

75ste vergadering

Woensdag 19 mei 2004

Aanvang 10.15 uur

Voorzitter: Cornielje

Tegenwoordig zijn 112 leden, te weten:

Aasted Madsen-van Stiphout, Adelmund, Albayrak, Algra, Aptroot, Arib, Van As, Bakker, Balemans, Van Beek, Blok, Blom, Van Bochove, Boelhouwer, Bos, Brinkel, Buijs, Bussemaker, Cornielje, Crone, Depla, Dezentjé Hamming, Van Dijken, Dijsselbloem, Dittrich, Douma, Duivesteyn, Duyvendak, Eerdmans, Van Egerschot, Eski, Ferrier, Van Fessem, Geluk, Van Gent, Griffith, De Haan, Van Haersma Buma, Van der Ham, Hamer, Haverkamp, Heemskerk, Van Heemst, Hessels, Van Heteren, Van Hijum, Hirsi Ali, Hofstra, Ten Hoopen, Huizinga-Heringa, Jager, Kant, Karimi, Koopmans, De Krom, Kruijssen, Lambrechts, Lazrak, Leerdam, Van Lith, Luchtenveld, Mastwijk, Van Miltenburg, Mosterd, De Nerée tot Babberich, Van Nieuwenhoven, Noorman-den Uyl, Van Oerle-van der Horst, Omtzigt, Oplaat, Örgü, Ormel, De Pater-van der Meer, Rambocus, Rijpstra, Rouvoet, Samsom, Schippers, Slob, Smeets, Smilde, Smits, Spijs, Van der Staaij, Sterk, Straub, Stuurman, Szabó, Timmer, Tjon-A-Ten, Tonkens, Veenendaal, Van Velzen, Vendrik, Verbeet, Verburg, Vergeer, Verhagen, Vietsch, Visser, Van der Vlies, Vos, Bibi de Vries, Jan de Vries, Klaas de Vries, Van Vroonhoven-Kok, Waalkens, Weekers, Wilders, Van Winsen, De Wit en Wolfsen,

en de heer Donner, minister van Justitie, de heer Zalm, vice-minister-president, minister van Financiën, mevrouw Peijs, minister van Verkeer en Waterstaat, de heer De Geus, minister van Sociale Zaken en

Werkgelegenheid, en mevrouw Verdonk, minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie,

en mevrouw Stuiveling, president van de Algemene Rekenkamer.



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

Van Dijk en Timmermans, wegens verblijf buitenslands;

Fierens en Straub, wegens bezigheden elders;

Smits, wegens bezigheden elders, alleen voor de ochtendvergadering;

Leerdam en Timmer, wegens bezigheden elders, alleen voor de avondvergadering.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:
- **de brief van het Presidium inzake Instelling en opdracht commissie Vernieuwing Wet op de Parlementaire Enquête (29547).**

De **voorzitter**: Ik stel voor, de commissie Vernieuwing Wet op de Parlementaire Enquête in te stellen en tevens conform de andere voorstellen van het Presidium te beslissen.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:

- **de brief van de thema-commissie Ouderenbeleid met adviesaanvragen (29549).**

De **voorzitter**: Ik stel voor, overeenkomstig de voorstellen van de commissie te besluiten en de adviezen te vragen.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:

- **de verslagen van de commissie voor de Verzoekschriften over een aantal in haar handen gestelde adressen (29235, nrs. 28 t/m 31).**

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

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet rechtspositie rechterlijke ambtenaren in verband met de toepasselijkheid van de Wet arbeid en zorg ten aanzien van rechterlijke ambtenaren en rechterlijke ambtenaren in opleiding (29409).**

Het wetsvoorstel wordt zonder beraadslaging en, na goedkeuring van de onderdelen, zonder stemming aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomsten-**

Voorzitter

stelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg) (28994).

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Voorzitter. Vraagsturing in plaats van aanbodssturing. Het opheffen van een verschil tussen particulier en fonds. Maatschappelijk ondernemen in plaats van budgetdenken. Minder bureaucratie. Afstemming van zorg binnen Europa. Dat is alles wat het CDA wil en dus staan wij achter deze wetstelselwijziging waarvan deze wet deel uitmaakt. Herziening van het overeenkomstenstelsel met afschaffing van de contracteerplicht is nodig. Het is toch te gek dat een slechte instelling volledig gecontracteerd moet worden, terwijl sommige mensen daar echt niet opgenomen willen worden. Gereguleerde marktwerking is echter pas mogelijk indien er voldoende aanbod is, waardoor de bestaande regio-monopolies doorbroken worden en waarbij de cliënt daadwerkelijk iets te kiezen heeft. Wij denken daarbij niet alleen aan de monopolies van zorgaanbieders, maar ook van zorgverzekeraars. Ook die monopolies in de regio moeten doorbroken worden.

Voorzitter. Het CDA wil vooral opheldering over de positie van de patiënt, de verzekerde, in het voorstel. Ik geef een voorbeeld. Een patiënt moet een prostaatoperatie ondergaan. De huisarts verwijst dan naar de uroloog in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft met deze uroloog echter geen prijs kunnen overeenkomen voor een DBC-prostaatoperaties. Kan deze patiënt dan gedwongen worden zich te laten behandelen in een ander ziekenhuis, bijvoorbeeld op 100 kilometer afstand, of in het buitenland? Heeft hij keuzen of moet hij zelf een deel van de rekening betalen van de niet-gecontracteerde uroloog? Worden de reiskosten vergoed als hij 100 kilometer moet reizen? Graag enige toelichting.

Ik geef een ander voorbeeld dat verband houdt met de AWBZ.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Waarom zou de verzekeraar die actief is in die

regio een aanbieder contracteren die 100 kilometer verderop zit? Dat zal hem toch verzekeren kosten omdat hij in concurrentie is met andere verzekeraars? Bovendien vervalt de contracteerplicht alleen voor die deelgebieden waar voldoende aanbod is. Dus het is geen kwestie van één aanbieder per regio. Er zijn veel meer aanbieders in de regio dan die ene, anders vervalt de contracteerplicht niet.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Het antwoord op de eerste vraag is dat men voor de goedkoopste zorgaanbieder zou kunnen kiezen. Als men toevallig in Limburg woont en de goedkoopste oogoperatie vindt plaats in Stadskanaal, is het theoretisch volgens deze wet mogelijk dat de verzekerde erop gewezen wordt dat hij alleen recht heeft op een operatie in Stadskanaal. De vraag is hoe dat risico moet worden ingeschat. Nu, met onze verzekeraars, is dat risico wellicht laag in te schatten, maar wij krijgen mogelijk ook met buitenlandse verzekeraars te maken voor wie andere normen en waarden gelden. Wij willen niet dat mensen buiten de boot vallen. Daarom vraag ik de minister hoe het precies zit.

De contracteerplicht vervalt alleen in regio's met voldoende aanbod. De vraag is dan wat onder voldoende aanbod wordt verstaan. Ik heb dat niet zo concreet als mevrouw Schippers het formuleert in het wetsvoorstel gelezen. Als dat inderdaad zo is, hoor ik dat graag van de minister. Dat geldt ook voor de definitie van wat voldoende is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Hoe groot schat u zelf het risico in van het scenario dat u schetst?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Elk risico is mij te groot. Ik wil dat daar even naar gekeken wordt. Wij hebben een in mijn ogen grondwettelijk recht op bereikbare en betaalbare zorg van goede kwaliteit. Over deze drie items maken wij ons altijd druk. Om die reden bemoeien wij ons sowieso met de zorg. Deze drie items moeten gehandhaafd blijven en buiten kijf staan.

Mevrouw **Kant** (SP): Zoals u zelf zegt, bestaat het risico dat mensen doorverwezen worden en dat degene naar wie zij worden doorverwezen geen contract heeft met de zorg-

verzekeraar. U schetst daarmee een cruciaal risico van dit wetsvoorstel. Wat is uw mening daarover? Mag dit de consequentie zijn van het wetsvoorstel?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik zie inderdaad een risico. Ik heb een voorbeeld gegeven en zal straks nog een ander voorbeeld geven. Ik hoor graag van de minister of wat ik schets een risico is en welke risicobeperkende maatregelen worden genomen. Ik twijfel en stel daarom deze vraag. Als dat niet zo was, hoefde ik dat niet te doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Als een huisarts om medisch gewenste redenen iemand naar een bepaalde specialist doorverwijst, moet dat toch gewoon vergoed kunnen worden? Dat is toch eigenlijk wat u zegt?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): In mijn voorbeeld ging het om de dichtstbijzijnde behandeling. Een medische reden is een tweede voorbeeld. U zou die vraag in uw inbreng moeten stellen en niet aan mij. Ik wil van de minister weten hoe dit geregeld is. Wij kunnen wel onderling die regelingen bespreken, maar de minister komt met een voorstel en dat bespreek ik graag met hem.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik bespreek dat heel graag met u, omdat ik op dit punt een amendement heb opgesteld. Ik hecht eraan dat daar goed naar gekeken wordt. Het gaat precies over het punt waarop u wijst, namelijk dat als mensen om medisch gemotiveerde redenen worden doorverwezen naar een specialist, zij erop moeten kunnen rekenen dat de behandeling vergoed wordt door hun ziektekostenverzekering. Dat is nogal wat en daar debatteren wij vandaag over. U kunt dan niet antwoorden dat ik dat maar aan de minister moet vragen. Ik zal dat heus wel doen, maar ik hecht eraan te weten wat de mening van de CDA-fractie op dit punt is.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): U hebt het over medische redenen. De vraag is dan ook weer wat een medische reden is. Het lijkt mij goed ook die vraag door te spelen naar de minister. Ik zal heel oplettend naar uw argumenten luisteren en mij daardoor al dan niet laten overtuigen. Daarom zitten wij in deze zaal.

Vietsch

Wij delen de ongerustheid over dit onderwerp.

Voorzitter. Ik geef een ander voorbeeld uit de AWBZ. Een verpleeghuispatiënt wil opgenomen worden in een verpleeghuis waarmee hij gelet op de achtergrond affiniteit heeft, bijvoorbeeld een christelijk-gereformeerd verpleeghuis of een antroposofisch verpleeghuis. Het kan ook zijn dat een Rotterdammer of een Limburger opgenomen wil worden in zijn geboortestreek of -stad waar men in het verpleeghuis zijn dialect praat dat hij makkelijk kan verstaan. Het zorgkantoor heeft echter geen overeenkomst afgesloten met dergelijke verpleeghuizen, want het zorgkantoor contracteert in zijn regio. Welke keuze heeft de cliënt dan nog? Deze cliënt is inderdaad aangewezen op dit regiogebonden zorgkantoor. Daarmee is dus mogelijk een probleem. Wat kan anderzijds een verpleeghuis doen als het van zijn zorgkantoor geen contract meer krijgt, omdat het zorgkantoor bijvoorbeeld niet gelooft in christelijk-gereformeerde of antroposofische verpleeghuizen? Licht het dan langzamerhand niet meer voor de hand om conform onze motie de zorgkantoren af te schaffen en de taak en functie over te hevelen naar de zorgverzekeraars waarbij er wel een schot blijft tussen de AWBZ en de basisverzekering?

De overheid die zich terugtrekt, blijft ook in het nieuwe zorgverzekeringstelsel verantwoordelijk voor bereikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De minister stelt dat spoedeisende zorg moet worden uitgesloten van de DBC-onderhandelingen en dat dit wellicht ook moet gelden voor specifieke medische zorg. Maar deze zorg is onlosmakelijk verbonden met andere functies in het ziekenhuis. Hoe kan de minister bijvoorbeeld garanderen dat bereikbaarheid en kwaliteit van zorg in een regio voldoende blijven, indien de belangrijkste zorgverzekeraar van die regio heeft besloten om geen kinderartsen in het streekziekenhuis in de regio te contracteren?

De CDA-fractie geeft de regering de suggestie mee om in het kader van de gewenste bereikbaarheid de ziekenhuizen los te koppelen van het zorgproductieproces. In plaats van ziekenhuizen, tenzij die artsen in dienstverband hebben, contracteert de zorgverzekeraar dan specialistenmaatschappen. De maatschappen

huren vervolgens à la Zweden het ziekenhuis als facilitair bedrijf in. Graag willen wij een reactie op het Zweedse model.

Het nu voorliggende wetsvoorstel biedt naar onze mening te weinig garanties voor de instandhouding van een goede infrastructuur en bereikbaarheid van de zorg, met name als zorgverzekeraars in de grensregio's ertoe overgaan om vanwege de kapitaallasten goedkopere DRG's in bijvoorbeeld België of Duitsland in te kopen. Dat kan betekenen dat ziekenhuizen in de grensregio's failliet kunnen gaan. Ook daarop willen wij graag een nadere toelichting.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U begint over de DRG's, een variant op DBC's.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Die zijn er in het buitenland.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Precies. U hebt ook al een vraag gesteld over de mogelijkheid om contracten niet meer met ziekenhuizen te sluiten maar met maatschappen. Begrijp ik goed dat de CDA-fractie nu heel duidelijk afstand neemt van de introductie van DBC's als bekostigingssystematiek in de ziekenhuizen?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Nee. U kent ongetwijfeld onze opvatting over de DBC's. Wij zeggen dat dit systeem gewoon moet doorgaan. Er zijn aparte debatten over. Voor ons is alleen de vraag wat er in de vergoedingsfeer zit. In het buitenland zit daarin niet de toeslag van kapitaallasten, een kwart van de kosten. Op het moment dat het net over de grens 25% goedkoper is, is er natuurlijk een kans dat de zorgverzekeraar in zo'n grensregio zegt: ik contracteer net over de grens. Een zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld in Aken in plaats van in Maastricht contracteren. De mensen uit Heerlen maakt het niet uit of zij vijf kilometer de ene of de andere kant op reizen. Het betekent wel dat er in Maastricht een probleem gaat ontstaan, omdat men daar te weinig patiënten krijgt. Wij vragen dan ook hoe de minister met deze situatie wil omgaan. In de toelichting heeft hij al aangegeven dat hij kijkt naar het Duitse model waarin de kapitaallasten ook zijn verwerkt. Vandaar, dat

wij vragen hoe hij ermee wil omgaan in de grensregio's.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U neemt dus geen afstand van de DBC-systematiek zoals die door dit kabinet is voorgelegd. Als zorg ietsjes goedkoper in het buitenland kan worden ingekocht, is dat uiteindelijk aantrekkelijker voor de Nederlandse premiebetaler, zeker als die zorg net over de grens beschikbaar is, want er wordt goedkopere zorg geleverd.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Wij nemen geen afstand van de DBC-systematiek. Wij hebben daaraan wel een aantal randvoorwaarden gesteld, ook betreffende het voortgangproces, datgene wat erin wordt verrekend, de manier waarop ermee wordt omgegaan en de manier waarop wordt omgegaan met opleidingen, vaste lasten en spoedeisende hulp. Die zaken komen in volgende debatten aan de orde. In die debatten zullen wij onze vragen daarbij aan de orde stellen.

Betaalbaarheid van de zorg is een ander kerndoel van de overheid. Wij maken ons er ook zorgen over. De minister geeft aan dat door de geregleerde marktwerking de bedrijfsrisico's zullen toenemen en dat de balansposities van instellingen aanpassing behoeven. Zal dit gevolgen hebben voor de verzekerde, bijvoorbeeld in de vorm van premiestijging? Kan de minister aangeven over welk bedrag wij spreken? Welke gevolgen heeft een eventuele btw-heffing in verband met de wijzigingen? Is daarover inmiddels meer duidelijkheid? Als de zorg door dit soort zaken duurder wordt, willen wij, alvorens met het wetsvoorstel in te stemmen, weten hoeveel duurder.

Samenvattend, de CDA-fractie is van mening dat een herziening van het overeenkomstenstelsel noodzakelijk is, maar niet ten koste van de keuzevrijheid van de patiënt en de zorgplicht van de verzekeraar. Zorgverzekeraars zullen als belangenbehartigers van de patiënt meer sturingsmogelijkheden moeten krijgen, maar daardoor mogen de kwaliteit, de bereikbaarheid en de betaalbaarheid niet in gevaar komen. Mijn fractie wil dan ook in dit debat meer duidelijkheid alvorens zij kan instemmen met het wetsvoorstel.

Mevrouw **Kant** (SP): Als u zegt dat



Mevrouw Tonkens (GroenLinks)

© M. Sablerolle ± Gouda

het niet ten koste mag gaan van de keuzevrijheid van de patiënt, kunt u volgens mij helemaal niet instemmen met dit wetsvoorstel. Als een zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten, heeft de patiënt geen keuzevrijheid meer. U zei zelf dat het de patiënt niet uitmaakt of hij vijf kilometer naar Maastricht of Aken moet reizen. Dat maakt de patiënt wél iets uit, maar hij kan niet meer kiezen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Je kunt natuurlijk eindeloos discussiëren over de vraag wat keuzevrijheid precies inhoudt. Men moet natuurlijk ook een beetje rekening houden met de werkelijkheid. Ik heb twee voorbeelden genoemd aan de hand waarvan ik enkele vragen heb gesteld. Afhankelijk van het antwoord van de minister zullen wij ja of nee zeggen tegen het wetsvoorstel. Dat is voor ons een belangrijk punt. Ik begrijp dat dat ook voor u geldt, maar dat u uw mening al hebt bepaald. Wij wachten echter altijd het debat af om daarna onze mening te bepalen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik bestudeer een wetsvoorstel goed en probeer de gevolgen ervan in kaart te brengen. Hoe u het ook wendt of keert, dit wetsvoorstel beperkt de keuzevrijheid van de patiënten. U geeft dat zelf eigenlijk al aan. Vindt de

CDA-fractie een beperking van die keuzevrijheid gewenst?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Mensen kiezen meestal voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Daarom ook maken wij ons druk om kleine ziekenhuizen en de bereikbaarheid ervan. Je kunt natuurlijk ook kijken naar het medische pakket, maar niet elke specialist staat op de website waardoor het voor patiënten niet mogelijk is om voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Zo werkt het niet in Nederland. Binnen een bepaald kader moeten patiënten een keuzemogelijkheid hebben en de vraag voor ons is nu hoe dat precies zal gaan. Daar gingen mijn vragen over.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U stelt allerlei vragen, maar wilt u ook een oordeel uitspreken over het wetsvoorstel zoals dat nu voorligt?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik heb gezegd dat een verandering van het zorgstelsel nodig is. Wij staan achter dit wetsvoorstel omdat er grote voordelen in zitten. Wel hebben wij enkele knelpunten gesignaleerd waarvoor oplossingen moeten worden gevonden. Ook zal nog het nodige uitzoekwerk moeten worden gedaan. Gisteren hadden wij het AWBZ-debat waaruit bleek dat zorgverzekeraars gedwongen zijn

iedereen te contracteren. Er worden dus leegstaande plaatsen gecontracteerd. Daarnaast staan er bij andere instellingen wachtlijsten. Ik wil te zijner tijd ook liever in een beter verpleeghuis worden opgenomen en daar horen toiletrondes niet bij. Daar zullen lege plaatsen ontstaan en het is goed dat daaraan iets wordt gedaan door middel van dit wetsvoorstel. Ik zie hier grote mogelijkheden. Het wetsvoorstel kent ook enkele negatieve aspecten en wij hebben dus een afweging te maken.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Stemt u tegen het wetsvoorstel als de keuzevrijheid voor de patiënt niet is gerealiseerd?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Wij bepalen ons oordeel aan de hand van de voorwaarden bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Alles heeft zijn voor- en nadelen en wij zullen na het antwoord van de minister een afweging moeten maken. Ik hoop dat hij, ingaande op de door mij gegeven voorbeelden, mij kan geruststellen en een aantal toezeggingen zal doen op deze punten. Ik wacht graag het antwoord van de minister af. Als ik geen vragen had, had ik hier niet hoeven te staan.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Vandaag hebben wij het over een van de belangrijke pijlers onder ons ziektekostenstelsel. De herziening van het overeenkomstenstelsel is een belangrijke stap in de structuurwijziging van centrale aanbesteding naar vraagsturing waarover in het Hoofdlijnenakkoord afspraken zijn gemaakt.

Als er een contracteerplicht bestaat en dus gedwongen winkelnering, komt er in de praktijk weinig terecht van scherpe onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars van zorg, zeker als de prijs ook vastligt. Deze herziening maakt het mogelijk om daar waar voldoende zorgaanbod is, vrij te kiezen welke aanbieder een verzekeraar contracteert en vice versa. Afspraken over kwaliteit, service, maatwerk en prijs kunnen op deelmarkten tot stand komen ten faveure van de patiënt-verzekerde die meer waar voor zijn premiegeld krijgt. De rol van de zorgverzekeraar om namens en voor zijn verzekerde zorg in te kopen op

Schippers

basis van een goede prijs-kwaliteitverhouding wordt hiermee versterkt.

De mogelijkheid om meer maatwerk, service en kwaliteit geleverd te krijgen tegen een goede prijs, is een belangrijk onderdeel van de gewenste concurrentie. Daartoe moet de verzekeraar dan wel worden geprikkeld; zijn inspanningen moeten wel zin hebben. De verzekeraar moet er belang bij hebben om een relatief goed aanbod te doen aan zijn verzekerden ten opzichte van zijn concurrenten.

De zorgaanbieder moet worden geprikkeld om scherpe aanbiedingen te doen. Daarom ondersteunt mijn fractie de keuze van het kabinet om uit te gaan van het natuurasysteem. Tegelijkertijd hechten wij veel waarde aan keuzevrijheid. Dit hoeft niet vrijblijvend te zijn, maar er moet wel sprake zijn van werkelijke keuzevrijheden. Dit is voor ons dan ook een belangrijke motivatie voor de stelselwijzigingen waarvan dit een belangrijke stap is. Door strikt vast te houden aan het natuurlijke karakter van de verzekering en restitutie feitelijk geheel uit te sluiten, ontnemt de minister de verzekerde het ultieme correctiemechanisme ten opzichte van zijn verzekeraar.

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat een verzekerde die kiest voor een andere zorgaanbieder dan de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd, de kosten voor eigen rekening zal moeten nemen. Ik acht het essentieel dat de verzekerde zijn keuzevrijheid behoudt en slechts wordt aangeslagen voor de meerprijs van zijn keuze als hij kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Het is belangrijk om hier even bij stil te staan, want er moet wel een prikkel blijven voor de aanbieder om een scherp aanbod te doen aan de zorgverzekeraar. Als de verzekerde alle kosten kan claimen, kan het zorgaanbod feitelijk vragen wat het wil; het collectief betaalt. Je kunt ook zeggen dat er een race om kwaliteit ontstaat, omdat men nieuwe klanten binnen moet halen, maar de rekening wordt collectief bij de verzekeraar neergelegd die maar heeft te betalen als een soort betaalkantoor. Dit zou een kostenexplosie tot gevolg hebben waarvan de verzekerden uiteindelijk de dupe zijn; zij betalen immers de rekening met hun premie.

Met deze werkelijke restitutievormant \pm die wij voorstellen in een

amendement dat ik heb voorbereid \pm behoudt ook de huisarts in zijn functie van doorverwijzer samen met de verzekerde afwegingsvrijheid.

Voor mij is de keuzevrijheid van de verzekerde voor restitutie een voorwaarde om te kunnen instemmen met de herziening.

De VVD-fractie hecht veel waarde aan een gelijk speelveld voor alle spelers. Met het vervallen van de contracteerplicht is de verzekeraar vrij om bijvoorbeeld een aanzienlijk deel van zijn zorg te contracteren in het buitenland. Nu worden de kapitaallasten van ziekenhuizen in België en Duitsland anders verdisconteerd, waardoor zij een lagere kostprijs hebben en dus een concurrentievoordeel ten opzichte van de Nederlandse ziekenhuizen. Hoe denkt de minister deze oneerlijke concurrentie te voorkomen?

De kapitaallasten van het ziekenhuis blijven voor 100% gegarandeerd via het ziekenhuisbudget. In de eerste fase vervalt de contracteerplicht voor 10% van de variabele productie. In dit deel wordt dus risico gelopen. Ziekenhuizen worden verplicht een opslag voor kapitaallasten op de vrije onderhandelbare DBC-prijs te leggen. Haalt het ziekenhuis via het 10%-deel echter niet 10% van zijn kapitaallasten binnen, dan wordt de rest automatisch gefinancierd via het ziekenhuisbudget. Het kabinet beoogt hiermee een gelijk speelveld te creëren met zelfstandige behandelcentra die in de vrije markt ook hun kapitaallasten moeten doorberekenen, maar ik vraag mij af of er nu wel echt sprake is van een gelijk speelveld. Het ziekenhuis kan immers voordeel behalen door de kapitaallasten voor minder dan 10% door te berekenen waardoor er een concurrentievoordeel ten opzichte van de zelfstandige behandelcentra ontstaat. Hoe voorkomt de minister dit en kan hij garanderen dat daadwerkelijk 10% wordt doorberekend?

Hoe denkt de minister de administratieve lastendruk die ontstaat door het hanteren van twee financiële systemen naast elkaar, te beperken? Het is goed dat wij kiezen voor een zorgvuldige overgang naar gereguleerde marktwerking, maar deze betekent wel dat de stappen niet even groot hoeven te zijn en twee financiële systemen vrij lang naast elkaar kunnen gelden. Dit punt

verdiert expliciete aandacht; hoe denkt de minister een en ander te beperken?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dit is toch weer typisch VVD. Het ging even over de patiënt, maar uiteindelijk komen wij toch weer op kapitaal en administratieve lasten. U gelooft in een gelijk speelveld en goede prikkels. Denkt u echt dat patiënten en burgers goed kunnen kiezen gelet op de wijze waarop wij het proces nu vormgeven? De verzekeraars hebben toch maar één belang, namelijk om een switch zo ingewikkeld te maken dat overstappen moeilijk wordt? Wat vindt u van de transparantie van de verzekeringsmarkt? Hebt u voorstellen om die te verbeteren of steunt u mijn voorstellen op dit punt?

U zegt verder dat de patiënt wil kiezen tussen ziekenhuizen, ook als hij daarvoor moet bijbetalen. Wij weten echter weinig over de kwaliteit van de zorgaanbieders. Welke voorstellen wilt u in dat kader doen in de komende tijd?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij behandelen een wetsvoorstel dat weliswaar enigszins technisch van aard is maar toch bedoeld is ten behoeve van de patiënt en verzekerde. De patiënt zal met de contracteerplicht betere kwaliteit, service en maatwerk krijgen in plaats van de gebruikelijke eenheidsworst. De verzekerde zal, omdat een betere prijs kan worden bedongen, een lagere premie krijgen. De kern van het voorstel draait dus om de patiënt. Hij kan daarbij kiezen voor zelfstandige behandelcentra. U vraagt naar de transparantie van verzekeraars. Bij de begrotingsbehandeling heb ik ongeveer de helft van mijn tijd betoogd dat de transparantie van verzekeraars en aanbieders tekortschiet. De VVD-fractie heeft aangekondigd de minister voortdurend op dat punt te controleren. De transparantie van verzekeraars moet in elk geval dit jaar nog worden verbeterd. Mijn fractie wil dat in 2004 duidelijk is voor verzekerden welk pakket zij krijgen voor welke prijs. Hetzelfde geldt voor de zorgaanbieders. Kwaliteit is daarbij ontzettend belangrijk, maar daarvoor hebben wij kwaliteitswetten in Nederland en gouden standaarden. Die moeten natuurlijk wel gehandhaafd worden. Er is uiteraard sprake van een bodem

Schippers

in de kwaliteit; die verandert niet met gereguleerde marktwerking.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als uw veronderstelling is dat patiënten het zo ontzettend leuk vinden om zich te verdiepen in zorgaanbod en verzekeraars, dan moet dit wetsvoorstel getoetst worden op voorstellen en uitgangspunten met betrekking tot transparantie. Ik zie daar weinig van. Ik ben wel blij met de steun van de VVD-fractie op dit punt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ga er niet van uit dat het leuk is voor iemand om te kiezen. Ik vind het ook niet leuk als mijn wasmachine kapot is om verschillende wasmachine-aanbiedingen te vergelijken op prijs en kwaliteit. Het verbeteren van de kwaliteit en het verlagen van de prijs brengen echter al snel een marktwerkingsomgeving met zich. Centrale aanbodsturing en economieën waarin geen marktwerking is, komen patiënt en verzekerde niet ten goede omdat de kwaliteit dan zakt en de prijs stijgt. Het gaat mij er dus niet om dat het leuk is om te kiezen, maar dat het ten behoeve van de patiënt goed is om te kiezen. Dat houdt aanbieders scherp om met elkaar te concurreren en de beste kwaliteit te leveren voor een scherpe prijs.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik kom nog even terug op het punt van de keuzevrijheid. U stelt voor, de verzekerde een aanbieder te laten kiezen. Als ik naar een huisarts wil, dan moet dat kunnen, zolang ik de meerkosten zelf betaal. Stelt u daar een bepaalde grens aan? Als ik een andere huisarts wil dan mijn verzekeraar heeft gecontracteerd en ik per consult 20 euro meer moet betalen, vindt u dat dan prima? Is dat eigenlijk wel keuzevrijheid?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vraag mij af waarom u die vraag stelt. De contracterplicht met huisartsen bestaat namelijk al sinds 1992 niet meer. Dit wetsvoorstel gaat juist over de contracterplicht tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars. De situatie die u schetst, bestaat dus allang. Zorgverzekeraars hoeven allang niet meer alle huisartsen te contracteren. Zij contracteren wel de meeste huisartsen omdat de patiënt geneigd is in eerste instantie voor zijn huisarts te kiezen. Als deze geen contract heeft met zijn zorg-

verzekeraar, dan trekt de patiënt eerder een lange neus naar de zorgverzekeraar dan naar zijn eigen huisarts. Die band is namelijk veel sterker.

Ik zeg niet dat iemand tot in het oneindige moet bijbetalen in een restitutiesysteem. Het voorstel van het kabinet luidt dat je de hele rekening zelf moet betalen, want men gaat uit van een naturasysteem. Kies je voor een andere aanbieder, dan moet je de hele rekening zelf betalen. Dat vind ik onaanvaardbaar en daarom heb ik voorgesteld de gemiddelde prijs te nemen die een verzekeraar contracteert met aanbieders. Ik wil zo voorkomen dat men de kosten collectief afwentelt en er geen enkele prikkel is om op de prijs te letten die de premiebetaler uiteindelijk moet betalen. Het gaat om geprefereerde aanbieders. Een zorgverzekeraar contracteert bijvoorbeeld drie ziekenhuizen. De gemiddelde prijs is vervolgens de vergoeding die de zorgverzekeraar geeft. De patiënt kan vervolgens shoppen en indien gewenst elders zorg halen.

De **voorzitter**: Met het oog op de klok stel ik voor, dat er korte vragen gesteld worden waarop vervolgens kort wordt geantwoord.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De huisartsenzorg is hier wel degelijk aan de orde, maar daar komen wij later nog wel op terug. Belangrijker is dat u zegt dat er geen maximum aan zit. Als ik bijvoorbeeld bij een bepaalde specialist behandeld wil worden en dat is per behandeling een paar honderd euro duurder, dan moet dat volgens u kunnen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij gaan uit van de gemiddelde kosten die een zorgverzekeraar uit een onderhandeling weet te halen. Het is heel belangrijk om dit te doen, want het moet zorgaanbieders lonen om een scherpe prijs-kwaliteitverhouding te bieden en zorgverzekeraars lonen om dat ook te bedingen. Als je alles altijd 100% vergoedt, dan zeg je eigenlijk: het maakt niet uit hoe hoog de rekening van het ziekenhuis is want de verzekeraar zal het altijd moeten betalen. Daarmee zeg je ook tegen ziekenhuizen: zorg dat je zoveel mogelijk service en kwaliteit levert en het maakt niet uit tegen welke kosten want de verzekeraar zal het moeten vergoeden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U schetst het risico omgekeerd. Mijn punt is het volgende. In uw voorstel mag ik naar een ander ziekenhuis als ik dat wil. Vervolgens mag mijn verzekeraar echter zeggen: dat mag, maar dat kost 400 euro meer. Daar heb ik dan toch niets aan?

Mevrouw **Schippers** (VVD): U gaat ervan uit dat de verzekeraar zelf mag bepalen wat hij u vergoedt. Hij sluit echter contracten met drie ziekenhuizen en het gemiddelde wat hij daar voor die behandeling betaalt, is wat u vergoed krijgt. Het verschil moet u zelf bijbetalen.

Mevrouw **Kant** (SP): Het leuke van uw voorstel is eigenlijk dat het duidelijkheid schept in het debat want u erkent ermee dat de keuzevrijheid van patiënten wordt beperkt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De gezondheidszorg gaat altijd over prijs, kwaliteit en de afweging daartussen. Het huidige systeem zorgt voor eenheidsworst en gedwongen winkelnering, terwijl het niet zorgt voor scherpe prijzen en maatwerk. Wij willen toe naar een systeem dat daar veel meer toe prikkelt. Het is dan inderdaad een kwestie van evenwicht zoeken. Je kunt altijd overstappen naar een andere verzekeraar als je vindt dat jouw verzekeraar niet goed contracteert.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik kan niet voorspellen \pm en dat is misschien maar goed ook \pm welke nare ziektes ik krijg en welke zorgverzekeraar daarvoor de juiste specialisten heeft gecontracteerd. Zo werkt het natuurlijk niet. Dat weet u ook. U erkent met uw voorstel dat de keuzevrijheid wordt beperkt. Over de beperking die dit wetsvoorstel inhoudt, gooit u een voorstel dat zonder meer leidt tot tweedeling. Als je namelijk bij kunt betalen, dan mag je wel naar de specialist die net iets meer kan of net iets meer bijzondere kwaliteiten heeft. Erkent u dat tweedeling het gevolg is van uw voorstel?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Nee, dat vind ik absolute onzin. Ik denk dat het kwaliteitsverhogend en prijsverlagend zal werken. Een zorgverzekeraar contracteert geen kinderartsen in ziekenhuis 1 en

Schippers

neurologen in ziekenhuis 2. Een verzekeraar probeert goede deals te sluiten met goede ziekenhuizen en daarmee klanten te winnen. Mensen in Nederland vinden hun eigen gezondheid het belangrijkste van alles en zullen serieus kijken wat een verzekeraar aanbiedt. Daarom vind ik het wel belangrijk, met mijn collega van de PvdA, dat er transparantie is in het aanbod van een zorgverzekeraar.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Mevrouw Schippers zei dat het gaat om de gemiddelde prijs van bijvoorbeeld drie ziekenhuizen. Stel dat het ene ziekenhuis in Stadskanaal zit, het andere in Aken en het derde in Antwerpen en dat ik zelf in Rotterdam woon. Dan krijg ik een gemiddelde prijs die wel eens erg laag zou kunnen zijn omdat er twee ziekenhuizen in het buitenland zijn. Hoe gaat mevrouw Schippers daarmee om?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als u in de regio Rotterdam woont, zult u goed kijken naar een verzekeraar die contracteert in onder andere de regio Rotterdam. Als u echt wilt gaan voor de absolute bodemprijs en een verzekeraar kiest die voor een bodemprijs is gaan shoppen in Nederland of het buitenland, kiest u dus voor een heel lage prijs. Dat gaat niet ten koste van de kwaliteit, maar u moet dan wel met uw auto er zelf heen rijden.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Er bestaat ook de mogelijkheid dat ik net een andere baan heb gekregen en de overgang nog niet heb geregeld. Dan zit ik toch in de problemen. Het voorstel is om één keer per jaar te kunnen wijzigen, maar als ik twee keer achter elkaar ben ontslagen en net een andere baan heb gekregen in een andere regio, zit ik wel met mijn ziekenfonds.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit wetsvoorstel betreft een stelselwijziging die voorloopt op de nieuwe zorgverzekering waarin je niet meer, zoals nu, uit het ziekenfonds kunt worden gegooid als je inkomensituatie of werkgever- of werknemerschap verandert. Je bent verzekerd bij een ziektekostenverzekeraar en de ziektekostenverzekeraars concurreren met elkaar. Je kunt dus verzekerd blijven bij de verzekeraar die je kiest. Als wordt overgegaan tot geregu-

leerde marktwerking, moet je natuurlijk goed kijken wat je kiest. De kwaliteit is echter gegarandeerd door de overheid, het pakket is gegarandeerd door de overheid en de omvang van het pakket is gegarandeerd door de overheid. Daaraan zal het dus niet liggen.

□

De heer **Heemskerk** (PvdA): Mijnheer de voorzitter. Het voordeel van het hoofdlijnen debat dat wij hebben gevoerd, is dat de meeste fracties hebben aangegeven waar zij stonden ten aanzien van het nieuwe stelsel in de zorg. Het nadeel is dat u de inbreng van de PvdA-fractie op enige consistentie en dus herhaling zult betrappen. Wij zullen wetsvoorstellen steeds beoordelen op de vraag of de burger erop vooruitgaat door duidelijker rechten, betere kwaliteit en meer inzicht in de zorg, of de verantwoordelijkheden helder zijn verdeeld, wat de macht en tegenmacht is tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en vooral patiënten en of de rekening eerlijk wordt verdeeld tussen lage en hoge inkomens, werkenden en niet-werkenden en zieken en gezonde burgers.

Deze Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg is natuurlijk een kaderwet. Veel zaken komen terug en wij stellen nu slechts de randvoorwaarden van het onderhandelingspel. Wij behandelen vooral deze wet nu vanwege de DBC's, hoewel de druk daar iets van de ketel is omdat deze minister zijn eerste deadline niet heeft gehaald. Hij heeft de uitvoering uitgesteld. Ik zie nog steeds uit naar de brief waarin staat wie daarvan de schuld krijgt. En als niemand de schuld krijgt, is hij natuurlijk zelf daarvoor verantwoordelijk.

Als zo vaak is het de kunst om een juiste balans te vinden tussen aan de ene kant de keuzevrijheid en aan de andere kant de sturing door de zorgverzekeraars. Met deze wet kunnen meer mogelijkheden ontstaan om zorgverzekeraars te leiden naar goede zorgaanbieders en om goede zorgaanbieders en goede zorgverzekeraars te belonen. Dat zijn positieve elementen. Minder goede zorgaanbieders worden dan niet meer automatisch gecontracteerd en dat is winst. Minder goede zorgaanbieders moeten meer hun best gaan doen om patiënten goed te helpen.

Deze wet kan het ook mogelijk maken dat de CTG-tarieven niet per definitie het maximum worden en dat goedkopere zorg wordt aangeboden. Dat is gunstig voor de lage inkomens, want die kunnen profiteren van de lagere vaste bijdrage en wellicht een lagere nominale premie die wordt doorgegeven aan de verzekeren.

Mijn eerste vraag aan de minister is in hoeverre hij verwacht dat het effect van lagere CTG-tarieven ook in het niet-vrije segment zal optreden met deze wet en men dus niet automatisch voor het maximum zal kiezen? Anderzijds moeten patiënten wel voldoende vrijheid behouden om de door hen gewenste zorgaanbieder te kunnen kiezen. Dit wetsvoorstel blijft schimmig over de balans tussen keuzevrijheid van de patiënt aan de ene kant en het leiden van patiëntenstromen door zorgverzekeraars aan de andere kant. Zo stelt de minister in de nota naar aanleiding van het verslag dat exclusiviteit mogelijk wordt. Een exclusieve afspraak tussen één zorgverzekeraar en één zorgaanbieder houdt per definitie in dat er geen sprake is van keuzevrijheid. Om toegang tot een bepaalde arts of instelling te hebben, moet je veranderen van zorgverzekeraar. Dat heeft grote nadelige effecten en er is gewoon sprake van monopolies. Hoe vaak verwacht de minister dat deze exclusiviteit daadwerkelijk voorkomt en wat gaat hij daaraan doen? Exclusieve afspraken zijn niet goed en hebben vele negatieve effecten.

Juist als de verantwoordelijkheden van de overheid worden verplaatst naar verzekeraars en instellingen, moeten burgers veel meer mogelijkheden hebben om hun positie veilig te stellen. Ook in dit voorstel van het kabinet wordt daar weer veel te weinig aan gedaan. Mijn fractie wil echt duidelijke rechten en meer informatie voor burgers. Het moet echt veel sneller en veel ambitieuzer. Per 1 januari 2006, als wij het stelsel eventueel gaan invoeren, moet er een rapportkaart zijn van elke zorgaanbieder, met daarop relevante informatie. Verder moeten verzekeren de mogelijkheid hebben om vaker te kunnen switchen als de zorgverzekeraar niet goed presteert. Wellicht is daar een wijziging in de budgetteringssystematiek voor nodig. Als mevrouw Vietsch die nieuwe baan van haar krijgt, kan zij vaker per jaar switchen. Verder moet

Heemskerk

het mogelijk zijn om van basisverzekering te kunnen switchen zonder dat het aanvullende pakket hoeft te worden opgezegd. Wij willen geen gedwongen winkelnering. Ten slotte moet er een zorgbijsluiter komen op basis van wettelijke informatieverplichtingen, waarmee de verzekeringen nu eens goed vergelijkbaar zijn. Dan worden met name de zorgverzekeraars een beetje achter de broek gezeten. Ik constateer ook bij dit wetsvoorstel dat de minister nauwelijks verantwoordelijkheid neemt voor dergelijke goede informatievoorziening. Hij schuift dit af naar de Consumentenbond en het Patiëntenplatform, met wat projectsubsidies. Hij vertrouwt op het financiële jaarverslag, waar dan ook maar iets in moet staan over kwaliteit, alsof zo'n jaarverslag door patiënten en verzekerden wordt gelezen. Journalisten kijken vooral naar de salarissen, maar daarmee komen wij er niet. Er moet echt veel meer gebeuren en dat is de verantwoordelijkheid van de minister. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben er niet veel belang bij om precies te vertellen wat er gebeurt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil even terug naar de aanvullende verzekering en naar uw voorstel om vaker te mogen wisselen van zorgverzekering en dit los te koppelen van de aanvullende verzekering. Ik heb daar ook over nagedacht, maar er zit een ander risico aan uw voorstel om een en ander los te koppelen en af te stappen van gedwongen winkelnering. Mijn vraag is of u dat erkent. Nu is de aanvullende verzekering soms ook nog een manier van zorgverzekeraars om patiënten te binden. Als je dat loslaat, krijg je echt een beetje een "race naar de bottom" en risicoselectie bij de aanvullende verzekering. Dat is wel een risico.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Uw veronderstelling is dat de aanvullende verzekering extra waar biedt en dat patiënten daarom bij de verzekeraars blijven. Daarom zeg ik dat je de aanvullende verzekering moet behouden. Als een andere zorgverzekeraar een beter basispakket aanbiedt met een iets lagere nominale premie en betere kwaliteit, zeg ik: ga dan maar naar die andere zorgverzekeraar.

Mevrouw **Kant** (SP): De zorgverzekeraars gaan dan risicoselectie toepassen bij de aanvullende verzekeringen en zij gaan de pakketten versoberen. Dat risico loop je dan. Nu is het nog een bindend element voor de patiënt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De zorgverzekeraars doen helaas al aan risicoselectie bij de aanvullende pakketten. Dat zullen wij altijd houden. Wij moeten er dus hier in de Kamer voor zorgen dat het basispakket zo ruim mogelijk is, juist omdat daar de risicoselectie niet mogelijk is. Ik ben echter erg benieuwd naar een duidelijk plan van aanpak en een duidelijke brief die "VBTB-proof" is, want het is tenslotte vandaag "gehaktdag". Ik zeg met minister Zalm dat deze minister de burgers echt beter moet gaan informeren over wat het nieuwe stelsel hun gaat bieden.

Dan kom ik nu te spreken over de kwestie van restitutie versus natura. De hoofdlijn van het beleid is terecht gericht op zorgverlening in natura, met een actieve rol voor zorgverzekeraars ten behoeve van doelmatige inkoop en zorg van kwaliteit. De keuze voor restitutie, met of zonder overeenkomsten, kan pas worden gemaakt als aan een aantal belangrijke voorwaarden is voldaan. Daarom heb ik daarover een amendement ingediend. Het is noodzakelijk dat er een voldoende zorgaanbod bestaat en dat de informatie beschikbaar is, die verzekerden onderling kunnen vergelijken. Dat zijn belangrijke maatschappelijke afwegingen. Daarom regelen de onderdelen I en II van mijn amendement een zogenoemde zware voorhangprocedure voor het vaststellen van deze AMvB. Alleen maar bonnetjes indienen is niet gewenst, zeker niet voor de lagere inkomens. In de nota naar aanleiding van het verslag had de minister nog geen enkel inzicht in de effecten van het mogelijke voorschieten van de rekeningbedragen. Dat kan er zeker voor de lagere inkomens fors inhakken, als deze mens al over het nodige geld beschikken. Heeft de minister nu al meer inzicht in de nadelige koopkrachteffecten en de compensatie daarvan? Of worden dergelijke effecten en een mogelijke compensatie bijgevoegd bij mogelijke beslissingen over de uitbreiding van het restitutiemodel? Mijn fractie vindt het belangrijk dat

de Kamer zeer nauw betrokken blijft bij de vraag naar restitutie of geen restitutie. Er komt steeds meer concurrentie op deelmarkten. Wij halen steeds meer schillen van het aanbodgestuurde model af. Ook in het hoofdlijnen debat gaf de minister aan dat hij niet precies weet tot hoever hij gaat afpellen. Wat is de echte infrastructuur? Wat is een natuurlijk monopolie dat wij nooit in de markt zullen zetten? Als wij afpellen, mogen wij daarbij vooral niet knoeien.

Ten slotte heb ik een vraag over de kapitaalkosten. Er komt meer dynamiek op de markt en er komt meer onzekerheid. Wat zijn nu de gevolgen voor de kapitaalvereiste of voor de solvabiliteit van de zorgaanbieders? De buffers moeten groter worden, banken zullen vragen om meer eigen vermogen en dat is allemaal premiegeld dat niet naar patiëntenvoorzieningen gaat. Heeft de minister daar al meer inzicht in? Welke concrete effecten heeft dit wetsvoorstel op de solvabiliteitseisen en dus op de premiegelden?

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Dit wetsvoorstel is gebaseerd op drie belangrijke uitgangspunten van het kabinetsbeleid op het terrein van de zorg, namelijk meer marktwerking, meer regie bij zorgverzekeraars en meer dynamiek in de zorg. Meer marktwerking en meer regie bij de zorgverzekeraars vindt de SP-fractie geen goed idee. Meer dynamiek vinden wij wel een heel goed idee, alleen zijn daarvoor naar onze mening de eerste twee uitgangspunten niet nodig.

De minister wil met dit wetsvoorstel bereiken dat hij per sector bij AMvB kan bepalen of en wanneer de contracteerplicht wordt losgelaten. Eigenlijk wil hij dus snel kunnen beslissen wanneer hij de marktwerking per sector wil invoeren. Ik ben het helemaal eens met de Raad van State die zegt: dat moet je zo niet doen, je kunt het niet los zien van de herziening van het hele stelsel en je moet dat niet afzonderlijk beoordelen, maar straks gelijktijdig met de stelselherziening. Ik acht het een terechte constatering dat dit de enige juiste weg zou zijn. Dat de SP-fractie het loslaten van de contracteerplicht voor meer marktwerking geen goed idee vindt, is duidelijk. Als het dan toch gaat

Kant

gebeuren en de minister, als deze wet er eenmaal ligt, per AMvB zelf kan bepalen wanneer hij dat gaat doen, moet hij op zijn minst nu al bij de kaderwet kunnen aangeven wanneer hij dat in welke sector denkt te gaan doen. Nog belangrijker is de vraag onder welke voorwaarden hij het gaat doen.

Er is duidelijke haast met dit wetsvoorstel. Dat heeft veel te maken met de wens naar de invoering van DBC's bij de ziekenhuizen. De invoering is recentelijk weer uitgesteld, in mijn ogen volkomen terecht. Ik heb ook een oplossing die ervoor zorgt dat het allemaal niet zo snel hoeft en dat het wel degelijk als onderdeel van de behandeling van het nieuwe zorgstelsel kan worden gedaan, namelijk gewoon stoppen met de DBC's. Dat lijkt mij een goede optie die ons veel bureaucratie en veel onduidelijkheid in het veld bespaart. Als de minister de invoering van DBC's doorzet, voorspel ik dat het een grote chaos wordt. Wij hebben daar binnenkort een apart debat over.

Een belangrijke vraag achter dit wetsvoorstel en de daaruit volgende AMvB's is natuurlijk: wat schiet de patiënt ermee op? Daarmee kom ik op een tweetal drogredenen. Drogreden nummer één is dat de patiënt hiermee meer keuzevrijheid zou krijgen. Dat is in mijn ogen echt onzin. Wat immers als iemand zorg wil van een aanbieder waarmee zijn zorgverzekeraar geen contract heeft? Of wat als iemand al zorg heeft in een verpleeghuis of van een andere zorgaanbieder waar zijn zorgverzekeraar de overeenkomst mee opzegt? Hoe moet dat dan met die patiënt? Er kan dan worden gezegd dat iemand maar een andere zorgverzekeraar moet kiezen of, nog erger, dat hij maar een andere verzekeraar had moeten kiezen. Dat geeft een compleet verwrongen beeld van de dagelijkse werkelijkheid van zorgbehoefte. Ik zeg "behoefte" en niet "vraag". Daar zit namelijk volgens mij de denkfout. Mensen vragen niet om zorg, zij hebben zorg nodig. Men weet vaak niet wanneer men die zorg nodig heeft en welke zorg men nodig heeft. Dat is maar goed ook dat wij dat allemaal niet kunnen voorspellen.

Denkt de minister nu werkelijk dat een verzekerde hele lijsten kan en gaat vergelijken om te bekijken met welke aanbieders verzekeraars een contract hebben? Dat is toch

onbegonnen werk voor mensen die absoluut niet weten wat voor zorg zij in de toekomst mogelijk nodig zullen hebben? Ik kan mij toch niet bedenken wat mij allemaal kan overkomen en waar ik dan naartoe zou willen? En al zou ik het allemaal van tevoren vergelijken en al zou ik het van tevoren kunnen inschatten, dan nog kan mijn verzekeraar het contract met de zorgaanbieder veranderen. Dan heb ik dus gekozen, maar dan sluit mijn zorgverzekeraar ineens andere contracten af en beperkt daardoor voor mij als patiënt de keuze. Het argument dat verzekerden dan eenvoudig van zorgverzekeraar kunnen wisselen, is onzinnig. De keuze wordt namelijk beperkt door de aanvullende verzekeringen die mensen niet zomaar kunnen afsluiten. Het idee dat alle verzekerden kunnen stemmen met hun voeten omdat zij de mogelijkheid hebben om een andere ziektekostenverzekeraar te kiezen, is onjuist. Zij kunnen niet stemmen met de voeten, want zij zijn met hun handen gebonden aan de inmiddels noodzakelijk geworden aanvullende verzekering.

De tweede drogreden is dat de zorg door de marktwerking en het proces dat deze in gang zet efficiënter en goedkoper zal worden en dat dit gunstig is voor de patiënt. Het loslaten van de contracteerplicht, en dus het bevorderen van concurrentie, gaat ten koste van de continuïteit en samenwerking in de zorg. Niet goed samenwerken, elkaar de tent uit concurreren en geen zekerheid geven aan zorgaanbieders over continuïteit werkt veel inefficiënter in de hand. Hoe kan de efficiëntie groter worden als er een flinke last bij komt? Het nieuwe systeem leidt tot een heleboel extra bureaucratie. Er is in de schriftelijke voorbereiding gevraagd of er op dit voorstel wel een bureaucratietoets is toegepast. Dat blijkt niet het geval te zijn. Dat is heel vreemd. Iedereen heeft altijd de mond vol over de grote hoeveelheid bureaucratie in zorg. Vervolgens komt er een nieuw voorstel en er wordt niet eens gekeken of dat niet leidt tot meer bureaucratie. Dat is onbegrijpelijk. Ik wil de minister in ieder geval vragen of hij de garantie geeft dat op elke AMvB die hieruit volgt een bureaucratietoets wordt toegepast.

De minister geeft zelf toe in de schriftelijke voorbereiding dat er zwaardere administratieve lasten

komen voor instellingen en beroepsbeoefenaren dan nu het geval is. Dat kan natuurlijk ook niet anders. Wij willen dat toch helemaal niet? Waarom staan wij dan toe dat dit gebeurt? Doeltreffende contracten, zo las ik, kunnen door openbare aanbesteding of door gebruik van tussenpersonen goed worden gesloten. Een openbare aanbesteding brengt een heel bureaucratisch proces met zich mee. Als tussenpersonen worden gebruikt, ontstaat er nog een laag in de zorg van mensen die geen zorg verlenen.

Een ziekenhuisdirecteur vertelde mij dat hij alleen voor het onderhandelen over de DBC's met alle zorgverzekeraars minstens vijf onderhandelaars in dienst moet nemen. Dat zijn nog meer managers, nog meer rekenmeesters. Het zijn geen mensen die zorg verlenen. Deze directeur zou echt liever kiezen voor extra specialisten of verpleegkundigen. Een huisarts mailde mij dat zij een aanbod heeft gehad voor een bijscholing onderhandelen. Zij zou echt liever in de tijd die zij heeft een andere nuttige scholing doen waar haar patiënten iets aan hebben in plaats van een scholing over onderhandelen. Als je dit soort voorbeelden hoort en tot je door laat dringen wat de gevolgen zijn van marktwerking en waar het loslaten van de contracteerplicht en het invoeren van concurrentie allemaal toe leidt, dan roept het bij mij de vraag op: waar zijn wij nu helemaal mee bezig? Of beter gezegd: waar is de minister nu helemaal mee bezig?

Naast de bureaucratie zijn er meer factoren waardoor in mijn ogen de zorg, door dit mechanisme dat eronder gelegd wordt, duurder wordt. Ik zei al dat samenwerken efficiënter is dan concurreren: dus, het wordt duurder. Er is de extra bureaucratie en dus wordt het duurder. Zeker als de concurrentie toegepast wordt op die terreinen en in die sectoren waar er sprake is van schaarste ± dat is volgens mij nog steeds bijna overal in de zorg het geval ± zullen, als ook nog de tarieven worden losgelaten, de prijzen de pan uitrijzen. Dat besef heeft de minister zelf ook al eens laten blijken.

Ook andere organisaties zijn zeer kritisch over dit wetsvoorstel. Het CVZ heeft de conclusie getrokken dat het loslaten van de contracteerplicht in de AWBZ geen haalbare stap is. Dat vind ik een nogal verregaande

Kant

conclusie en ik wil graag dat de minister op deze conclusie reageert.

De kritiek van de Raad van State is ook heel stevig en ik deel die kritiek op een aantal punten, zoals ik zonet aangaf. Ik som de kritiek van de Raad van State nog even op, omdat deze niet mis is. Zo geeft de Raad van State aan dat de overheid minder mogelijkheden krijgt om in te grijpen bij spreiding van zorg en dat de patiënt afhankelijk wordt van de contracten die zorgverzekeraars afsluiten, waardoor de keuzevrijheid beperkt gaat worden. Ik heb daar zo-even al uitgebreid bij stilgestaan, maar ook de Raad van State constateert dit. Voorts kan de continuïteit van zorg in gevaar komen doordat instellingen meer risico gaan lopen. Dit kan ook leiden tot hogere kosten voor instellingen; zij zullen een en ander doorberekenen in de behandelingen en daarmee zullen de totale kosten van de zorg stijgen. De Raad van State zegt het en ik gaf zonet al aan dat ik dit risico ook zie. De Raad van State ziet verder het risico dat instellingen zich voornamelijk zullen gaan richten op behandelingen die weinig risicovol zijn: daar schiet de patiënt dus ook niet zoveel mee op.

Er wordt in dit systeem geen rekening gehouden met de verschillen tussen instellingen, zegt de Raad van State. Zo zijn er instellingen die een opleidingsfunctie hebben en onderzoek uitvoeren: dit is prijs-opdrijvend, waardoor zij in een nadelige concurrentiepositie komen te zitten. De innovatie en de kwaliteit van zorg loopt dus ook risico's bij dit systeem, zo stel niet alleen ik, maar zo stelt ook de Raad van State. In een marktsysteem zal voorts geaccepteerd moeten worden dat een deel van de vraag uit de markt geprijsd wordt. Dat lijkt mij niet altijd de bedoeling, want het gaat toch om de patiënt en zijn keuzevrijheid.

Het voorliggende voorstel kan ertoe leiden dat de verwijsmogelijkheid van de huisarts wordt ingeperkt, omdat in principe alleen kan worden doorverwezen naar een instelling waar een contract mee is voor de patiënt. Dat stelt ook de Raad van State. Ik vind dit een heel wezenlijk punt van het debat van vandaag, want het geeft ook aan dat er echt sprake kan zijn van een beperking in de keuze, niet alleen van de patiënt maar ook van de deskundige poortwachter. De huisarts die als deskundige

poortwachter bij iemand een medisch probleem constateert of reden ziet voor een vermoeden van een medisch probleem en die kennis van zaken heeft vanuit zijn persoonlijke deskundigheid en ervaring, stelt vast wat in dat geval de beste doorverwijzing is. Echter, ten aanzien van die beste doorverwijzing kan het zo zijn dat de zorgverzekeraar daar misschien voor de betreffende patiënt geen contract mee heeft en dan heb je wel een probleem. Ik vind dat dit absoluut niet kan. Je tast daarmee de onafhankelijkheid van de poortwachter als doorverwijzer aan en je tast daarmee zijn deskundigheid en zijn beoordelingsvermogen aan. Dat lijkt mij, in het belang van de patiënt en ook in het belang van efficiënte zorg, geen goede zaak. Ik vind dat er bij doorverwijzing, als dit om een gemotiveerde reden is gebeurd, altijd vergoed zou moeten worden en dat dit derhalve een uitzondering moet zijn op het voorstel zoals het er nu ligt. Ik heb daartoe een amendement ingediend. Als een huisarts goed kan motiveren waarom hij naar iemand doorverwijst waar geen contract mee is, dan moet dit gewoon vergoed worden voor de patiënt.

De Raad van State verwacht niet dat door het voorstel een adequaat functionerende markt zal worden gecreëerd, en dat verwacht ik ook niet. Ik zie veel nadelen van een marktwerking die hier alles mee te maken hebben. Nog los van mijn politieke opvatting op grond waarvan ik de nadelen van marktwerking veel groter acht dan de voordelen, moet je toch, ook als je marktwerking wel zou willen, inzien dat het niet gaat werken. Ook als ik hier woordvoerder zou zijn van de VVD-fractie ± dat ben ik niet ± zou ik mij grote zorgen maken, want die marktwerking komt er helemaal niet. Wij hebben dan echter wel allerlei mechanismen met allerlei negatieve effecten en gevolgen in gang gezet, zonder dat er enig positief effect van marktwerking zal optreden. Ik geloof niet in marktwerking, maar ook als je er wel in gelooft, treden de effecten die je wilt evenmin op. Zorg is geen markt en dat moet het ook niet zijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen altijd en eeuwig tot elkaar veroordeeld blijven, omdat mensen die een medisch probleem krijgen nu eenmaal behoefte aan zorg hebben. Zij zullen om risico's te mijden en problemen te voorkomen juist steeds

grotere machtsconcentraties vormen als reactie op dit soort ontwikkelingen. Machtsconcentraties, monopolies bij zorgverzekeringen en toename van fusies in de zorg zullen het gevolg zijn van deze ontwikkelingen. Graag krijg ik een reactie van de minister op mijn stelling.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijnheer de voorzitter. Veranderingen in het zorgstelsel zijn nodig. De beleidsrichting daarbij is één; ongewenste effecten voor patiënten en cliënten, ja dan nee, is twee. Over deze balans gaat dit debat wat de fractie van de SGP betreft. Mijn fractie koos voor een kritische opstelling bij het verslag. Wij waren van mening dat het wetsvoorstel te veel onduidelijkheden en interpretatievrijheid bood. De reactie van de regering op de opmerkingen van de Kamer hebben er nog niet toe geleid dat bij ons alle ongerustheid is weggenomen. Het lijkt erop dat het wetsvoorstel in de eerste plaats bedoeld is om de 10% DBC's mogelijk te maken. Tegelijkertijd biedt het voorstel mogelijkheden die er onverhoopt toe kunnen leiden dat het systeem van zorg in natura feitelijk wordt ondergraven. Ik zei nadrukkelijk "kunnen" omdat de minister mij anders meteen zal tegenwerpen dat hij daar uiteraard voorwaarden aan wil verbinden. Graag zou mijn fractie nog eens van de minister horen waarom hij zo sterk hecht aan dit wetsvoorstel op dit moment, lettend op de stelsel-discussie die nog komt.

Het wetsvoorstel schaft de omgekeerde contracteerplicht als zodanig niet af, maar laat dit over aan AMvB's. Langs deze route kan de afschaffing in principe wel voor iedere deelsector uiteindelijk vorm krijgen. De regering tekent daarbij aan dat dit niet betekent het afschaffen van de plicht om de verzekerde zorg als zodanig te contracteren. Dat mag juist zijn, maar dat neemt niet weg dat de macht van de zorgverzekeraar in een dergelijke situatie wel erg ver reikt, terwijl de zorgvrager in principe slechts kan accepteren. Ook na de reactie van de regering kan de SGP-fractie zich niet aan de indruk onttrekken dat de eenmalige mogelijkheid om te wisselen van zorgverzekeraar hier wel wat mager tegenover staat. Machtverschillen dus. Staat dit

Van der Vlies

stelsel uiteindelijk niet erg ver weg van de ook door ons gewenste keuzevrijheid voor de zorgvrager? Dat is wat ons betreft de hamvraag.

Hoewel de doelstelling van het wetsvoorstel niet in de eerste plaats de waarborging van de kwaliteit is, blijft dat voor mijn fractie en voor wie niet toch altijd een belangrijk toetsingspunt. Die kwaliteit moet gewaarborgd zijn en blijven. In dit verband vond mijn fractie het voorstel van de minister om zorgaanbieders te hercertificeren interessant. In hoeverre is dit nu reeds mogelijk op basis van de huidige kwaliteitswetgeving? Houdt deze certificering bijvoorbeeld ook een driejaarlijkse controle in? Hoe verhoudt deze certificering zich tot het toezicht door de inspectie? Ik krijg graag een duidelijk antwoord op dit voor ons belangrijke thema.

In de paragraaf over intensieve zorg komen veel goede zaken aan de orde. Tegelijkertijd heeft mijn fractie de indruk dat er hier en daar toch nog net om het probleem heen wordt gegaan. Mijn fractie wil onder de nieuwe ontwikkelingen een duidelijke garantie dat dure en intensieve zorgvormen voor zorgverzekeraars interessant blijven en meegenomen blijven worden. Invloed van patiënten is erg belangrijk, maar biedt onvoldoende garantie. Juist mensen met ernstige of langdurige ziekten kunnen niet gemakkelijk veranderen van verzekeraar. Er zullen dus collectieve waarborgen moeten zijn. Hoe denkt de minister daarmee om te gaan? Is er in dergelijke situaties te denken aan op zijn minst verplichte restitutie van alle \pm met de nadruk op alle \pm te maken kosten?

Mevrouw **Kant** (SP): U stelt verplichte restitutie voor. Daar voel ik heel veel voor. Ik heb erover nagedacht dat eventueel voor te stellen. Je bereikt hetzelfde als je tegen het wetsvoorstel stemt. In feite heb je dan niet met iedereen een contract. Ik geloof niet in concurrentie tussen zorgaanbieders, maar het kabinet wel. Die concurrentie valt dan weg. Uw voorstel is hetzelfde als het wetsvoorstel verwerpen. Dat mag hoor!

De heer **Van der Vlies** (SGP): Wij zijn nog in debat. Ik heb nooit gemerkt dat u er een probleem mee had als wij een keer tegen stemden. Ik ben in discussie met u, maar ook

met de minister. Mijn punt was en ik bemerkte enige herkenning bij u dat mensen die ernstig of langdurig ziek zijn en dus niet al te veel vrijheid meer hebben en duur zijn voor iedereen huns ondanks niet in de klem moeten komen. Dat moeten wij garanderen. Daarvoor moeten wij iets bedenken. Ik vraag de minister hoe hij dat ziet. Als dat betekent dat er aan dit wetsvoorstel getwijfeld moet worden respectievelijk een fundamentele randvoorwaarde meegegeven moet worden, so what? Het patiëntenbelang staat in dezen voor mij centraal.

De regering gaat in het wetsvoorstel terecht uit van zorg in natura als hoofdlijn. Tegelijkertijd biedt artikel 11 van de wet verregaande mogelijkheden om bij AMvB te besluiten tot vergoeding via restitutie. In de toelichting wordt uitgebreid aandacht besteed aan de voorwaarden waaronder dit moet gebeuren. Die voorwaarden zijn echter niet in de wet zelf opgenomen. Kan de regering alsnog antwoord geven op onze vraag waarom deze voorwaarden niet concreet in de tekst van de wet zijn opgenomen? Zou daarmee niet meer rechtszekerheid geboden worden?

Inmiddels heb ik enkele amendementen gezien van de fracties van de VVD en de PvdA die dit onderwerp raken. Mijn vraag aan de minister en aan deze fracties is in hoeverre de verdergaande mogelijkheid voor zorg door middel van een restitutiesysteem de toegankelijkheid van deze zorg linksom of rechtsom uiteindelijk toch moeilijker maakt. Niet alleen de toegankelijkheid, maar ook de continuïteit is van groot belang.

Mijn fractie mist een reactie op de opmerkingen over een overgangsstelsel. Op basis van artikel 44 Ziekenfondswet zijn verzekeraars verplicht zich minimaal eens in de vijf jaar te beraden op de inhoud van hun contracten. Uiteraard mag de continuïteit van de zorg hierdoor niet in gevaar komen. Toen wij die mogelijkheid vastlegden in de Ziekenfondswet is dat uitdrukkelijk bepaald. Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde als de verzekeraar besluit een bepaald contract met een zorgaanbieder niet opnieuw af te sluiten? Daarvoor kunnen redenen zijn. Is er dan wel een verplicht overgangsstelsel voor een verzekerde van wie de zorg is aangevangen voor het verstrijken van de

termijn, terwijl de zorg doorloopt na het verstrijken ervan. Graag krijg ik alsnog een adequate reactie op deze opmerkingen. Overigens heb ik een amendement in de maak dat dit regelt. Dat amendement en die verankering in de wet lijken tegemoet te komen aan de constatering van Zorgverzekeraars Nederland in hun commentaar op het wetsvoorstel dat zo'n overgangstermijn verankerd moet zijn in de wet.

Naarmate er meer marktwerking komt, wordt de positie van de Mededingingswet steeds belangrijker. Op zich heeft mijn fractie er alle begrip voor dat de verplichting om te komen tot raamovereenkomsten komt te vervallen. Zoals wij in het verslag al hebben aangegeven, vraagt mijn fractie zich wel af of wij uiteindelijk niet door een stringenter interpretatie van de mededingingswetgeving ertoe zullen komen dat ook soms vrij gedetailleerde vrijwillige modelovereenkomsten uit de verschillende branches niet meer mogen op basis van deze wetgeving. Mijn fractie is er een tegenstander van dat bijvoorbeeld huisartsen of kleine instellingen als het ware worden gedwongen tot ingewikkelde en tijdrovende individuele onderhandelingen met allerlei zorgverzekeraars. Hoe beoordeelt de minister de realiteit van deze situatie? Graag ontvangen wij de toezegging dat de minister bij de minste signalen hierover maatregelen zal nemen.

Zoals de regering in de stukken aangeeft, hebben zorgkantoren in zekere zin een monopolie in hun regio. Omdat ze geen economische activiteiten aanbieden, vallen ze vervolgens niet onder de Mededingingswet. Patiënten zullen dus het risico kunnen lopen dat zij niet in hun regio terecht kunnen voor de door hen gewenste zorg. Deze complicatie geldt temeer als ook de zorgverzekeraar vrijwel een monopolie heeft in een bepaalde regio. De SGP-fractie verwacht dat de voorliggende wetgeving gemakkelijk leidt tot een versterking van de monopoliepositie van zorgkantoor en zorgverzekeraar. Welke middelen en mogelijkheden heeft de minister om in een dergelijke situatie in te grijpen, met dat verschil met de huidige situatie dat niet de overheidsregulering, maar de sterke positie van zorgverzekeraar en in het verlengde daarvan het zorgkantoor de dienst

Van der Vlies

uitmaakt? Komt hierdoor het systeem niet opnieuw in een klem te zitten waarin wij het niet meer wilden hebben?

Ten slotte een meer technisch, maar daarom niet minder belangrijk punt. De regering stelt dat reglementen steeds belangrijker worden voor de zorgverzekeraar, omdat zorgverzekeraars over steeds meer onderwerpen regels mogen stellen. Een dergelijk reglement kan een grote rol vervullen in de transparantie voor de verzekerde. Verdient het uit het oogpunt van transparantie en vanwege de toenemende diversiteit van het aanbod van zorgverzekeraars niet de voorkeur om dit reglement alsnog verplicht te stellen? Kort gezegd, verdient het niet de voorkeur de kan-bepaling te wijzigen in een zal-bepaling?

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Wij hebben het vandaag over de stapsgewijze afschaffing van de omgekeerde contracteerplicht tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen en de daaraan verbonden afschaffing van de landelijke modelcontracten, de zogenaamde UVO's. Dat klinkt niet spannend, maar is wel verstrekkend. Helemaal nieuw is het natuurlijk niet: al sinds 1992 geldt de contracteerplicht niet meer voor de vrijeberoeps-beoefenaren. De stap wordt noodzakelijk geacht, gelet op de ingeslagen weg naar gereguleerde concurrentie en marktwerking in de zorg. De fractie van de ChristenUnie heeft zich niet afgesloten ± ik formuleer het bewust op deze wijze ± voor de introductie van die gereguleerde marktwerking in de zorg, omdat zij geen andere weg ziet die leidt tot een betere organisatie van de zorg en een meer beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. Wel vinden wij het van het grootste belang dat de weg ernaartoe een zorgvuldige is en omkleed is met de nodige waarborgen tegen ontsporingen. Onze vragen bij dit wetsvoorstel richten zich, zoals ook uit het verslag blijkt, met name op de gevolgen en risico's voor het zorgaanbod en voor de positie van zorginstellingen en zorgvragers.

Allereerst enkele vragen over de reikwijdte en fasering van de opheffing van de contracteerplicht. Het stelt enigszins gerust dat in het wetsvoorstel op dit moment slechts

de mogelijkheid wordt gecreëerd om voor deelmarkten de contracteerplicht op te heffen, en dat niet bij vaststelling van dit wetsvoorstel plotseling de hele zorgmarkt is vrijgegeven. Ondanks die beperkte reikwijdte is het van belang te weten of de zorginstellingen er klaar voor zijn om over te gaan op vrije onderhandelingen, bijvoorbeeld wanneer 10% van de DBC's per 1 januari 2005 vrij onderhandelbaar worden. De invoering is al een keer uitgesteld omdat de voorbereiding meer tijd vroeg. Is het de bedoeling van de minister om de contracteerplicht per 1 januari ineens ook voor al deze DBC's op te heffen? Wordt het parlement nog betrokken bij de totstandkoming van de algemene maatregel van bestuur?

De geplande afschaffing van de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg ± eveneens per 1 januari 2005 ± roept bij mijn fractie nog andere vragen op. De instellingen die actief zijn op het gebied van deze zorg, wijzen mijns inziens terecht op de machtsongelijkheid tussen de vele contractpartijen aan de zorgaanbodkant en de ene contractpartij ± het zorgkantoor ± aan de verzekeraarskant. Dat geeft een zeer ongelijke onderhandelings-situatie omdat de zorgaanbieders linksom of rechtsom met het zorgkantoor overeenstemming moeten bereiken, terwijl het omgekeerde niet het geval is. Het mag zo zijn dat er geen sprake is van strijdigheid met het mededingingsrecht, enige spanning zie ik hier wel. Mijn vraag is of in het geval van de extramurale AWBZ-zorg niet gewacht moet worden met het afschaffen van de contracteerplicht en de landelijke UVO's totdat er meer zorginkopers actief zijn in deze sector. Waarom wacht de minister niet op de invoering van de standaardverzekering waarin delen van de AWBZ zijn opgenomen en waarbij ook een meer uniform verzekeraars-landschap zal zijn ontstaan zonder de dominante positie van de zorgkantoren?

Mevrouw **Schippers** (VVD): De monopolistische positie van de zorgkantoren is ons ook een doorn in het oog, maar wat ik nu wil zeggen, is dat er altijd nog kan worden gekozen voor het persoonsgebonden budget van de AWBZ. Dat is een belangrijk verschil ten opzichte van de onderhavige voorstellen waarin

geen restitutiemogelijkheden zitten in de cure.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): U hebt gelijk, ten aanzien van het tweede compartiment is een nuancering te maken in verband met de mogelijkheid van het persoonsgebonden budget. Toch wil ik de reactie van de minister op de door mij geschetste machtsongelijkheid. Het hele veld is immers nog in beweging en ik wil meer zicht op de positie van de zorgkantoren als het gaat om de contracteerplicht. Als ontsporingen dreigen, moeten wij er tijdig bij zijn. De minister zal ongetwijfeld ook zeggen dat er altijd nog zoiets is als het persoonsgebonden budget.

Zowel ten aanzien van de AWBZ-zorg als ten aanzien van de curatieve zorg maak ik mij zorgen over de blijvende beschikbaarheid van zogenoemde "onrendabele zorg". Onder druk van de commercialisering kunnen gaten ontstaan in het zorgaanbod in dunbevolkte plattelandsregio's. Ook bestaat het risico dat bepaalde categorieën zorg omwille van bedrijfseconomische overwegingen sneuvelen als een zorginstelling die zorg niet langer als commercieel haalbaar beschouwt. Zal hierdoor in bepaalde regio's en ook voor bepaalde categorieën patiënten het zorgaanbod niet verschromelen? Welke waarborgen biedt dit wetsvoorstel dat dat niet gebeurt? Trekt de overheid zich hier helemaal terug of ziet zij toch een vangnetfunctie voor zich weggelegd? Dit raakt ook aan de vraag hoever de zorgplicht van de verzekeraar reikt. Is de zorgverzekeraar verplicht te zorgen voor voldoende gespreid regionaal aanbod van zorginstellingen, of wordt dat helemaal aan de commerciële belangenafweging overgelaten? Als er geen wettelijke eisen ten aanzien van regionale spreiding worden gesteld, deel ik de vrees van de Raad van State voor een verdunning van het regionale zorgaanbod.

Wat de zorgplicht betreft, heeft mijn fractie gevraagd naar de relatie met artikel 22 van de Grondwet. Ik vraag mij af of de regering niet te gemakkelijk voorbijgaat aan de overheidsverantwoordelijkheid die daarin wordt geformuleerd door te stellen dat deze niet inhoudt dat de overheid de zorg zelf moet organiseren. Als er ondanks de ruimte en kaders die de overheid biedt onvoldoende aanbod is, lijkt mij dat

Rouvoet

er op grond van de Grondwet een taak ± een vangnetfunctie ± blijft liggen voor de overheid. Hoe oordeelt de minister hierover?

Een zeer waarschijnlijk gevolg van dit wetsvoorstel is dat zorginstellingen zich voor strengere eisen zien geplaatst met betrekking tot hun financiële weerbaarheid. Het gesloten systeem ± de gedwongen winkelnering ± gaf immers voldoende zekerheid over de afname van het zorgaanbod. Het vervallen van de contracteerplicht zal echter die zekerheid verminderen. Het kan in het uiterste geval zelfs leiden tot faillissementen. Kan de regering bevestigen dat de volledige invoering van de DBC-bekostiging niet eerder plaatsvindt dan wanneer er duidelijkheid bestaat over de financiering van de kapitaallasten? Wat zullen de toegenomen bedrijfsrisico's betekenen voor de hoogte van de zorgpremies? Als zorginstellingen zich genoodzaakt zien om hun vermogenspositie te verbeteren, zal dit uit de tarieven moeten komen en die worden doorberekend in de ziektekostenpremies. Mijn vrees is dan ook dat wat met de ene hand aan prijsverlaging als gevolg van concurrentie wordt gegeven, met de andere hand via een forse prijsverhoging bedoeld voor risicodekking weer wordt afgenomen met een nettoresultaat van misschien wel nul, maar mogelijk zelfs negatief voor de premiebetaler. Wil de minister hierop reageren?

De afschaffing van de verplichte modelcontracten (UVO's) is een ander belangrijk onderdeel van dit wetsvoorstel. Het lijkt mij dat dit het prijsniveau evenmin in gunstige zin zal beïnvloeden. Zal er niet een hoge administratieve lastendruk ontstaan doordat de zorgaanbieders/zorginstellingen met iedere zorgverzekeraar afzonderlijk over een al of niet gedetailleerd contract zullen moeten onderhandelen? Hoe groot schat de minister het effect daarvan op de prijzen en daardoor op de premies?

Ook na opheffing van de contracteerplicht blijft het maar zeer de vraag of de concurrentie tussen zorgaanbieders werkelijk van de grond zal komen. De ervaringen met de vrije beroepsbeoefenaren stemmen op dit punt niet positief, want dezen "smeeden zich aaneen tot voor de zorginkoper niet te passeren machtsblokken", zo schrijft

de regering zelf. Het lijkt mijn fractie van groot belang dat duidelijkheid ontstaat over de vraag welke samenwerkingsvormen tussen zorginstellingen wel en welke niet conform het mededingingsrecht zijn. De oprichting van een toezichthouder zal tot de nodige correctie op marktverstoring optreden moeten leiden. Ik vraag toch nog maar eens naar de actuele stand van zaken bij de oprichting van de zorgautoriteit.

Transparantie, dus de mate waarin zorgvragers inzicht hebben in het zorgaanbod, wordt door veel economen een kritische succesfactor genoemd voor het welslagen van de marktwerking. Wat dat betreft ben ik nieuwsgierig naar de uitwerking van de inspanningen die in de nota naar aanleiding van het verslag worden opgesomd om te komen tot een "balanced score card", die objectieve, vergelijkbare informatie moet verschaffen over de kwaliteit van het zorgaanbod. Ik heb hier eerder voor gepleit. Kan de minister de Kamer informeren over de stand van zaken en ook over de bedoelingen? Hij kan dit wat mij betreft ook schriftelijk doen. Mijn fractie vindt het belangrijk dat ook consumenten kunnen beschikken over toegankelijke informatie, als het ware net zo simpel en direct als het Michelinsterensysteem.

Aan de andere kant hebben consumenten in het beoogde stelsel voornamelijk indirect mogelijkheden om selectief te zijn in hun zorggebruik, omdat de zorgverzekeraar over de inkoop gaat. Ik blijf wat dit betreft een wat ongemakkelijk gevoel houden bij de vraag of zorgverzekeraars er in het nieuwe zorgstelsel wel voldoende belang bij krijgen om de belangen van de consumenten centraal te stellen. Verzekerden hebben immers maar een zeer beperkt drukmiddel om een goede zorginkoop af te dwingen: één keer per jaar kunnen zij wisselen van verzekeraar. Zeker als zij dit niet massaal doen, zet dit niet veel zoden aan de dijk, ben ik bang. Dit zeg ik ook in reactie op het antwoord op een vraag van mijn fractie dat in de nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen, namelijk dat een verzekerde maar van verzekeraar moet wisselen als zijn verzekeraar toevallig geen contract heeft met een zorgaanbieder in zijn regio. Daar heb je niet veel aan als je een acute operatie moet ondergaan, lijkt mij! Het ruimte bieden voor restitutie ±

dat bij particuliere verzekeraars al mogelijk is ± geeft wat dit betreft meer vrijheid aan de zorgvrager en mijn fractie verwelkomt dan ook de opening die het wetsvoorstel biedt om over te stappen op restitutie op deelmarkten die voldoende transparant zijn en voldoende aanbod kennen.

Ik heb nog wel een vraag over de voorwaarden die op pagina 12 van de memorie van toelichting worden beschreven. Daar staat dat in de desbetreffende algemene maatregel van bestuur kán worden bepaald dat het aan verzekeraars wordt overgelaten of zij kiezen voor een restitutiesysteem zonder overeenkomsten. Mijn vraag is of duidelijk is wanneer een zorgverzekeraar verplicht wordt om bij overgang naar een restitutiemodel toch onderliggende contracten te sluiten met zorgaanbieders. Wat bepaalt aan de andere kant of de verzekerden al of niet verplicht zijn om de zorg alleen af te nemen bij gecontracteerde zorgaanbieders? Vooral dit laatste betekent weer een inperking van de ruimte voor verzekerden om selectief om te gaan met hun zorginkoop. Ik krijg graag een verheldering op dit punt.

Bij het leveren van een inbreng voor het verslag is het ook bij mijn fractie onopgemerkt gebleven dat de voorhangprocedure voor mutaties in het verzekerde AWBZ-pakket in het onderhavige wetsvoorstel wordt geschrapt. Daarmee verliest de Kamer toch de grip op een cruciaal onderdeel van de AWBZ. De argumentatie van de regering is dat er geen behoefte meer zou zijn aan een voorhang, omdat het voornemen verlaten is om delen van het tweede compartiment over te hevelen naar het eerste. De voorhangprocedure geldt echter evenzeer voor de omgekeerde route en daarvoor bestaan wel degelijk voornemens. Ik hoor graag de reactie van de minister op dit punt. Ik overweeg om op dit punt een amendement in te dienen. Ik wacht echter het verloop van het debat af, want als de minister dit zelf wil herstellen, is mij dat welkom.

□

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Meer keuzevrijheid voor verzekerden, vraag en behoefte van cliënt centraal, lokaal maatwerk, kostenbeheersing en minder bureaucratie zijn belangrijke

Tonkens

uitgangspunten van het kabinets-beleid. Wij zijn daar ook voor, maar dit wetsvoorstel draagt daar in onze ogen niet toe bij, integendeel.

Allereerst het punt van de keuzevrijheid waarover wij al veel gesproken hebben. Het is een mooi woord en wie is er niet voor? Met het wetsvoorstel wordt echter alleen de keuzevrijheid van verzekeraars beoogd, niet die van cliënten. Met het wetsvoorstel wordt een veel grotere onderhandelings- en contracteervrijheid voor commerciële verzekeraars geregeld. Het probleem is dat het voorstel tot minder keuzevrijheid voor patiënten leidt, terwijl het daar juist om te doen was. Verzekerden kunnen met het voorstel namelijk alleen zorg halen bij de zorgaanbieders waarmee een contract is gesloten. Het is dus wellicht niet meer mogelijk om oud te worden in het dorp waar iemand is geboren. Verder bestaat het risico dat verzekeraars helemaal eigen keuzes maken en bijvoorbeeld alleen in de eigen regio een overeenkomst sluiten. Kan ik straks nog mijn verpleeghuis, ziekenhuis of specialist kiezen? Nee, dat bepaalt mijn verzekeraar. Ik kan alleen nog voor een verzekeraar kiezen, tenminste in theorie. Omdat de verzekeraar wel acceptatieplicht heeft ten aanzien van het basispakket maar niet ten aanzien van de aanvullende verzekering, is het kiezen voor een verzekeraar voor veel mensen een tamelijk academische zaak. Daarmee valt de belangrijkste pijler onder het stelsel van kabinetsvoorstellen, namelijk dat de verzekerde centraal staat, weg. Wij hebben een amendement ingediend waarmee wordt beoogd de keuzevrijheid van de patiënt te garanderen. Als het amendement wordt aangenomen, kan de verzekerde kiezen voor een aanbieder; de vergoeding daarvoor loopt op tot een maximumtarief, verbonden aan CTG-indicatie of eventueel een ander maximum zodat de kosten niet de pan uit rijzen.

Het wetsvoorstel heeft ook meer lokaal maatwerk ten doel. Wij zien echter niet dat dit met het voorstel bereikt wordt. Welk belang heeft een niet-lokale verzekeraar bij lokaal maatwerk? In het debat wordt wel eens gesuggereerd dat zorgverzekeraars die voor een deel lokaal van aard zijn, dat ook wel blijven. Er zijn echter veel verzekeraars voor wie dat in het geheel niet geldt. Als de relatie met het buitenland wordt

vergemakkelijkt, is het helemaal de vraag of een verzekeraar voeling houdt met een regio. Uit rapporten over de zorg blijkt voortdurend dat samenwerking tussen instellingen ten behoeve van ketenzorg een knelpunt is. De voorstellen van het kabinet staan haaks op dat streven. Concurrentie en voortdurende contracteeronzekerheid bevorderen samenwerking, en dus lokaal maatwerk, niet. De zorgaanbieders komen in een ongelijke positie te staan ten opzichte van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar verwordt al gauw tot een grote monopolist; door fusie zijn er steeds minder verzekeraars. Eigenlijk hebben wij op dit moment te maken met acht grote verzekeraars, waardoor de onderhandelings-verhouding moeizaam en ingewikkeld wordt.

Ook de kostenbeheersing wordt door het kabinet belangrijk geacht. Wij vinden dat punt ook belangrijk. De vrije onderhandelingen, zoals met het voorstel beoogd wordt, moeten leiden tot lagere prijzen. Waarschijnlijk is in grote delen van de zorg het omgekeerde echter het geval. Een bekende, eenvoudige voorwaarde voor marktwerking is immers dat er sprake is van voldoende aanbod. Dat is er niet. Door bestuurskundigen van de Universiteit van Twente wordt dan ook een tweedeling in de zorg voorspeld. In de cure zal de vrije onderhandeling tot hogere prijzen leiden. Daar is immers sprake van schaarste waardoor de onderhandelaars een machtige positie hebben. In de care zal er waarschijnlijk wel voldoende aanbod zijn, zeker als het kabinet doorgaat met het uit het pakket gooien van zaken. Dit zal leiden tot lagere prijzen en lagere salarissen, maar het risico bestaat dat ook de kwaliteit omlaag gaat. Daarmee komt de kwaliteitsverantwoordelijkheid van het kabinet in het geding. Op deze manier breng je de prijzen omlaag waar deze al laag zijn, terwijl dit niet gebeurt waar je dat wilt en waar de prijzen al hoog liggen, namelijk in de medisch-specialistische zorg. Wat is de reactie van de minister op deze niet alleen door mij, maar ook door deskundigen geuite verwachting? Waarschijnlijk zal er ook kostenverhoging optreden als gevolg van het feit dat zorginstellingen meer risicodragend worden waardoor financiers meer rente zullen vragen.

In zo'n beetje ieder debat stellen wij het onderwerp bureaucratie aan de orde en anders doen anderen dit wel. Het kabinet vindt tenslotte ook dat de bureaucratie in de zorg moet afnemen. Je kunt van dit voorstel alleen maar concluderen dat het de bureaucratie enorm zal doen toenemen. Ik doel dan niet alleen op bureaucratie in de zin van formulieren en registratie, maar ook in de zin van overleg, onderhandelen en alles wat afleidt van de echte zorg. Eigenlijk wordt dit ook min of meer toegegeven door het kabinet. Wat vindt de minister belangrijker, het terugdringen van de bureaucratie of het bevorderen van marktwerking? Op een gegeven moment moet er toch worden gekozen. Als de minister ervoor kiest om de bureaucratie terug te dringen, dan zijn vele vormen van marktwerking niet gewenst. Het is daarom verbazingwekkend dat er geen bureaucratietoets is uitgevoerd. Wij zouden graag zien dat deze er alsnog komt. Dat is wat laat, maar beter laat dan nooit. Het zou goed zijn als deze toets vóór het debat over de administratieve lasten in de zorg is uitgevoerd. Graag een reactie van de minister op dit dringende verzoek.

Ik kom nu te spreken over de rol van de overheid. De overheid trekt zich terug. Hoe kan de overheid dan toch de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg garanderen? Het is ons niet helemaal duidelijk wat nu nog de bevoegdheden van de minister zijn. Hoe kan hij bij zorgverzekeraars ingrijpen? Dat zijn toch private ondernemingen? Er is de verwachting dat zorgverzekeraars de belangen van verzekerden voor ogen hebben. Wat als deze verwachting niet uitkomt? Zorgverzekeraars hebben tenslotte ook nog een heleboel andere belangen.

In de ogen van de GroenLinks-fractie is de invulling van de zorgplicht bij uitstek een taak van de politiek. De politiek dient een uitspraak te doen over de aanvaardbare reisafstand en aanvaardbare wachttijden. Dat kunnen wij niet aan zorgverzekeraars overlaten. Zouden wij dat wel doen, dan zouden wij in strijd komen met de Grondwet die de overheid verplicht om de kwaliteit van de zorg te garanderen. Vanwege deze verantwoordelijkheid van de overheid hebben wij twee amendementen ingediend. Het ene heeft betrekking op het invullen van de

Tonkens

zorgplicht. Wij willen graag dat nader wordt bepaald wat die plicht moet inhouden zodat in ieder geval zeker is dat cliënten een bepaalde maximale wachttijd en een bepaalde maximale reisafstand hebben. Verder vinden wij dat veranderingen in de aard en omvang van het pakket moeten worden geregeld via een zware voorhangprocedure. Dit mag niet even op een achternamiddag worden geregeld.

Ten slotte ga ik in op de kwaliteit en de rol van zorgprofessionals. Opvallend is dat het voorstel erop gericht lijkt te zijn om georganiseerde beroepsverenigingen in de zorg min of meer uit te schakelen en commerciële zorgverzekeraars meer macht te geven. Waarom heeft het kabinet dan zoveel meer vertrouwen in de verzekeraars en zo weinig vertrouwen in de professionals? Hoe verhoudt zich dit tot het gegeven dat het belangrijk zou moeten zijn dat de kwaliteit van de zorg op orde is? Dat is een zaak waar de professionals over het algemeen meer oog voor hebben dan de zorgverzekeraars. Verder zijn wij erg bezorgd over de kwaliteit van de zogenaamde onrendabele lijnen, te weten complexe en dure zorg in heel dunbevolkte regio's. Graag ontvangen wij van de minister een reactie daarop. Hoe ziet hij dit?

De voorzitter: Hiermee zijn wij gekomen aan het eind van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik schors de vergadering tot 12.10 uur. Ik deel aan de leden mee dat ik probeer de termijn van de kant van de regering om 12.50 uur af te ronden, omdat daarna de aanbidding plaatsvindt van de jaarverslagen door de minister van Financiën. De regering heeft dan ongeveer de helft van de tijd die de Kamer nu heeft opgesoupeerd.

De vergadering wordt van 11.53 uur tot 12.10 uur geschorst.

De voorzitter: Ik heropen de vergadering en deel aan de leden mede dat ik voornemens ben om de eerste termijn van de kant van de regering uiterlijk om 12.50 uur af te ronden, omdat de zaal dan volloopt in verband met het aanbieden van de jaarverslagen door de minister van Financiën. Aangezien minister Hoogervorst vandaag nog andere verplichtingen heeft, zal de tweede termijn van dit debat volgende week

worden gehouden. Ik verzoek de leden om terughoudend te zijn met het plaatsen van interrupties, zodat wij de vergadering echt om 12.50 uur kunnen schorsen.

Minister Hoogervorst: Voorzitter. Het feit dat het debat wordt opgesplitst in een eerste termijn nu en een tweede termijn volgende week stelt mij in de gelegenheid om mij in eerste instantie op hoofdlijnen te concentreren. Ik zal mij inspannen om de leden op tijd voor het vervolg van dit debat schriftelijke antwoorden te doen toekomen op de meer technische vragen en een reactie op de ingediende amendementen. Dan hoop ik dat wij de tweede termijn volgende week op een vlotte manier kunnen afwerken.

Het hoofddoel van dit wetsvoorstel is om binnen het bestaande overeenkomstensysteem in de Ziekenfondswet en de AWBZ te komen tot een meer dynamische zorginkoop door ziekenfondsen. Veel verzekeraars zijn al op de goede weg en investeren nu al het nodige in een goede zorginkoop, onder meer door het instrument van de aanbesteding. Dat geldt vooral bij de hulpmiddelen. Dit wetsvoorstel brengt ziekenfondsen ook in een meer gelijkwaardige positie met aanbieders. Ik denk dat dit een goed uitgangspunt is om te komen tot goede en doelmatige overeenkomsten in het belang van de verzekerde of zoals mevrouw Schippers het zei: de bedoeling is dat er meer waar voor het geld wordt geleverd. Er wordt heel veel geld betaald en er wordt heel veel waar geleverd, maar de verhouding kan beter.

Ik heb in het debat in de Kamer twee hoofdlijnen opgemerkt. Er zijn leden die het niet zien zitten dat er meer marktwerking komt en een versterking van de positie van de verzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders, inclusief de mogelijkheid dat sommige zorgaanbieders wel eens niet gecontracteerd zouden mogen worden. Zij zien daar bezwaren aan zitten. Dat is vooral het standpunt van mevrouw Kant. Ik ben het er niet mee eens, maar het is in ieder geval duidelijk. Mevrouw Kant zegt om die reden helemaal geen behoefte te hebben aan deze wet. De meeste leden willen wel graag de omwenteling meemaken naar een meer vraaggestuurd stelsel

waarin de aanbieders het niet allemaal voor het zeggen hebben. Dat moet dan betekenen dat er niet meer in alle gevallen sprake is van een contracteerplicht. Als verzekeraars immers moeten onderhandelen met zorgaanbieders, in de wetenschap dat er altijd een contract uit moet rollen, omdat zij verplicht zijn om contracten te sluiten, dan weten wij allemaal dat het nooit een serieuze onderhandeling wordt en dat de zorgaanbieder rustig achterover kan zitten en wachten tot al zijn wensen worden ingewilligd. Mevrouw Vietsch zei aan het begin van haar inbreng dat zij die omslag naar een vraaggestuurd stelsel graag wil en dat zij heel goed beseft dat het afschaffen van de contracteerplicht daarvoor echt nodig is. Het is een sine qua non om meer vraagsturing in het stelsel te kunnen aanbrengen. Er zijn veel vragen gesteld over de mogelijke risico's die het afschaffen van de contracteerplicht met zich meebrengt. Het belangrijkste risico dat wordt genoemd, is dat de keuzeopties voor de patiënt worden ingeperkt en dat wellicht het zorgaanbod verschaalt.

Ik kan mij voorstellen dat er zorgen zijn. Ik zal proberen om die zoveel mogelijk weg te nemen. Als die zorgen zo primair zijn, zou men niet aan deze route moeten beginnen. Als men wil dat de contracteerplicht wordt afgeschaft en als men wil dat de verzekeraar en de verzekerden in een betere positie komen ten opzichte van de zorgaanbieder, moet men accepteren dat er niet altijd een contract wordt afgesloten en dat de verzekeraar geen contracten zal afsluiten met het hele land. Er moeten keuzes worden gemaakt. De vraag is of dit er in de praktijk toe zal leiden dat er een grote verschraving van het aanbod voor de verzekerde ontstaat. Ik denk om een groot aantal redenen dat dit zeer onwaarschijnlijk is.

Ik wil vooropstellen dat ik niet als een dolleman ga beginnen om marktwerking in de zorg te introduceren. Daarvoor is het allemaal te nieuw. Ik erken ook dat er risico's aanwezig zijn. Wij moeten er op een voorzichtige manier mee beginnen. Daarom zeg ik, anders dan een van mijn voorgangers, niet dat wij binnen een halfjaar alle geleverde diensten in de zorg vrij onderhandelbaar zullen maken. Wij zijn begonnen met een selectie van diensten in de ziekenhuiszorg die zich vooral richten

Hoogervorst

op electieve zorg. Het gaat dus niet om acute zorg. Het gaat om zorg die ruim beschikbaar is in ons land. Er is een goed aanbod aanwezig voor de verzekeraars. Wij beginnen dus met een segment uit de markt waarvan wij het gevoel hebben dat wij er geen onverantwoorde risico's mee lopen.

Ik kan mij voorstellen dat de Kamer zich enige zorgen maakt over de vraag hoe waarschijnlijk het is dat verzekeraars maar heel beperkt contracten zullen sluiten met de ziekenhuizen in hun omgeving. Ik denk dat het onwaarschijnlijk is dat dit gebeurt. Ik weet ook uit geluiden die ik heb gehoord uit de zorg, zowel van de aanbieders als van de verzekeraars, dat de meeste verzekeraars hun best zullen doen om in hun eigen regio ruim in te kopen. Zij weten natuurlijk ook wel dat zij niet kunnen verkopen aan hun verzekerden dat mensen die bijvoorbeeld in Maastricht wonen naar Groningen moeten voor een ingreep die ook in de regio kan worden uitgevoerd. Dat gaat niet gebeuren. Ik ben ervan overtuigd dat er in de praktijk ruime keuzemogelijkheden zullen worden aangeboden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik maak mij geen zorgen over de vraag hoe ruim het aanbod is. Ik maak mij zorgen over de selectie in het aanbod die verzekeraars kunnen maken. Ik maak mij geen zorgen over ingrepen die veel worden verricht, zoals knieoperaties of heupoperaties. Een goed functionerende anorexiakliniek die maar voor een selectief aantal patiënten geschikt is, zal echter misschien moeten sluiten.

Minister **Hoogervorst**: Daar hebben wij het nu ook niet over. Wij hebben het nu over doorsnee operaties die wij in de marktwerking gaan onderbrengen. Er is op dit moment geen grote Nederlandse markt voor een heel gespecialiseerde anorexië-behandeling. Ik ga ook niet de acute zorg in de aanbidding doen. Wij hebben het zorgvuldig bekeken; wij hebben gekeken naar doorsneewerk ± om het oneerbiedig te zeggen: lopendebandwerk ± dat goed voorhanden is, waar een ruim aanbod van voorhanden is en waarbij ook ZBC's ingeschakeld kunnen worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat u

hier de inschattingsfout maakt dat er zo gemakkelijk onderscheid gemaakt kan worden binnen de zorg en tussen dit soort zorg. Immers, ook binnen de heup- en knieoperaties heb je misschien bij speciale afwijkingen weer speciale behandelingen nodig. Het gaat mij niet om de heel voorspelbare zorg, maar juist om de iets complexere zorg.

Minister **Hoogervorst**: Misschien mag ik hierbij ingaan op een andere zorg die is geuit; je hebt het dan over de medisch noodzakelijke zorg die heel specifiek is. Is dan een verzekeraar verplicht om die dienst aan te bieden of te vergoeden, ook als hij hem niet heeft ingekocht? Het antwoord daarop is: bij medische noodzaak is dit inderdaad het geval. De zorg daarover hoeft dan ook niet te bestaan.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U zegt dat u niet verwacht dat zorgverzekeraars slechts een heel beperkt aanbod zullen gaan contracteren. U verwacht het niet, maar u geeft in uw antwoorden aan dat exclusiviteit mogelijk is. Mijn vraag is niet of u denkt dat alle mensen in het water springen, maar mijn vraag is: stel dat iemand in het water springt, wat gaat u dan doen? Immers, als er een exclusieve afspraak is tussen één zorgverzekeraar en één zorgaanbieder, dan komt niemand er meer tussen en worden zij er allebei heel veel beter van, want zij hebben dan een monopolie gecreëerd.

Minister **Hoogervorst**: Nee, zo ligt het niet. Het eerste waar ik het in dit verband over had, is wat je de garantie van de markt zou kunnen noemen. Het is namelijk mijn overtuiging dat een beetje verzekeraar het zich niet zal kunnen veroorloven om mondjesmaat in te kopen, omdat hij dan zijn cliënten verliest. Wij verkeren in Nederland in de gelukkige omstandigheid dat cliënten kunnen kiezen welke verzekeraar zij kunnen nemen. Ik ben verleden week in Parijs geweest bij een OESO-bijeenkomst van gezondheidsministers en daarbij bleek mij dat wij hierin redelijk uniek zijn in de westerse wereld, namelijk dat wij een sociale verzekering hebben waarbij verzekerden hun verzekeraars kunnen kiezen. Ik kan u verzekeren dat de verzekeraars er buitengewoon zenuwachtig over zijn dat de verzekerden dit kunnen. De

verzekeraar zal dus wel moeten, zo is mijn stellige overtuiging. Dan heb je nog de vraag dat wij te maken zouden kunnen hebben met een idiote verzekeraar die niet weet hoe hij zijn markt moet bedienen en alleen zorg op meer dan 100 kilometer afstand aanbiedt. Stel nu dat er zo'n idiote verzekeraar is en dat hij niet onmiddellijk failliet gaat: dan is er altijd nog het CTZ ± straks de zorgautoriteit ± dat erop toeziet of de verzekeraar zijn zorgplicht nakomt; deze wettelijke bepaling zal namelijk ook in het nieuwe stelsel blijven bestaan. Hij zal voldoende aanbod moeten contracteren om zijn verzekerden te kunnen bedienen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De zorgverzekeraar die een exclusieve afspraak maakt met de enige zorgaanbieder die er is, is geen idiote zorgverzekeraar maar een briljante zorgverzekeraar, want deze creëert iets unieks, zodat wij allemaal naar hem toe zullen moeten gaan. Dat is echter iets dat wij niet moeten laten gebeuren. Wat gaat de minister derhalve doen aan een exclusieve afspraak?

Minister **Hoogervorst**: Als er exclusieve afspraken worden gemaakt die ertoe leiden dat alleen de verzekerden van één bepaalde verzekeraar aan hun knie geopereerd kunnen worden, bij wijze van spreken, dan zal de NMa ingrijpen. Dat verwacht ik althans, want ik ga daar niet over, maar dat is waar wij de NMa voor hebben.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De minister stelt ± daar ben ik hem erkentelijk voor ± dat een zorgverzekeraar de medisch noodzakelijke zorg moet afdekken. Tegelijkertijd zal de verzekeraar het wel nalaten om een te schraal pakket aan te bieden, want dan prijst hij zichzelf uit de markt in het kader van de keuzevrijheid van cliënten en patiënten. In die breedte zal dus wel worden voorzien. Maar nu de diepte, want daar ging mijn vraagstelling over: als het de ernstige en langdurige zieken betreft. Hoe diep wordt gegarandeerd dat men dient te gaan?

Minister **Hoogervorst**: Ik had het over de medisch noodzakelijke zorg. Daaruit volgt natuurlijk ook dat een behandeling netjes moet worden afgemaakt, ook als het contract met

Hoogervorst

de zorgaanbieder zou komen te vervallen. Voor het commitment ten opzichte van de langdurig zieke bestaat een keiharde acceptatieplicht in het wettelijk basispakket dat meer dan 90% van de totale zorgverlening in ons land behelst. De zorgverzekeraar heeft op basis daarvan geen enkele mogelijkheid om deze mensen te weigeren. Hij wordt daar ook voor gecompenseerd via het Vereveningsfonds. Dat is een van de voorwaarden van ons stelsel. Er kan natuurlijk geen sprake van zijn dat mensen met langdurige en zware ziektes tussen wal en schip geraken.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Voorzitter. Hoe zit het met de contractering in de grensregio? En een tweede vraag. Een grote zorgverzekeraar kan in zijn contract bedingen dat zijn patiënten voorrang hebben op de concurrent. Een ziekenhuis kan die eis, als die zorgverzekeraar de grootste is in de regio, niet weerleggen. Dat betekent indirect een groot nadeel voor de andere patiënten. Hoe staat de minister daar tegenover?

Minister **Hoogervorst**: U wilt toch niet dat ik ga verbieden dat verzekeraars met elkaar concurreren op dienstverlening aan hun verzekerden? In het huidige systeem concurreren verzekeraars al met elkaar met de boodschap: als u bij mij komt, doen wij aan wachtlijstbemiddeling en zorgen wij dat u eerder wordt geholpen. Dan zou je kunnen zeggen dat dit betekent dat iemand anders later wordt geholpen. Misschien wel, maar een van de drijfveren voor de verbetering van de situatie in Nederland is juist dat iedereen beter is gaan letten op de patiëntenlogistiek, waardoor mensen veel vlotter voor een behandeling in een ziekenhuis in aanmerking komen. De wachtlijsten zijn door de druk die verzekeraars uitoefenen aanzienlijk verminderd. U ziet hier een gevaar, terwijl het juist mooi is als verzekeraars dit aan hun verzekerden aanbieden. Dat spoort andere verzekeraars aan, zoals het ook in de huidige situatie het geval is, om een soortgelijke dienstverlening aan te gaan. Dus ik denk dat u een gevaar ziet dat niet bestaat. Het is juist een uitdaging.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Het gaat mij om het monopolie van de zorgverzekeraar. Omdat hij het monopolie heeft, kan een andere

zorgverzekeraar niet dezelfde eisen stellen. Hoe gaan wij daarmee om? Gaat het zorgorgaan erop toezien dat patiënten in een bepaalde regio er niet toe gedwongen worden zich bij een bepaalde zorgverzekeraar aan te sluiten omdat zij anders vijf weken langer op hun behandeling moeten wachten?

Minister **Hoogervorst**: Nu begrijp ik de vraag van mevrouw Vietsch beter. Natuurlijk moet er streng op worden toegezien dat verzekeraars die regionaal dominant zijn geen monopoliepositie krijgen. Overigens zal ook hier de cliënt weer de belangrijkste toezichthouder zijn. Mochten dit soort situaties zich voordoen, dan zullen andere verzekeraars er alles aan willen doen om mensen die buiten de boot vallen te bedienen. Ook wat dat betreft is er een rol weggelegd voor zowel de zorgautoriteit als de NMa. Daar moeten wij dus beducht voor zijn. In ieder geval moeten wij daar erg attent op zijn.

Mevrouw Vietsch heeft een vraag gesteld over de bereikbaarheid. Alle zorg die primair met bereikbaarheid te maken heeft, valt in eerste instantie buiten de marktwerking. Ik heb duidelijk gemaakt dat ik het niet erg aannemelijk vindt dat bijvoorbeeld acute zorg een onderwerp van gereguleerde marktwerking zal worden, hoewel een contractvorm met een ambulanceorganisatie ook niet eeuwig hoeft te duren. Ik heb verleden jaar de financiële randvoorwaarden voor de bereikbaarheid verstevigd. Binnenkort komen wij te spreken over de WTZI waarin ik voorstellen heb gedaan om voldoende publieke randvoorwaarden in het stelsel te kunnen handhaven. Wij hoeven dus niet benauwd te zijn dat grote delen van het land zonder acute zorg komen te zitten. Wij houden dat nauwlettend in de gaten.

Ik begrijp de bezorgdheid van mevrouw Vietsch, maar zij maakt zich te veel zorgen. De vrees dat mensen zonder zorg komen te zitten, zal voor 95% door de markt worden opgelost. Op plaatsen waar gaten vallen, zijn er nog steeds allerlei publieke randvoorwaarden zoals CTZ, straks de zorgautoriteit, en de wetgeving op het gebied van mededinging en waarmee onvolkomenheden kunnen worden voorkomen.

Mevrouw Schippers wees terecht op de afschaffing van de contracterplicht in 1992 voor de vrijeberoepsbeoefenaren. Ik heb mij laten vertellen dat toen in deze Kamer precies dezelfde zorgen zijn geuit als vandaag. Daarna is niet geconstateerd dat er grote gaten in de zorg zijn gevallen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb hetzelfde voorbeeld van de vrijeberoepsbeoefenaren aangehaald om te illustreren dat dit niet leidde tot echte concurrentie onderling, wat de opzet was. Ik hoop dat de minister op dat aspect nog even terugkomt. Het is wel de hoofddoelstelling van dit wetsvoorstel.

Minister **Hoogervorst**: Het is heel gecompliceerd. Nu zal voor het eerst sprake zijn van "verplichte vrije onderhandelingen". Daarvan was niet of nauwelijks sprake bij de vrijeberoepsbeoefenaren. Wij gaan nu weer een stapje verder.

Voorzover er nog problemen overblijven in dit speelveld, heeft mevrouw Schippers daarvoor een interessante suggestie die zij reeds in een amendement heeft verrat. Zij wil de keuzevrijheid voor de verzekerde maximaal garanderen. Zij zal het met mij eens zijn dat het niet waarschijnlijk is dat bij de voorzieningen in natura de meeste mensen niet goed kunnen worden geholpen. Voor de situatie waarin om welke reden dan ook een verzekerde behoefte heeft aan een ziekenhuis voor een bepaalde ingreep omdat hij bijvoorbeeld de dokter daar kent en dat ziekenhuis niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar, wil mevrouw Schippers die optie openhouden. Zij is van mening dat de verzekerde dan niet het volledige bedrag hoeft te betalen, zoals in mijn voorstel. In dat geval zou restitutie moeten kunnen plaatsvinden. Dat betekent in de visie van mevrouw Schippers niet dat aan de verzekerde het volledige bedrag vergoed kan worden, want dan heeft deze wetgeving geen zin meer. Mevrouw Kant heeft daar volledig gelijk in. Als je het wetsvoorstel voorziet van een restitutiemogelijkheid waarin alle kosten worden vergoed, heeft het voor een zorgverzekeraar geen enkele zin om te proberen om lagere prijzen te bedingen. Daarom moet naar de mening van mevrouw Schippers die vergoeding beperkt blijven tot een gemiddelde van de contracten die de

Hoogervorst

betreffende verzekeraar heeft gesloten.

Zelf heb ik niet zo'n behoefte aan dit amendement, omdat naar mijn gevoel de mogelijkheden die ik voor restitutie bied in dit wetsvoorstel voldoende zijn. Ik heb er ook geen zwaarwegende bedenkingen tegen. Het vergroot de flexibiliteit wel enigszins. Ik wil graag de vrijheid hebben om nog eens wat beter na te denken over de vergoedings-systematiek die mevrouw Schippers in dit voorstel heeft ingediend. Als zij zegt dat de vergoeding zich moet beperken tot het gemiddelde van de contracteerkosten van de betreffende verzekeraar, dan is dat nogal een prijsingreep. Dat kan terecht zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft al laten weten: wij vinden eigenlijk dat de laagste prijs moet gelden, omdat wij anders meer betalen dan volgens de goedkoopste contracten die wij hebben gesloten. Ik vind daar ook wat voor te zeggen, al kun je dan wel bang zijn dat het leidt tot allerlei flutcontractjes. Ik ben er nog niet uit. Ik geef mevrouw Schippers graag in overweging haar amendement zodanig te wijzigen dat de wijze van vergoeding bij AMvB wordt geregeld, zodat wij er nog eens goed over kunnen nadenken. Ik ben graag bereid met de ontwerp-AMvB naar de Kamer te komen, zodat wij er nog nader over kunnen discussiëren.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De vergoeding is de ene kant van de zaak en is inderdaad een ingewikkelde materie. Maar onderzoeken tonen aan dat juist het naturamodel een grotere prikkel geeft aan zorgverzekeraars om echt aan kwaliteitsinkopen te doen. Graag wil ik van u een reactie op de vraag in hoeverre de mogelijkheid voor restitutie de kwaliteitsrol ondermijnt.

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat het naturacontract vooralsnog dominant zal blijven, ook vanwege het gemak voor de verzekerde. Als de restitutie volledig was en dus geen prijsprikkel meer bevatte, zou u gelijk hebben. Dan krijg je, net als de zorgverzekeraars nu in de particuliere sfeer doen, risicoselectie en bonnetjes schrijven. Bij de door mevrouw Schippers verwoorde manier blijft het voor de verzekeraars nodig om te contracteren. Er blijft voor de verzekeraars een prijsprikkel bestaan. Ik weet dat bij elk contract goed naar de kwaliteit wordt

gekeken. Ik ben dus niet zo benauwd dat het zal leiden tot uitholling van de contracten, maar wij moeten het natuurlijk wel verstandig neerzetten.

Mevrouw **Kant** (SP): Als ik het goed begrijp, vergroot dit voorstel weer een klein beetje de keuzevrijheid, maar wordt die keuzevrijheid mede bepaald door het vermogen om het verschil tussen de gemiddelde prijs en de werkelijke prijs bij te leggen. Wij introduceren dan dus een systeem waarin wie geld kan bijleggen meer keuzemogelijkheden krijgt.

Minister **Hoogervorst**: Dat is op zichzelf waar, maar ik denk dat mensen er alleen in vrij uitzonderlijke omstandigheden gebruik van zullen maken. Het is helemaal niet zo erg als men hier en daar iets moet bijbetalen. In ons dagelijks leven zijn prijsverschillen een heel normale zaak. Er bestaan nu al prijsverschillen tussen zorgverzekeraars. De een is goedkoper dan de ander. De mensen die naar de duurdere zorgverzekeraar gaan, betalen dus wat bij ten opzichte van de goedkopere. Daarover moet je niet te benauwd denken. De verzekeraar kan het zich niet veroorloven om met een heel smal aanbod te komen met de gedachte: laat maar waaien, mensen gaan wel bijbetalen. Zo zit de Nederlander niet in elkaar. Die wil gewoon waar voor zijn geld hebben. Die wil van tevoren weten waaraan hij ongeveer toe is en die zal van de verzekeraar verlangen dat deze voldoende aanbod heeft gecontracteerd dat in de buurt bereikbaar is. Vind je het niet belangrijk, dan betaal je extra.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben er wel heel benauwd voor, omdat een nieuw mechanisme in de zorg wordt geïntroduceerd, waarbij keuzevrijheid afhankelijk wordt gemaakt van de mogelijkheid van mensen om bij te betalen. Dat vind ik een enorm risico. Dat kan gaan uitdijen. Ik dacht dat het kabinet ook was voor het uitgangspunt van gelijke toegang, maar dat laat u hiermee los. Wie kan bijbetalen, krijgt meer keuzevrijheid en kan bepaalde nieuwe specialistische zorg verkrijgen en een ander niet.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben daar helemaal niet benauwd voor. Wij gaan in Nederland een tamelijk

unieke situatie creëren in de zorg waarin mensen een reële keuze hebben tussen verschillende zorgverzekeraars. Kijkt u maar eens in het Verenigd Koninkrijk. Daar heeft men een prachtig staatsgeleid systeem met één verzekeraar, namelijk de National Health Service. Daar hebben de mensen al decennialang geen keuze, en te maken met forse wachtlijsten.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is geen antwoord op mijn vraag.

Minister **Hoogervorst**: Dat is wel een antwoord op uw vraag. U gelooft in modellen waarin er geen prijsprikkel bestaat, iedereen als vanzelf met elkaar gaat samenwerken en de mensen alles zogenaamd gratis krijgen aangeboden. Ik denk dat dergelijke systemen altijd vastlopen in verschraling van het aanbod of in gebrek aan keuzemogelijkheden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik maak bezwaar tegen deze manier van antwoorden.

De **voorzitter**: U krijgt nog een tweede termijn. Wij hebben afgesproken dat in eerste termijn een antwoord op hoofdlijnen wordt gegeven.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat begrijp ik, maar ik vind dat u ervoor moet zorgen dat de minister antwoord geeft op gestelde vragen en niet uitvoerig laat blijken dat hij denkt te weten hoe ik hierover denk. Als de minister gewoon antwoordt op vragen, komt dat het debat ten goede.

De **voorzitter**: Dat begrijp ik, maar de minister gaat over zijn eigen antwoorden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister zegt dat hij niet zo bang is voor een beperking. Wil hij de contracteerplicht afschaffen om de verzekeraar de mogelijkheid te geven de relatie te beëindigen met een instelling die zich niet goed gedraagt? Of wil de minister concurrentie bevorderen door een situatie te creëren waarin verzekeraars scherp moeten inkopen en scherpe prijsafspraken moeten maken met een beperkt aantal aanbieders?

Hoogervorst

Minister **Hoogervorst**: Ik denk zeker niet dat er in de beginfase een beperkt aantal aanbieders zal zijn, maar alleen al de wetenschap dat de verzekeraar niet verplicht is een contract af te sluiten, plaatst hem in een geheel andere positie ten opzichte van het ziekenhuis. In de huidige situatie weet het ziekenhuis dat de verzekeraar zonder meer een contract moet afsluiten, wat er ook gebeurt. Dat is de eerste doorbraak die wij proberen te realiseren. Er zal niet onmiddellijk een florierende vrije markt ontstaan. Dat zal de nodige tijd vergen. Het systeem is immers decennialang door de staat geleid en dat kun je niet van de ene op de andere dag veranderen in een bloeiende markteconomie. Het gaat nu om een kleine stap naar een meer gelijkwaardige verhouding tussen verzekeraar en ziekenhuis. Het is mijn vaste overtuiging dat dit uiteindelijk ten goede komt aan de patiënt en daar is het mij om te doen. De zorgaanbieder en de verzekeraar moeten gedwongen worden om meer waar voor hun geld te leveren. Dat proberen wij mondjesmaat te introduceren en wij moeten nu eenmaal ergens beginnen.

Voorzitter. Ik ben in principe niet tegen de restitutiemogelijkheid waarover mevrouw Schippers sprak, maar wil nog wel even goed kijken naar de vergoedingen.

De heer Heemskerk heeft een pregnante opmerking gemaakt over de transparantie van de markt. Ik kan mij daarin vinden. Daar is nu nog geen sprake van en een dergelijke transparantie zal ook niet van vandaag op morgen ontstaan. Er wordt een aarzelend begin gemaakt. Erg veel mensen hebben afgelopen najaar internet geraadpleegd om te zien wat de verzekeraars zoal aanbieden, en ik kan u verzekeren dat dat bij de verzekeraars behoorlijk veel onrust heeft veroorzaakt. Het project "sneller beter" begint al vruchten af te werpen. Zeer binnenkort zal de VNG met enkele andere partijen een verzameling van indicatoren opstellen op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid. Die zullen in belangrijke mate te raadplegen zijn op internet. Wij schuiven niets af op de Consumentenbond, maar wij schakelen deze organisatie in. Wij geven de Consumentenbond subsidie om bepaalde producten te ontwikkelen die de patiënt verder kunnen helpen.

Ik kan mij echter voorstellen dat de Kamer een meer systematisch overzicht wenst van hetgeen wij allemaal doen. Ik heb nu niet paraat wat ik toch al aan de Kamer zou sturen. Ik zal in de schriftelijke ronde laten zien wat wij doen en anders zal ik daarover een brief schrijven.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Zonder dat het de patiënt duidelijk is wat er in de ziekenhuizen gebeurt en wat zijn zorgverzekeraar nu eigenlijk aanbiedt, kunnen wij dit wel vergeten. Het is heel goed dat de minister de andere partijen bij de uitvoering van zijn beleid betreft; ik zeg ook niet dat hij dat zelf allemaal zou moeten doen. Die kaarten moeten er echter zijn op 1 januari 2006, want anders gaat dit de mist in. Ik wil dit graag "VBTB-proof" in het overzicht terugzien.

Minister **Hoogervorst**: Wij kunnen hier tijdens het debat over de stelselherziening nog op terugkomen, maar ik begrijp dit punt en ik voel met u mee.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit speelt al vanaf de begroting en heeft zowel op de zorgverzekeraars als op de zorgaanbieders betrekking. Misschien kan de minister nog iets concreter aangeven waarop hij heeft ingezet en wanneer dit tot concrete resultaten zal leiden voor de consument, de patiënt en de verzekerden?

Minister **Hoogervorst**: Ik zal bezien in welke "setting" ik dit kan doen. Dit is belangrijk genoeg. Ik deel het gevoel van urgentie.

Verschillende woordvoerders hebben gevraagd naar de afschaffing van de contracteerplicht in de AWBZ. Dit komt natuurlijk nog ter sprake in een debat met de staatssecretaris over de algemene maatregel van bestuur. Dit zal in ieder geval niet gelden voor de intramurale zorg, dus de situatie die hier is geschetst dat een tevreden bewoner van een protestants-christelijk verpleeghuis naar een ander verpleeghuis moet verhuizen omdat de zorgaanbieder het erbij laat zitten, is niet erg waarschijnlijk. Bovendien zorgt het instrument van het PGB ervoor dat er in geen enkele sector zoveel inkopers zijn als in de AWBZ.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Er is nu een financieel verschil tussen het

PGB en zorg in natura. Betekent dit dat het PGB zal worden opgetrokken, zodat het een volwaardig restitutiesysteem wordt?

Minister **Hoogervorst**: Die conclusie wil ik niet trekken. U kunt dit verder bespreken met de staatssecretaris. Ik zal bezien of ik in de schriftelijke ronde nog op deze vragen terug kan komen.

Er zijn nog vragen gesteld over de contractering in Duitsland en België. Ook die zal ik schriftelijk beantwoorden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ga ervan uit dat de minister in zijn schriftelijke reactie zal ingaan op alle vragen die in deze eerste termijn door de Kamer zijn gesteld.

De **voorzitter**: De minister heeft dit al toegezegd.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 12.50 uur tot 13.00 uur geschorst.

Voorzitter: Ten Hoopen

Aan de orde is de **aanbieding van de jaarverslagen over het jaar 2003 en de rapporten van de Algemene Rekenkamer bij de jaarverslagen**.

□

Minister **Zalm**: Mijnheer de voorzitter. Het financiële jaarverslag dat ik vanmiddag mag overhandigen, samen met de jaarverslagen van de departementen, begint met een verzuchting. Het is de verzuchting dat liefhebbers van de Nederlandse economie blij mogen zijn dat het jaar 2003 is afgelopen. Ik reken mijzelf tot die liefhebbers van de Nederlandse economie en dus heb ik ook een verzuchting geslaakt. Immers, de Nederlandse economie is in 2003 gekrompen met 0,7%, na een al zeer magere groei in 2002. Door de economische terugslag is het overheidstekort boven de 3% uit gekomen.

Toen het kabinet op Prinsjesdag 2002 de begroting 2003 aanbood, was het economische klimaat al ongunstig. Na een aantal jaren van hoge groeicijfers was Nederland in 2002 in een conjunctureel dal