud van de gewenste solidariteit straks c.q. de verbetering ervan. Ik wilde dit toch even kwijt, want ik vind het belangrijk om aan te geven dat wij dit niet zomaar voor de lol doen. Wij doen het ergens voor en dat is een duidelijke reden.

De minister heeft gezegd dat er bij het systeem van lastenmaximering geen licht zit tussen de heer Buijs en hem. De heer Bakker sprak daarover wat badinerend. Tenzij de heer Bakker vindt dat hij niet meer aan het Hoofdlijnenakkoord is gebonden, moet hij toch lezen wat op de bladzijden 4 en 8 daarvan staat geschreven. Daar staat heel duidelijk wat ik namens mijn fractie naar voren heb gebracht. Dat betekent dat het voor ons een heel belangrijk punt zal zijn in de komende debatten. Ik wil van de heer Bakker horen of hij zich nog steeds gebonden acht aan het regeerakkoord. Zo ja, dan moeten wij in goede coöperatie met

elkaar bekijken hoe wij hier niet het huishoudboekje van de heer Bakker, maar gewoon een goed stelsel van zorgmaximalisering gezamenlijk kunnen volbrengen, juist om de solidariteit tot uiting te brengen. Dit moest ik even kwijt, voorzitter, want het zat mij dwars. Als een coalitie-partner de indruk wekt weg te lopen van het regeerakkoord, dan wil ik daar duidelijkheid over hebben.

Ten aanzien van de DBC-systematiek heb ik de minister gevraagd er duidelijk over te zijn of er een moment kan komen waarop hij zou willen overstappen naar een DHG-systeem. Het gaat tenslotte om de productprijzen en wij moeten af van het blokkadegevoel dat de specialisten veroorzaken.

Wat betreft het wegblijftarief zou ik graag willen dat de minister nog eens nader onderzoek doet naar de wijze waarop specialisten soms 140% plannen, terwijl zij 100% tijd hebben en daardoor mensen naar huis moeten sturen. Ik vind dat, zeker waar het mensen betreft die werkzaam zijn in bedrijven, een grote schadelast. Ik zou graag willen dat de minister daar zijn gedachten over laat gaan, opdat het wat meer in evenwicht kan worden gebracht.

Ik denk dat wij in de komende tijd een heel drukke periode tegemoet gaan, willen wij dit stelsel per 1 januari 2006 kunnen realiseren. Mijn fractie wil er graag met de diverse fracties in de Kamer, maar ook met het kabinet, verder aan werken om dit vorm te geven. In de brief van de minister, van 12 maart, wordt de Kamer duidelijk uitgenodigd om mee te denken. Wij kunnen zo werkende weg tot een stelselwijziging komen.

Wat betreft de no-claimregeling zullen wij ons er hard voor maken dat de huisarts daar niet onder valt. Ik voel mij wat dat betreft gesteund door meerdere fracties in de Kamer. Ik heb er goede argumenten voor aangedragen en ik durf zelfs de stelling aan dat het niet opnemen van de huisarts in de no-claimregeling de systematiek van de regeling zal versterken, juist vanwege die begeleidende en ondersteunende rol. Wij komen daar later op terug. Mijn fractie stelt dit als eerste voorwaarde om akkoord te kunnen gaan met de no-claimregeling.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De heer Buijs heeft heel helder aangegeven waarom wij aan dit alles beginnen: het is geen Haagse hobby maar pure noodzaak. Mensen hebben hun gezondheid als nummer één op hun prioriteitenlijst staan. Dat moeten wij dus goed regelen en dat kan beter. Mensen zien niet zomaar af van zorg.

Dat brengt mij op de no-claimregeling. Het VVD-voorstel is een eindvariant, waarbij de zorgpas heel belangrijk is. Je moet dan eerst een goed functionerende zorgpas hebben, ook om de administratieve lasten goed in bedwang te houden. Immers, bij een goed functionerende zorgpas zijn de administratieve lasten niet groot. Het voorstel van het kabinet zien wij als een eerste stap in de goede richting; het is nog geen eindmodel. Wij verschillen daar in het geheel niet van mening met het kabinet.

De omslag is essentieel om ook in de toekomst een solidair systeem te handhaven waarvoor het draagvlak groot is. Wat mij verwondert, is dat niemand zich zorgen maakt over het huidige draagvlak van het huidige systeem. Daarin zie je dat particulier verzekerden voor hun WTZ- en MOOZ- premies gigantische bedragen uitgeven, soms wel meer dan voor hun eigen premie. Die omslag moeten wij echter niet overdrijven. Het is feitelijk een heel gematigde omslag, als je bedenkt dat 96% van de zorg collectief verzekerd blijft en de risicosolidariteit groot is. Ik beweer dat deze groter is dan in het huidige systeem, want in de particuliere verzekering is er helemaal geen risicosolidariteit. De overheidsinvloed is substantieel.

De kern is dat er meer dynamiek moet komen. Kunstmatige posities en handelingen, gericht op regels, moeten wij ombuigen naar een gerichtheid op de wensen van de patiënten. Marktwerking blijft een relatief begrip in de zorg; het dient ten hoogste als middel op een aantal deelmarkten. Wat wij daarin van belang vinden, is dat wij wel een beetje tempo moeten houden. De minister heeft een DBC-invoering van 10%, een zeer kleine stap, nu twee keer uitgesteld. Ik ben er verder niet op ingegaan ± dat komt later aan de orde ± maar wij wensen daar wel enige dynamiek in te houden.

Schippers

Ik wacht de informatie van de minister af over de rol van de werkgever en de wijze waarop hij de zorgkamerfunctie vorm wil geven.

Wat betreft de publiekrechtelijke en de privaatrechtelijke discussie wil ik aangeven dat er ook voor een publiekrechtelijk systeem risico's bestaan. Het gaat dan om het risico dat je niet de dynamiek op de markt kunt krijgen die wij wel graag wensen en ook noodzakelijk achten voor een goed gezondheidszorg-systeem. Wat dat betreft loop je in beide systemen risico's. Met die risico's moet je slim omgaan en ze opvangen als het zover is.

Ik heb in dit hoofdlijnen debat een aantal vragen gesteld. Ik heb die vragen hier niet voor niets gesteld. Zij zijn namelijk belangrijk voor onze overwegingen met betrekking tot de uitkomsten van de voorliggende wetsvoorstellen. Ik wil heel graag schriftelijk of hier in het debat van de minister horen of het in het Europese mededingingskader mogelijk is om in de gedragscode van zorg-verzekeraars een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering op te nemen. Ik vind dat een belangrijk issue.

Ook een level playing field is belangrijk. Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag aan welke uitgangspunten zowel particuliere verzekeraars als ziekenfondsen moeten voldoen met betrekking tot hun reserves en hun positie op die nieuwe markt.

Ook wil ik graag, eventueel schriftelijk, van de minister vernemen hoe wij het toezicht moeten zien. Wordt dat uitgeoefend door de pensioen- en verzekeringskamer of door het College toezicht zorg-verzekeringen? Wat is de rol van de zorgautoriteit? Hoe wordt het CTG daarin gevoegd? Ik wil daarover graag meer informatie van de minister.

De **voorzitter**: De heer Nawijn laat zich verontschuldigen voor de rest van dit debat.

□

De heer **Bakker** (D66): Mag ik beginnen met iets te verduidelijken op het punt van de inkomenspolitiek? Natuurlijk is inkomenspolitiek geen PM-post, zo zeg ik ook tegen de heer Rouvoet, alleen niet binnen het stelsel van de basisverzekering. Die inkomenspolitiek heeft de discussies

over de zorg jarenlang veel te veel gedomineerd, heeft vraagsturing belemmerd, vereist een centraal gestuurd model en heeft geleid tot de zorg die wij kennen, tot de neiging om iedereen in het ziekenfonds te willen stoppen, tot een gesocialiseerd systeem en tot heel veel bureaucratie. Het heeft bovendien geleid tot uitstel van de invoering van een nieuw stelsel. Het had al een paar jaar eerder kunnen worden ingevoerd als de inkomenspolitiek dit niet had belemmerd. Inkomenspolitiek hoort thuis in de fiscale omgeving. Daar moet sprake zijn van een deugdelijke inkomenspolitieke compensatie, inclusief de zorgtoeslag, zo zeg ik tegen de heer Buijs. Ik loop geen moment weg van het regeerakkoord. Mijn opmerkingen in eerste termijn hadden betrekking op de agenda die hij daarnaast heeft om te komen tot een eenzelfde type systeem van lastenmaximalisatie op het terrein van onderwijsuitgaven etc. Dat staat allemaal niet in het regeerakkoord.

Ik ben zeer tevreden met het antwoord van de regering op het punt van de transparantie. Mag ik misschien de collega's van SGP en ChristenUnie vragen om niet meer te willen spreken over een schoon pakket. Dat impliceert immers dat een niet schoon pakket een vuil pakket is. Misschien ben ik daarvoor wat overgevoelig, maar ik heb toch liever dat zij daarvoor een andere benaming bedenken. De gedachte erachter wil ik best ondersteunen, die vind ik heel sympathiek. De benaming vind ik echter onterecht.

Ik ben zeer benieuwd naar de nadere uiteenzetting van de minister over de rol van de werkgevers in die onderhandelingen en de kracht die zij kunnen gebruiken. Het punt van de bureaucratie komt ook nog terug.

De minister zegt dat als de suggestie van de heer Buijs om de no-claimkorting niet van toepassing te laten zijn voor bezoek aan de huisarts tot gaten leidt, deze op andere terreinen moeten worden gedicht. Hij noemde daarbij de medicijnen. Ik wil niet op die route terecht komen. Ik heb best sympathie voor de redenering van de heer Buijs. Het is een afweging. Je kunt het een of het ander kiezen. Het is niet zwart-wit. Het is echter wel zwart-wit als het gevolg is dat er maatregelen moeten worden genomen die ertoe leiden dat de heer Buijs en ik niet hoeven te

betalen als wij naar de huisarts gaan en anderen zwaarder getroffen worden dan nu het geval is. Die kant moet het niet opgaan.

Ik heb in eerste termijn een aantal zeer sceptische kanttekeningen geplaatst bij de omvang van de AWBZ en bij de rol van gemeenten bij de Wet maatschappelijke ondersteuning. Ik herhaal die maar. Ik heb liever dat de noodzakelijke zorg gegoten wordt in een pakket dat deze zorg zo helder mogelijk garandeert. Ik wil geen gemeentelijk model waarbij een en ander afhankelijk is van ambtelijke beslissingen.

De heer **Buijs** (CDA): Dit mag niet blijven hangen. De heer Bakker ontkent nu een aantal dingen, maar ik lees een passage voor uit het regeerakkoord: "Het inkomensbeleid zal worden gekenmerkt door een verdere aanpak van de armoedeval en door een verdere stroomlijning van inkomensafhankelijke regelingen, met name voor zorg, kinderen en wonen." Daar houd ik u aan, mijnheer Bakker. U kunt niet zeggen dat die andere dingen er niet bij horen.

De heer **Bakker** (D66): Nee, maar daar loop ik ook niet voor weg, daar sta ik helemaal achter. Toen ik in eerste termijn de discussie met u zocht, had ik het oog op de nota met uw infuusregeling, waardoor alle mensen met hun formulieren en hun huishoudboekje naar de belastingdienst zouden moeten. Daar voel ik niet voor, maar ik heb geen problemen met de tekst van het regeerakkoord op dit punt. In de nadere uitwerking komen wij er verder over te spreken.

De heer **Buijs** (CDA): Het is geen infuus, het is een loket.

□

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de inbreng in tweede termijn. Het is duidelijk dat wij nog uitvoerig zullen debatteren over tal van onderwerpen. Toch is dit debat en de uitkomst ervan voor mij van groot belang. Ik heb het gevoel dat ik met deze buitengewoon complexe en veelomvattende klus goed verder kan, in de wetenschap dat een heleboel dingen nog opgelost moeten worden. Het is voor mij van groot belang dat ik die steun

Hoogervorst

in de rug voel. Er is op gewezen dat ons nog een heel drukke periode wacht. Er ligt al veel wetgeving bij de Kamer voor en er komt nog een hele hoop aan. Dat moeten wij allemaal in korte tijd grondig bespreken. Ik heb de medewerking van de Kamer hard nodig om dit allemaal tot een goed einde te kunnen brengen. Ik heb het gevoel dat ik daarop kan rekenen.

De heer Heemskerk vond dat ik al te gretig punten van overeenstemming tussen oppositie en regering naar mij toe haalde. Dat was politiek handig bedoeld, maar het pakte misschien te handig uit. Ik reken erop dat de PvdA-fractie, als het op de uiteindelijke maatvoering aankomt, nog wel genoeg redenen kan vinden om zich tegen de voorstellen te keren als dat nodig is. Ik zou het echter liever hebben dat de PvdA bij zoiets belangrijks als een stelselherziening kan meedoen.

Ik ben graag bereid om een notitie te schrijven over eventueel toezicht op verticale integratie. Ik weet niet of dat een heel uitvoerige notitie moet zijn. Misschien kunnen het ook gewoon procedurele afspraken zijn.

De heer Heemskerk zegt dat ik geen helderheid heb kunnen verschaffen over de grenzen van de marktwerking. Dat heb ik ook niet geprobeerd, omdat ik het ook niet weet. Laten wij met behoedzaamheid steeds een stukje verder proberen te komen. Dan zien wij wel of het moeilijker of makkelijker wordt. Ik weet simpelweg niet wat wij allemaal met die marktwerking kunnen bereiken. Ik weet niet hoever het kan gaan. Het is mij helder dat er een systeem moet komen dat veel meer prestatiegericht wordt, dat veel transparanter wordt, een systeem waarin mensen op prestatie worden afgerekend. Dat vereist nog heel veel hervormingen.

Ik heb steeds gezegd dat marktwerking daarbij een hulpmiddel en geen doel op zichzelf is. Daarom verzet ik mij ook tegen het beeld dat de SP steeds ophangt, alsof dit een grote marktliberaliseringsoperatie is. Dat is het niet. Wij maken wel gebruik van marktkrachten. Wij hebben nu al marktwerking. Het is pril, maar het is goed en het helpt. Ik wijs op de attitude van de zorgverzekeraars ten aanzien van de cure, waarin men actief is, waar de ziekenhuizen weten dat de verzekeraar met hen meekijkt, waar de huisarts weet dat de verzekeraar

meekijkt naar het voorschrijfgedrag, waar de apotheker weet dat de verzekeraar meekijkt. Dan is het systeem met prille marktwerking toch al beter dan het andere.

De heer Heemskerk heeft verzocht om een soort schriftelijke opinie te krijgen over het gesprek dat wij met de heer Geelhoed hebben gevoerd. Ik denk niet dat dit mogelijk is. De vaste commissie kan zich zelf nog tot de heer Geelhoed wenden. Het Hof oordeelt alleen aan de hand van een concreet voorgelegde casus en niet vooraf. Het zal geen uitspraak doen over beleid. Ik denk dat dit ook niet zou moeten. Wij hebben informeel gepolst of wij hiermee een onbegaanbare weg opgaan. Daarover hebben wij een gevoel van comfort gekregen. Veel belangrijker is de brief die wij van de Commissie, van de heer Bolkestein, hebben gehad, omdat deze voor Europese begrippen zo helder is als zij kan zijn. Vandaar dat wij daarmee verder kunnen gaan.

Ik zal de Kamer nog laten weten wat wij met het pakket doen, waarnaar de heer Van der Vlies heeft gevraagd. Ik was het met de opmerking van de heer Bakker over de benaming van dat pakket wel eens.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Een schoon pakket moet ook worden verstaan als een opgeschoond pakket, in die zin dat voorzieningen waar mensen bezwaren tegen hebben, er niet meer in zitten. Ik heb begrip voor de gedachtegang, maar dat moet zo worden verstaan.

De **voorzitter**: Daarmee is ook de vraag van de heer Bakker over de terminologie beantwoord.

Minister **Hoogervorst**: Een opgeschoond pakket klinkt alweer wat vriendelijker.

De heer Van der Vlies heeft ook nog gevraagd naar de grote gezinnen. Dat is wel interessant. In de Ziekenfondswet hoeft voor kinderen niet te worden betaald en dat wordt straks ook zo voor mensen die particulier verzekerd zijn. Dat is een groep die er duidelijk fors op vooruit gaat. Ik had gisteren een partijgenoot van de heer Van der Vlies uit Zeeland op visite, een gedeputeerde. Hij vertelde mij dat hij elf kinderen had. Deze man gaat er waarschijnlijk 200% op vooruit. Ik

begrijp dat dit in deze achterban zeer wordt verwelkomd.

Mevrouw Kant heeft een aantal moties ingediend. In de eerste verzoekt zij de regering, alle voorgenomen maatregelen in de zorg te onderzoeken op negatieve effecten voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. Wij zullen de inkomenseffecten zeer zorgvuldig bekijken. Ik doe dit niet alleen voor het inkomensbeeld 2006. Wij kijken vooral naar de gevolgen op langere termijn, dus ik denk dat deze motie overbodig is.

Mevrouw **Kant** (SP): De motie gaat niet alleen over koopkrachteffecten, maar over alle negatieve effecten. Het kan ook zijn dat men afziet van zorg, zoals is gebeurd bij de eigen bijdrage in de thuiszorg.

Minister **Hoogervorst**: Ik wil vooral kijken naar de positieve effecten, want daarvoor doen wij het allemaal.

De volgende motie vraagt om chronisch zieken en gehandicapten uit te zonderen van de no-claimmaatregelen, maar dan wordt de regeling onuitvoerbaar. Dat is precies het type motie waardoor het eigen risico in de jaren negentig onuitvoerbaar is geworden, dus ik wijs deze motie af.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister zegt dat de regeling dan onuitvoerbaar wordt, maar in het verleden is ook een uitzondering gemaakt voor chronisch gebruik van fysiotherapie. Hetzelfde geldt voor zelfzorgmiddelen. Dat is nu allemaal afgeschaft, maar dat was prima uitvoerbaar, omdat de huisarts gewoon aangaf dat iemand chronisch ziek was. Dat is heel makkelijk uitvoerbaar en helemaal niet ingewikkeld.

Minister **Hoogervorst**: Ook die regelingen leden heel ernstig onder de uitvoerbaarheid. Daar zou ik dus de no claim niet aan willen onderwerpen.

Er is voorts een motie ingediend waarin de regering wordt verzocht, uit te gaan van een zorgtoeslag die de kosten van de zorg aan een maximum bindt. Dat zou betekenen dat de zorgtoeslag voor ieder individu anders wordt. Dat wordt uitvoeringstechnisch vreselijk ingewikkeld. Het zou voorts betekenen dat na een bepaald punt alle zorg gratis wordt. Dan ontvalt

Hoogervorst

eigenlijk de hele zingeving aan deze operatie, omdat het voor een verzekerde ook helemaal niet meer belangrijk is om voor welke verzekeraar dan ook te kiezen. Dan kiest hij gewoon voor de duurste die het meeste biedt, tegen welke prijs dan ook. Dat moeten wij dus niet willen.

In de motie op stuk nr. 25 wordt in de eerste overweging gesteld dat het winstoogmerk zal worden ingevoerd in de gezondheidszorg. Die overweging klopt niet, want het winstoogmerk bestaat al in de gezondheidszorg. Ik noem specialisten en toeleveringsbedrijven. Er wordt ontzettend veel winst gemaakt in de gezondheidszorg. In de motie wordt de regering verzocht, te bewerkstelligen dat de gemaakte winsten altijd weer terugvloeien naar de zorg. Daarmee wordt het maken van winst onmogelijk gemaakt. Ook nu mag men gewoon reserves kwaken in ziekenhuizen en dergelijke. Er zijn nu heel grote verschillen in efficiency tussen de verschillende ziekenhuizen in Nederland. En toch hebben ze allemaal hetzelfde financiële eindresultaat. Hoe kan dat nu toch? Dat komt omdat men gewoon alleen maar in die budgetten denkt en die budgetten opmaakt. Er zit geen enkele drive in het systeem om doelmatigheid te optimaliseren. Maar het komt natuurlijk ook omdat men geen winst mag maken en die niet mag aanwenden ter uitkering. Ik zeg niet dat ieder ziekenhuis winst moet gaan uitkeren aan zijn aandeelhouders ± zo ver zijn wij nog lang niet; het zal ook allemaal heel geleidelijk gaan ± maar het kan echt een goede drijfveer zijn om efficiency te optimaliseren. Er zijn tal van economische activiteiten in ons land die buitengewoon onmisbaar en buitengewoon nuttig zijn, waar gewoon winst wordt gemaakt. Dat hoeft in de zorg ook niet veel anders te zijn.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De minister zegt dat het niet de bedoeling is dat iedereen zijn winst mag gaan uitkeren aan de aandeelhouders, maar hij zal het met mij eens zijn dat, op het moment dat een winstoogmerk wordt toegelaten bij verzekeraars, hij daar vanaf de eerste dag geen weerwoord op zal hebben.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb daar op zichzelf ook niet al te veel problemen mee.

De heer Vendrik heeft gezegd dat de private verzekeraars in de lange strijd het pleit hebben gewonnen. Dat wordt in de verzekeringswereld in ieder geval niet zo ervaren. Ik heb in elk geval geen huilende vertegenwoordigers van ziekenfondsen bij me gehad. Ik heb niet gehoord: wat vreselijk dat die particuliere verzekeraars hebben gewonnen. Zij zijn bij mij niet langs geweest. Zij zijn erg goed in het langs komen en het klagen als er wat te klagen valt. Zo wordt dat dus niet beleefd. Ik denk dat iedereen in de wereld van verzekeraars erkent dat er gewoon een goed midden is gevonden tussen sociaal en privaat.

De heer Vendrik heeft terecht opgemerkt dat er een fundamentele discussie moet worden gevoerd over de AWBZ. Het zou eigenlijk helemaal integraal moeten gebeuren, maar het is daarvoor te veelomvattend. Als je alles aan elkaar gaat verbinden, kom je natuurlijk helemaal nergens. Wij komen binnenkort met een notitie aan de Kamer, waarin meer ten principale over de toekomst van de AWBZ wordt gesproken. Dan kunnen wij dus wel weer een moment vinden.

De heer Vendrik heeft gevraagd of het plan niet ter beoordeling aan het CPB kan worden voorgelegd. Dat is al gebeurd. Er ligt een studie van januari 2003 met een analyse van het nieuwe zorgstelsel. Het is een uitmuntende studie. Bovendien is het regeerakkoord twee keer doorgerekend door het CPB en daarin was het ook vervat. Ik denk niet dat het CPB hierover nieuw licht kan laten schijnen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De doorrekening van twee regeerakkoorden is hier totaal irrelevant. Daarover gaat het helemaal niet. Het gaat over een economische analyse van het systeem. De minister weet net als ik dat de details van zo'n systeem, de precieze vormgeving ervan, uitermate bepalend kunnen zijn voor de werking in zijn totaliteit, met name voor de score op de punten die ik heb genoemd. Zo heeft het Centraal Planbureau in 2002 de voorstellen beoordeeld van de linkse partijen, inclusief de ChristenUnie en D66. Het voorstel dat nu op tafel ligt is een ander, uitgewerkter voorstel dan dat van januari 2003. Ik vraag het kabinet om dit nieuwe voorstel, wellicht aangevuld met nieuwe inzichten van de minister, aan het

CPB aan te bieden om het langs exact dezelfde meetlat te leggen als die waarlangs de voorstellen van vele partijen in 2002 zijn beoordeeld. Als dat is gebeurd, kunnen wij op basis van feiten en analytisch materiaal het debat beslechten dat wij met elkaar voeren over de vraag of dit een bijdrage is aan de solidariteit, aan de kwaliteit enz.

Minister **Hoogervorst**: Het CPB heeft er een aantal malen uitvoerig naar gekeken. Ik heb niets wezenlijks veranderd ten opzichte van het regeerakkoord, dus ik zie geen enkele noodzaak om naast alle instanties die ik al raadpleeg ook nog eens het CPB te vragen zijn licht hierover te laten schijnen. Dat heeft geen meerwaarde. Ik heb er ook geen tijd meer voor. Ik moet door met deze zaak.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vraag het niet voor niets. Staat u mij toe, voorzitter, om hierover nog iets te zeggen?

De **voorzitter**: Nee, dat sta ik niet meer toe, want u heropent steeds de discussie. Ik heb u toegestaan om een toelichting te geven. De minister heeft antwoord gegeven. Als uw motie in stemming is gebracht, zal er een uitslag van de Kamer liggen.

Ik nodig de minister uit, zijn betoog af te ronden.

Minister **Hoogervorst**: De heer Rouvoet heeft als een van de belangrijkste toetsstenen de inkomenssolidariteit genoemd. Ik ben het met hem eens. Wij zullen daarover nog uitvoerig praten.

Het is waar dat die 50% voor de werkgeversbijdrage geen garantie is, maar er is geen enkele garantie. De werkgevers zijn bij mij langs geweest. Ik heb hun het voorbeeld voorgehouden van de Verenigde Staten waar geen collectief ziektekostenstelsel is, maar waar de werkgevers toch zwaar zuchten onder de kosten van de ziektekostenverzekering, omdat deze kosten bij de meeste bedrijven onderdeel uitmaken van de arbeidsvoorwaarden. Veel bedrijven gaan er zo'n beetje aan kapot, omdat die kosten in Amerika op een geweldige manier de pan uitrijzen. Ik heb de werkgevers verteld: ook als ik alles op kosten van de cliënt doe, dan nog zou u er mee te maken hebben via de afwenteling in de arbeidsvoorwaarden. Ik begrijp de zorg van de

Hoogervorst

werkgevers wel. Die willen niet het putje van het systeem worden. Het is politiek gezien wel gemakkelijk om het maar bij de werkgevers neer te leggen. Ik heb daarom gezegd dat ik bereid was wettelijk de 50%-grens aan de werkgeversbijdrage aan de totaalkosten te regelen, zodat er een extra drempel is om alles maar bij de werkgevers neer te leggen.

De heer Buijs heeft gerefereerd aan de DBC's. Hij heeft een suggestie gedaan over de DRG-systematiek. Wij gaan in juni met elkaar praten over DBC's. Ik zal graag zijn suggestie schriftelijk commentariseren en dit commentaar nog voor die bijeenkomst aan de Kamer doen toekomen.

Over het wegblijftarief komen wij nog te spreken. Dat wil ik dan ook even parkeren. Ik begrijp de gevoelens van de meerderheid van de Kamer, maar het gaat om een zeer ingewikkelde zaak.

Ik heb hem kennelijk niet weten te overtuigen van de huisarts in de no claim. Ik ben er nog steeds van overtuigd dat als er één belangrijk onderdeel is van ons zorgstelsel dat zwaar onder druk staat, het de huisarts is. Hoe ironisch het ook moge klinken, zo'n no claim kan volgens mij juist bijdragen aan de toegankelijkheid van de huisarts, met name in de grote steden.

Mevrouw Schippers refereerde aan het VVD-voorstel voor de no claim. Dat is inderdaad niet strijdig met de plannen van de regering. Ik heb verder begrepen dat het VVD-voorstel niet is gelanceerd als een idee dat zomaar, één-twee-drie kan worden ingevoerd; het is meer een verfijning die wel het een en ander zou vergen in de sfeer van automatisering en zorgpas. Wellicht kan dit voorstel in de toekomst een rol spelen. Terecht wijst zij erop dat particulieren niet alleen hun eigen premie moeten betalen, maar ook via de MOOZ en de WTZ een zware premielast hebben ± in die zin is de particuliere verzekering in feite ook al een soort ziekenfonds geworden. Ik begrijp dat mevrouw Schippers veel waarde hecht aan een reëel begin van marktwerking bij de vrije DBC's. Ik zet alles op alles om daarmee echt te kunnen beginnen op 1 januari.

Nu de kwestie van het opnemen in een gedragscode van een acceptatieplicht voor aanvullende verzekeringen. Ik vind dit een moeilijke zaak. We zouden kunnen bekijken of dit Europeesrechtelijk mogelijk is, maar

volgens mij leidt zoiets altijd tot een soort basispakket. Bij een acceptatieplicht vindt immers altijd zelfselectie plaats, waardoor met name de slechte risico's naar de verzekeraars stromen. Als er daardoor weer een risicovereveningssysteem moet komen, ben je volgens mij verder van huis.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voor alle helderheid: ik pleit zeker niet voor een acceptatieplicht van een aanvullende verzekering; dat misverstand wil ik uit de wereld hebben. Maar ik heb van zorgverzekeraars begrepen dat zij bezig zijn met een gedragscode waarin zoiets wordt opgenomen. Vandaar mijn vraag.

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat het zal leiden tot wat ik zojuist heb geschetst, ook al is dit niet wettelijk geregeld.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Mij gaat het erom of het daadwerkelijk mogelijk is afspraken hierover mededingingsrechtelijk, in een vrije markt, mogelijk?

Minister **Hoogervorst**: Dat kan ik niet op voorhand zeggen, dat zou ik met Europese deskundigen en de NMa moeten bespreken. Maar volgens mij leidt zoiets echt tot een soort collectieve verzekering.

De heer **Bakker** (D66): Een verbod op koppelverkoop is volgens mij wel mogelijk. Daar los je het probleem ook mee op.

Minister **Hoogervorst**: Dat is een andere kwestie. Maar of je het probleem daarmee oplost, is volgens mij ook de vraag. Wat gaan verzekeraars doen, wat worden hun toelatingscriteria voor aanvullende verzekeringen als dit volledig wordt losgekoppeld? Nu heeft men al vaak het gevoel dat men met een basisverzekering wat wordt gecompenseerd voor de risicoverevening en neemt men een beetje verlies op de aanvullende verzekeringen voor lief. Ik moet nog zien of men zo coulant zal zijn als dit helemaal van elkaar wordt losgekoppeld. Ik wil deze kwestie echter graag nog eens bekijken. We kunnen er tijdens de behandeling van de wet op terugkomen.

Ik had nog niet gereageerd op het uiteenlopen van de reserves van de

ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars. Ik ben deze kwestie nog aan het bekijken. Wij moeten echter niet te veel willen streven naar een volledig level playing field, want dat zal niet mogelijk zijn. Particuliere verzekeraars hebben misschien het voordeel dat zij wat ruimer in de slappe was zitten, de ziekenfondsen hebben vaak een veel sterkere regionale positie en meer ervaring met inkoop en kostenbeheersing. Hoe dat tegen elkaar opweegt, kan niet met een schaarjtje worden geknipt. Ik laat hier nog naar kijken.

Er moeten nog enkele knopen worden doorgehakt op het gebied van het toezicht. Zodra dat is gebeurd, zal ik de Kamer meer in detail informeren over hoe wij het toezicht voor ons zien. Ik vermoed dat dit in het wetsvoorstel zal gebeuren. Ik hoop binnen niet al te lange tijd met het wetsvoorstel te komen. Anders komt er misschien een aparte notitie. Ik hoop dat uw Kamer dat nog even aan mij wil overlaten.

De heer Bakker heeft nogmaals gesproken over zijn zorgen over de plannen in de AWBZ. In samenhang daarmee heeft hij de kwestie van de bureaucratie naar voren gebracht. Ik stel voor dat wij deze discussie hervatten wanneer ik de nadere notitie heb gestuurd. Ik dank de Kamer voor haar aandacht en voor haar vragen.

De beraadslaging wordt gesloten.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

Aan de orde is het **debat** naar aanleiding van een algemeen overleg op 11 maart 2004 over de **geestelijke gezondheidszorg**.

De **voorzitter**: Het regime bij dit debat is dat de sprekers alleen moties mogen indienen. Ook het vragen van een verduidelijking kan alleen over een motie gaan. Iedereen heeft twee minuten spreektijd. Ik geef mevrouw Kant als eerste het woord.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik wil moties indienen over de maatregel voor de beperking van het aantal psychotherapiebehandelingen. In het