

Aan de orde is de hervatting van de gezamenlijke behandeling van de wetsvoorstellen:

- **Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg) (28994);**

- **Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatie-bekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) (29379).**

De **voorzitter**: Bij de voortgezette behandeling van deze wetsvoorstellen wordt tevens de ontwerp-AMvB restitutie HOZ ex artikel I, onderdeel L, artikel 11, betrokken.

(Zie vergadering van 23 november 2004.)

De beraadslaging wordt hervat.

□

De heer **Hamel** (PvdA): Mijnheer de voorzitter. Allereerst bedank ik de minister voor de mondelinge en zeker ook voor de schriftelijke gegeven antwoorden. Ze hebben in ieder geval helderheid gegeven. Dat wil niet zeggen dat alles helder is. Het blijft moeilijk om de werking van een wet te doorgronden als er nog vele open einden zijn en als problemen al werkendeweg moeten worden opgelost. Zo wordt bij een aantal in de eerste termijn genoemde knelpunten aangegeven, dat zij onder het huidige wettelijke gesternte nog niet tot problemen behoeven te leiden, maar wel als bijvoorbeeld het B-deel meer dan 10% omvat. Een ander voorbeeld is de vraag of een verzekeraar ook in dunverzekerde gebieden ± ik bedoel daarmee regio's waar weinig verzekerden van een bepaalde verzekeraar wonen ± toch overeenkomsten moet sluiten. Het antwoord is dan dat dit moet op grond van de Ziekenfondswet. Weer een ander voorbeeld betreft de kapitaallasten waarover nog een notitie is toegezegd. Toch is de wijze waarop dit zal worden aangepakt van

grote invloed op het functioneren van de voorgestelde systematiek.

Bij de beantwoording heeft de minister aangegeven dat hij bij de introductie van de nieuwe systematiek geen ideologische doelen voor ogen heeft. Hij wil zelfs ontideologiseren. Mijn fractie juicht dat toe. Wat mijn fractie betreft is alleen het aantal veronderstellingen en aannames over het functioneren van de nieuwe systematiek nog steeds groot. Ook zij weet dat een nieuw systeem altijd een aantal fouten kent en bij introductie tot enige chaos zal leiden. Zij vraagt zich wel af of voor het gehele traject wel voldoende kan worden overzien welke nog niet voorziene problemen zullen opduiken.

Nu kan natuurlijk worden verwezen naar de behandeling van de WTZi, maar dé vraag is toch of de onderhavige wetten de toets der doelmatigheid kunnen doorstaan. Het is toch niet acceptabel dat de kosten van de gezondheidszorg per eenheid product, waarbij ik nog even afzie van de kwaliteit, toe zullen nemen alleen omwille van de introductie van een nieuwe systematiek die tot doel heeft het doelmatig functioneren van de zorg? Zoals ik in mijn eerste termijn aangaf, is mijn fractie er ook van overtuigd dat verandering nodig is, maar heeft zij nog steeds twijfels over de doelmatigheid. Zij vraagt zich af of bij hantering van dezelfde systematiek maar voorzichtiger geïntroduceerd, niet aan zekerheid met betrekking tot de uitkomsten zou kunnen worden gewonnen. Graag zou zij hierop met het oog op de ontideologisering een antwoord krijgen. Evenzo wil zij concrete toezeggingen over de eerste stap in het veranderingsproces, zodat helder is hoe ver deze reikt en dat tijdige besturing, zo nodig middels wetgeving, mogelijk is. Zeker aan het begin van een zodanig proces, kunnen fouten worden gemaakt omdat de totale werking nog niet helder is, fouten die later niet meer omkeerbaar zijn.

Een cruciale vraag was en is wat precies onder marktwerking wordt verstaan. Als hieronder wordt verstaan het inbouwen van prikkels om te komen tot een doelmatiger zorg is dit iets anders dan het introduceren van het meer juridische begrip "markt" waarbij dan ook aan de markt verbonden regelgeving wordt voldaan, met alle juridisering

van dien. Competitie kan in haar werking dezelfde effecten hebben en wellicht meer van toepassing zijn voor de gezondheidszorg. Waarom worden niet eerst via deze weg de effecten van de nieuwe systematiek getoetst? Competitie, waar nu amper sprake van is, is toch een vorm die goed aansluit bij maatschappelijk ondernemen? Zeker als wij ons realiseren dat de onderhavige wetten niet alleen van toepassing zijn op de ziekenhuizen maar straks ook op de andere deelmarkten van de gezondheidszorg. Bij verpleeghuizen is het toch goed denkbaar dat als zij voor eenzelfde tarief moeten werken de kwaliteit juist goed zichtbaar zal worden en dat in de verschillen tussen de verpleeghuizen het verschil in ondernemerschap tot uitdrukking komt.

Volgens de minister is er nog geen sprake van overcapaciteit. Waarom wordt dan nu al marktwerking geïntroduceerd? Eenieder is nog aan het zoeken hoe er gereageerd moet worden op de nieuwe omstandigheden; van de zorgautoriteit, waarvoor de wettelijke basis nog gelegd moet worden, tot en met de verzekeraars en aanbieders. Er is nu al ruzie tussen het COTG en het onderhoudsorgaan over de wederzijdse competenties. De een meent dat hij het moet doen en de ander meent dat de ander het moet doen.

Waarom wordt er nu al gewerkt vanuit het vrijmarktprincipe en wordt er niet begonnen met een meer competitiegerichte aanpak, die de mogelijkheid van prijsopdrijving uitsluit, maar waardoor prestaties beloond kunnen worden? De effecten hiervan zouden overzichtelijker zijn en de verwachtingen van sommige aanbieders zouden hierdoor een groter realiteitsgehalte krijgen. Als later blijkt dat er overcapaciteit is, kan in een volgende fase verdere marktwerking worden overwogen.

Competitie leidt tot meer transparantie. De systematiek moet voor iedereen duidelijk zijn, willen de bedoelde stimuli effect hebben. Als er op prijs wordt geconcurrereerd, moet de zorgautoriteit niet een lagere prijs voor de hele markt willen bewerkstelligen. Deze prikkel zal snel aan kracht inboeten, als daarvan gebruik wordt gemaakt.

Een ander element is dat er mogelijk helemaal niet zoveel beweging komt in de prijzen en er zelfs sprake is van stijgende prijzen. Dat is niet denkbeeldig, omdat het

## Hamel

altijd zo is gegaan. Dan zal er toch gekeken worden naar informatie om een maximumprijs aan te geven. In eerste termijn is ook gevraagd of het niet verstandig is om een maximumprijs vast te stellen of om geregelde prijsvorming te introduceren, om te voorkomen dat de prijzen te snel stijgen. Zeker zo belangrijk is dat daardoor een deel van de regelgeving achterwege kan blijven.

Om misverstanden te voorkomen, hiermee wordt niet bedoeld dat verzekeraars met de aanbieder niet een lagere prijs kunnen afspreken. Mijn vraag is waarom die lagere prijs er wel komt, als er geen maximumprijs is vastgesteld, en niet als er wel een maximum is afgesproken, zoals te lezen valt in de beantwoording door de minister. Als er enige mate van overcapaciteit is, zal toch voor beide situaties hetzelfde gelden? Dan kan worden voorkomen dat bij een beperkt aanbod de prijzen stijgen.

Zoals ik al zei, heeft de minister wel degelijk een dergelijk tarief afgegeven voor een belangrijke speler in het veld, te weten de medisch specialisten. Hij ontkent dit en wijst erop dat er een uurtarief is vastgesteld, maar dat vaste uurtarief lijkt mij toch sterke trekken van een maximum te hebben. Voor de activiteiten per DBC is een tijd vastgesteld door een wetenschappelijke vereniging.

Het gaat zelfs zo ver dat de specialist hetzelfde honorarium ontvangt, indien een deel van de werkzaamheden door een andere beroepsbeoefenaar worden uitgevoerd. Ik hoop dat er sprake is van een misverstand, want een prikkel tot vernieuwing wordt hiermee in de kiem gesmoord. Het was toch juist de bedoeling dat het om een integrale prijs zou gaan, die bijvoorbeeld aan een ziekenhuis wordt betaald?

In eerste termijn is de vraag al royaal aan de orde gekomen of er nu al sprake is van partijen die aan elkaar gewaagd zijn, zoals verzekeraars en verzekeren. Het antwoord was Kamerbreed: nog niet. Voor alle duidelijkheid, onze vraag is waarom de wijziging van de systematiek niet meer voorop komt te staan, te meer daar er in de eerste periode nog weinig checks and balances zijn. Daardoor kan er veel regelgeving nodig zijn, waarvoor het apparaat nog niet aanwezig is.

De prognose van de minister blijft dat de administratieve lasten beperkt

zullen blijven of zullen dalen. Mijn fractie blijft dat betwijfelen. De dubbele boekhouding met een administratie voor het A- en het B-deel zal het komende decennium nog wel blijven bestaan. Daarnaast wordt in de prognose niet gerefereerd aan de vele regelingen die nodig zijn om de voorzienbare problemen op te lossen en om, wanneer er geen marktwerking mogelijk is, een marktsituatie te bewerkstelligen middels prijsregulering. Is het niet verstandig om deze doelstelling vooralsnog te laten vallen en marktwerking pas toe te passen wanneer wordt voldaan aan de eisen daarvoor? De regelgeving kan ook beperkt worden gehouden door een restrictievere introductie van de nieuwe systematiek. In de schriftelijke beantwoording wordt aangegeven dat een keuze uit verschillende aanbieders niet perfect zal zijn en dat daarom de toetreding van nieuwe aanbieders wordt bevorderd. Onze vraag blijft waar nieuwe aanbieders op de huidige arbeidsmarkt personeel vandaan zullen halen. Als het om een schaarse beroepsgroep gaat, zal dit toch alleen maar tot salarisverbetering leiden? De komende drie jaar zal het waarschijnlijk nog meevallen, maar er moet heel veel veranderen als er de komende vijftien jaar voldoende personeel moet zijn om bij marktwerking ervoor te zorgen dat de prijs voor de factor arbeid niet zal toenemen.

In hetzelfde kader is de vraag van belang wat de positie is van het BKZ. In de eerste termijn heb ik gerefereerd aan de convenanten die de minister dit jaar heeft afgesloten. Hoe denkt de minister in de toekomst de kosten te beheersen? Krijgt de zorgautoriteit de opdracht te komen tot prijsreductie, komt er een hogere nominale premie of een hogere bijdrage? Zullen de effecten hiervan worden betrokken bijvoorbeeld bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag? Ik krijg hierop graag een antwoord.

Los van het free-rider gedrag is het de vraag waarom een verzekeraar nog bereid zal zijn om in een bepaalde regio een "noodlijdende" aanbieder financieel te steunen. Als hij die steun wel geeft, is het voor andere verzekeraars toch gemakkelijk om mee te liften?

In de eerste termijn heb ik mijn twijfel uitgesproken over de marktkracht die patiënten zouden

uitoefenen en of zij zich wel zo calculerend zullen opstellen als de minister veronderstelt. Daarbij ging het over de geschiktheid van de geboden informatie, maar ook over de vraag of zij wel een reële keuze kunnen maken. Zij kunnen immers niet in de toekomst kijken. Evenmin weten zij welke aanbieders zij in de toekomst zullen prefereren. Het gevolg daarvan zal vrijwel zeker zijn: een stevig oriëntatie op prijs bij de keuze.

Mijn vraag was niet of de verzekerde meer dan eenmaal per jaar van verzekeraar zou kunnen wisselen, maar of hij kan kiezen als hij zorg nodig heeft en deze zorg wil betrekken van een aanbieder die door zijn verzekeraar niet is gecontracteerd. Mijn voorkeur is, liever een keer minder te kunnen wisselen op jaarbasis, maar juist wel als de verzekeraar het gewenste product niet kan leveren. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de oriëntatie van de verzekeraar zich meer richt op het bieden van kwaliteit.

Bij de verzekeraars was mijn vraag of zij de door de minister geschetste rol wel willen spelen. Tot nu toe is daar, zeker bij de particuliere, commerciële verzekeraars, niet zoveel sprake van geweest. Ook de vraag waar zij dan de kennis vandaan halen om de kwaliteit van de aanbieders te beoordelen, is niet meer aan de orde gekomen. Een belangrijke vraag voor ons blijft of de overheid niet verantwoordelijk moet zijn voor de totstandkoming en publicatie van kwaliteitsrapportages.

Ik meen dat er sprake is van een misverstand. In mijn eerste termijn heb ik gesproken over certificering door patiëntenorganisaties. Daarmee bedoelde ik natuurlijk niet de certificering in de formele zin, maar het uitspreken door deze patiëntenorganisaties of een polikliniek, ziekenhuis of een aanbieder voldoet aan door hen te stellen eisen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De heer Hamel maakt heel veel behartigenswaardige opmerkingen over de marktwerking. De minister verweert zich daartegen door te zeggen dat hij een zeer behoedzame koers volgt. Deze vorm van marktwerking is bijna in beton gegoten. Er zijn rotondes die je kunt volgen. De heer Hamel uit bedenkingen daartegen. Mag ik daaruit opmaken dat hij en zijn fractie die behoedzaamheid niet zien? Vinden zij

## Hamel

die marktwerking toch nog wild genoeg? Kan hij een oordeel geven over de aanpak van de minister?

De heer **Hamel** (PvdA): De behoedzaamheid van de minister is zonder meer duidelijk. De vraag is steeds wat je al dan niet moet verstaan onder het begrip marktwerking. Wij vragen ons af of je het woord marktsysteem op dit moment misschien niet beter kunt loslaten en kunt vervangen door het woord competitie. Dat zou heel wat regelgeving kunnen voorkomen. Het zou de aanloop naar een nieuw systeem in onze ogen aanzienlijk vergemakkelijken en daarmee de risico's beperken op het veel duurder worden van het systeem. Ik denk daarbij ook aan andere vormen die wij op dit moment nog niet helemaal kunnen voorzien. Ik erken dat de minister behoedzaam is, maar ik zou hem tot een nog iets grotere behoedzaamheid willen uitnodigen. Ik kies voor een eenduidig systeem. Want wat het uiteindelijke zorgstelsel wordt, is voor heel veel mensen nog onduidelijk. Over de aanvullende verzekering is de vorige keer lang gesproken. De aanvullende verzekering kan wel degelijk een belemmering zijn voor de keuzevrijheid van de patiënt en daarmee voor het wisselen van verzekeraar. De minister meent dat de omvang beperkt is en dat de verzekeraars tot nu toe een ruimhartig beleid op dit punt hebben gevoerd. Los van de discussie over de gang van zaken tot nu toe zouden verzekeraars hun gedrag kunnen veranderen en misschien overgaan tot een iets minder ruimhartig beleid. Dat is iets wat de minister toch wil. Zo zouden ook de verzekeraars het pakket kunnen uitbreiden, wat gelet op ontwikkelingen in het buitenland voor de hand ligt. Als wij buiten de Nederlandse discussie komen, waarin het steeds over het pakket gaat, zien wij dat in het buitenland vaak allerlei andere artikelen in het pakket worden meegenomen. Daarnaast is het niet denkbeeldig dat door de introductie van de WMO het voor sommige groepen aantrekkelijk is als de aanvullende verzekering daarmee wordt uitgebreid.

Wil het gevaar van risicoselectie geen rol spelen, dan lijkt het niet erg voor de hand te liggen om het gevaar te bezweren door te verwijzen naar de huidige praktijk en de omvang van het huidige aanvullende

pakket. Het lijkt dan goed om toch regels te stellen waarin is opgenomen dat de basisverzekering en de aanvullende verzekering los van elkaar gezien moeten worden. Het vertrekken naar een andere verzekeraar voor de basisverzekering mag dan geen gevolgen hebben voor de voorwaarden en premietelling van de aanvullende verzekering die bij de oude verzekeraar is afgesloten. De voorwaarden en tariefstelling voor de aanvullende verzekering van de verzekerde die voor het basispakket vertrekt, moeten dan vergelijkbaar zijn met de voorwaarden en tariefstelling voor de aanvullende verzekering van de verzekerde die onder dezelfde condities is gebleven. Een belangrijke vraag is ook hoe de minister risicoselectie echt wil uitsluiten. Het blijft toch interessant voor de verzekeraar om dat risico te beperken? Als middels de verevening eigenlijk geen risico meer wordt gelopen, is het de vraag welke prikkel op dit punt nog uitgaat van het systeem.

Een ander punt in de eerste termijn was de discussie over de restitutie aan de patiënt indien zijn verzekeraar geen contract heeft afgesloten met een bepaalde aanbieder. Voor mijn fractie is dat probleem nog niet de wereld uit. Het blijft erom gaan of de verzekerde een reëel alternatief heeft om te kiezen voor de aanbieder die voor zijn aandoening het meest voor hem of haar aangewezen is, zeker als de verzekerde niet kan wisselen van verzekeraar als hem duidelijk wordt dat zijn verzekeraar met die aanbieder geen overeenkomst heeft afgesloten. In de Algemene Maatregel van Bestuur wordt gesteld dat de verzekerde door de restitutie niet moet worden belemmerd in zijn keuze. Daarbij was al de vraag of de bijdrage die van de patiënt zelf wordt gevraagd, ook inkomensafhankelijk is. Graag krijg ik daar een antwoord op. Als het antwoord "nee" is, dan is het alternatief er voor sommigen wel en voor anderen niet.

Het door mevrouw Schippers van de VVD-fractie in de Tweede Kamer ingediende amendement komt ons ook niet helemaal logisch voor, juist ook door de marktwerking. Er zullen zich, als het goed is, verschillen voordoen tussen de aanbieders. Enerzijds zullen er zeer lage prijzen zijn, maar zonder veel andere zorg en bijvoorbeeld gebaseerd op grote

omvang en anderzijds zullen er hogere prijzen zijn, omdat er sprake is van de wens van de verzekeraar om ook meer gecompliceerde ingrepen te includeren en dus, indien nodig, meer kwaliteit te leveren. Kortom: er zullen zich verschillende contracten voordoen waarbij een heel andere systematiek kan worden gevolgd: je kunt bijvoorbeeld 900 handelingen afspreken voor een bepaalde prijs en als je er dan 300 niet doet, krijg je een korting. Kortom: er is dan een vrij ingewikkelde opbouw van die prijs. De laagste prijs lijkt dan niet zo'n reëel uitgangspunt omdat het verschil in prijs dan aanzienlijk kan zijn. Wij zouden willen vragen om ervoor te kiezen om het verschil tussen prijs en restitutie aan een maximum te binden.

Met betrekking tot de privacy wil ik mede namens de andere woordvoerders een paar opmerkingen maken en vragen stellen. Ook na de brief van de minister naar aanleiding van de eerste termijn in de Kamer heb ik een aantal vragen, allereerst over de gevolgd procedure. Het antwoord luidt dat het niet is toegestaan om na de Raad van State nog advies te vragen aan een ander orgaan. Ons is daarvoor geen juridische basis bekend. Overigens adviseerde de Raad van State om nadere regels te stellen voor zowel de doelstelling als de inhoud van de te verstrekken gegevens. Ook het CBP merkt op dat dit een nadere adviesaanvraag niet behoeft uit te sluiten. Ook wordt gesteld dat het CBP niet gaat over gegevens die niet herleidbaar zijn tot een individuele patiënt. Is er bij de aanlevering van gegevens aan en de verwerking van gegevens door de TTP alleen sprake van gegevens die niet herleidbaar zijn tot de individuele patiënt? Het eindrapport Werkgroep invoering DBC's over de Minimale dataset DBC's maakt melding van naam, adres, huisnummer, woonplaats en diagnose en nevendiagnose als onderdelen van de MDS.

Ten slotte refereert de minister aan de brief van het CBP van 10 februari 2004 waarin de suggestie wordt gedaan door een nadere regeling inzichtelijk te maken welke gegevens noodzakelijkerwijs door ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten worden verstrekt om de verschillende doelen te realiseren die met de invoering van de DBC-systematiek worden

## Hamel

nagestreefd. Hierop zou de juridische verankering van de DBC-systematiek kunnen aansluiten. Echter, hoe zit het als het wetsvoorstel waarin het aanleveren van gegevens door ziekenhuizen en zorgverzekeraars aan het DIS juridisch wordt verankerd eerst komend voorjaar naar de Tweede Kamer wordt verzonden? Wat is dan de juridische basis voor het DIS en de aanlevering van gegevens aan het DIS totdat voornoemd wetsvoorstel in werking treedt? Kan hierbij worden gereageerd op de opmerking van het CBP in de brief van 11 november dat de noodzaak om bij het DIS ook met persoonsgegevens te werken niet is komen vast te staan?

In de nieuwe brief die wij hebben mogen ontvangen nadat wij als commissie om een nadere toelichting op het CBP hadden gevraagd, staat het volgende. Naar het oordeel van het CBP kan het CTG alleen regels stellen die van toepassing zijn op het eigen domein van het CTG en de WTG. Naar het oordeel van het CBP gaat structurele levering van persoonsgegevens aan het DIS, gezien de verschillende doelen van het DIS, verder dan het domein van het CTG. Alleen al daarom kunnen artikel 30a en b WTG geen grondslag vormen in tegenstelling tot mogelijke ministeriële regelingen op grond van de Ziekenfondswet of de toekomstige Zorgverzekeringswet. De noodzaak moet nog steeds komen vast te staan. Voorts is naar het oordeel van het CBP niet vast komen te staan dat het noodzakelijk is voor de taak van het CTG dat een structurele verstrekking van persoonsgegevens aan het DIS plaatsvindt. Dat betekent dat het CTG een dergelijke verstrekking ook niet in een regeling kan voorschrijven. Wij zouden niet alleen graag op de hoogte gehouden worden van de uitkomsten van het overleg tussen de minister en de voorzitter van het CBP, maar ook van het advies van het CBP. Wij zullen zo nodig op dit onderwerp terugkomen.

Tot slot is onze vraag of de minister wil aangeven dat de uitkomsten van het debat over de WTZi met betrekking tot winst, bereikbaarheid van acute zorg, kapitaallastenproblematiek en maatschappelijk verantwoord ondernemen ook verwerkt zullen worden in de uitvoering van de onderhavige wetten. Daarnaast stellen wij een vraag over de omvang en de evaluatie van de

eerste stap in het veranderingsproces en de omkeerbaarheid daarvan. Het laatste is, gelet op de vele open einden, van belang. De minister heeft aangegeven dat hij als uitgangspunt kiest de prijs van de producten in het jaar 2004. Ook heeft hij toegezegd dat hij in de eerste fase niet verder wil gaan dan de thans aangekondigde 10% en niet verder wil gaan met de introductie van de nieuwe werkwijze als zou blijken dat het daardoor duurder is geworden. Hoe lang gaat deze periode duren? Het jaar 2005 is deels een verloren jaar, omdat er slechts op beperkte schaal van de mogelijkheden gebruik zal worden gemaakt. Immers, de tijd is kort en wat belangrijker is: iedereen ± verzekeraars, aanbieders en zorgautoriteit ± moet nog oefenen. Het eerste reële jaar wordt dus 2006 voor het B-deel. Het lijkt dan niet te pessimistisch dat de resultaten pas in 2007 serieus worden besproken en dat pas in 2008 een nieuwe ronde mogelijk is bij de gebleken werking.

Het zou ook goed zijn om vooraf criteria te geven van wat we onder hogere kosten verstaan en wat tot de administratieve lasten wordt gerekend. Daarnaast zou het verstandig zijn vooraf het begrip kwaliteit nader in te vullen en vast te stellen dat deze ten minste moet liggen op het niveau in 2004. Bij de meting daarvan kunnen dan verbeteringen bij de duur van opname, wachttijd en andere indicatoren worden betrokken. Ook moet worden gekeken naar de mate waarin meer informatie beschikbaar is en of deze van voldoende kwaliteit is. Ik doel dan op informatie die de keuze van de patiënt moet vergemakkelijken. Verder zou moeten worden nagegaan of de behandelingen die in het B-deel vallen hebben geleid tot productieproblemen in het A-deel.

Kortom, de vraag is of de eerste stap in het veranderingsproces kan worden opgevat als een reële proefperiode en of aan de hand van ervaringen kan worden besloten het proces voort te zetten, gewijzigd voort te zetten of stop te zetten. Wij steunen een motie die door de heer Schouw hierover zal worden ingediend.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA):  
Voorzitter. Ik dank de minister voor de mondelinge en schriftelijke

beantwoording van de door de CDA-fractie gestelde vragen. Onze dank gaat in het bijzonder uit naar de ambtenaren die in deze maanden wel heel veel moeten verstouwen. Dat er dan toch een enkele vraag nog niet is beantwoord, zullen wij de minister niet euvel duiden, hoewel wij ons niet aan de indruk kunnen onttrekken dat dit soms bewust is gebeurd.

Ik begin met het antwoord op de belangrijkste vragen die alle fracties vanuit verschillende invalshoeken hebben beziggehouden. Is de minister erin geslaagd de Kamer, onze fractie, te overtuigen van nut en noodzaak van deze aanpak om van aanbod- naar vraagsturing in de zorg te komen? Zijn er voldoende checks and balances ingebouwd op een zodanige wijze dat de introductie van marktprikkels wel een reële kans krijgt, maar geen glijbaanffect veroorzaakt in de vorm van een onomkeerbaar proces?

Welnu, de minister heeft een en andermaal de volgende toezeggingen c.q. uitspraken gedaan die wij kort zullen weergeven opdat hierover geen enkel misverstand kan ontstaan.

1. De zorg zal altijd een eigen karakter behouden en nooit een normale markt worden, vandaar dan ook gereguleerde marktwerking.

2. De introductie van elementen van marktwerking zal altijd een bepaalde onzekerheid met zich meebrengen. Ter onderbouwing stelt de minister dat de patiënt minder weet, de zorgaanbieder een heel andere positie heeft en de verzekeraar als potentiële zaakwaarnemer van de patiënt in de huidige omstandigheden nog maar beperkte beleidsruimte heeft. Bij dit laatste, aldus de minister, speelt ook de schaarste een rol. Er is immers nog geen sprake van overcapaciteit. Ik kom daarop nog terug.

3. Het startpunt van de eerste ronde, een bescheiden en behoedzaam begin met 10% van de DBC's met vrije prijzen, waarbij de contracteerplicht zal worden opgeheven, zal zo goed mogelijk worden vastgelegd. De minister merkt hierbij op dat inzicht in de startsituatie duidelijkheid over de omzetten van 2004 vereist, niet alleen van de ziekenhuizen maar ook van de zelfstandige behandelcentra. Naar mijn fractie heeft begrepen zit het dus op die centra vast, want met betrekking tot de ziekenhuizen kan de

minister er wél aan voldoen. Hij heeft immers gezegd dat het goed mogelijk moet zijn om na te gaan wat de kosten vooraf waren, wat de kosten op dit moment zijn en wat de ontwikkeling is. Dit slaat dus alleen op de ziekenhuizen waar het CTG het budget voor de 10% heeft geschoond. Dat is er dus bij alle ziekenhuizen afgegaan. Hoe denkt de minister nu de startsituatie voor de zelfstandige behandelcentra nog in beeld te brengen?

Er zal voorts steeds sprake zijn van een algemeen economisch toetsingskader met duidelijke ijkpunten. Er zijn ook criteria genoemd die in de diverse stukken als bijvoorbeeld de Liberalisering electieve zorg vastliggen ± zoals bijvoorbeeld de kostenontwikkeling ± maar die zeggen in feite nog niets over de volgende ronde. Op grond van de resultaten van de eerste ronde zal nader ± de minister zegt "nauwer" ± worden gedefinieerd op grond van welke criteria de volgende stappen zullen worden gezet. Hieraan ontbreekt nog steeds de honorering van het dringende verzoek om inzicht in het evaluatiekader en om de elementen aan te geven die daarin een rol behoren te spelen. Welnu, de heer Schouw zal op deze materie ook namens onze fractie nader ingaan. In dat kader zal hij een motie voorleggen. Daarover zullen wij met de minister op een goede wijze discussiëren, zodat hij precies begrijpt wat er wordt bedoeld. De toezegging moet ook gaan over de toekomst van het evaluatiekader. Mijn fractie gaat ervan uit dat als dat resultaat er is, de minister de volgende stappen met deze Kamer bespreekt voordat hij een beslissing neemt. Met die toezegging ligt pas goed vast wat er in de toekomst gebeurt. Zo worden immers ook eventuele opvolgers van de minister gebonden, zodat er geen sprake kan zijn van een misverstand. Pas met die toezegging ± naast de motie ± is er geen sprake van een onomkeerbaar proces. Wij houden sterk vast aan deze toezegging gezien de onzekerheid over eventuele pakketverkleining en premieverhoging in de toekomst. Wij hebben uiteraard dankbaar getoond dat de minister niet verwacht dat in deze periode onder zijn verantwoordelijkheid nog verder in het pakket zal worden gesneden in de overgang naar de zorgverzekeringwet. Geldt dit echter ook

voor een premieverhoging als gevolg van de veranderingen bij de DBC's? De minister kan natuurlijk niet toezeggen dat er nooit een premieverhoging zal plaatsvinden. Wij hebben dus vrede met een toezegging in dit kader. Overigens was ik zo gelukkig om gisteren een deel van de discussie in de Tweede Kamer over de zorgverzekeringwet te kunnen bijwonen. Ik heb met dankbaarheid geconstateerd dat de minister daar in haast nog sterkere bewoordingen dan hier over de pakketverkleining heeft gesproken.

4. Voor 2006 zal geen enkele volgende stap worden gezet. In tegenstelling tot hetgeen in de laatste voortgangsrapportage stond vermeld, zullen in 2005 geen verdergaande stappen worden gezet. Ook het experiment met fysiotherapie zal beperkt zijn in de tijd en wordt met evaluatie omgeven om vast te stellen of en hoever er verder moet worden gegaan met het experiment. Gelet op andere uitspraken die erop neerkomen dat alles in het jaar 2005 goeddeels bij het oude blijft ± er zullen nog nauwelijks andere contracten worden afgesloten waarbij scherp wordt onderhandeld over de prijs ± is de logische consequentie dat niet voor 2007 kan worden geëvalueerd. Het jaar 2006 is namelijk nodig om vast te stellen of het werkt met die 10% DBC's. Ik zeg dat nog een keer nadrukkelijk omdat de minister uitbreiding in de stukken toch koppelt aan de Zorgautoriteit; het is nog steeds zijn bedoeling dat die per 1 januari 2006 zal gaan functioneren. Dat is ons voor die evaluatie te vroeg.

5. De minister voegt aan dit alles nog toe dat zijn behoedzaamheid ook blijkt uit de instelling van de Zorgautoriteit. Het is de minister intussen wel duidelijk geworden dat er in dit opzicht ook bij de CDA-fractie nog wel enige zorgen zijn. Mogelijk kan de minister hieraan al aandacht besteden bij de vormgeving van het wetsvoorstel marktordering in de gezondheidszorg; anders kunnen er later nog moeilijkheden ontstaan. Belangrijk is wat het CTG/ZAio op weg naar de behandeling van dit laatste wetsvoorstel nog zal willen realiseren. De minister doet er goed aan hieraan ± mede gelet op de jongste uitspraken van de voorzitter die enige verbazing hebben gewekt ± enige aandacht te besteden; ook al gaat de CDA-fractie

niet zo ver in haar bewoordingen als een enkele collega in deze Kamer. Hoever strekt het zelf actie ondernemen van de Zorgautoriteit zich uit? Zeker op weg naar de behandeling van het wetsvoorstel zal moeten worden volstaan met het geven van alleen maar een openbaar advies aan de minister, die daarop vervolgens door ons kan worden aangesproken. Dat geldt ook voor ongewenste ontwikkelingen. Deze uitkomsten, die ik kort heb samengevat en die de hoofdkern van de wetgeving betreffen, overwegend en wegend en ervan uitgaande dat de minister ons de gevraagde toezeggingen zal doen, kunnen de balans in positieve zin doen doorslaan. De minister heeft het dus helemaal in eigen hand. Dat geldt overigens nog niet voor de AMvB over de restitutie, waarop ik nog terugkom.

De CDA-fractie stelt het op prijs dat de minister meer fundamenteel heeft willen ingaan op de in het artikel "Prikkel tot betere zorg" van prof. Berg en de heer Schellekens aangesneden problematiek. Het gaat om het uitschakelen van de zorgverzekeraar als regisseur om deze positie in feite aan de patiënt te geven. Met de minister vond de CDA-fractie dit, zeker op het eerste gezicht, een zeer interessante gedachte om juist de zorgconsument/patiënt als spil te zien in dit nieuwe systeem. De patiënt is toch ook de eerste partij? Nadere beschouwing bracht ook bij ons aarzeling teweeg, met name waar werd gesteld dat de eigen bijdragen aan de zorgkosten significant moeten zijn. Weliswaar kan voor de lagere inkomens een gedeeltelijke fiscale compensatie worden overwogen, zonder overigens hiermee de gewenste marktprikkel te ontkrachten. Toen ging bij mij een beetje het licht uit. Ook bij ons kwam toen de gedachte aan tweedeling in de zorg op. Ik ben de minister bijzonder erkentelijk dat hij dat ook verwoordde. Dit was een van de bezwaren van de minister. De andere bezwaren van de minister willen wij verder laten rusten, want dit was voor ons al een dusdanig zwaarwegend bezwaar dat de CDA-fractie wil volharden in de thans ingeslagen weg, namelijk de zorgverzekeraar als regisseur. Wij maken wel een voorbehoud met betrekking tot de kwaliteitsslag die de zorgverzekeraars zeker nog moeten maken. De CDA-fractie vindt

## Van Leeuwen

het overigens opvallend dat de minister blijkbaar een discussie over het vermogen van de zorgverzekeraars om de kwaliteit van de zorgaanbieders te beoordelen, niet of nog niet wil aangaan. Vreest de minister hierdoor geen haperingen op de weg die nu wordt ingeslagen?

De minister wijst onze vraag met betrekking tot verplichte certificering van de hand. Hij heeft hiervoor op zich een plausibel argument, namelijk dat een instelling zich met certificering positief moet kunnen onderscheiden op de zorgmarkt. Ik laat mij altijd graag overtuigen door argumenten en dit was een argument dat ook ons aansprak. Ik ben alleen nog niet geheel overtuigd, gelet op de nog steeds bestaande achterstand die ook door de minister wordt onderkend. In combinatie met de toezegging meer vaart ter zake te betrachten, kan het voordeel van de twijfel hier echter worden gegeven. Het betreft dan de toezegging dat de inspectie in sterkere mate dan voorheen gecertificeerde instellingen minder zal belasten met toezicht, waarbij ook certificatie als kwaliteitsindicator in het risicomodel zal worden opgenomen. Deze toezegging verdient een reële kans. Als positieve prikkel is het de moeite van afwachten waard. Wij hebben ook dankbaar genoteerd dat de minister met ons de initiatieven rond de kwaliteitskeurmerken van belang acht als opstap naar volledige sectorspecifieke certificering.

Mag overigens de CDA-fractie het niet beantwoorden van de vraag over aanpassing van de Kwaliteitswet zó verstaan dat de minister ervan uitgaat dat deze wet op den duur garanties moet gaan bieden voor kwaliteitstoetsing en borging vooraf? Anders ligt het met de onbeantwoorde vraag over de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze wordt weliswaar door de CDA-fractie een belangrijke rol toegekend in het houden van toezicht op de kwaliteit van zorg, maar gelet op alle ervaringen plaatst zij toch vraagtekens of de actief aanjagende of corrigerende rol wel voldoende en op de juiste wijze uit de verf komt.

De CDA-fractie heeft met enkele concrete voorstellen vooral aandacht willen geven aan de rol van de patiënt als eerste partij. Met erkentelijkheid voor de inspanning van de minister om de patiënt beter toe te rusten voor zijn/haar nieuwe

rol, houden wij toch nog enige kritiekpunten. Allereerst herhaalt de minister nog eens dat hij met de beperkte middelen zo veel mogelijk resultaten wil bereiken voor de zorggebruikers. Dat is uiteraard altijd als inspanningsverplichting noodzakelijk. Het kan zijn dat het evenzeer noodzakelijk is, gegeven de lange weg die voor patiënten-toerusting nog moet worden afgelegd, extra subsidies beschikbaar te stellen. Deze bereidheid zouden wij graag uitgesproken zien, waarbij wij hiervoor de weg van project-subsidies het meest geëigend achten. Indien noodzakelijk zeg ik erbij, want het moet worden aangetoond aangezien ook wij niets weggeven. Deze bereidheid is des te meer noodzakelijk daar het werken aan nieuw beleid voor zorggebruikers op een aantal punten nog in nevelen is gehuld. Ik denk dan ook aan de niet-beantwoorde vragen over de toerusting van de patiënt via de rechtspositie, de inkoop- en de onderhandelingsmacht. Onzekerheid op het terrein van de toerusting van patiëntenorganisaties kunnen wij in feite in dit cruciale jaar niet gebruiken. Een niet-beantwoorde vraag over de medeverantwoordelijkheid ± ik zeg niet de uitsluitende verantwoordelijkheid ± van de overheid voor het onderhoud van de "report card" is eveneens meer dan een teken aan de wand.

De CDA-fractie staat ook een wettelijke erkenning voor van de rechten van verzekerde patiënten. In dit kader waren wij enigszins verrast dat werd verwezen naar de Zorgverzekeringswet toen vragen werden gesteld over de taak van de ledenraden van zorgverzekeraars om de zorginkoop te toetsen. Waarom dat dan niet in de memorie van antwoord op onze vraag ten antwoord gegeven? Maar goed, ook ik heb een steekje laten vallen. Ik had de Zorgverzekeringswet beter moeten lezen. De minister doelde tijdens de plenaire behandeling op artikel 28, lid 1 onder b waarin staat dat de statuten van een zorgverzekering waarborgen moeten bieden voor een redelijke invloed van de verzekerde op het beleid. Ook doelde de minister op artikel 28, lid 2 waarin staat dat bij AMvB regels kunnen worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben. Natuurlijk heb ik naarstig alle

toelichtingen gelezen op dat artikel. Die hebben mij niet zo gek veel wijzer gemaakt. Achteraf, dus ook met kennis van die artikelen, had ik toch mijn beschouwing gehouden. De minister was tijdens de plenaire behandeling veel duidelijker door ook het inkoopbeleid nadrukkelijk onder de werking van dit artikel onder te brengen. De minister wil het voorts zonder AMvB zien te regelen door er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen, dit op een royale manier te doen. Mogen wij veronderstellen dat dit gebeurt in de door de CDA-fractie bepleite geest? Mogen wij er tevens van uitgaan dat de minister hiermee spoed betracht? Deze wetten treden namelijk eerder in werking dan de Zorgverzekeringswet. Als de minister inderdaad spoed betracht, kunnen wij bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet vaststellen of ook deze positieve prikkel werkt. Wat dat betreft, ben ik het roerend eens met de minister die voorstelde om eerst te proberen, positief te prikkelen zonder wetgeving. Als dan blijkt dat het niet werkt, kan een AMvB niet uitblijven. Met de duidelijke toezegging dat de minister nu al met de zorgverzekeraars praat, willen wij op dit moment volstaan.

Zoals beloofd, kom ik nog even terug op de schaarste op de arbeidsmarkt waarvoor ook de minister telkenmale aandacht vraagt. Dat is terecht. Schaarste zal nimmer de gewenste uitwerking hebben op marktwerking in de zorg, gereguleerd of niet. De CDA-fractie oordeelt dit vooralsnog als een van de grootste hindernissen op de weg naar een vraaggestuurd aanbod, nu en op de middellange termijn. De fractie volhardt dan ook in het hierop aanspreken van de minister. Ook thans is het antwoord op verscheidene vragen weer zeer kort door de bocht. Langzamerhand vragen wij ons met enige vertwijfeling af op welke wijze de minister positief kan worden geprikkeld om vanuit de noodzakelijke "sense of urgency" te handelen. Er moet hier van een hoog tempo en van onorthodoxe maatregelen sprake worden, willen wij de gereguleerde marktwerking op termijn niet onmogelijk maken. De CDA-fractie wil hiermee thans volstaan, toch een beetje moedeloos geworden.

Met betrekking tot het free-ridersgedrag bij de innovatieprojecten, geïnitieerd door de

## Van Leeuwen

zorgverzekeraars, heeft de CDA-fractie de minister een aantal mogelijkheden voorgelegd. De minister kiest nu in feite voor betaling door patiënten van andere verzekeraars bij lokale vernieuwings-initiatieven waarvan ook deze verzekerden gebruik maken. Hierbij wordt niet uiteengezet waarom de andere mogelijkheden worden afgewezen. Wij willen ons hierbij wel neerleggen, maar het verbaast ons wel. Immers, in een ander geval, namelijk de free-ridersregeling voor zorgaanbieders bij het verdisconten van de opleidingskosten, wordt wel gekozen voor een andere oplossing. Dat geef ik de minister ter overdenking mee. Onze interruptie over de transparantie als doodsteek voor de marktwerking was ingegeven door de mondelinge uitleg van de minister ± ook collega Van den Berg prikte hier doorheen ± en door zijn uitleg van de kostprijsmodellen in de laatste voortgangsrapportage. In de bijlage hiervan komt een passage voor die toch niet uitsluit dat bedrijfsgegevens zoals kostprijzen ± want dat zijn bedrijfsgegevens ± voor iedereen openbaar worden. Immers, naar verwachting zal vanaf 1 januari 2006 het dan nog niet perfecte kostprijsmodel verplicht worden gesteld voor alle zorgaanbieders. Volgende versies van het kostprijsmodel moeten oplossingen bieden voor het toerekenen van bijvoorbeeld de kapitaalslasten en de opleidingskosten. Hierover gaan wij te zijner tijd in alle openheid met de minister discussiëren. Die discussie heeft weer alles van doen met het B-segment. In dit licht gaarne een toelichting op de nadere uitleg dat informatie over de kostprijs uitsluitend bestemd is voor het CTG/ZAio, dat deze gebruikt voor een efficiënte bekostiging van de segmenten zonder vrije prijsvorming en voor toezicht op de markt in segmenten met vrije prijsvorming. Hoe kan de minister nu garanderen dat deze informatie uitsluitend bij het CTG/ZAio terecht komt? En is dit, om te voorkomen dat bedrijfsgegevens op de markt terecht komen, wel noodzakelijk? Wat gebeurt er trouwens met deze informatie bij uitbreiding van de DBC's?

De uitleg naar aanleiding van een aantal technische vragen over de DBC's kan zeker als voldoende worden gekwalificeerd. Ik wil nog wel ingaan op een vraag die niet beantwoord is. Wij hebben het

vermoeden dat er hierbij sprake is van een bewuste keuze. Het betreft de passage over de verschuiving van de schadelast in de bijlage bij de laatste voortgangsrapportage. Alsnog graag een antwoord op deze vraag, zo niet mondeling, eventueel in een bredere range antwoorden die de minister nog moet geven, dan schriftelijk.

Ik sluit mij graag aan bij de opmerkingen over de bescherming van de privacy die de heer Hamel namens de commissie heeft gemaakt. Ik heb de minister intussen ook de brief aangereikt die wij vanmorgen van het College bescherming persoonsgegevens hebben gehad.

Ten slotte de AMvB inzake restitutie. Wij hebben reeds aangegeven, hiermee ook na kennisneming van de brief aan de Tweede Kamer naar aanleiding van de daar gestelde schriftelijke vragen niet te kunnen instemmen. Maar wij gaan ervan uit dat wij pas na de inwerkingtreding van de wet de echte AMvB via een voorhang-procedure onder ogen krijgen en dat wij deze zaak dan kunnen uitdiscussiëren. Ik geef wel een paar schoten voor de boeg om de minister toch enig inzicht in onze bezwaren te geven. Vrije artskeuze is voor onze fractie een principieel uitgangspunt. Daar mag in geen enkel opzicht aan getornd worden. Wij gaan er hierbij van uit dat het de minister ernst is met het scheppen van keuzevrijheid en keuzemogelijkheden voor verzekerde patiënten. Gezonde verzekerden die met de voeten gaan stemmen, zullen zich waarschijnlijk veeleer laten leiden door de prijs. Patiënten, vooral chronisch zieken, hechten veel meer waarde aan behoud van de zorgaanbieder, ook als deze niet wordt gecontracteerd. Bij goede voorlichting en na consultatie van een huisarts zullen zij slechts bij hoge uitzondering terecht hoeven te komen bij niet gecontracteerde zorgaanbieders, maar het komt wel degelijk voor. Wij willen volstrekte zekerheid dat patiënten die een niet gecontracteerde zorgaanbieder kiezen, daarvoor niet op de een of andere manier gestraft worden. Het moet duidelijk zijn dat juist zij bij de overgang naar een systeem met vrije prijzen voor het B-segment desgewenst hun zorgaanbieder moeten kunnen behouden. Dit uitgangspunt moet in de AMvB worden verwerkt.

Ik geef direct toe ± daarom vind ik het ook plezierig dat wij nog enige tijd hebben tot de voorhang-procedure ± dat dit zich moeilijk verdraagt met het amendement op dit punt. Wij zullen dus heel creatief moeten zijn om het daarin te kunnen verwerken. Wij zullen hier graag een bijdrage aan leveren, maar dit betekent wel dat de uitleg die de minister heeft gegeven en de gebaren die hij wilde maken met een nadere toelichting in de AMvB, nog onvoldoende zijn om dit te bewerken. Het gaat niet alleen om patiënten die graag willen uitgaan van een vertrouwensrelatie met hun zorgaanbieder. De minister moet zich ook eens voorstellen dat er veel patiënten zijn die met een conflictsituatie te maken hebben; natuurlijk betreft dit niet mevrouw Slagter, want die behandelt alle patiënten goed! Er kunnen echter conflictsituaties ontstaan en dan moeten deze patiënten de vrijheid hebben om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

Mijn laatste punt betreft een eveneens niet beantwoorde vraag, iets dat waarschijnlijk zeer bewust is gebeurd. Het betrof mijn laatste zin: kunnen deze wetten nog wel in werking treden, want wij hebben toch ook nog zoiets als een tijdelijke Referendumwet? Daarop hebben wij geen antwoord gehad. Wij zijn erg benieuwd naar dit antwoord.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Vandaag zetten wij de behandeling van de wetsvoorstellen HOZ en W TG Expres voort. De behandeling in eerste termijn heeft veel vragen opgeroepen, die deels hier in de Kamer en deels later in de week schriftelijk door de minister zijn beantwoord. Ik dank de minister en zijn ambtenaren voor deze beantwoording, maar ik zeg hem ook eerlijk dat die niet op alle punten overtuigend was, integendeel. Volgens mij ben ik niet de enige die er zo over denkt, als ik hier de commentaren tot nu toe hoor.

De regering heeft haar argumentatie niet rond, als het gaat om de positieve effecten die de introductie van marktwerking in de zorg zal hebben. Het blijft in wezen een gok en dat is niet zonder risico. Bij twijfel remmen en stoppen in plaats van gas geven, zou mijn dringend advies aan de minister zijn. Wij hebben het

## Slagter-Roukema

per slot van rekening over de zorg voor de gezondheid van onze bevolking. Gezondheid is het belangrijkste dat je bezit en daar moet je geen casinopolitiek op loslaten.

Naast deze algemene en diepgemeende oproep tot herbezinning aan de regering van mij en aan mijn collegae hier, maak ik vandaag graag van de gelegenheid gebruik om kanttekeningen naar aanleiding van de eerste termijn te maken en onze zorgen en ons standpunt nog eens toe te lichten. Ik ben het er namelijk mee eens dat we niet kunnen volstaan met te zeggen dat de regeringsplannen niet goed zijn, ook al is dit in mijn ogen wel het geval. Wij moeten ook praten over wat er wél zou moeten gebeuren om goede, voor iedereen toegankelijke zorg in de toekomst te kunnen garanderen. Daar gaat het om!

Vorige week hebben wij ook al tot laat op de avond met elkaar gediscussieerd over deze twee wetten die, om collega Van Leeuwen te citeren, een wezenlijke en diepgaande structuurwijziging van het huidige zorgstelsel beogen. Vandaag zal het wel niet anders gaan en dat benadrukt dat we op een cruciaal moment zijn aangeland. Met elkaar hebben we de analyse gedeeld dat de kosten van de gezondheidszorg de pan uit dreigen te rijzen, waardoor op termijn de zorg onbetaalbaar dreigt te worden, en dat het oude, centrale en aanbodgestuurde systeem vervangen moet worden door een systeem waarbij de vraag van de patiënt centraal staat. Met elkaar delen we de bezorgdheid over de vraag of toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg voldoende gewaarborgd blijven.

De minister denkt dat met de voorliggende wetsvoorstellen een eerste stap naar een oplossing wordt gezet, maar mijn partij denkt dat de aanneming ervan juist zal leiden tot grotere problemen. De pijn ligt wat ons betreft vooral bij de introductie van marktwerking in de zorg, waarvan de minister verwacht dat dit de doelmatigheid en doeltreffendheid zal bevorderen. Wij denken dat er andere wegen zijn om deze doelen te bereiken, ook al omdat wij denken dat introductie van marktwerking veel negatieve effecten kan hebben.

Wij zijn blij dat de minister met ons erkent dat de zorg in ieder geval geen normale markt is en altijd een

eigen karakter zal behouden. Ook zijn we blij dat hij zijn stappen behoedzaam neemt en van plan is nog veel te monitoren en te evalueren, zodat er alleen "no regret"-beslissingen worden genomen. Maar, zo vraag ik de minister, is dat een harde garantie? Wil hij dit nog eens helder en duidelijk verwoorden, zodat we hem eraan kunnen houden?

Ook zijn uitspraak dat niet alle problemen in de zorg met marktwerking zijn op te lossen, juichen wij toe. Het zweemt naar enige inkeer, om niet te zeggen omkeer of zelfs bekering!

Dat de minister in deze Kamer heeft gezegd dat het in ieder geval tot 2006 blijft bij de invoering van 10% vrij te onderhandelen DBC's, beoordelen wij positief, evenals het feit dat naast dit experiment ook het experiment met vrije tarifiering van de fysiotherapeuten pas na uitvoerige evaluatie eventueel voortgang zal vinden. De minister is tot nu toe onduidelijk geweest over de vraag wat nu precies de criteria zijn voor de evaluatie van deze eerste ronde, ondanks het verzoek van alle kanten om duidelijkheid. Ook wij willen weten wat de criteria zijn, wat de meetmomenten zijn en wat er gemeten wordt. Vooral vinden wij het belangrijk te weten wat nu de kosten zijn en wat ermee wordt genomen bij de berekening van de kosten. Daar hoort bij: de nulsituatie, de kosten die gemoeid zijn met de invoering van het systeem en de uitvoeringskosten. Punt van evaluatie moet ook zijn de verbetering of de verslechtering van de financiële positie van de fysiotherapeuten en de vraag of er al dan niet verschrapping van hun aanbod en de kwaliteit van hun handelen is opgetreden, zowel als objectief als subjectief ervaren gegeven. Ook wordt de minister verzocht duidelijkheid te verschaffen over de evaluatie en te zegen wanneer die zal plaatsvinden en of op dat moment ook een go-/no gobe-slissing wordt genomen. Wij ondersteunen dan ook zonder meer de motie-Schouw. Overigens vragen wij ons af of die wel in stemming moet komen. Ik neem aan dat de minister eerst de tijd krijgt om toe te lichten hoe hij dit allemaal wil gaan doen.

Ik sluit mij aan bij de opmerking van collega Hamel ten aanzien van de privacy. Zelf wil ik uitgebreider ingaan op de vraag die collega Van Leeuwen mij vorige week stelde,

namelijk hoe wij zónder marktwerking toch denken uit te komen op een doelmatige en betaalbare zorg nu en straks. Ik pareer daarmee ook de critici van het manifest "de Zorg is geen markt", die betogen dat wij ouderwets zijn en geen oog hebben voor de problemen in de zorg en geen alternatieven bieden.

Kort weergegeven komen onze bezwaren erop neer dat wij denken dat de zorg duurder wordt, dat de kwaliteit onder druk komt te staan, dat concurrentie op gespannen voet staat met samenwerking, dat er een toename aan bureaucratie zal zijn, dat de solidariteit wordt aangetast en dat marktwerking kortetermijndenken in de hand werkt. Het zal allemaal wel goed bedoeld zijn, maar het zal naar mijn stellige overtuiging averechts uitpakken. Daarom zou deze aanpak niet ongeschonden door deze kamer moeten komen. Wij zijn mede verantwoordelijk voor de gevolgen ervan. Het kan misschien ook wel anders.

**Mevrouw Van Leeuwen (CDA):**  
Voorzitter. Collega Slagter zei: wij denken ... Daarna noemde zij een aantal punten, maar bij die opsomming miste ik de onderbouwing. Ik kan mij voorstellen dat zij twijfels heeft, maar zij geeft niet echt een reden aan om dit systeem af te wijzen. Jarenlang hebben wij een centraal gestuurd systeem gehad. Wij kennen de uitkomsten daarvan en allen hebben wij moeten constateren: het moet anders.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**  
De reden voor mijn opmerkingen wil ik nu aangeven.

Hoe kom je van een centraal gestuurd systeem met strenge budgettering bij een systeem, waarbij de zorgvraag centraal staat, de zorg ook nog doelmatig en doeltreffend is en waarbij de kosten beheersbaar blijven? Eerst wil ik iets zeggen over de zorgvraag. Op welke vraag moet er eigenlijk gestuurd worden? Het is bekend dat de vraag eindeloos kan zijn en dat het aanbod de vraag scheidt. Ook zal door meer aanbod ± een aantal zelfstandige behandelcentra kan natuurlijk extra electieve handelingen gaan uitvoeren ± een nog verborgen vraag worden aangeboord. De kans dat energie en geld in de verkeerde dingen worden gestopt is dan groot. Om helderder te krijgen waar de patiënt nu echt behoefte aan heeft, zou er veel meer



## Slagter-Roukema

onderzoek gedaan moeten worden. Ik zelf denk dat deze meer behoefte heeft aan zorg dichtbij dan aan veel keuzemogelijkheden, eerder aan een deskundige, benaderbare dokter die samen met hem verduidelijkt wat de hulpvraag is en hoe die zo goed mogelijk opgelost kan worden, passend bij deze patiënt, dan aan een overshoot van een niet altijd zo adequaat aanbod. Een voorbeeld hiervan is de beweging die ik op de diabetesmarkt zie, waarbij ziekenhuizen en specialisten zich inspannen om specifieke zorg voor deze groep op te zetten in aparte behandel-eenheden en om zo te dingen naar de gunst van de zorgverzekeraar, terwijl zij concurreren met de huisartsen die eenzelfde aanbod al jarenlang en dan geïntegreerd vormgeven. Nu werken zij niet meer met elkaar, maar staan zij tegenover elkaar.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat laatste wil ik betwijfelen. Ik meen dat de ziekenhuizen in een gat zijn gesprongen. Ik ben zelf zo'n patiënte en ik kan uit ervaring zeggen dat mijn huisarts nooit heeft aangeboden om mij te begeleiden. Daarom vind ik dat wij op dit punt een beetje voorzichtig moeten zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Maar dan gaan wij wellicht wat te zeer op een te gedetailleerd niveau discussiëren ...

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het is mijns inziens een heel duidelijk voorbeeld. Ik ben heel blij dat er sprake is van een geavanceerde ontwikkeling op het terrein van diabeteszorg, maar het is nooit zo zwart-wit als u het doet voorkomen. Het hangt ook af van de kwaliteit van de artsen, het tekort aan huisartsen en wat dies meer zij. Het is voor mij nog steeds geen bewijs dat je het daarom met dit systeem niet zou kunnen waarmaken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Je hoeft het systeem daarom ook niet te veranderen. Binnen het huidige systeem zijn er voldoende mogelijkheden. Wat nu gebeurt, is dat de verschillende partijen hun eigen aanbod gaan maken en dat ze daardoor elkaar eerder tegenwerken dan dat ze met elkaar een geïntegreerd aanbod bewerkstelligen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Als er

zoveel mogelijkheden zijn in het huidige systeem, waarom wordt er dan geen gebruik van gemaakt? Wat is volgens u in de kern de oorzaak ervan dat binnen het huidige systeem allerlei zaken die gericht zijn op gepast gebruik en het goed focussen op de vraag van de patiënt, niet goed lopen?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind het wel heel moeilijk om dat in een paar woorden te zeggen. Voor de diabeteszorg bestaan heel duidelijke protocollen. Wat je ziet, is dat degenen die een dergelijk protocol uit zouden moeten voeren, zich in een aantal situaties niet aan dat protocol houden. Bij het transmurale project diabeteszorg was er in eerste instantie een competentiestrijd over welke taken onder de eerste lijn en welke taken onder de tweede lijn zouden moeten vallen. Op het moment dat de huisartsen duidelijk konden maken dat zij de desbetreffende taken op dat gebied goed aankonden, gingen de specialisten aan hen ook meer tools geven om die taken te vervullen. Bij marktwerking zie ik het gebeuren dat iedere groep, zowel de eerste lijn als de tweede lijn, het op haar eigen manier gaat ontwikkelen, terwijl diabeteszorg juist een voorbeeld is van iets wat goed geïntegreerd vorm kan worden gegeven.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): In feite omschrijft u een onjuiste attitude van een aantal van uw collega's. Meent u dat de prikkels die nu in het systeem ingebouwd worden werkelijk geen enkele invloed zullen hebben op die attitude?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben het met u eens dat het een kwestie is van attitude. Ik denk niet dat het veel uitmaakt of men er een extra beloning voor krijgt. Het is belangrijker om iemand op zijn beroepseer aan te spreken, in de zin dat men zich aan zijn eigen protocol moet houden. Mijns inziens zouden zorgverzekeraars daarbij een grote rol moeten spelen, aangezien zij in de loop van de tijd heel duidelijk hebben kunnen constateren hoe slecht op bepaalde plekken partijen met hun eigen protocol omgaan.

Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog. Samenwerking op dit gebied en transmurale afspraken worden zo doorbroken en kostenstijgingen

liggen voor de hand; een specialist kijkt nu eenmaal anders naar een probleem van een patiënt dan een huisarts. Mijns inziens moet het toch mogelijk zijn vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen, waarbij beter dan tot nu toe wordt gedefinieerd wat goede zorg is. Door samenwerking te stimuleren kan zorg beter op de zorgvrager worden gericht, een andere, betere vorm van aanbodregulering. Concurrentie daarentegen bevordert het met de rug naar elkaar staan en territoriumstrijd.

### Voorzitter: Timmerman-Buck

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Zorgconsumptie kan ook tegengegaan worden door goede voorlichting. Voorlichting over wanneer voor wat naar een dokter te gaan, door meer te focussen op het normale dan op het abnormale, door erop te focussen dat de meeste mensen gezond zijn en door gezond gedrag te propageren en minder te focussen op technische hoogstandjes en "make me beautiful"-items. Het inzicht dat niet alles wat kan ook moet. Ook op het gebied van preventie, voorkomen van ziekte door gezond gedrag, en eigen verantwoordelijkheid is nog een wereld aan kostenbesparing te winnen. De consequentie van deze stelling is versterking van en investering in de eerste lijn, naast gerichte publieksvoorlichting. De eerste lijn heeft al jaren met weinig geld veel opgeknapt. Waar zijn de echte kostenstijgingen opgetreden? Niet in de eerste lijn. Van het extra geld voor wachtlijstbestrijding is ten onrechte weinig tot niets in de eerste lijn geïnvesteerd.

Volgens de Raad voor de volksgezondheid en zorg wordt het grootste deel van de kosten gegenereerd na een bezoek aan een verwijzing door de eerste lijn. Ook blijkt dat veel werkers hun eigen protocollen niet goed opvolgen en daardoor kostenverhoging in de hand werken. Zorgverzekeraars moeten veel meer dan tot nu toe gebruikmaken van de mogelijkheid om de werkers aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. De zorgverleners moeten meer worden gestimuleerd tot zelfregulering en het vervaardigen van evidence based, kosteneffectieve richtlijnen. In het farmaciedossier is gebleken dat dit kan werken, zeker als de minister

## Slagter-Roukema

een stok achter de deur heeft. Geef de partijen in het veld meer verantwoordelijkheid en roep in plaats van een zorgautoriteit als marktmeester een autoriteit in het leven die kwaliteit en management bij de instellingen en zorgverleners onderling vergelijkt, best practices definieert en propageert en aanwijzingen geeft, als kosten, kwaliteit en zorg onder druk komen te staan.

Bij meer verantwoordelijkheid geven aan het veld hoort ook het schrappen van veel regels. Nog steeds heb ik de minister niet horen ontkennen dat de markt een eigen bureaucratie kent en dat deze veel omvattender kan zijn dan de regelzucht uit Den Haag. Dat is geen toename van lasten volgens de definitie van het kabinet, maar het is wel meer werk. Dat werkt toch ook kostenverhogend? What's in a name?

Een grote kostenpost is het management in de zorg. Wij zijn blij dat de minister dat ook inziet en stappen heeft genomen om daar wat aan te doen. Wij zullen hem op de voet volgen wat dit betreft.

In deze bijdrage kan ik niet uitputtend ingaan op alle mogelijkheden om zorg beter en doeltreffender te maken. Ik heb bijvoorbeeld nog te weinig gezegd over de mogelijkheden of onmogelijkheden voor de verzekeraar om de regie te voeren. Voordat je met ingrijpende en vooral ook onomkeerbare wijzigingen van de huidige ordening van de zorg komt, is het minstens zo belangrijk om te kijken wat er aan de bestaande structuren gewijzigd en verbeterd kan worden.

Er zijn veel deskundige mensen in dit land, die wat mij betreft een raad van gezond verstand kunnen vormen om de problemen te analyseren en oplossingsrichtingen voor te stellen. Ik geloof in samenwerking en in de eigen verantwoordelijkheid van de werkers, voor wie de motivatie om te werken in de zorg minstens zoveel van immateriële als van materiële aard is en voor wie prestatiebeloning niet het toverwoord is. Ik geloof in verantwoordelijke, maar dan wel goed geïnformeerde en gefaciliteerde burgers en een overheid die werk maakt van een echte borging van het publieke belang, waarbij solidariteit vooropstaat. Ik geloof in zorgverzekeraars die zorg niet als een schadelast zien; met meer oog voor de patiënt dan voor de premiebetaler. Deze minister gelooft in

marktwerking. De tijd zal leren welk geloof sterker is. Wij zullen elkaar nog vaak op dit onderwerp treffen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb nu een heel betoog gehoord, waarin collega Slagter in feite een geloofsbelijdenis geeft over wat zij allemaal verwacht van de werkers in de zorg. Zij moeten hun verantwoordelijkheid nemen. Dat heb ik al decennialang gehoord. Toen ik begon in de gezondheidszorg, hadden wij een hele discussie dat er meer samenhang en samenwerking in de eerste lijn moest zijn. Wij hebben kibbelende beroepsbeoefenaren meegemaakt over wie het voor het zeggen had, of de huisarts de wijkverpleegkundige zag staan en omgekeerd. Ik heb er niet zoveel vertrouwen in dat er niet wat extra prikkels nodig zijn, gelet op de huidige stand van zaken. De nood is heel hoog opgelopen. De CDA-fractie gelooft niet in marktwerking als zodanig en ik heb het de minister ook niet zo horen zeggen. Er worden een beperkt aantal marktprikkels aangebracht in de zorg, omdat het andere systeem tot dusverre niet heeft gebracht wat wij ervan verwachten.

De heer **Hamel** (PvdA): De vraag waarom het in dit debat gaat, is wat de consequenties zijn voor dit wetsvoorstel. Ik constateer dat iedereen zich binnen de bandbreedte van de WTG begeeft: van minister tot mevrouw Slagter. Heel veel mensen in de gezondheidszorg werken zoals zij zegt. Er zijn echter ook andere mechanismen. Zou het niet zinvol zijn als bepaalde prikkels werden aangebracht om het systeem meer te laten verlopen conform de wens van ons allen? Over dat principe discussiëren wij met elkaar. Daar ligt de gevoeligheid. Iedereen is voor solidariteit, niemand wil dat het te veel uit de hand loopt. Over die bandbreedte gaat het. Voor de werking van de onderhavige wetsvoorstellen is de vraag relevant of wij die prikkel erkennen en waaruit die moet bestaan.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De prikkel zou moeten zijn dat de zorg doelmatiger wordt. Waarschijnlijk bestaat er niet eens zoveel verschil van mening tussen wat u zegt en wat wij voorstaan. Wij hebben allemaal hetzelfde doel, zoals ik al eerder heb vastgesteld. Volgens

mij zijn daar al die wetswijzigingen niet voor nodig, vooral niet omdat daarin meer de nadruk wordt gelegd op de financiële prikkels, de mogelijkheid van contracteren en onderhandelen. Aangezien ik in mijn ervaring als huisarts heb gezien wat de gevolgen zijn van al dat gecontracteer, vind ik het middel erger dan de kwaal. De vergelijking gaat misschien niet helemaal op, want de kwaal is ook erg.

Door alle discussies is iedereen zich meer bewust geworden van zijn verantwoordelijkheid. De vraag aan de beroepsgroep is zich aan de protocollen te houden. Er is onderzoek naar gedaan. De Raad voor de volksgezondheid heeft onderzoek gedaan naar gepaste zorg. Deze onderzoeken zijn even zovele tekenen van het feit dat men zich meer bewust is van de sense of urgency. Ik pleit ervoor, dingen niet haastig te veranderen. Wij moeten geen oude schoenen weggoien, voordat wij nieuwe hebben.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb niet het gevoel dat wij oude schoenen weggoien. Mevrouw Slagter begon haar betoog met te zeggen dat de vraag naar zorg oneindig is. Je hebt dan altijd op de een of andere manier prikkels nodig, want anders is een onbeheerst uitgavenpatroon het gevolg. Getracht is dat binnen het wetsvoorstel in een bepaald kader te plaatsen.

Met een aantal argumenten van mevrouw Slagter ben ik het best eens. De verschillen tussen ons zijn waarschijnlijk inderdaad niet zo groot. Ik sta echter op het standpunt dat gelet op het feit dat wij het er al jaren over eens zijn dat wij niet langer door willen gaan zoals wij het de afgelopen jaren hebben gedaan met de aanbodsturing in de zorg, waarbij wij iedere keer moesten bijplussen, wij het nu op een andere manier willen proberen. Ik ben nog zo jong van geest dat ik deze aanpak graag een kans wil geven.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik meen een aantal manieren genoemd te hebben waarop de zorgvraag in toom kan worden gehouden. Ik vraag mij echt af of het beter zal gaan op de manier die is voorgesteld. De tijd zal het leren. Ik was daarmee geëindigd: de tijd zal leren, welk geloof sterker zal blijken te zijn. Wij zullen elkaar nog vaak over dit onderwerp spreken.

## Slagter-Roukema

Ik vraag de minister om de toezegging dat hij de eerste zal zijn om te piepen als hij signalen krijgt dat zijn geloof anders uitpakt. Hij heeft daarvoor meer middelen dan wij. Ik beloof hem dat wij zullen piepen als ons belangrijke signalen uit het werkveld en de samenleving bereiken, negatief dan wel positief. Inmiddels hebben duizenden mensen het manifest "Zorg is geen Markt" getekend. Die mensen gaan monitoren waartoe het regeringsbeleid leidt. Ik hoop dat de minister open zal staan voor commentaren uit die richting, hoe kritisch zij wellicht ook zullen zijn. Wij hebben het immers over de zorg voor onze gezondheid, het belangrijkste wat we bezitten. Ik ben dan ook erg benieuwd naar het antwoord van de minister op de vraag van mevrouw Van Leeuwen op welke manier hij te prikkelen is. Ik ben dus benieuwd waar zijn prikkelplekje zit.

Mijn fractie zal haar instemming onthouden aan deze wetsvoorstellen, maar tegelijkertijd doorgaan met het in kaart brengen van cijfers en feiten. Vandaag eindigt de discussie niet, zij is pas net goed begonnen!

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Schouw, met het vriendelijke verzoek aan hem, maar ook aan alle andere sprekers om zich zoveel mogelijk te houden aan de opgegeven spreektijden.

□

De heer **Schouw** (D66): Mevrouw de voorzitter. Wij hebben vorige week uitgebreid gesproken over de twee onderhavige wetsvoorstellen. Er is ook uitgebreid antwoord gegeven. Ik zal mij dus beperken tot zes punten die voor mijn fractie belangrijk zijn.

De antwoorden van de minister vorige week, in eerste termijn, en ook de antwoorden die wij daarna hebben gekregen, waren goed en adequaat. Wij waren vooral blij met de door de minister voorgestane behoedzame invoering van de prikkels. Wat dat betreft, heeft hij een aantal zorgen bij ons weggenomen. Hij heeft klip en klaar gezegd dat de zorg geen markt is en dat een "rechttoe, rechtaan"-marktwerking in de zorg niet opgaat. Behoedzaamheid staat dus voorop. Hij wil die marktprikkels uitwerken door middel van allerlei prikkels, ook via de door de PvdA-fractie ingebrachte benchmarks en de mogelijke

competitie- en competentie modellen. Wij vinden dat een buitengewoon goede en voorzichtige keuze. Daarin steunen wij hem dus. Ik heb op dit punt nog wel één andere opmerking. Niet alleen in het taalgebruik van de minister, maar ook in de schriftelijke correspondentie die hij het land in stuurt, zou het helpen als hij dan wat terughoudender is met begrippen zoals "liberalisering" en "de markt". Eigenlijk verhouden die heel grote begrippen zich immers niet heel erg met de zorgvuldige en voorzichtige koers die hij hier vorige week uiteen heeft gezet. De minister heeft het dus een beetje zelf in de hand of mensen zijn beleid verkeerd opvatten.

Mijn tweede opmerking is dat de minister niet is ingegaan op mijn opmerkingen over het strategisch gedrag dat als gevolg van deze wetswijzigingen kan ontstaan. Ik heb daarvan een aantal voorbeelden genoemd: het opwaarts coderen en het doorspelen van patiënten van gewone ziekenhuizen naar academische ziekenhuizen. Dat is geen theoretische veronderstelling naar aanleiding van deze wetswijziging, maar een reëel probleem. Moet ik het feit dat de minister daarop geen antwoord heeft gegeven, zo verstaan dat hij het probleem erkent, maar echt niet weet wat hij daaraan moet doen? In dat verband heb ik ook gepleit voor het adequaat inrichten van toezicht. Ook op dat punt is het antwoord blanco gebleven. Ik vraag de minister dus om in zijn tweede termijn expliciet in te gaan op dit gevaar en expliciet aan te geven hoe hij het toezicht op dit punt gaat organiseren.

Mijn derde punt is de positie van de consument, waarover vorige week en ook vandaag al veel is gezegd. Wij waren blij met de toezegging en intentie van de minister om mogelijke vormen van een gekozen ledenraad te introduceren bij de zorgverzekeraars. Ik schrok echter weer een beetje toen ik de schriftelijke beantwoording op dit punt nakeek, want daar is het allemaal toch weer wat magertjes. Daar staat immers de formulering dat de minister voorstaat dat er een redelijke mate van invloed van de patiënten op het beleid moet zijn. De crux zit natuurlijk in de vraag wat de minister "een redelijke mate" vindt. Op dat punt zou ik van hem willen weten wat voor hem een minimumgrens is. "Een redelijke mate" kan immers ook een brief van de

Consumentenbond aan de zorgverzekeraars zijn. Als de minister dat "een redelijke mate" vindt, zijn wij het op dat punt in elk geval niet met elkaar eens.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik maak toch één kanttekening. Ik was er bijzonder mee ingenomen dat de minister zo duidelijk zei dat het inkoopbeleid er ook onder viel, wat zorgverzekeraars blijven ontkennen.

De heer **Schouw** (D66): Of de minister zei dat het inkoopbeleid eronder viel, weet ik niet. Hij zei volgens mij dat hij zich daar hard voor wilde maken en dat er vooral veel vrijheid is bij de zorgverzekeraars om dat zelf in te vullen. Wat is de inzet van de minister op dit onderwerp? Wat is de ondergrens? Ik vind dat wij er recht op hebben om te weten wat hij daarvan vindt.

Voorzitter. Wat betreft de positie van de consument ben ik niet helemaal overtuigd van het argument om te stemmen met de voeten. De minister verwacht daar veel van, maar mijn indruk is dat mensen horendol worden van de keuzes die zij moeten maken: nu al voor de kabel en dadelijk ook voor de zorgverzekeraars. Het wordt nog extra gecompliceerd als je al ziek bent. Heb je er nog wel zin in om te gaan kiezen als je ziek bent? De minister gelooft daar heilig in, maar ik eerlijk gezegd niet. Hoe valt dat op te lossen? Ik denk dat dit is op te lossen door een toezegging van de minister om dit in de komende tijd te meten. Hij zou elk jaar kunnen kijken wat de veranderingen zijn en welke motieven mensen hebben om te veranderen van zorgverzekeraar. Dan kunnen wij over enige tijd spreken over feiten in plaats van speculaties.

Over maatschappelijk verantwoord ondernemen heeft de minister een aantal mooie dingen gezegd, maar ook iets gek. Wat ik gek vond, was dat hij zei dat deze wetten daar niet over gaan. Vervolgens zei hij dat wij het daar later over zullen hebben. Is dat nou wel zo? Ik vind dat deze wetten er wel degelijk over gaan. Wij introduceren meer marktprikkels. Dat betekent dat wij meer macht leggen bij de markt. Dan mogen wij ook van marktpartijen verwachten dat zij verantwoord omgaan met die macht. Daarbij gaat het om de vraag hoe de markt omgaat met strategisch gedrag, winstmaximalisatie en "corporate governance". Zo zijn er

## Schouw

nog meer thema's aan te geven die impliciet onderdeel uitmaken van deze wetgeving. Ik zou graag zien dat deze minister toezeget dat er op 1 januari 2006 een code voor corporate governance wordt geïntroduceerd in de wereld van de zorgverzekeraars. De minister kan dat bevorderen en bespoedigen. Hij kan er van alles en nog wat aan doen.

Wat betreft de correspondentie van het CBP verwijs ik korthedshalve naar de opmerkingen van de heer Hamel.

Vorige week heeft de commissie vrij indringend en zelfs bij interruptie gevraagd om een evaluatiekader. De minister heeft dat toen heel ruimhartig en joviaal toegezegd. Ik heb de afgelopen dagen dan ook bij de brievenbus gewacht op dat prachtige evaluatiekader. Ik was daar vooral in geïnteresseerd omdat de minister klip en klaar zei dat geen haar op zijn hoofd eraan zou denken om door te gaan met de DBC's als dat zou leiden tot een kosten-explosie. Dat geeft toch heel duidelijk de indringendheid en de noodzaak van die evaluatie aan. Er is ook in deze vergadering gevraagd naar de nulsituatie, een objectieve beschrijving van de criteria, de termijnen die daaraan gekoppeld moeten worden en de ijkpunten alvorens verder te gaan. In die envelop zat veel papier, maar helaas geen evaluatiekader. Hoe los je dat dan op? Ik heb met de collega's overlegd over de zaken die onderdeel kunnen uitmaken van dat evaluatiekader. Dat heb ik neergelegd in een motie en ik heb de eer die aan u te overhandigen.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de invoering van DBC's moet bijdragen aan een doelmatiger zorg en daarmee een behoorlijke kostenontwikkeling van de zorg;

overwegende dat de invoering van DBC's met grote zorgvuldigheid moet plaatsvinden;

overwegende dat het noodzakelijk is om meer zicht te krijgen op de effecten van invoering van DBC's voordat vervolgstappen worden gezet;

overwegende dat het noodzakelijk is om vooraf een duidelijk evaluatiekader voor de beoordeling van DBC's op te stellen;

constaterende dat de minister in eerste termijn heeft aangegeven geen bezwaar te hebben om een evaluatiekader te ontwikkelen;

verzoekt de regering:

- om binnen twee maanden een uitgewerkt evaluatiekader aan de Eerste en Tweede Kamer te overleggen;
- om in het evaluatiekader ten minste de volgende elementen op te nemen:
  - de evaluatiecriteria (onder andere criteria voor de wijze waarop de kosten zullen worden gemeten, evenwichtige verdeling van marktmacht van zorgaanbieders en -verzekeraars en beschikbaarheid van voldoende informatie voor patiënten);
  - omschrijving van de nulsituatie;
  - de momenten waarop wordt gemeten en de wijze van meten;
  - welke resultaten behaald moeten zijn om vervolgstappen te zetten,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Schouw, Hamel, Van Leeuwen, Slagter-Roukema, Van den Berg, Van der Lans en Ten Hoeve.

Zij krijgt I (28994 en 29379).



De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoord en dat met name voor zijn schriftelijke antwoorden die voor mij veel duidelijker waren dan de discussie die wij hier hebben gehad. Maar dat lag aan mij.

Er zijn al heel wat artikelen verschenen over vraaggestuurde zorg. Met stukken over marktwerking in de zorg kun je zo langzamerhand ook een halve boekenkast vullen. Vandaag gaat het over marktprikkels in de zorg. Welke weg moet precies worden bewandeld om vraaggestuurde zorg te verwerkelijken? Als je het hebt over marktwerking, moet je er marketinginstrumenten op loslaten. Er moet dan ook voldoende aanbod zijn. De minister zal weten dat marketingmensen de mensheid indelen in vier groepen waarop je je dan moet richten. De klanten van de RABO stappen niet zo makkelijk naar

ABN/AMRO. Dat willen wij echter niet in de zorg, maar wat dan wel? Dé patiënt bestaat niet en dé mondige patiënt is er ook nog niet. Aan dat laatste moet worden gewerkt. Hij moet op een heldere manier worden voorgelicht zodat hij keuzes kan maken. Er moeten dan echter wel keuzes te maken zijn, maar er is nog steeds sprake van schaarste. Hoe zal hiermee worden omgegaan? Mevrouw Van Leeuwen heeft terecht het belang van goed toegeruste patiëntenorganisaties benadrukt. Zij moeten goed weerwerk kunnen bieden aan verzekeraars.

De inspectie heeft toe te zien op de kwaliteit van de zorg, maar ik ben niet gerustgesteld door de woorden van de minister. De bemensing laat te wensen over en bovendien is een andere attitude nodig. Wat wordt er nu precies gemeten om de kwaliteit van de zorg te bepalen? Er is sprake van certificering maar ik blijf van mening dat er een input moet zijn vanuit het perspectief van de patiënten. Daar ontbreekt het vaak aan. Hoe zou de inspectie dat eruit moeten lichten? Ik zie dat niet zo zitten. De minister zegt verder: "de introductie van meer marktprikkels zal kunnen bijdragen aan een vergroting van de kwaliteit". Dat zal op bepaalde niveaus kunnen, zoals bij een verzekeraar die vlot zorg inkoopt en goed luistert naar patiënten. Zo'n verzekeraar zal beter scoren dan een andere verzekeraar. Leidt dat echt tot vergroting van de kwaliteit uit patiëntenperspectief? Iedere verzekeraar hanteert een eigen systeem. Om te kunnen meten, monitoren en benchmarken zullen vergelijkbare systemen nodig zijn. Dat is een zwak punt; ik zou graag zien dat de minister daar nog eens op ingaat. De verzekeraar moet alert zijn bij zijn inkoop. Destijds heb ik de "Leidschendam-conferenties" meegemaakt die werden geïnitieerd door het ministerie van VWS. Daar heb ik gemerkt dat verzekeraars het lieten afweten als het aankwam op zaken doen over de kwaliteit; ik ben er dus niet gerust op. Er zijn vanmiddag al geloofsbelijdenissen door deze zaal gegaan, maar ik heb liever een stukje zekerheid. Geloof kun je namelijk niet meten. Hoe steken wij daarop in?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Collega Van den Berg weet toch dat

## Van den Berg

geloof niet alleen een vertrouwen maar ook een zeker weten is?

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik weet dat heel goed. Overigens ga ik de discussie op dit punt niet aan want wij zijn beiden van huis uit gereformeerd; dat zijn vechters. Dat wil ik vanmiddag niet. Mevrouw Slagter heeft gelijk; dit probeer ik mijn catechisanten ook bij te brengen. Geloof blijft echter moeilijk meetbaar.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Misschien kan de heer Van den Berg mij dan ondersteunen in de wens dat de kwaliteitswet wordt aangepast. Uiteindelijk ligt door de toetsing en borging vooraf de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij de overheid.

De heer **Van den Berg** (SGP): Met dat punt wilde ik afronden. Als het geen wettelijke basis krijgt, blijven wij dweilen met de kraan open. Ik bedoel dit niet negatief, maar dan blijven wij achter allerlei dingen aan lopen en rennen. In dat licht moet de kwaliteitswet inderdaad worden aangepast; daarin heeft mevrouw Van Leeuwen mijn volledige steun.

De minister is uitgebreid ingegaan op de vraag van de fracties waarvoor ik mag spreken, over de positieve wisselwerking tussen de gezondheidstoestand van de bevolking, de gezondheidszorg en de welvaart. Zijn beantwoording sprak mij aan; er zaten heel goede elementen in. Ik geef de minister daarvoor mijn complimenten. Wij moeten inderdaad in positieve zin stimuleren ± ook mevrouw Slagter doelde daarop ± dat mensen gezonder gaan leven; dat gebeurt veel te weinig. Verder gaat het om een verantwoord gebruik van de zorg. In ons systeem bestaat echter altijd de noodzaak om de uitgaven te beheersen, die collectief via een verplichte verzekering worden opgebracht. Bij ieder aantreden van een nieuw kabinet krijg je weer een nare discussie over de lastendruk. Daarbij wordt altijd afgerekend op een bepaald percentage van het BNP, wat slecht kan uitpakken voor de gezondheidszorg. Ik wil daarom wat meer zekerheid, hoewel een minister nooit verder kan regeren dan vier jaar. Van mij mag hij overigens nog een keer terugkomen, zodat wij kunnen monitoren hoe het gaat met het door hem ingezette beleid. Ik heb

geprobeerd aan te tonen dat een goede gezondheidszorg voor onze economie buitengewoon goed is. Sleutelen aan die percentages heeft grote negatieve gevolgen, tenminste als ze naar beneden worden afgerond zoals meestal het geval is. Dit geldt zeker als het ons economisch niet voor de wind gaat.

Anderen hebben ook een aantal kritische kanttekeningen geplaatst bij de restitutie. Dat hebben wij in onze eerste inbreng ook gedaan. Bij het ontbreken van een contract is restitutie aan de ene kant positief voor de verzekerden. Aan de andere kant heeft restitutie ook heel negatieve aspecten. Zoals mevrouw Van Leeuwen zei, moet het mogelijk blijven voor chronische patiënten die gewend zijn aan een bepaalde hulpverlener. Wij hebben dat in deze Kamer vaker aan de orde gehad. Zou er niet een soort overgangsrecht kunnen komen voor mensen die nu goede ervaringen hebben met zorg waarvoor geen contract komt? Ook in de gezondheidszorg moeten wij opkomen voor de zwakkeren. Dat zou de minister toch moeten aanspreken.

Alle fracties hebben nadrukkelijk gevraagd om een goede evaluatie. Je moet dan ook voldoende zicht hebben op de criteria. Ik hoef mijn verhaal niet uitgebreid te houden omdat wij vanmorgen in de commissie hebben afgesproken hierover een motie in te dienen. Wij hebben dat toevertrouwd aan de meest intelligente persoon onder ons, namelijk de heer Schouw. Je moet een motie goed formuleren en dat vergt nogal wat vaardigheden. Wij zijn medeondertekenaar van die motie.

De minister gaat in zijn schriftelijke beantwoording in op de vragen die door onze fracties zijn gesteld over de DBC-invoering. Hij voorziet weinig of geen problemen bij de productieafspraken. De tijd zal het leren. Wij zijn er niet zo optimistisch over gestemd. In ieder geval heeft de minister duidelijkheid verschaft dat het tot 2006 blijft bij de invoering van die 10% vrij te onderhandelen DBC's. Dat geldt ook voor de experimenten met de vrije tarieven van fysiotherapeuten en daar hebben wij goede nota van genomen.

Ik heb nog wat kritiek op de concept-AMvB. Wij hebben in eerste instantie ook gezegd dat deze AMvB vaag is en dat je er niet zo veel mee kunt. Mevrouw Van Leeuwen heeft de opening gegeven. Wij krijgen een

officiële voorhangprocedure en dan kunnen wij erop insteken. Wij hebben zo nog even de tijd om er goed over na te denken. Het mag niet zo zijn dat de keuzevrijheid van verzekerden in gevaar komt als het gaat om de eigen bijdrage die aan verzekerden wordt opgelegd.

Er zijn en blijven veel zaken onzeker. Marktprikkels kunnen prikkelen en stimuleren, maar de zware rol van de verzekeraars kan ook negatief zijn. Dat laatste heb ik in mijn tweede termijn proberen aan te tonen en geldt vooral voor de zwakkere groepen, namelijk chronisch zieken en mensen die veel zorg nodig hebben. Wij blijven ons zorgen maken over het in stand blijven van de solidariteit. Daarom is zorgvuldigheid en behoedzaamheid absoluut nodig. Als blijkt dat er ondanks de goede bedoelingen van nu, toch sprake is van onrechtvaardigheid of schrijnende ongelijkheid, dan moet er snel kunnen worden bijgestuurd. In dat geval is transparantie, ook naar het parlement, absoluut noodzakelijk. Zijn er ook mogelijkheden om in te grijpen? Welke mogelijkheden zijn er en bestaan hiervoor dan ook wettelijke instrumenten?

Voorzitter, in mijn tweede termijn heb ik geprobeerd iets in te lopen van de spreektijdoverschrijding van de eerste sprekers. Wij lopen nu bijna weer op schema.

De **voorzitter**: De voorzitter is u diep dankbaar, mijnheer Van den Berg.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Ik moet enigszins improviseren omdat ik mevrouw Swenker vervang, die helaas wegens familieomstandigheden niet aanwezig kan zijn. Namens de VVD-fractie zal ik een kort commentaar geven. Er is al veel gezegd waar mijn fractie deels achter kan staan. Toch zijn wij eigenlijk wel tevreden met de beantwoording van de minister, zowel de schriftelijke beantwoording als de beantwoording in eerste termijn. Wij realiseren ons heel goed dat een aantal vragen gewoon nog niet beantwoord kunnen worden en dat er nog genoeg momenten zullen komen om nader op deze buitengewoon belangrijke materie in te gaan. Wij willen echter voor de toekomstige besprekingen alvast een kanttekening

## Dupuis

maken over de Zorgautoriteit. Die hebben wij in de eerste termijn ook gemaakt. Wij maken op uit gegevens en uitlatingen van degene die is genomineerd als Zorgautoriteit dat die wel een buitengewoon vrije en krachtige figuur wordt. Hij krijgt buitengewone macht. Wij vinden dat de Zorgautoriteit geen Zorgpauze mag worden.

Wij waarderen dat de minister ruiterslijk toegeeft dat er nog ontzettend veel onzeker is. Wij zijn het met hem eens. Het is ook nog volstrekt onduidelijk of het voorgestelde instrumentarium werkelijk meer doelmatigheid en marktwerking oplevert. In die zin delen wij de zorgen van velen. Toch denken wij dat dit het proberen waard is. Wij moeten alles doen om een beheerste kostenontwikkeling te realiseren. Ik merk namens mijn fractie op dat alle mogelijkheden die mevrouw Slagter heeft genoemd om zonder wetswijziging aan beheersing van de kostenontwikkeling en betere kwaliteit te werken, uitvoerig zijn besproken en herhaaldelijk zijn gesuggereerd in de afgelopen dertig jaar. Er is echter niets gebeurd. Er heeft zich geen enkele ontwikkeling voorgedaan op het vlak van kostenbeheersing of kwaliteitsverbetering. Er is dus alle reden om uit te kijken naar een nieuw instrument. Wij waarderen dus dat de minister hiermee komt. Wij constateren daarbij overigens dat de klassieke WVG-instrumenten nog steeds bestaan en dat de minister de mogelijkheid heeft om de zaak als het ware terug te draaien.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind u wel somber.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Zeker! Daarom is de VVD-fractie ook blij met een poging om andere prikkels in te voeren. Wat er in het verleden aan prikkels bestond ± dat waren er niet veel ± heeft niet geleid tot het boeken van enig resultaat.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Behalve een kosten- of onkostenontwikkeling of een verhoging van budgetten, zijn zeer veel mensen beter geworden en hebben zeer veel ontwikkelingen geleid tot goede gezondheidszorg. De gezondheidszorg in Nederland staat er in vergelijking met andere landen zeer goed voor. In Nederland belopen de kosten van de gezondheidszorg ook

niet eens zo'n hoog percentage van het BBP. In die zin vind ik u dus somber.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Als mevrouw Slagter bedoelt dat de huisartsenzorg uitstekend is geweest, geef ik dat graag toe. Natuurlijk zijn er in de medische wereld allerlei ontwikkelingen geweest waarbij professionaliteit en standaardisering hebben geleid tot een zekere bewaking van de kwaliteit. Mevrouw Slagter moet wel beamen dat niemand echt greep heeft gehad op het systeem. Wat er is gebeurd, is gebeurd omdat artsen zelf goede, daartoe strekkende beslissingen hebben genomen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Collega Dupuis nuanceert het nu al enigszins. Zij begon met te zeggen dat er niets is gedaan aan kostenbeheersing. Dat is natuurlijk niet waar. Een deel van de kostenstijging is natuurlijk veroorzaakt door de ontzagwekkende medisch-technologische ontwikkeling die op haar beurt toenemende vergrijzing heeft gebracht. Daarvoor zijn wij allen eigenlijk dankbaar. Daardoor is het alleen veel noodzakelijker geworden om de greep op de uitgaven in de toekomst te behouden en zelfs te versterken. Je zou de indruk kunnen krijgen dat het veld onvoldoende heeft gedaan, maar volgens mij heeft de politiek gefaald door zo lang de centraal aanbodgestuurde zorg te laten bestaan.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Natuurlijk hebt u gelijk dat de budgettering een instrument was. Dat heeft inderdaad voor een bepaalde tijd de zaken vastgezet. Het heeft de zaken echter ook vast laten lopen. Dat instrument was dus niet zo goed voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het heeft tot allerlei conflicten aanleiding gegeven. Ik wil nog wat graag met mevrouw Van Leeuwen debatteren over de vraag wat de werkelijke oorzaak is van de kostenstijging in de gezondheidszorg. Er gebeuren nog allerlei zaken die helemaal niet nodig zijn, maar wel veel kosten. In eerdere debatten heeft de minister de interdoktervariatie genoemd. Misschien zijn dat de oorzaken ervan. Er zijn allerlei zaken aan de orde waaruit blijkt dat het systeem eigenlijk niet goed te sturen is. Ik herhaal dat de VVD-fractie blij is dat er nu een poging

wordt gedaan om hier verandering in te brengen. Of het sturingsinstrument volledig adequaat is, is een volgende vraag. Wij zullen moeten afwachten of deze poging slaagt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik zie niet helemaal het verband tussen centrale aanbodsturing ± volgens mij heeft dat iets te maken met budgettering ± en wat u daarna zei over de interdoktervariatie.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Centrale aanbodsturing komt van de kant van de ziektekostenverzekeraars, maar ten minste even belangrijk in het hele systeem is de manier waarop de arts gebruik maakt van de bestaande mogelijkheden. Niemand weet beter dan u dat artsen, die tegenwoordig zorgaanbieders heten, in feite de stuwende kracht zijn van het hele carrousel van de gezondheidszorg. Als je wilt ingrijpen, zul je dus ook moeten kijken naar het handelen van artsen. Wij zijn er heilig van overtuigd dat daarbij nog een heleboel winst te behalen is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik wil wel even een misverstand wegnemen, centrale aanbodsturing is niet afkomstig van de zorgverzekeraars, die hebben zich daar altijd tegen verzet. Het is een door de overheid met onze instemming geïnitieerd systeem.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Zeker, maar de ziektekostenverzekeraars hebben zich verder niet ingespannen om op een creatieve manier een betere uitkomst te verkrijgen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): De beslissende vraag is natuurlijk hoe het handelen van de artsen verbeterd kan worden en of er een andere aansturingsfilosofie mogelijk is dan een systeem op basis van marktprikkels. Zegt u dat het uiteindelijk alleen kan via de portemonnee of is er een systeem denkbaar met kwaliteitsprikkels, competitieprikkels, transparantie van kwaliteit of vergelijkbaarheid van prestaties zonder dat er meteen als beslissend criterium de rationaliteit van de portemonnee onder geschoven wordt? Als ik u goed begrijp, zegt u dat de zorgaanbieders altijd in hun portemonnee getroffen moeten worden om een verandering te kunnen bewerkstelligen. Ik zeg dat

## Dupuis

je het systeem zo moet organiseren dat kwaliteit de voornaamste prikkel is, omdat er anders altijd ongewenste bijwerkingen ontstaan.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik ben het met uw analyse eens, maar in de afgelopen dertig jaar zijn er al vele pogingen gedaan om artsen en patiënten aan te zetten tot gepast gebruik van medicijnen en zorg, om een zekere rationalisering teweeg te brengen. Die zijn slecht gelukt, daarom praten wij nu over deze twee wetten. Was het maar waar, wat u zei. Onze fractie is het met de minister eens dat er nu iets anders moet worden geprobeerd.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Maar wij zijn toch nog heel ver verwijderd van transparante kwaliteit, van de mogelijkheid om artsen of ziekenhuizen met elkaar te vergelijken op basis van kwaliteit? U bent het blijkaar met mij eens dat wij meer die kant op zouden moeten gaan.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Maar hoe denkt u kwaliteitsvergelijkingen te kunnen maken die voor de patiënt inzichtelijk zijn? Waar moeten wij dan aan denken? De duur van een ziekenhuisopname is vaak als criterium genoemd en je kunt ook denken aan de duur van de ziekte. Het probleem is dat er zo verschrikkelijk veel variabelen zijn dat het altijd lastig is om de kwaliteit vast te stellen. De tevredenheid van de patiënt is natuurlijk maar een van de criteria, zij het een belangrijk criterium. Welke objectieve criteria zijn er om vast te stellen of een instituut of een maatschap van specialisten echt topkwaliteit heeft geleverd?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Nu wordt het pas echt interessant, want eigenlijk zegt u nu dat wij de burger nooit iets kunnen aanreiken waarmee hij op basis van de kwaliteit een keuze zou kunnen maken, zodat hij uiteindelijk alleen het goedkoopste pakket kan kiezen. Ik dacht dat de VVD wel onze opvatting zou delen dat de burger mondig genoeg is om aan de hand van de mêlee van gegevens die hem worden aangereikt ± dat zal altijd zo blijven ± toch een keuze te maken. Je kunt bijvoorbeeld ook denken aan de nabijheid van de zorg.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Precies!

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dan spreken wij toch over andere keuzes dan de keuzes die met financiën te maken hebben?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is waar, maar het gaat hier over de keuze voor kwaliteit. Ik ben ervan overtuigd dat u gelijk heeft, als u zegt dat een deel van de kwaliteit bestaat uit de nabijheid van de zorg, de vriendelijke bejegening op de polikliniek en de adequate regeling van de huisartsenzorg in het weekend. Ik denk dat dit voor mensen werkelijk van groot belang is. Voorts blijkt uit elk onderzoek dat een aardige dokter altijd een goede dokter wordt gevonden, terwijl dit helemaal niet het geval hoeft te zijn. Er blijft zeker wat te kiezen, maar dat is niet op het punt van de vraag wie de beste gezondheidszorg levert. Het zal nog een heel lastige klus worden om daar werkelijk goede criteria voor te ontwikkelen.

De heer **Hamel** (PvdA): Een van de punten van het huidige wetsvoorstel is dat er wordt gekozen tussen kwaliteit en prijs. Als ik u goed hoor, bent u het voor een deel met mijn betoog in eerste termijn eens, waarin ik mij ook afvroeg hoe de patiënt voor kwaliteit kan kiezen. Ziet u een heldere taak voor dit wetsvoorstel?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): De heldere taak is dat er door de contracteer-mogelijkheden van de verzekeraar toch wat meer ruimte komt. Ik zie in deze wetsvoorstellen een grotere handelingsruimte voor de ziektekostenverzekeraars, misschien nog meer dan voor de zorgvrager. Het betreft hier één van de punten waarop ik nu wil doorgaan namens mijn fractie. Het gaat er dan om of de rol van de ziektekostenverzekeraars, die zo zwaar is aangezet in de wet, nog enigszins te controleren valt door de minister en wel op twee niveaus: ten eerste de vraag hoe de ziektekostenverzekeraar omgaat met de zorgvrager en voorts de vraag hoe hij omgaat met de zorgaanbieder. Dit waren de twee hoofdpunten van mijn betoog, voorzitter, en ik ga daar nu graag op in.

Wat betreft de omgang van de ziektekostenverzekeraar met de zorgvrager, de patiënt of de potentiële patiënt, zouden wij kunnen

zeggen dat er inderdaad met deze wetsvoorstellen meer ruimte komt om te wisselen van ziektekostenverzekeraar. Er komt meer ruimte om daar kritisch naar te kijken en om in ieder geval enige balans te creëren in de verhouding tussen de zorgvrager en de ziektekostenverzekeraar. Dat is iets dat er mogelijk in zit. Wij hebben bovendien goed gehoord dat de minister heeft gezegd dat de landelijk werkende zorgverzekeraars vanwege hun zorgplicht ook landelijk voldoende zorgaanbieders zullen moeten contracteren. Daar zit wel wat beweging en wat ruimte in.

Grote vragen heeft de VVD-fractie bij de rol van de ziektekostenverzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders, die ik liever artsen zou noemen. Dat is eigenlijk door alle sprekers gezegd, zowel in de tweede als in de eerste termijn. Het is gezegd door de heer Hamel, die het over kwaliteitsbewaking heeft gehad. Mevrouw Slagter heeft erop gewezen dat de ziektekostenverzekeraars een belangrijke rol vervullen, zoals ook mevrouw Van Leeuwen, de heer Van den Berg en de heer Schouw hebben gedaan. Eigenlijk heeft iedereen het gezegd.

De heer Schouw heeft in het bijzonder gewezen op het probleem van het "opcoderen" en daar willen wij als VVD-fractie ook graag aandacht aan besteden. Er is namelijk geen enkele garantie dat er niet opgecodeerd gaat worden, dat wil zeggen dat in het kader van DBC's codes van zwaardere ziekten worden gebruikt, terwijl er in feite sprake is van een minder zware ziekte. Het klinkt vreselijk wantrouwend, maar het is een feit dat er de afgelopen jaren nooit controle op is geweest of de diagnose juist was, alsmede het traject dat daar achteraan kwam. De vraag van de VVD-fractie aan de minister is dan ook wat hij daaraan kan doen. Heeft de minister werktuigen in handen om als het door de ziektekostenverzekeraars niet wordt opgepakt, echt in dat handelen te kruipen en goed te kijken of er geen ongepast gebruik plaatsvindt? Heeft de minister werktuigen in handen om, als dit niet goed gaat, er wat aan te doen? Wij denken dat het op grond van het verleden duidelijk is dat de ziektekostenverzekeraars, met een enkele goede uitzondering, tot nog toe bijzonder weinig interesse hebben getoond in het bevorderen

## Dupuis

van gepast gebruik. Het zou de VVD-fractie zeer welkom zijn als de minister kon aangeven hoe hij zal optreden, gelet op de beperkte interesse van de ziektekostenverzekeraars voor dit onderwerp. Wij vinden dit een zeer belangrijk punt. Uit het voorgaande blijkt hoe weinig ziektekostenverzekeraars zich gelegen hebben laten liggen aan het beperken van de kosten. Er wordt 8% meer premie gevraagd voor de ziektekostenverzekering voor particulieren.

Mevrouw Van Leeuwen zegt: maar er is nu veel meer technologie. Zij weet echter net zo goed als eenieder hier in de zaal dat de grote kosten niet daardoor zijn ontstaan. Die zijn juist ontstaan door de eindoeloes gestegen behoeften van mensen, soms terecht en soms niet.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Met stijgende verbazing hoor ik dit laatste deel van het betoog aan. Wat bedoelt de geachte collega nu te zeggen? De zorgverzekeraars krijgen met dit wetsvoorstel een centrale rol. Uit de laatste minuten van het betoog van mevrouw Dupuis maak ik op dat de VVD er helemaal niet in gelooft dat de zorgverzekeraars die rol kunnen vervullen. Maar wat dan?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is precies de vraag die wij de minister stellen. Wij willen uitspreken dat wij werkelijk een heldere aansporing van de ziektekostenverzekeraars willen. Die aansporing moet niet alleen via de wet gestalte krijgen. De manier waarop over deze problematiek wordt gesproken, is ook belangrijk. De zorgverzekeraars krijgen met dit voorstel vrijheid van handelen, maar dan moeten zij wel hun verantwoordelijkheid nemen. Ik maakte mijn opmerkingen dus als een self denying prophecy, mevrouw Van Leeuwen. Wij hopen dat de ziektekostenverzekeraars zullen inspelen op de nieuwe mogelijkheden. Om zeker te zijn dat er een stok achter de deur is, willen wij graag van de minister weten wat hij gaat doen als het voorgestelde niet voldoende lukt. Welke prikkels zijn er om de ziektekostenverzekeraars tot het gewenste gedrag te doen overgaan?

Mevrouw de voorzitter. Ik heb mijn spreektijd overschreden, maar dat lag niet helemaal aan mij.

□

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Ik zal ook een poging doen om mijn inbreng kort te houden. Dat is wel lastig, want ik heb nu een papiertje voor me waarop niet alleen veel aantekeningen zijn doorgestreept, maar er ook veel zijn bijgekalkt. Ik vrees dat ik er niet helemaal meer uitkom.

In ieder geval wil ik de minister danken voor zijn antwoorden. Het zal niet verbazen dat ik niet met alle antwoorden tevreden ben. Aan het einde van het debat in eerste termijn heb ik gezegd het jammer te vinden dat niet ten principale eerst wordt gesproken over de voor- en nadelen van marktwerking. Ik vind die discussie nog steeds van groot belang. Gelet op wat ik vanmiddag waarneem, wordt er wel enigszins over gesproken, maar ik vind het jammer dat dat niet op een betere manier gebeurt. Dat had wel gekund. Nu wordt over de voor- en nadelen van marktwerking bij elk wetsvoorstel gesproken, zodat het debat daarover gefragmentariseerd wordt. Wij zullen op deze vloer er dus nog heel vaak over spreken, maar het is jammer dat wij er niet een keer goed voor zijn gaan zitten. Ik blijf er dus bij dat het niet vreemd zou zijn om voorafgaand aan deze operatie hier een keer heel uitvoerig te spreken over het statuut voor de spelers die het veld gaan betreden. Daarom verwees ik de vorige keer naar een opmerking van de voorzitter van de CDA-fractie de heer Werner over het artikel van de minister-president. Het gaat hierbij om vragen als: wat is maatschappelijk ondernemerschap, wat is winstmaximalisatie, hoe gaan de betrokkenen om met het verdiende geld et cetera? Het lijkt mij nuttig om een aantal bepalingen vast te leggen, bijvoorbeeld in een code. Daarover sprak de heer Schouw. Wij zouden dit moeten doen voordat het spel gaat beginnen. Je kunt het wenden en keren zoals je het wilt, maar tot op dit moment is er onduidelijkheid en dat vind ik jammer.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Deze collega heeft natuurlijk gelijk dat nog niet alles duidelijk is, maar wij geven deze nieuwe opzet een kans. Ik meen dat alle fracties hebben gezegd dat wij de evaluatie van de eerste uitkomsten van de marktprikkels afwachten.

Niemand kan namelijk nu zijn gelijk goed onderbouwen. Wij geven het systeem dus het voordeel van de twijfel, waarbij wij zoveel mogelijk zekerheden inbouwen. Bij de evaluatie hebben wij echter een prachtige kans om dat diepgaande debat te voeren.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dat hoop ik en daarom heb ik van harte mijn handtekening onder de motie gezet. Tegelijkertijd ben ik wat sceptisch over het aantal evaluaties dat wij hier in gang zetten en de intensiteit waarmee wij vervolgens de uitkomsten ervan bespreken. In feite zetten wij hier een heel grote trein op de rails die wij vervolgens in beweging brengen en op een gegeven moment staan wij dan op een perron met een evaluatie te wapperen. Mijnheer Schouw weet dat beter dan ik, want hij is onze evaluatiedeskundige. Omdat het sein op groen staat, is die trein heel moeilijk te stoppen. Wat mij betreft ware het dan ook beter geweest om een aantal van de principiële keuzes van tevoren vast te leggen. Dan hadden wij wellicht ook een helderder debat kunnen voeren over wat er de afgelopen jaren is gebeurd. Mijn constatering is dat wij de afgelopen 15 jaar voor een belangrijk deel gefaald hebben. Dat geldt voor de politiek. Dat geldt ook voor de professionals die in hoge mate in de gezondheidszorg calculerend gedrag hebben laten zien, door extra verstrekkingen te declareren en door zich door hun portemonnee te laten leiden. Punt is dat wij dat onvolgende hebben gecorrigeerd. Mijn grote angst is dat wij die fouten nu gaan omdraaien en dat eigenlijk de rekening wordt neergelegd bij de burgers die aan dat proces eigenlijk weinig hebben kunnen doen. Dat geeft ons een grotere verantwoordelijkheid om zuiver en goed te redeneren.

Bij lezing van pagina 2 van de schriftelijke beantwoording moest ik erg lachen. De minister geeft daarin aan heel erg behoedzaam te zijn als het gaat om marktwerking. Hij spreekt zelfs van ontideologisering. Vervolgens geeft hij aan marktwerking te willen introduceren omdat "de samenleving zich in die richting wil begeven". Dan heeft hij kennelijk een heel ander beeld van de samenleving dan ik. Hij zegt dus eigenlijk: ik doe ook maar wat de samenleving mij ingeeft. Als wij hier



## Van der Lans

zouden aantonen dat de samenleving zich helemaal niet in die richting wil bewegen, zou de minister dus eigenlijk onmiddellijk op zijn schreden moeten terugkeren. Ik zou dan ook graag van de minister willen vernemen hoe hij aan de wijsheid komt dat de samenleving zich in de richting van marktwerking wil bewegen.

Ik sluit mij aan bij de opmerkingen die vanuit de Kamer zijn gemaakt over de evaluatie.

De alinea over de free riders vind ik wel erg gemakkelijk geformuleerd. Als ik de minister goed begrijp, zegt hij dat het risico op dat punt niet aanwezig is, omdat de zorgverzekeraars zichzelf kunnen profileren. Dat is evenwel geen antwoord op de vraag. Het is een risico dat met marktwerking te maken heeft en dat verdient een goed antwoord.

Ten aanzien van de privacy onderstreep ik de opmerking die de heer Hamel namens de commissie heeft gemaakt. De minister heeft in eerste termijn gewezen op de brief van de heer Kohnstamm van het College bescherming persoonsgegevens. Ik ben juist heel erg blij dat hierover brieven worden geschreven, opdat wij ons op een goede manier een oordeel kunnen vormen over de vraag of de heel gevoelige kwestie rond de privacy echt toereikend geregeld wordt. Volgens de informatie die ons tot nu toe bereikt, is dat laatste nog niet het geval.

Dan nog een laatste opmerking. Ik heb er heel lang over nagedacht of ik die hier wel zou moeten maken. Dat komt omdat ik geen specialist ben in de gezondheidszorg. Ik heb de indruk dat wij hier ± dat geldt zeker de vorige week ± wel heel erg gedetailleerd bezig zijn, waarbij ik mij af en toe afvraag of het nog wel tot de taak van deze Kamer behoort om zo diep in de wet te zinken en de details te bespreken. Dat kan natuurlijk liggen aan het feit dat de minister onduidelijk is geweest. Het kan ook zijn dat wij misschien wat te veel hooi op onze politieke vork nemen. Dat pleit mijns inziens voor een reflexiever en principiële debat. Ik maak deze opmerkingen met de grootste voorzichtigheid, want voordat je het weet, lopen er collega's naar de microfoon.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik voel mij kennelijk toch aangespro-

ken. Het stoort mij dan weer dat iemand zegt dat hij wel wat opgeschreven heeft en de discussie ingaat op een manier van wat zal ik nu eens zeggen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Daar ga ik heel lang over nadenken, want hier begrijp ik niets van, maar dat ligt misschien aan mij.

De **voorzitter**: Ik schors de beraadslaging tot na de dinerpauze.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

**- het wetsvoorstel Goedkeuring van het op 1 februari 1995 te Straatsburg tot stand gekomen Kaderverdrag inzake de bescherming van nationale minderheden (26389).**

De beraadslaging wordt hervat.

De **voorzitter**: Ik heet minister Verdonk weer van harte welkom.

□

Minister **Verdonk**: Mevrouw de voorzitter. Zoals door een aantal leden is gememoreerd, is het alweer drieënehalf jaar geleden dat in dit huis door een minister voor Integratie over het Kaderverdrag inzake de bescherming van nationale minderheden is gesproken. De behandeling kon in mei 2001 niet worden afgerond. Laat ik eerlijk zijn, vandaag hoop ik meer kans te maken op een goede afronding van de behandeling van dit wetsvoorstel.

Allereerst feliciteer ik de heer Engels met zijn maidenspeech. Ik wens hem heel veel succes.

Het is van groot belang dat Nederland het kaderverdrag ratificeert. Het is jammer dat de ratificatie zo lang op zich liet wachten. In Europa maakt Nederland daarmee een slechte beurt. Ik ben er een aantal keren op aangesproken.

Inhoud en karakter van het kaderverdrag staan niet zozeer ter discussie. Immers, de discussie in de Raad van Europa bij de totstandkoming van het verdrag in de eerste helft van de jaren negentig, vervolgens bij de behandeling in de Tweede Kamer en ook in deze Kamer heeft zich steeds toegespitst op de

vraag wat onder de term "nationale minderheden" moet worden verstaan. Internationaal kon daarover evenmin overeenstemming worden bereikt.

In de Tweede Kamer was de discussie over de invulling van het begrip moeilijk. De heer Van Middelkoop had een motie ingediend om de toepassing van het verdrag te beperken tot de Friezen. Wat een vooruitziende blik! Die motie haalde het toen niet. Inmiddels staat de Tweede Kamer achter deze keuze.

In deze Kamer leek er in mei 2001 geen meerderheid te zijn voor de keuze van het toenmalige kabinet dat onder nationale minderheden de Friezen zouden vallen en tevens de doelgroepen van het integratiebeleid. Dit kabinet heeft een andere keuze gemaakt. Nationale minderheden zijn in Nederland alleen de Friezen! Ik kan u geruststellen: die keuze is niet alleen gemaakt op grond van de discussie in uw Kamer in mei 2001. Die keuze sluit aan bij de omslag die wij teweeg hebben gebracht in het integratiebeleid waar ik voor sta.

In het verleden is veel nadruk gelegd op de acceptatie van de verschillen tussen minderheden en de autochtone bevolking. Dat beleid was er minder op gericht, afstanden te overwinnen. Echter, de eenheid van onze samenleving moet juist worden gevonden in dat wat de deelnemers met elkaar gemeen hebben. Dat is naar mijn mening dat wij allemaal burgers zijn van één samenleving. Gedeeld burgerschap voor autochtone en allochtone ingezetenen is het doel van het integratiebeleid.

De heer **Van Thijn** (PvdA): Ik begrijp hieruit dat u voorstander bent van een assimilatiebeleid. Zo nee, wat is het verschil tussen wat u beschrijft als een eenheidsbeleid en wat anderen verstaan onder een assimilatiebeleid?

Minister **Verdonk**: Er is een heel groot verschil tussen het integratiebeleid zoals wij het nu willen voeren in Nederland en een assimilatiebeleid of een eenheidsbeleid. Wij gaan uit van een gemeenschappelijke basis. Die heeft tot nu toe altijd gemankeerd. Wij gingen er vanuit dat er allerlei mensen in ons land konden wonen met allerlei culturele achtergronden die elkaar vanzelf zouden kunnen vinden. Dat is niet gebeurd.