

## Van Middelkoop

ieder geval, omdat ik dan tenminste een keurig antwoord krijg.

Dan de inhoud. Met alle respect, die vind ik bestuurlijk reactionair en zeer ongewenst. Ik ben als lid van de Tweede Kamer nog betrokken geweest bij de Kaderwet ZBO, die na aanvaarding door die Kamer nu alweer bijna drie jaar door de regering wordt opgehouden. Aan die kaderwet was al een politieke geschiedenis voorafgegaan van meer dan tien jaar, zo niet meer. Over stroperigheid gesproken. Er was een consensus gegroeid, gestimuleerd door enkele Tweede-Kameruitspraken, die ons bestuur rijp maakte voor een regeling als vervat in de kaderwet. Dat kan men toch niet zomaar terzijde schuiven? Men kan er toch niet helemaal niks mee doen? Over luiheid gesproken! Ik wil dus van deze sleutelminister, want zo spreek ik de heer Zalm maar even aan, naast de opheldering over de gang van zaken, horen hoe nu verder wordt gegaan met de kaderwet. Wat is zijn inzet daarbij? Hij wil een man van daadkracht zijn. Welnu, zeg ik tegen hem, wees dat nu eens niet alleen met euro's, maar ook met een goede bestuurlijke ordening van onze zelfstandige bestuursorganen. Wij hebben er inmiddels al veel te lang alleen maar over gepraat.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 12.55 uur tot 13.30 uur geschorst.

---

Aan de orde is 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 behandeling van deze wetsvoorstellen wordt tevens de ontwerp-AMvB restitutie

HOZ ex artikel I, onderdeel L, artikel 11 betrokken.

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Hamel** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Bij de huidige financiering van de zorg zijn twee knelpunten aan te wijzen, te weten: de driehoeksverhouding tussen aanbieders, verzekeraars en de overheid en het feit dat het huidige financieringssysteem niet meer prikkelt tot doelmatige zorg en als methodiek gewoon "op" is.

Allereerst de driehoeksrelatie waarin iedereen en niemand verantwoordelijk is. Iedereen kan elkaar de schuld geven als het niet goed gaat: de verzekeraars de aanbieders, de aanbieders de overheid en vervolgens kan de overheid weer de andere partijen verantwoordelijk stellen. Omgekeerd geldt echter ook dat iedere partij mogelijkheden heeft om de andere partij gedrag voor te schrijven. Bovendien kan iedere partner zijn verantwoordelijkheid ontlopen, bijvoorbeeld de overheid door een verzekeringspakket te omschrijven waarvoor onvoldoende middelen beschikbaar worden gesteld. Evenzo kunnen aanbieders prijzen stellen die een beperkt realiteitsgehalte hebben. Nu zijn driehoeksrelaties de meest spannende relaties die er zijn, maar ze worden over het algemeen ook gekenmerkt door een grote mate van instabiliteit. Men kan zelfs zeggen dat als de instabiliteit er niet meer is, er geen sprake meer is van een driehoeksrelatie.

De verantwoordelijkheden zijn niet goed geregeld. Nieuwe wetgeving moet erop gericht, de verantwoordelijkheden goed te omschrijven en daarmee de driehoeksrelatie terug te brengen tot bilaterale verhoudingen. De overheid moet samen met de verzekeraars uitmaken wat er verzekerd wordt in het basispakket en voor welke prijs. Het is dan aan de verzekeraars om samen met de aanbieders te bezien hoe deze productie tot stand komt en hoe dat wordt geregeld. Hoe denkt de minister dit met de onderhavige voorstellen te bereiken?

Het andere knelpunt is dat de huidige financieringssystematiek obsoleet is. Alle hoeken en gaten zijn al gevonden en het aantal mensen dat werkelijk nog begrijpt hoe het

werkt, is op de vingers van een paar handen te tellen. Het is nu meer het werk van de administrateur die er door middel van slimme interpretaties nog geld bij weet te krijgen, maar heeft weinig meer van doen met een beloning voor een geleverde prestatie. Er gaan ook geen prikkels vanuit, omdat men niet meer weet welk gedrag beloond wordt en welk gestraft.

Minister Borst introduceerde het begrip boter bij de vis. Door velen werd gedacht dat het ook zo zou werken. Helaas werkt het systeem zo niet en was de boter in de budgetberekeningen vaak al als sneeuw voor de zon verdwenen.

Kortom, een nieuwe systematiek is dringend gewenst en aangezien er nu een budgetstelsel is, zullen wij ook naar een tariefstelsel moeten. Een nieuwe systematiek die beter afgestemd is op de realiteit, hoeft weinig problemen op te leveren. Echter een systeemwijziging wordt wél een probleem als deze gehuld wordt in een ideologische jas, waardoor het aantal aannames en verwachtingen over het functioneren groot wordt, het aantal kunstmatige constructies toeneemt en het moeilijk is van tevoren een oordeel te hebben over de doelmatigheid. Lijden beide wetsontwerpen ook niet aan dit manco? Immers, de voorgestelde wijziging heeft de pretentie om door middel van marktwerking de kosten van de zorg te reduceren. Het is de vraag, of deze veronderstelling juist is. Mijn fractie betwijfelt dat ten eerste. Zij vindt dit van belang omdat, hoe gebrekkig de huidige systematiek ook mag functioneren, er in vergelijking met het buitenland geen sprake is van een te dure zorg. Op de vraag welk systeem in welk land bij het opstellen van de wetsvoorstellen als voorbeeld heeft gediend, wordt in de memorie van antwoord gesteld dat er geen voorbeeld is, omdat het moeilijk is de omstandigheden in verschillende landen met elkaar te vergelijken. Dit antwoord voedt onze zorg omdat wij die voorbeelden ook niet kennen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld komt men net zo goed voorbeelden tegen van zeer inefficiënt functionerende commerciële ziekenhuizen als van zeer doelmatig en kwalitatief opererende staatsziekenhuizen en omgekeerd. Een beetje markt veronderstelt partijen die aan elkaar gewaagd zijn. Het is de vraag ± ik blijf nu maar bij de Nederlandse

## Hamel

situatie ± of daaraan wel wordt voldaan.

In beide wetsvoorstellen wordt aangegeven dat de patiënt als kritische consument wel voor voldoende dynamiek zal zorgen en daarmee zowel de verzekeraars als aanbieders zal aanzetten tot marktgedrag. Uitvoerig wordt omschreven hoe deze op internet zal zoeken naar de beste prijs-kwaliteitverhouding bij de verzekeraars en zal kijken welke aanbieders door hen al dan niet zijn gecontracteerd. Maar behalve de prijs en de ligging van verpleeghuizen of ziekenhuizen in de buurt is de vraag of de burger weet wat hij al dan niet nodig zal hebben in de toekomst. In een onderzoek jaren geleden werd de vraag voorgelegd of men zich wilde verzekeren voor levertransplantaties of voor de psychiatrie. Het merendeel van de mensen koos voor levertransplantaties, omdat ervan werd uitgegaan dat men de psychiatrie niet nodig zou hebben. De werkelijkheid is natuurlijk precies omgekeerd. Om de consument het nodige inzicht te verschaffen, wordt aangegeven dat subsidies zullen worden verstrekt aan de Consumentenbond om te komen tot vergelijkend warenonderzoek en evenzo aan de inspectie om in samenwerking met de aanbieders te komen tot prestatie-indicatoren. Zonder iets af te willen doen aan de zin van dergelijk onderzoek, is het toch de vraag of al dat onderzoek de kern van de kwaliteit zal raken. Veel van de als eenduidig gepresenteerde indicatoren staan meestal meerdere interpretaties toe. Zo kan mortaliteit iets zeggen over goede kwaliteit, maar ook over risicomijdend gedrag van een aanbieder. Evenzo kunnen infecties iets zeggen over de eerlijkheid of oneerlijkheid van de betrokken instelling. Wachtlijsten kunnen een teken zijn van hoge kwaliteit, maar van lage kwaliteit. Kortom, de consument moet over zeer veel informatie beschikken, de juiste prijs-kwaliteitverhouding kunnen inschatten bij het afsluiten van een verzekering. Daar komt nog bij dat hij niet in de toekomst kan kijken en niet weet wat hij nodig zal hebben. De keuze zal dus zeer waarschijnlijk worden gebaseerd op prijs, zoals dat nu ook het geval is. Voor de verzekeraars zal dit zonder meer betekenen dat de prijs hun belangrijkste oriëntatiepunt blijft en dat hun zorg meer is om gezonde

verzekerden te krijgen en de meest aantrekkelijke wijze van verevening. Nu ook al is dit belangrijk, behalve voor de groep van verzekerden boven de 65, want daar wordt immers voor verevend. Oriëntatie op specifieke patiëntengroepen zal alleen plaatsvinden als die betrokkenheid wat oplevert, zoals bij diabetespatiënten. De dynamiek moet nu komen van de mogelijkheid om jaarlijks te kunnen wisselen van verzekeraar. Maar wat nu als de verzekerde patiënt wordt? Pas dan wordt hem of haar duidelijk welke aanbieder hij zou willen inschakelen. Maar dan zal hem blijken dat zijn verzekeraar die aanbieder nu net niet heeft gecontracteerd. Helaas mag er dan niet gewisseld worden. Dan is er de mogelijkheid om de gewenste aanbieder wel te consulteren, maar is er de onzekerheid over de vraag wat de omvang zal zijn van de restitutie. Voor de minder draagkrachtigen is dat geen geweldige optie.

De aanvullende verzekering is een volgende belemmering voor de dynamiek van de markt. In de nadere memorie van antwoord wordt gesproken over een misverstand want wat stelt die aanvullende verzekering nu toch eigenlijk voor? Als ik kijk naar sommige uitspraken van de huidige minister zou dit aanvullende pakket wel steeds belangrijker kunnen worden. Het Centraal Planbureau constateert nu al dat het al dan niet mee kunnen nemen van de aanvullende verzekering een rol speelt en dat de verzekeraars de koppeling willen handhaven. Je zult maar chronisch patiënt zijn en ontdekken dat je verzekeraar een voor jouw belangrijke aanbieder niet meer contracteert! Een dynamische markt door het stemmen met de voeten hoeft niet te worden verwacht.

Dan de verzekeraar. Van nature hoeven verzekeraars helemaal niet uit te zijn op een lage premie. Hoe hoger de premie hoe hoger het rendement kan zijn. Bepalend voor hun gedrag is dat zij een pakket aan willen bieden dat voldoet aan de wensen van de consument. Alleen ± maar dat is dan er niet zo eigen aan de markt ± wanneer door ingrijpen van de overheid de premiestelling wordt gereguleerd, kan er een belang zijn bij lagere kosten. Een dergelijke premiestelling zal echter ook leiden tot inventief gedrag om te komen tot risicoselectie, zeker als de

aanvullende verzekering belangrijker wordt. Maar ook andersoortige verzekeringen die als een pakket worden aangeboden, kunnen hierbij een rol spelen. Hoe denkt de minister risicoselectie uit te sluiten, ook als er een grote mate aan verscheidenheid van pakketten komt?

Een volgende vraag is of de kwaliteit voor de verzekeraar dan wel een belangrijke rol zal spelen. Immers, de wens van de consument is bepalend. Tot nu toe was het gedrag van de verzekeraars meer prijsgeoriënteerd dan kwaliteitsgericht. Van de verzekeraar wordt verwacht dat hij bij het contracteren van zorg rekening houdt met de prijs-kwaliteitverhouding. De vraag is hoe de verzekeraar die kwaliteit kan beoordelen anders dan aan de hand van zeer algemene criteria. Wil een verzekeraar daadwerkelijk zaak maken van de kwaliteit, dan zal dat zeer veel geld kosten. Het levert ook direct een concurrentieprobleem op. De betrokken verzekeraar zal zijn kwaliteitsinspanningen richting verzekerde zichtbaar willen maken. Daarmee biedt hij de concurrent echter geheel kosteloos inzage in de kwaliteit van aanbieders.

Een ander probleem bij het concurreren, zal zijn dat het voor aanbieders professioneel vrijwel onmogelijk is om meerdere kwaliteitsregimes te hanteren. Een patiënt is een patiënt, bij wie deze ook is verzekerd. Waarom is er niet voor gekozen om de overheid de verantwoordelijkheid te geven om te komen met kwaliteitsvergelijkingen? Daarnaast kan de vraag worden gesteld in welke mate de verzekeraars op de ingewonnen informatie kunnen sturen. Door de verzekeraars zelf wordt de mogelijkheid om patiëntenstromen te sturen, laag ingeschat. Bijvoorbeeld het uitsluiten van sommige behandelvormen, mogelijk op grond van obsoleetheid, zal gelet op de aanbodsverplichting van verzekeraars ook aansprakelijkheid met zich meebrengen.

Een goede mogelijkheid voor de verzekeraars om wél inzage te krijgen in de kwaliteit, zou kunnen liggen in de kennis van chronisch zieken, maar deze mogelijkheid wordt nu net niet genoemd. Deze groepen bouwen over het algemeen door een continu gebruik van voorzieningen, maar ook door onderlinge uitwisseling, een schat aan kennis op. Waarom is er in de wetsvoorstellen niet in voorzien dat

## Hamel

contracten met aanbieders aan raden van verzekerden moeten worden voorgelegd? Of waarom is er geen stimuleringsregeling opgenomen om door categorale patiëntenverenigingen vormen van certificering te laten ontwikkelen, zoals door sommigen al is gedaan? Het zal voor de aanbieder niet erg vreugdevol zijn om een onvoldoende te scoren, terwijl dit voor de verzekeraar een prima ijkpunt kan zijn. Evenzo is het goed denkbaar dat de klachten, gelet op de zorgplicht van de verzekeraar, niet bij de instelling worden gedeponereerd, maar bij de verzekeraar worden ingediend. Vervolgens spreekt de verzekeraar de aanbieder samen met de patiënt aan. Dit zou voor de verzekerde een aanzienlijk sterkere positie opleveren en tevens de verzekeraar een goed inzicht geven in de kwaliteit van de aanbieder. Zowel de positie van de cliënt als die van de verzekeraar zou hiermee worden versterkt.

Een aspect dat bij de verzekeraars niet wordt genoemd, is het feit dat de tevredenheid van verzekerden het grootste is waar zij in een of andere vorm meebeslissen. Ik denk hierbij aan de verzekering voor de politie en de IZA. Over beide verzekeringen worden afspraken gemaakt bij cao, waardoor zowel werkgever als werknemers zich betrokken voelen bij hun verzekering. Toch dreigt nu net deze vorm van verzekering verloren te gaan.

Aanbod is een ander marktbedervend element, vooral het aanbod van voldoende gekwalificeerd personeel. Bij de begrotingsbehandeling spraken wij daar al over. De komende drie jaar zal het waarschijnlijk nog meevallen, maar er moet heel veel veranderen wil dit de komende 15 jaar voldoende zijn om er bij marktwerking voor te zorgen dat de prijs voor de factor arbeid niet zal toenemen. De toetreding van nieuwe aanbieders zal bij een tekort aan gekwalificeerd personeel dan ook averechts werken.

Concurrentie veronderstelt ook een zekere mate van overcapaciteit, wil de markt ook markt zijn. Een dergelijke overcapaciteit kost echter ook geld. Te denken valt hierbij aan de kapitaallasten voor de bestaande voorzieningen die al dan niet met garantie of waarborgfondsen zijn aangegaan. In antwoord op onze vragen hierover, wordt gesteld dat eventuele leegloop zich niet voor zal doen omdat er een tekort aan

aanbieders is en dat er dus sprake zal zijn van een volledige benutting. Maar is er dan wel sprake van marktwerking? Evenzo zullen nieuwe aanbieders toch ook personeel nodig hebben. Waar komt dat personeel dan vandaan? Het gevaar is toch niet denkbeeldig dat deze nieuwe aanbieders personeel zullen weggopen bij de bestaande aanbieders tegen een waarschijnlijk hogere prijs? Bij een tekort aan voldoende personeel zal het er toch op neerkomen dat er leegstand zal zijn bij andere aanbieders? Een bijkomend probleem zou kunnen zijn dat de nieuwe aanbieders zich vooral richten op activiteiten die tijdens kantooruren verricht kunnen worden, waardoor de kosten laag kunnen zijn en de arbeidsvoorwaarden aantrekkelijk. Het zal er wél toe leiden dat andere aanbieders minder aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden kunnen bieden en tevens de financiële minder aantrekkelijke zorg. Ook daar zal een prijs voor moeten worden betaald.

Deze wetten zullen ook leiden tot een kostenstijging doordat de financiële risico's voor instellingen toenemen. De kosten die met het aantrekken van vreemd vermogen gepaard gaan, zijn nu nog beperkt omdat gegarandeerd aan de financiële verplichtingen wordt voldaan. Nu dit wordt losgelaten, is het de vraag of de kapitaalverschaffing niet aanzienlijk duurder zal worden. Ook de reserves die moeten worden opgebouwd om voldoende weerstand op te bouwen om een gegarandeerde bedrijfsvoering te waarborgen kosten geld. Kan nog eens worden toegelicht waarom wordt gedacht dat deze kosten niet zullen stijgen?

De doelstelling van het beleid blijft toch een betaalbare zorg en daarmee een beheersing van de kosten? Thans wordt voor de beheersing van de kosten uitgegaan van het Budgetair kader zorg. In principe wordt daarin opgenomen in welke omvang, financieel gesproken, de verzekeraars kunnen contracteren. Nog dit jaar heeft de minister middels convenanten afspraken gemaakt over beheersing van de kosten om daarmee een overschrijding van het BKZ te voorkomen. Hoe moeten wij ons dat nu in de toekomst voorstellen? Wordt er dan opdracht aan de zorgautoriteit gegeven om te komen tot een prijsreductie? Of valt dan te

verwachten dat er een voorstel komt van de minister om de eigenbijdrage te verhogen of de samenstelling van het pakket te wijzigen? Of zal een mogelijke overschrijding van het BKZ leiden tot het vaststellen van een hogere nominale premie? Wat zullen de effecten zijn van deze te onderscheiden maatregelen voor de mindervermogenen en zal een dergelijke lastenverzwaring worden betrokken bij de het vaststellen van de zorgtoeslag? En hoe verhouden zich de te onderscheiden maatregelen dan tot de financiële doelstellingen van een kabinet? De kosten van de zorg nemen immers toe.

Ik noem deze twijfels en stel deze vragen omdat de wetsontwerpen en de daarbij behorende toelichting ook niet geheel zonder twijfels lijken te zijn opgesteld. Zij hebben een tweeslachtig karakter. Na ieder artikel dat een zekere vrijheid suggereert voor de aanbieders en de verzekeraars komen er evenzoveel die de mogelijkheid bieden aan de minister, of namens hem aan de zorgautoriteit, om in te grijpen.

Enerzijds wordt ervan uitgegaan dat er op prijs zal worden geconcurrereerd. Dat veronderstelt dat partijen ook niet al hun informatie hoeven te leveren, want dat zou betekenen dat de concurrent met die informatie eenzelfde prijs kan maken. Wat is de prikkel om te innoveren als je daar slechts gedurende zeer korte periode voordeel van hebt? Anderzijds wordt ervan uitgegaan dat middels de verkregen informatie prijzen zullen worden vastgesteld. Dan heb je een voordeel als je onder de vastgestelde prijs produceert. Voor een van de twee modellen zou nu toch moeten worden gekozen. Het naast elkaar bestaan van beide uitgangspunten in één wet is niet bepaald helder en zou wel eens tot een minder doelmatige zorg kunnen leiden. Voor welk model wordt echt gekozen?

Onze voorkeur gaat uit naar het tweede model, waarbij uitgegaan wordt van een structuur met vast te stellen maximumprijzen. De wettekst van de WTG Expres levert daar geen beletsel bij op omdat nergens in de wetteksten over marktwerking wordt gesproken. Later als er meer ervaring is opgedaan met de nieuwe systematiek en er een reëel zicht is op de capaciteit onder die omstandigheden, kan altijd worden heroverwogen of verdere stappen nodig dan wel mogelijk of wenselijk zijn. Graag een reactie.

## Hamel

Mijn fractie zou dan ook liever spreken van competitie, waarbij prikkels zijn ingebouwd om wenselijk gedrag te belonen. Ondernemerschap hoeft niet altijd op winst te zijn gebaseerd. Het zou er in de samenleving niet goed voorstaan als dat wel zo was. Bovendien zou daardoor ook de factor kwaliteit beter tot zijn recht kunnen komen omdat bij gelijke prijs ook een gelijke kwaliteit kan worden geëist.

In het wetsvoorstel wordt de omgekeerde contracteerplicht losgelaten, waardoor de overheid de mogelijkheid tot sturing toch voor een deel uit handen geeft. Hoofdvraag hierbij is of er voldoende waarborgen zijn om een adequaat systeem van zorgvoorzieningen in stand te houden. Allereerst valt te denken aan een goede spreiding van voorzieningen voor de acute zorg. Acute zorg veronderstelt een 24-uurszorg waarvoor ook voldoende personeel aanwezig moet zijn. Juist door een mix van acute zorg en, laat ik het maar even noemen, electieve zorg, is de acute functie betaalbaar. En niet alleen betaalbaar: daardoor zijn er ook mensen te vinden die het werk willen doen omdat het aantal nacht en avonddiensten beperkt is. Door een acute functie is het werk al minder efficiënt te plannen dan wanneer sprake is van alleen acute zorg. Dit zal dus leiden tot een minder efficiënte productie dan wanneer sprake is van uitsluitend electieve zorg. Hoe denkt de minister dit nu te regelen? Het argument dat de verzekeraar daarop wel zal toezien is minder bevredigend. Allereerst zijn er meerdere verzekeraars en die zullen alle bij sommige aanbieders een groter of kleiner belang hebben en zich daardoor meer of minder verantwoordelijk voelen. Zij onderhandelen weliswaar nu nog niet zelfstandig over een groot pakket met de aanbieder, maar dadelijk wel. Zij zullen er ook voor kunnen kiezen om bij het afsluiten van de contracten voor de electieve zorg geen rekening te houden met de acute zorg, omdat dit toch de verantwoordelijkheid is van de overheid. Ook kan de keus zijn om de acute zorg maar te regelen door middel van restitutie om het grote voordeel van goedkopere contracten voor de electieve zorg niet te laten lopen. Ook zou het ertoe kunnen leiden, dat er sterk lokaal georiënteerde verzekeraars komen, wat dan

weer niet strookt met de doelstellingen van deze (ontwerp)wet.

Door de minister wordt ervan uitgegaan dat de concurrentie tussen de instellingen een mitigerend effect zal hebben op de prijzen. In principe wordt er daarbij van uitgegaan dat er een overcapaciteit is. Waaruit bestaat die overcapaciteit? Het gaat daarbij toch niet alleen om de specialisten? En waar die beroepsgroep in de toekomst in overwegende mate uit vrouwen zal bestaan, zou de animo van specialisten om langer te werken wel eens veel kleiner kunnen zijn dan wordt verwacht. Wat wel zou kunnen, is dat de zorg binnen instellingen anders wordt georganiseerd, maar experimenten op dit gebied leren, dat er dan nog een lange weg te gaan is.

Bij het huidige systeem van de omgekeerde contracteerplicht zijn de instellingen verzekerd van vergoeding van hun kapitaallasten. De vraag is nu op welke wijze het probleem wordt opgelost om afschrijving en aflossing mogelijk te maken. Ik weet dat de minister nog met een notitie hierover komt, maar de bestaande instellingen komen in een moeilijke uitgangssituatie als zij de opgebouwde schuld, die niet op een reële wijze is af te schrijven, met zich moeten meenemen. Immers, door de afschrijvingstermijn voor gebouwen van 50 jaar, die feitelijk nooit wordt gehaald, is er sprake van een accumulatie van kapitaalschulden die niet gedekt zijn door de werkelijke waarde. Een snelle aflossing lijkt niet aantrekkelijk voor de staatsschuld, maar lijkt des te meer te aantrekkelijker voor gelijke kansen. In welke richting gaan de gedachten van de minister om tot een oplossing van dit probleem op te komen?

Door het afschaffen van de omgekeerde contracteerplicht lopen de instellingen grotere risico's. Wat is nu de weg als een instelling haar verplichtingen niet langer kan nakomen? Tot nu toe kwamen de verzekeraars te hulp of het saneringsfonds, hetgeen ertoe heeft geleid dat geen enkele echte instelling failliet is gegaan. Maar nu de verantwoordelijkheid voor de continuïteit wordt losgelaten, is het de vraag of een dergelijk ingrijpen nog goed denkbaar is, terwijl niet ingrijpen kan leiden tot een aanzienlijke kapitaalvernietiging dan wel capaciteitsprobleem voor de regio. Hetzelfde is het geval als een

bestaande instelling met financiële problemen wordt opgekocht door een nieuwe aanbieder. Een horeca-achtige overname van oude instellingen door nieuwe instellingen is dan toch niet geheel denkbeeldig. In Duitsland zijn er al voorbeelden van te zien.

In de WTG Expres wordt aangegeven, dat het CTG kan afwijken van de beleidsregels als er financiële problemen zijn. Op welke wijze wordt deze hogere DBC-prijs dan gecompenseerd? Verzekeraars zullen niet in de rij staan om die hogere prijs te betalen.

Als een reden voor dit wetsvoorstel wordt genoemd dat het huidige stelsel op gespannen voet staat met het mededingingsrecht. De vraag is welke spanning er is, omdat in dezelfde toelichting wordt aangegeven dat een lidstaat het vrij verrichten van diensten kan beperken. Het beleid van de NMA is kort en krachtig samengevat, dat als er sprake is van overheidsregulering er geen noodzaak is voor ingrijpen. Of is er geen sprake van een misverstand en wordt hiermee vooruitgelopen op de pogingen van Nederland om in Brussel de gezondheidszorg op te nemen in de dienstenrichtlijn en wordt vooruitgelopen op de discussie in de Concurrentiekrachtraad?

Al eerder memoreerde ik dat mijn fractie zich goed kan vinden in de omzetting van een budget-financiering in een prestatiegerelateerde bekostiging. Wel hebben wij twijfels bij het soms hybride karakter van de regelgeving. Zo wordt in de memorie van toelichting aangegeven, dat het niet gaat om de digitale keuze tussen wel en geen concurrentie, maar dat er eerder sprake is van een continuüm. Hoe moeten wij ons zo'n continuüm voorstellen?

Bij het opstellen van de tarieven voor de DBC wordt een separaat deel vastgesteld voor de honorariumvergoeding voor de specialist. De vraag is of dit wel zal leiden tot het zo gewenste doelmatiger werken. Hoe zal het bijvoorbeeld worden verrekend als een deel van het specialistenwerk wordt verricht door een nurse practitioner? Wordt dan de vergoeding voor de specialist verlaagd? Krijgt het ziekenhuis een extra compensatie? Of moet het verschil worden betaald door het ziekenhuis?

## Hamel

Voorzitter. In de doelstellingen van het wetsontwerp is expliciet opgenomen het terugdringen van de administratieve lasten. Het laatste is nog niet aangegeven in de memorie van toelichting of er wordt al gesteld dat nu nog geen reële schatting is te geven van de manier waarop de nieuwe regelgeving in omvang zal uitpakken. Bij het doornemen van de wetteksten wordt de reden daarvan al snel duidelijk, omdat tussen de artikelen door en de daarbij behorende toelichting veel regelgeving wordt aangekondigd. Die is eigenlijk te veel om op te noemen. Allereerst denk ik aan de overgang van het huidige systeem naar het nieuwe, waarbij feitelijk al sprake is van een dubbele last doordat de twee systemen naast elkaar moeten worden verantwoord. Neem daarbij het probleem van co-morbiditeit van een behandeling van een patiënt uit het A-segment en een uit het B-segment. Het is ook de vraag of dat in de toekomst wel zal kunnen. Separaat daarvan is onduidelijk of de accountants de komende tijd wel een goedkeurende verklaring zullen afgeven, omdat de declaratie-systematiek niet sluitend is. Verder zullen de aanbieders op het moment dat er daadwerkelijk sprake zal zijn van onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders, per verzekeraar moeten onderhandelen en dus ook de daarvoor benodigde administratieve handelingen moeten verrichten, evenzo de verzekeraar.

Daarnaast is de kunstmatige markt, wil deze een beetje als markt functioneren, een bron van regelgeving. Nu al wordt op veel punten aangegeven dat imperfecties door middel van regelgeving moeten worden opgelost. De praktijk zal er zonder twijfel nog vele ten tonele voeren. Ook ingrijpen in een bepaalde situatie zal in veel gevallen betekenen dat een veel breder spectrum zal moeten worden bestreken dan alleen het punt waar het om gaat. Daar komen de nalevingskosten bij, die voor andere geprivatiseerde sectoren met een veel minder gedifferentieerde productstructuur al aanzienlijk zijn. Wij maken ons ernstig zorgen en vrezen dat de kosten van de nieuwe regelgeving hoog zullen zijn. Wij vragen ons af op welke wijze de minister daar paal en perk aan wil stellen. Dit soort administraties kennen immers hun eigen dynamiek en zij ontwikkelen zich over het

algemeen in de loop der tijd tot een fijnmazig netwerk ± zie ook de huidige vastgelopen budgetterings-systematiek ± waardoor de kosten alleen nog maar verder zullen toenemen.

Daar komt nog een probleem bij. Hoe gedetailleerder de regelgeving hoe minder transparant deze zal zijn. Dan heb ik daarmee natuurlijk niet de mensen op het oog die zich hier de hele dag mee bezighouden, maar alle anderen voor wie dit allemaal niet zo transparant zal zijn. Wil sprake kunnen zijn van een kostenbewuste en doelmatig functionerende gezondheidszorg dan moet juist voor alle medewerkers duidelijk zijn hoe het systeem werkt en verder moet begrijpelijk zijn wat wordt beloofd en wat niet, zeker in een sector waar niet in de top maar op de werkvloer wordt uitgemaakt wat er wordt geleverd en hoe dat tot stand komt.

Aan de hand van de wet is moeilijk te bepalen wat de gevolgen zullen zijn en daarmee de kosten die hierdoor zullen worden gegenereerd. Als de voorgestelde weg is ingeslagen, zal het moeilijk zijn terug te keren. Zeker als daarbij wordt bedacht dat commerciële dienstverlening is toegestaan. Dit is een vorm van dienstverlening waarmee het veel minder gemakkelijk zal zijn dan bij de huidige publiekrechtelijke organisatie om andere wegen in te slaan zonder allerhande claims. Zijn deze risico's niet te vermijden door de introductie van marktwerking te beperken tot de verzekeraars? Hierdoor zou ook veel van de ingewikkelde regelgeving achterwege kunnen blijven en zou de systematiek ook beter aansluiten bij de door de minister voorgestane budgettaire beheersing. Bij afwijzing hiervan kan niet worden verwezen naar het huidige systeem, omdat er in het huidige systeem geen prikkel is om doelmatig te werken terwijl dat bij de met de WTG Expres voorgestelde werkwijze wel het geval is. Gaarne krijg ik hier een reactie op. De minister geeft eigenlijk zelf al het voorbeeld door voor de honorarium-component wel een maximum vast te stellen. Kennelijk is het vertrouwen van de minister in de overcapaciteit en in de mitigerende invloed van de markt ook niet zo groot.

Voorzitter. Het is de vraag of in de praktijk de zorgautoriteit wel de beperkte rol van uitvoerder zal kunnen vervullen die haar wordt

toegedacht. Gelet op het stramien van de wetteksten zal aan de daadwerkelijke invulling van de doelstellingen handen en voeten worden gegeven door de zorgautoriteit. Het is onze vraag of er niet veel beleid schuil zal gaan achter de uitvoerende rol die aan de zorgautoriteit wordt toegekend en of er toch weer sprake zal zijn van een sterke mate van centralisatie, zeker in een zo gedifferentieerde markt als de zorg. De autoriteit ziet zichzelf weliswaar als arbiter tussen de partijen, maar redelijk voorspelbaar is dat deze arbitersrol er eerder een wordt van spelbepaler, waarbij deze zijn instructies aan de veldpartijen oplegt.

Alleen al de opdracht om daar waar geen vrije prijsvorming mogelijk is met prijsregulering marktwerking na te bootsen, hoe paradoxaal dat ook moge klinken, leidt mogelijk tot centrale sturing. Het lijkt er haast op dat marktwerking de schaamlap is voor een centralistische aanpak. Hier maakt de autoriteit wel degelijk beleid en zij kan ook bestuurlijke dwang gebruiken om het eigen beleid te effectueren. Maar, en dat is nog minder voor de hand liggend, de autoriteit is ook nog toezichthouder. Ook voor de minister lijkt het niet goed mogelijk om op een dergelijk veelomvattend instituut toezicht uit te oefenen. Daarnaast is het de vraag wat de hoogste prioriteit heeft voor de zorgautoriteit. Is dat op de markt toezien of is dat toezien op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg? Wat is precies de verhouding tussen de zorgautoriteit en de NMa? Waar begint de rol van de één en waar begint die van de ander?

Ik kom op de privacy. Zoals het geval is bij meer sociale regelingen die privaat worden uitgevoerd, is een directe consequentie dat het verzamelen en uitwisselen van persoonsgegevens toeneemt. In het voorlopig verslag vroegen wij al of artikel 1, onderdeel S, artikel 30a, als grondslag voor het uitwisselen van persoonsgevoelige gegevens voldoet aan de criteria zoals die genoemd worden in de Wet bescherming persoonsgegevens, alsmede aan die van de Europese richtlijn 95/46/EG. Het antwoord daarop komt hierop neer: het is nodig en dus kan het. In het nader voorlopig verslag vroegen wij een nadere toelichting. Verder informeerden wij welk onderzoek

## Hamel

gedaan was om te kijken of sprake is van strijdigheid. Het antwoord was wederom dat er geen strijdigheid was met de Europese richtlijn en dat van een extern onderzoek geen sprake is geweest. Bij de vraag of de kritiek van het College Bescherming Persoonsgegevens op de zorgverzekeringwet niet ook van toepassing is op de WVG ExPres, wordt aangegeven dat de opvatting van het college van toepassing is op elke regeling die een min of meer open norm aanlegt om persoonsgegevens te kunnen gebruiken. Vervolgens wordt aangegeven dat de minister met het CBP van mening is dat het bij de beoordeling altijd gaat om het concrete doel waarvoor het gegeven wordt gevraagd en gebruikt, en de praktische dan wel wettelijke onmogelijkheid om voor dat doel van andere niet persoonsgebonden gegevens gebruik te maken, dan wel deze op een andere wijze te beschermen. De stelligheid waarmee dit wordt geponeerd staat in schril contrast met de brief die wij vorige week van het CBP mochten ontvangen, waarin wordt opgemerkt dat het college nog nooit kennis heeft mogen nemen van het wetsvoorstel en evenmin om advies is benaderd. In het ongevraagde advies wordt aangegeven dat de artikelen 30, 30a en 30b niet de vereiste wettelijke grondslag opleveren voor de beoogde structurele levering van persoonsgegevens. De artikelen zijn zo ruim geformuleerd dat zij niet voldoen aan de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit uit artikel 8 EVRM.

Ik zal niet ingaan op de mededeling dat hier sprake is van een repeterende handelwijze. Mijn fractie acht de bescherming van de persoonlijke levenssfeer nog steeds een belangrijk goed, zeker in het geval sprake is van het medisch beroepsgeheim. In de spreekkamer moet een ieder vrij kunnen spreken. Ook komen in die spreekkamer zaken aan de orde die bij een verdere spreiding aanleiding zouden kunnen geven tot discriminatie waarover in het kader van de EU-richtlijn meerdere uitspraken zijn gedaan. Wij zouden nu graag een helder antwoord van de minister willen hebben of de genoemde gegevensverstrekking in overeenstemming is met WBP en de Europese richtlijn, zodat wij dit kunnen betrekken bij het zicht op de uitvoering van deze wet.

Ik kom terug bij het begin van mijn bijdrage aan het debat. Het zal duidelijk zijn dat bij het beoordelen van beide wetsvoorstellen door mijn fractie de wijze van introduceren van marktwerking en daarmee samenhangend de mogelijkheden voor commerciële aanbieders een belangrijke rol spelen. Het gaat daarbij niet om principes, maar wel om onze zorg dat door de kunstmatige marktomstandigheden de zorg niet doelmatiger zal functioneren en er alleen maar duurder door zal worden. Zoals ik eerder heb aangegeven, is de beoogde doelmatigheid en effectiviteit te realiseren als niet te veel wordt geleund op het principe van de marktwerking, waardoor ook vereenvoudiging van de regelgeving goed mogelijk is. Wij achten het ongewenst dat door de keuze van een principe de kosten van de zorg toenemen en het handhaven van het uitgangspunt van een voor een ieder betaalbare zorg van goede kwaliteit daardoor onnodig onder druk komt te staan.

Belangrijk hierbij is natuurlijk de vraag wat onder marktwerking wordt verstaan. Als hieronder wordt verstaan het inbouwen van prikkels om te komen tot een goede en doelmatige zorg, is dit iets anders dan het introduceren van het meer juridische begrip markt waarbij dan ook aan de aan de markt verbonden regelgeving moet worden voldaan. Met "niet commercieel" bedoelen wij dat op beperkte schaal commerciële activiteiten mogelijk zijn, maar dat moet worden voorkomen dat de gehele structuur een commerciële opzet krijgt en dat een batig saldo binnen de instelling zal worden aangewend. Een andere vraag: zou het gelet op de vele onzekerheden, aannames en imperfecties van de markt niet verstandig zijn om de invoering van de wet verder te faseren? Dan moet niet alleen de omvang gefaseerd worden, zoals bij de 10% van het B-deel, maar ook de uitgangspunten, zoals commerciële zorg en mate van marktwerking, bijvoorbeeld door, zoals ik eerder al aangaf, de marktwerking te beperken tot de verzekeraars of te beginnen met maximumtarieven. Aan de hand van de ervaringen zou dan besloten kunnen worden, een volgende stap te zetten.

Voorzitter. Met belangstelling wacht mijn fractie de beantwoording door de minister af.

□

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Vandaag staan wij voor de behandeling van enkele wetten, die een wezenlijke en diepgrijpende structuurverandering van het zorgstelsel beogen. Deze verandering van een aanbodgericht naar een vraaggestuurd stelsel is ± vergeleken met hervormingen op andere terreinen ± ook de grootste. Immers, alle burgers zijn als zorgconsumenten hierbij betrokken. Een beschouwing over de achtergrond, alsmede over nut en noodzaak van deze ingrijpende operatie mag dan ook niet ontbreken. Hierbij wordt tevens ingegaan op enkele problemen rond de hoofdthema's in deze wetten.

De huidige organisatie van de gezondheidszorg laat al jaren een fiks aantal mankementen zien als gevolg van de centrale aanbodssturing, met onder meer het fenomeen wachtlijsten ± ondanks een soms beperkte benutting van de capaciteit ± maar ook met de risicoselectie in de particuliere markt met alle gevolgen van dien, met een grote mate van ondoelmatigheid en in ieder geval ook met een te beperkte of geen invloed van de consumenten/patiënten. Binnen het huidige stelsel de noodzakelijke veranderingen aanbrengen, bleek in feite niet goed mogelijk. Zo bracht bijvoorbeeld het vanaf het jaar 2000 geldende "boter-bij-de-vis"-principe wel ± door extra productie ± een vermindering van de wachtlijsten met zich, maar zeker geen grotere doelmatigheid en inspraak van de patiënten. Bovendien veroorzaakte deze overgang van een gesloten naar een openeindfinanciering een explosieve groei van de zorguitgaven.

De ontwikkelingen binnen de medische technologie, de nieuwe behandelmethoden in combinatie met de toenemende vergrijzing, het in feite ontbreken van keuzemogelijkheden voor verzekerden en patiënten, dit alles tezamen noodzaakt ertoe dat het huidige stelsel op de schop moet. Er bestaat in dit opzicht overeenstemming over de hoofdrichting, namelijk een overgang van een aanbodgericht naar een vraaggestuurd stelsel, waarbinnen de verzekerden/patiënten metterdaad keuzemogelijkheden krijgen. Maar er zijn nog steeds twijfels over de hiervoor gekozen

## Van Leeuwen

uitwerking met instrumenten zoals onder meer marktwerking en derhalve concurrentie.

Het is zaak, hierover vandaag met elkaar klaarheid te scheppen. In dat kader mag er naar onze mening niet langer worden gesproken over proceswetten, een nieuw, ongekend, door de minister geïntroduceerd fenomeen. Natuurlijk, er zal noodgedwongen wel sprake moeten zijn van een langdurig proces, waarbij op geleidelijke wijze van een aanbodgericht systeem naar een vraaggericht systeem in de gezondheidszorg zal moeten worden overgegaan, maar dan toch in de geest van een kaderwet met in de wet zoveel mogelijk vastgelegde uitgangspunten en criteria.

Gereguleerde marktwerking is nu het toverwoord dat de bezwaren tegen ongebreidelde marktwerking met uitsluiting van verzekerden en dergelijke moet ondervangen. Gereguleerde marktwerking, waartoe de wetsvoorstellen HOZ en WTG-ExPres een bijdrage moeten leveren. Immers, door afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht kunnen zorgverzekeraars de ruimte krijgen om een centrale rol te spelen en kunnen zij ook gaan concurreren om de gunst van de verzekerden. Zij kunnen scherp inkopen op de markt van zorgaanbieders door op het scherp van de snede te onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume. Hierdoor zullen ± naar verwachting ± ziekenhuizen maar ook andere zorgaanbieders de nodige prikkels krijgen om doelmatig met capaciteit en middelen om te gaan.

Er is natuurlijk getracht deze uitgangspunten een dusdanige vorm en inhoud te geven dat een mislukking niet bij voorbaat in het verschiet ligt, maar de twijfel hierover is bepaald nog niet weggenomen. Er is dan ook terecht door diverse fracties geweest op de steeds kritischer geluiden over marktwerking in de zorg, waarbij juist het waarborgen van het publieke belang marktwerking in zekere zin weer onmogelijk, in ieder geval zeer moeilijk kan maken. Het is dan ook noodzakelijk de gemaakte keuzes helder te motiveren en niet te verbloemen dat regulering van de gezondheidsmarkt een technisch uitermate ingewikkelde zaak is. Bovendien worden op de weg van deze nieuwe regels ook weer nieuwe problemen opgeroepen.

Afwijzen van het nu voorliggende concept is echter eveneens geen optie en zou in ieder geval verplicht tot het aandragen van een concreet alternatief, omdat het huidige zorgstelsel op grond van deesignaleerde ontwikkelingen niet langer meer kan functioneren, vooral ook omdat de zorgvraag hierin niet centraal staat. Daarom wil de CDA-fractie nu alle aandacht geven aan het inbouwen van voldoende checks and balances om de voorliggende wetsvoorstellen een zo optimaal mogelijke kans te geven. Wij gaan ervan uit dat de minister aan bij ons levende bezwaren ook tegemoet zal willen komen.

Het is in ieder geval noodzakelijk nog eens duidelijk aan te geven waarom juist aan de concurrerende zorgverzekeraars een centrale rol in het nieuwe zorgstelsel wordt toebedacht. Weliswaar staat dit ook in ons verkiezingsprogramma, maar het denken heeft sindsdien niet stilgestaan, er is sprake van voortschrijdend inzicht. Wij zijn daarbij ook getroffen door het artikel "Prikkel tot betere zorg" van de heren Berg en Schellekens in Medisch Contact van 8 oktober 2004 dat op zijn minst om een fundamentele reactie vraagt. Beide heren stellen dat het nieuwe zorgstelsel unieke kansen biedt om de zorg te verbeteren en de kosten in de hand te houden, maar dat de regierol van de verzekeraars hierbij contraproductief is. Gegeven de positie van de zorgaanbieders, de keuzen die de consument zal maken en de mogelijkheden die de zorgverzekeraars daartegenover kunnen stellen, zullen de kosten uit de hand lopen ten koste van de kwaliteit.

De RVZ heeft ook bedenkingen over de houdbaarheid op termijn van de beoogde positie van de zorgverzekeraars, maar wil deze wel een faire kans geven. De RVZ gelooft in de meer strikte rollenscheiding die Berg en Schellekens bepleiten. Waar staat de minister in deze toch zeker niet onbelangrijke keuze? Dit betekent niet het afwijzen van marktwerking maar het op een andere wijze invullen met anders spelers als trekker.

Tegen deze achtergrond was ook het antwoord op de vraag naar de samenhang tussen de diverse wetsvoorstellen van wezenlijk belang. Ook onze fractie was hierdoor aanvankelijk voorstander van uitsluitend de behandeling van

de WTG-ExPres in de veronderstelling, dat deze wet ook zou kunnen werken zonder de andere, de HOZ, mede om de hiervoor aangesneden discussie alsnog te kunnen voeren. Hierbij had dan ook het artikel van Michael Porter in Harvest Business Review kunnen worden betrokken, waarin een analyse wordt gegeven van de concurrentie in de Verenigde Staten met als uitkomst hogere kosten en lagere kwaliteit.

Er zijn in Nederland diverse deskundigen, die eveneens op de slechte uitkomsten van de marktwerking in het buitenland hebben gewezen. De minister maakt zich van de hierover gestelde vragen wel erg gemakkelijk af met de uitspraak "Door institutionele en culturele verschillen zijn modellen van andere landen zelden één op één toepasbaar." Het lijkt verstandig dat de minister hier nog eens aandacht aan besteedt.

Mevrouw de voorzitter. Ook de CDA-fractie staat op het standpunt, dat het niet langer verantwoord is, dat in vier jaar de kosten voor de zorg met miljarden euro's zijn gestegen, terwijl de productie en de kwaliteit van de zorg niet navenant zijn toegenomen. Het bekende PvdA-lid Hugo Keuzenkamp stelde dat onlangs in een reactie op zijn medepartijgenoot Van der Ploeg terecht aan de kaak. Dat gezegd zijnde, zijn wij het echter niet met prof. Keuzenkamp eens ± of spreekt hier de directeur zorg van Delta Lloyd en Ohra? ± dat verzekeraars gedwongen waren ook bij grote kwalitatieve verschillen de prijzen te betalen en dat als gevolg van de wettelijke contracteerplicht. Ik heb mij er al jaren over verwonderd dat van de zijde van de zorgverzekeraars zo weinig is gedaan met de zogeheten "kwaliteits"-jaarverslagen. Hadden bijvoorbeeld de doorbraakprojecten van het CBO de zorgverzekeraars, de goeden niet te na gesproken, niet op het spoor moeten zetten dat er met dezelfde middelen ook onder de contracteerplicht meer aan kwaliteit had kunnen worden gedaan?

In dit kader moet dan ook onze vraag bij de schriftelijke inbreng worden gezien, welke maatregelen verder nodig zijn, opdat zorgverzekeraars de kwaliteit van zorgaanbieders adequaat kunnen beoordelen. Deze vraag is ons inziens teleurstellend beantwoord. Natuurlijk is een grotere transparan-

## Van Leeuwen

tie van het functioneren van zorgaanbieders noodzakelijk en zijn prestatie-indicatoren van wezenlijk belang, evenals vergelijkende informatie. Er is echter méér nodig. Het onlangs verschenen rapport van het College toezicht zorgverzekeringen bevestigt dit. Afspraken over de kwaliteit van de zorg werden bij inkoop van zorg in 2003 door de meeste zorgverzekeraars nauwelijks gemaakt! De zorgverzekeraars zelf erkennen dat "zorg inkopen een vak is, dat moet je leren"!

Om juist bij gereguleerde marktwerking ook de kwaliteit van zorg op niveau te kunnen houden, zal de balans hier moeten worden gebracht door de overheid, die verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van zorg. Een aanpassing van de Kwaliteitswet, die nu slechts leidt tot maatregelen achteraf, moet garanties gaan bieden voor kwaliteitstoetsing en -borging vooraf. Certificering is hiertoe een goed instrument en zal over de gehele linie moeten plaatsvinden. Keurmerken zijn ook een stap in de goede richting. Maar waarom worden dan kwaliteitssystemen niet ondersteund door bij te dragen in het noodzakelijke onderhoud? En waarom certificatie niet verplicht gesteld?

Uiteraard moet de Inspectie voor de gezondheidszorg toezicht op de kwaliteit van zorg blijven houden. Over de haar toegedachte aanjagende of corrigerende rol houden wij onze zorgen. Te laat, te onnauwkeurig soms. Onze vraag is dan ook of wij met de huidige IZG de risico's wel voldoende kunnen beheersen. Ook de patiënten ± ervaringsdeskundigen ± dienen hierbij nadrukkelijk te worden betrokken.

In andere zin dient de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverzekeraars eveneens te worden versterkt om te kunnen spreken van een enigszins betekenisvolle invloed. De patiënt moet regisseur worden van het proces, aan het stuur zitten en voldoende keuzevrijheid en keuzemogelijkheden hebben. Die moeten wij creëren, aldus de minister, anders wordt het niks. En met waardering voor een aantal maatregelen zoals de komst van vergelijkende informatie, enzovoorts, is de CDA-fractie toch van mening dat hiervan in onvoldoende mate in velerlei opzichten sprake is.

Al te gemakkelijk zijn onze vragen niet beantwoord, bijvoorbeeld of de overheid ook medeverantwoordelijk blijft voor het noodzakelijke onderhoud van de report card, of gedane suggesties weggewuifd. Wel gewogen, maar te licht bevonden! Dat doet pijn. Een vraaggestuurd stelsel moet metterdaad de patiënt centraal stellen en dat is bepaald nog niet het geval. Op z'n minst dient de minister in positieve zin onze suggestie te heroverwegen om aan de gekozen ledenraden de door de verzekeraars met betrekking tot de zorginkoop te maken keuzes ter toetsing voor te leggen.

Het kan toch niet waar zijn dat de minister zich hier verschuilt achter het feit dat de zorgverzekeraars een private organisatie zijn en dat hij daarom niet wil opleggen op welke wijze zij het best de wensen van hun (toekomstige) klanten kunnen inventariseren. Het gaat echter om veel meer dan een inventarisatie, namelijk om het kunnen wegvallen van de mogelijkheid om van een bepaalde zorgaanbieder gebruik te kunnen blijven maken. De consequentie kan zijn het moeten overstappen van een zorgaanbieder, met wie een vertrouwensrelatie is opgebouwd, naar een totaal onbekende hulpverlener of van deze in het kader van de mogelijkheid van restitutie gebruik te blijven maken tegen een nog onbekende prijs.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Hoe moet ik uw woorden dat de minister dat moet heroverwegen, begrijpen? Als hij dat niet doet, heroverweegt u dat uw steun?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dit is een onderdeel van een breed palet van voorstellen. Ik ben gewend om precies te zeggen hoe ik erover denk en wat ik met het antwoord van de minister zal doen. Hem kennende, luistert hij naar argumenten. In zijn schriftelijke beantwoording heeft hij een opening gelaten en die trek ik nu naar mij toe. Ik wacht dus vol vertrouwen zijn antwoord af.

Behalve hierop, zo hebben wij betoogd, kunnen de ledenraden toezien op aspecten zoals het regionale zorgaanbod ofwel de bereikbaarheid ± dat blijft een wezenlijk knelpunt ± het aanwezig zijn van voldoende kwalitatief aanbod, de continuïteit van de zorgbehandeling en het al dan niet toenemen van de bureaucratie. Dat

enkele jaren geleden uit het onderzoek van het NIVEL in opdracht van het CVZ is gebleken dat de ledenraden slechts beperkte invloed hebben op het beleid van de huidige ziekenfondsen, is ook geen overtuigend argument. Gelukkig gaat dit niet voor alle zorgverzekeraars op. Overigens zou dan juist overwogen moeten worden of het publieke belang niet vordert dat deze invloed dan maar wettelijk moet worden versterkt.

Om zijn afwijzing te verdedigen verwijst de minister ook nog naar de acceptatieplicht die met de Zorgverzekeringswet een feit zal worden, waarmee de CDA-fractie uiteraard zeer is ingenomen. Dat neemt niet weg dat de minister de gevolgen hiervan in andere opzichten op meer plaatsen in de gewisselde stukken overtrekt. Gesproken wordt dan steeds over het kunnen stemmen met de voeten, over de keuzemogelijkheid om in ieder geval bij een vergelijking van de prijs te kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Dat is ook belangrijk, maar naar ons gevoel geldt dit echter in veel sterkere mate voor gezonde verzekerden die nog patiënt kunnen worden, maar veel minder om de reeds aangegeven redenen voor patiënten.

Nog zeer onlangs is in de Tweede Kamer gesproken over de rol van patiënten en consumenten. Helaas beschikken wij nog niet over een verslag, maar het samenvattend artikel in de Staatscourant "Waar blijft de patiënt in de transparante markt?", sprak boekdelen en vonden wij uitermate verontrustend. Aan de minister dan ook allereerst de vraag of de teneur van dit artikel, namelijk of de patiënt wel een partij is tussen de machtsblokken van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars, juist is. Zo ja, welke extra maatregelen denkt de minister dan alsnog te nemen om de rol van de patiënten als eerste partij zo te versterken dat deze de hem/haar toegedachte rol in de toekomst wel voluit kan spelen? In ieder geval zal de burger beter moeten worden toegerust om van een zorgafhankelijke patiënt te veranderen in een kritische zorgconsument.

Tijdens het genoemde overleg was er ook wrevel over de kortingen op de subsidies in dit kader. Hoe moeten wij het aan de CDA-fractie gegeven antwoord dan verstaan dat het nieuwe subsidiebeleid, meer dan



## Van Leeuwen

in de huidige situatie, gericht zal zijn op voor zorggebruikers noodzakelijke functies en prestaties? Deze toerusting zal toch meer in plaats van minder subsidie vergen. Overigens hebben wij geen bezwaar tegen projectgebonden subsidies. Kan de minister toezeggen dat niet zal worden beknibbeld op de middelen die noodzakelijk zijn voor de toerusting van de zorggebruikers?

De nota Met zorg kiezen ging over een betere toerusting van de patiënt op vijf niveaus. In het antwoord op onze vragen hebben wij er drie node gemist: de rechtspositie, de toerusting met betrekking tot de inkoopmacht en de onderhandelingsmacht. Deze zijn van uitzonderlijk groot belang. Welke voorzettingen zijn in dit opzicht gemaakt?

Enkele maanden geleden is Jan Koen Sluys aan de VU gepromoveerd op het onderwerp "gereguleerde marktwerking van sociale zekerheidsbelangen". Eén uitspraak van hem is mij in het bijzonder bijgebleven: "Met het afschaffen van de contracteerplicht geef je als overheid ook een beschermingsmechanisme uit handen. Als je dat principe verlaat, bevind je je op een glijbaan die kan eindigen in de vrije markt." Deze onzekerheid over de uiteindelijke uitkomst houdt voor- en tegenstanders van marktwerking in haar greep, maar ook verdeeld over de oplossing van een aantal dilemma's. Hierbij moet allereerst nog steeds de problematiek van de schaarste aan menskracht worden genoemd, waardoor de concurrentie niet mogelijk zou zijn. Een prijs- explosie kan hiervan eveneens het gevolg zijn. Deze laatste problematiek mag naar onze mening niet worden overtrokken. Van de zorgverzekeraars mag worden verwacht dat zij sterk inzetten op een noodzakelijke, grotere doelmatigheid bij de zorgaanbieders, waarmee zeker in de komende jaren veel valt te besparen of te verdienen.

Niettemin zullen ook hier checks and balances moeten worden ingebouwd. De vraag of er in de toekomst over de hele linie voldoende aanbod zal zijn, is nog steeds onvoldoende beantwoord. Dat speelt tegenstanders van de marktwerking zeker in de kaart. Gelukkig laat het integrerend OSA-rapport 2004 zien dat er van spanning op de arbeidsmarkt nauwelijks meer sprake is. Dat is wel eens anders geweest, maar in deze

economische barre tijden ook wel te begrijpen.

In zijn brief van 20 oktober jongstleden stelt de minister echter terecht dat er op de middellange termijn zwaar weer op komst is, nog los van de in diverse beroepen bestaande tekorten. Stimulering van verhoging van de arbeidsproductiviteit, door de minister bepleit, zal in ieder geval wel een bijdrage kunnen leveren, zij het naar ons idee een beperkte, maar houdt bovendien een risico in van opnieuw een niet beoogd minder positief imago. Daarom toch de vraag of de "sense of urgency" niet alleen bij alle betrokkenen, maar vooral ook bij de bewindslieden niet tot uitdrukking moet komen in een veel geavanceerder beleid, maar bovendien in onorthodoxe maatregelen, bijvoorbeeld een sociale dienstplicht. Ook kan met alle reeds voorgestelde maatregelen meer spoed worden betracht. Ik denk bijvoorbeeld aan het Opleidingsfonds en de hierover door onze fractie gemaakte opmerkingen. Ook over de tekorten aan huisartsen blijven wij nog steeds zorgen houden, ondanks de prima maatregelen die de minister intussen heeft getroffen. Wat kan er nog meer worden gedaan? Het is immers het probleem van de komende decennia om in ieder geval om die reden de operatie gereguleerde marktwerking niet te doen mislukken.

Een ander nog steeds genoemd argument waardoor de marktwerking onder druk kan komen te staan, is de al te sterke dominantie van enkele zorgverzekeraars, waaronder de regionale monopolisten. Dat geldt niet alleen voor de zorgverzekeraars, maar evenzeer voor de monopolies die het resultaat zijn van de fusies en samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders. Concentratie en samenwerking verdragen zich weliswaar niet zo gemakkelijk met concurrentie, maar eerlijkheidshalve staat daar tegenover dat samenwerking, ketenzorg en sommige concentraties in het welbegrepen belang van de patiënt kunnen zijn. Vindt de minister dat hij met zijn diverse voorstellen hier het juiste evenwicht heeft gevonden?

Een ander dilemma beftref het zogeheten "free rider"- of liftersprobleem. Niet ontkend kan worden dat in negentien van de dertig gezondheidsregio's de regionale ziekenfondsen nog een marktaandeel hebben dat groter is dan 60%. In

achttien regio's is dat zelfs meer dan 75% en in vier regio's minder dan 50%. Wanneer metterdaad veel verzekerden gaan stemmen met de voeten, wat de minister verwacht, en de verzekeringsmarkt in ongekende omvang in beweging komt, kan het wel eens niet aantrekkelijk zijn om te investeren in de zo noodzakelijke regionale zorginfrastructuur of in lokale verbeterprojecten. Dat is tot schade van de noodzakelijk vernieuwingsprojecten. Het zal tijdens dit debat duidelijk moeten worden in welke richting wordt gekoerst. Exclusiviteit, dat wil zeggen uitsluiting van niet bij deze zorgverzekeraar verzekerden van de bereikte voordelen als gevolg van de investeringen, een opslag ofwel een verrekening in de prijs of toepassing van enigerlei vorm van verevening of subsidie door de overheid. Heeft de minister ter zake al een standpunt ingenomen?

Een tweetal andere velden, geplaveid met voetangels en klemmen, wil de fractie eveneens kort benoemen. Allereerst de gewenste verhouding tussen marktwerking en regulering. Kan er werkelijk een bepaalde mate van marktwerking ontstaan bij een zo grote bemoeienis van de overheid? Convenanten in de zorg raken steeds meer in. Verdragen deze zich wel met gereguleerde marktwerking? Is met een zo grote nadruk op regulering de marktwerking niet bij voorbaat tot mislukken gedoemd? Wij lopen zelf niet voor deze vraag weg. Wij hebben eerder aangegeven gereguleerde marktwerking een reële kans te willen geven. Dan moet van meet af aan voor het veld duidelijk zijn onder welke condities deze marktwerking wordt ingevoerd en waar de grenzen liggen teneinde het glijbaanefect te voorkomen. Dat vraagt om heldere wetgeving. Een toelichting op de zinsnede wanneer de minister gebruik zal maken van zijn discretionaire bevoegdheden, vraag en antwoord 87., is dan noodzakelijk. Juist omdat de combinatie van marktwerking en publieke randvoorwaarden voor borging van toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en keuzevrijheid uitermate kwetsbaar is, mag niets aan het toeval worden overgelaten en zeker niet aan de discretionaire bevoegdheden van de minister.

De CDA-fractie nodigt de minister dan ook uit, nog eens klip en klaar

## Van Leeuwen

aan te geven welke criteria zullen worden gehanteerd om van een aanbodgericht naar een vraaggestuurd systeem te komen vanuit de diverse deelmarkten. Op de problematiek rond de Zorgautoriteit en het toezicht zal de CDA-fractie bij het komende wetsvoorstel nader ingaan. Dan heeft dat het meeste zin. Er valt nog het nodige over te zeggen.

Een tweede mijnenveld blijft voorlopig het eventueel toelaten van het maken van winst en het doen van winstuitkeringen. Het is de minister na de algemene beschouwingen wel duidelijk geworden dat wij aan winstuitkeringen in bepaalde sectoren bepaald nog niet toe zijn. De CDA-fractie ziet zorginstellingen voor alles als "maatschappelijke ondernemingen", private niet op winstuitkering gerichte ondernemingen die specifiek zijn toegesneden voor het op private basis uitvoeren van geheel of gedeeltelijke publieke taken. Het is van wezenlijk belang, dat de minister onze ongerustheid terzake in duidelijke bewoordingen wegneemt. De CDA-fractie staat hierbij ook een gewaarborgde inbreng van leden, verzekerden en patiënten voor ogen.

Een heikel onderwerp is ook het verstrekken van zorg in natura of in de weg van een vergoeding ofwel restitutie. Het thans voorliggende ontwerp voor een algemene maatregel van bestuur voor restitutie kan bepaald nog niet onze instemming krijgen. In de memorie van toelichting werd nog gesproken over een "feitelijke" belemmering voor het verkeer van goederen en diensten. De zorgverzekeraars konden binnen deze begrenzing hun prijs bepalen.

De discussie in de Tweede Kamer heeft het amendement van de leden Schippers en Lambrechts (28994, nr. 18) opgeleverd dat de keuze wil laten tussen aanspraak op de verstrekking van de desbetreffende zorg (natura) of aanspraak op vergoeding van kosten (restitutie). Bij algemene maatregel van bestuur zouden regels worden gesteld over de wijze waarop de hoogte van de restitutie wordt vastgesteld. Daar was men toen bepaald niet uit, zo dit al zou kunnen!

Thans ligt de concept-AMvB voor met bewoordingen die geen duidelijke oplossing bevatten. Met termen als de verzekerde mag niet "wezenlijk" worden belemmerd in

zijn keuze. In de toelichting wordt dan aangegeven wat onder een wezenlijke belemmering dient te worden verstaan, namelijk hiervan zal slechts dan sprake kunnen zijn wanneer een verzekerde door de hoogte van de vergoeding gedwongen zou zijn om de zorg van een gecontracteerde aanbieder te betrekken, terwijl dat in "redelijkheid" niet van hem kan worden gevergd. Dit wordt toch voer voor juristen in combinatie met een enorme bureaucratie alsmede een toename van administratieve lasten, waarvan de omvang nog niet valt aan te geven.

Hiernaast wijst de Vereniging van Ziekenhuizen ook op de risico's voor de ziekenhuizen en bepleit in dit kader een derde betaleregeling naar analogie van de Belgische regeling.

Wij doen een ander voorstel. Terecht wordt in de toelichting wel gesteld, dat de zorgverzekeraars door een goed contracteerbeleid restitutie zoveel mogelijk kunnen voorkomen. Dit vergt een goed inleven in de vraag van de patiënt die veelal een vertrouwensrelatie met een behandelaar heeft, zeker bij ernstige ziekten. De minister gaat ervan uit dat de kosten toch (grotendeels) door het ziekenfonds zullen worden vergoed. Uitgaande van keuzevrijheid op het meest essentiële punt, dat is niet de keuze voor een zorgverzekeraar, maar de keuze voor de zorgaanbieder, zou voorlopig moeten kunnen worden volstaan met geen extra betaling of anders met een uniforme zeer beperkte, eigen bijdrage! Halen wij niet heel veel overhoop ten koste van essentiële randvoorwaarden voor het afschaffen van de contracteerplicht, namelijk méér ruimte voor marktwerking, maar evenzeer ook voor grotere keuzevrijheid van patiënten die zich zeker niet zullen richten op de laagste prijs, maar op de in hun ogen beste behandeling, alle vergelijkende informatie ten spijt. Bovendien zal het om een beperkt aantal gevallen gaan.

In de memorie van antwoord wordt op onze vraag als antwoord gegeven dat elke patiënt altijd bij alle aanbieders terecht kan, maar dat de verzekeraar niet in alle gevallen de rekening (geheel) zal betalen. In de meeste gevallen gebeurt dus wel en dit is ± bij afschaffing van de contracteerplicht ± ook noodzakelijk om de keuzevrijheid voor de patiënt te garanderen.

Vervolgens gaat de minister ervan uit, dat de zorgverzekeraars voor het segment B DBC's voorlopig de meeste bestaande aanbieders blijven contracteren. Voorzover dat niet het geval is, kan via de weg van restitutie zorg op maat aan de verzekerde worden geleverd. Het lijkt ons dan ook dat uit het voorstel van de CDA-fractie nauwelijks financieel bloed kan vloeien, maar dat het wel een grotere rechtszekerheid oplevert en de in uitzicht gestelde keuzevrijheid.

Uiteraard ligt er in de restitutie in verband met hulpmiddelen nog een bijzondere problematiek besloten. Niet alleen wat de gebruikers-termijnen en derhalve de frequentie van vervanging betreft, maar nog het meest in de gevolgen van de keuze van de verzekerde voor restitutie. Goede voorlichting hierover is echter één van de essentiële taken van de zorgverzekeraar. Blijft over dat ons van diverse kanten, onder meer van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden, brieven hebben bereikt over de noodzaak van keuzevrijheid ten aanzien van soort en model hoorhulpmiddelen. daaruit blijkt ook, hoezeer thans reeds deze keuzevrijheid wordt bedreigd doordat de zorgverzekeraars steeds vaker de nadruk leggen op kostenbesparing. De vraagsturing, dat wil zeggen de zorg op maat, wordt hieraan al te vaak volledig ondergeschikt gemaakt. Verzekerden kunnen dan slecht één type hoorhulpmiddel bij één verstreker verkrijgen. Ook van andere patiëntenverenigingen heb ik soortgelijke berichten vernomen.

Het gaat om preferred providerschap in volle omvang, ten koste van de hulpvrager. Deze keuzevrijheid moeten wij nu wel, uiteraard binnen grenzen, creëren, anders wordt het metterdaad niks, zoals de minister heeft verondersteld. Dit zou kunnen door toch meer het oordeel van de verwijzende specialist mede als richtinggevend te beschouwen.

Thans ga ik over tot de bespreking van enkele aspecten die meer de WTG-ExPres raken. Zoals bekend, achtte de Raad van State het gewenst de afschaffing van de contracteerplicht niet afzonderlijk, maar in samenhang met andere beleidsvoornemens, in feite tegelijkertijd met de stelselwijziging, te behandelen. Ook collega Hamel wees daar nog eens op. Aanvankelijk werd hiertoe ook besloten, maar de noodzaak om de DBC's, de Diagnose

## Van Leeuwen

Behandeling Combinaties, in ziekenhuizen en voor de specialisten te introduceren, heeft toch geleid tot afzonderlijke indiening van het wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ) en de WTG-ExPres. De DBC's, die met vrije prijsvorming een cruciale bijdrage aan de overgang van een systeem van budgetbekostiging naar een systeem van gereguleerde marktwerking dienen te leveren, maakten de HOZ noodzakelijk. Wij zijn daarvoor gezwich. Om bilaterale vrije prijsbehandelingen mogelijk te maken, is opheffing van de (omgekeerde) contracteerplicht een *conditio sine qua non*, zoals de minister het uitdrukt: ofwel een onvermijdelijke, noodzakelijke voorwaarde.

De CDA-fractie heeft vanaf het begin een aantal kritische vragen rond de invoering van DBC's gesteld, maar erkent met de minister dat het veld met betrekking tot de DBC's thans wel dringend behoefte heeft aan duidelijkheid. Het invoeren van DBC's is immers reeds een aantal malen uitgesteld. Langer uitstel zou ook naar onze overtuiging demotiverend werken. Overigens was dit uitstel tot dusverre zeker gerechtvaardigd voor wie de ontwikkelingen op de voet heeft gevolgd. Dit ook via de door de minister uitgebrachte voortgangsrapportages, die wij overigens zeer op prijs hebben gesteld, onder meer vanwege het realiteitsgehalte. Dat wil ik graag nadrukkelijk stellen. Zo heeft de minister in de laatste voortgangsrapportage opnieuw erkend dat de overgang naar de DBC's niet probleemloos zal verlopen. De invoering brengt risico's met zich. Het zijn juist deze nog bestaande risico's die bij onze fracties tot kritische vragen hebben geleid met een nog steeds niet in alle opzichten bevredigend antwoord. Ook de jongste voortgangsrapportage riep een aantal vragen op.

Blijven bijvoorbeeld de risico's, zoals min of meer wordt gesuggereerd, metterdaad beperkt tot het later factureren en het niet ondertekenen van de bestuursverklaring of zijn er nog andere risico's? Eén van de risico's is dus de groep achterblijvende zorgaanbieders. Deze is wel zeer beperkt door de minister ingeschat. Is dat wel juist, gelet op diverse andere publicaties en op de praktijkberichten die ons bereiken? Wat zijn de consequenties voor de

liquiditeitspositie van deze instellingen? Veelal zal er dan toch sprake zijn van eigen nalatigheid ± ik noem dat harde woord maar eens een keer ± of spelen ook andere factoren een rol? Zo niet, dan is het toch de vraag of deze nalatigheid moet worden "beloond" met de voorgestelde tussenoplossing als een oplossing op maat. Dan zouden anderen dat ook wel graag willen.

Met betrekking tot de gekozen oplossing voor de liquiditeitsproblematiek kan de CDA-fractie voorlopig instemmen met de voorgenomen bevoorschotting of anderszins renteheffing. Dat echter met renteheffing dan volledige financiering in het vooruitzicht wordt gesteld, lijkt ons evenwel niet te kunnen worden waargemaakt. Voorts heeft de CDA-fractie problemen met het nog niet duidelijk zijn van de exacte rechtmatigheidseisen bij invoering van de wet per 1 januari aanstaande. Dat zou toch uit een oogpunt van adequate wetgeving niet moeten kunnen. Dit had anders gemoeten! Een en ander maal is voorts gesteld dat voor een effectief toezicht een uniform kostprijsmodel noodzakelijk is. Het zal echter nog tot 1 januari 2006 duren aler dat uniforme kostprijsmodel er is. Waarom is invoering niet gelijktijdig met de inwerkingtreding van de beide wetten mogelijk? Bovendien zal het kostprijsmodel ook dan nog niet perfect zijn. Dit wordt aan een tweetal factoren toegeschreven, de opleidingen ± daar heb ik al over gesproken ± en de kapitaallasten. Hierover zijn naar onze bescheiden mening andere toezeggingen gedaan. Betekent dit dat deze niet kunnen worden gehonoreerd of dat de invoering van de voorstellen na de toegezegde notitie nog geruime tijd op zich zal moeten laten wachten? Ook vraagt de CDA-fractie zich af waarom de noodzakelijke wijziging van de Ziekenfondswet en de AWBZ eerst begin volgend jaar zal worden ingediend. Al deze voorbeelden tonen naar de mening van de CDA-fractie aan dat er toch helaas in een aantal opzichten nog sprake is van een overhaaste invoering, terwijl verschillende ook wezenlijke onderdelen nog moeten worden uitgewerkt.

Ik heb daarvan nog een ander voorbeeld. In de bijlage bij de jongste periodieke voortgangsrapportage is een passage over schadelastverschuiving zorg-

verzekeraars opgenomen, gebaseerd op een onderzoek van Prismant. Die passage heeft ons verbaasd. Navraag bij Prismant heeft opgeleverd dat deze passage wel zeer kort door de bocht is, vergeleken bij de volledige tekst. Er had op zijn minst onderscheid gemaakt moeten worden tussen de korte en lange termijn. Vooral de laatste zin in de passage in de bijlage wekt enige hilariteit, of ± de heer Hamel heeft er ook al op gedoeld ± gaat de minister er intussen vanuit dat de publiekrechtelijke regelingen blijven bestaan? In ieder geval is de conclusie onjuist. Het jaar 2005 zal er moeten worden afgerekend. Ook dat zullen wij maar toeschrijven aan de grote haast die het onmogelijk maakte om de gegevens te verifiëren.

De toezending van de brief "Liberalisering electieve zorg" op 10 oktober jl. was zeer welkom. Immers, de crux zit niet in de 10% DBC's die nu voor vrije prijsvorming worden vrijgegeven. Dat kun je nog beschouwen als een experiment. De crux zit in de wijze waarop tot de 100% zal worden gekomen en in de vraag of die 100% in redelijke tijd valt te halen. De crux zit vooral in de vraag of hier geen sprake is van een onomkeerbaar proces en wat het DBC-experiment heeft geleerd voor de toekomst. "Ruimte voor resultaat" geeft immers een aantal niet mis te verstane signalen af. Staan deze intussen allemaal op groen?

Medio 2005 zal nu over uitbreiding worden beslist, maar op grond van welke criteria? Dat betekent dat in het eerste halfjaar van 2005 klip en klaar moet worden langs welke criteria en in welke mate er zal worden uitgebreid, en of uitbreiding überhaupt mogelijk is. Welnu, dat lijkt ons onmogelijk, gelet op de novemberbrief, waarin de minister zelf stelt dat de noodzakelijke verandering in het gedrag van de spelers tijd zal kosten en dat daarom in het eerste jaar de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog niet veel van elkaar zullen verschillen. Dan is het zeker niet mogelijk om reeds lessen te hebben getrokken voor geleidelijke uitbreiding. De CDA-fractie blijft overigens het uitgangspunt vasthouden dat ± mogelijk na enige stijging als gevolg van een inhaal-slag ± de DBC's niet kostenverhogend mogen werken. Dit temeer daar de minister de dreiging van premieverhoging en pakket-

## Van Leeuwen

verkleining in dit kader onvoldoende heeft tegengesproken. Dan zal ook duidelijk moeten worden of de verdere invoering van DBC's niet toch onvermijdelijk zal zijn met het blijven hanteren van een uitgavenplafond. Voorts zijn de uitkomsten van de commissie Korthals Altes van grote importantie. Zal de minister bij de beslissing hierover ook het parlement en de Eerste Kamer betrekken?

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Zegt de woordvoerder van de CDA-fractie dat de invoering van de DBC's eigenlijk een experiment is en dat wij misschien maar moeten stoppen met het experiment, mochten de uitkomsten van dat experiment niet voldoen aan de criteria die de CDA-fractie eraan stelt? Begrijp ik haar woorden zo?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik denk dat u deze goed begrijpt. De minister zegt ook eigenlijk niet veel anders. Ik wil hier nog eens de bevestiging hebben van de wijze waarop wij van A naar B komen, of van B naar A in dit geval. Het is heel belangrijk dat wij en het hele veld weten welke criteria hier gaan gelden en langs welke weg wij gaan naar een verdere uitbreiding van het aantal DBC's. Daarbij zijn de uitkomsten van de eerste veertien DBC's van belang. Ik heb in mijn schriftelijke inbreng heel duidelijk gevraagd  $\pm$  de minister is daar wat omheen gegaan door mij naar Ruimte voor Resultaat te verwijzen  $\pm$  of een klein aantal DBC's tot een sterke kostenverhoging heeft geleid. Als wij met die duizenden DBC's onder het uitgavenplafond willen blijven, kan dat alleen maar komen uit de doelmatigheidswinst en die twee andere zaken. Ik denk dat dit een heel duidelijk antwoord is. Ik ga die discussie zeer open in. Ik waarschuw de minister. Ik trek op het ogenblik nog geen conclusies, want het kan nog alle kanten uit.

De heer **Schouw** (D66): Ik denk dat de CDA-fractie heel erg duidelijk heeft gemaakt dat het geen onomkeerbaar proces is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb in mijn eerdere stukken ook al twee keer gezegd dat het voor ons geen onomkeerbaar proces is. Als u dat nadrukkelijk nog een keer wilt horen, zeg ik dat nog een keer. Wij

hebben het echter al herhaalde malen in de schriftelijke vragen aan de orde gesteld en ik ben over het algemeen niet zo dat ik de ene dag dit zeg en de andere dag dat. Ik wil er wel met de minister op een heel serieuze wijze over discussiëren. Ik heb mij bekeerd tot de invoering van die gereguleerde marktwerking, maar onder heel duidelijke condities en gezegd hebbende dat het huidige stelsel niet meer kan. Als men het anders en beter weet, moet men wel een concreet alternatief hebben en niet met allerlei prietpraat komen zoals ik in een aantal artikelen heb gezien.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil een toelichting hebben op het woord "bekeerd". Het gebeurt namelijk nog wel eens dat bekeerlingen heftiger en fanatieker kan zijn dan degenen die gewoon de leer aanhangen. Wat bedoelt u met "bekeerd"?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw Slagter, gezien uw afkomst begrijp ik deze vraag. Het woord "bekeerd" is waarschijnlijk heel erg gereformeerd. Over het algemeen zijn bekeerlingen extra fel, maar bij mij is dat niet het geval. Ik heb mij laten overtuigen met argumenten dat het huidige stelsel heeft gefaald. Wij moeten met elkaar een nieuwe weg durven ingaan. Men zegt wel eens dat ouderen niet voor veranderingen zijn. Ik durf die verandering wel aan, maar onder heel duidelijke condities. Ik sta niet te juichen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Kunt u de prietpraat toelichten?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik zou u zo een aantal artikelen kunnen voorhouden. Ik bedoel misschien ook wel stukken waar een handtekening van CDA-leden onder staat, zoals het manifest. Men kan zich maar blijven afzetten. Wij weten echter met elkaar dat wij gezien de medisch-technologische ontwikkelingen, gezien de vergrijzing en gezien alles wat mogelijk is toch moeten ingrijpen in het stelsel. Ik vind dan dat men het ook moet durven om niet alleen maar "njet" te blijven roepen, maar om het op deze manier onder heel goede condities te wagen. Ik vind het een beetje vervelend om iedere keer repeterend te horen dat het niet kan. Dan moet ook een poging worden gedaan om

concreet te zeggen hoe wij dit zo ontzettend ingewikkelde terrein van de zorg wel op de goede rails zullen krijgen. Weet u waar ik wakker van lig? Ik vrees voor het scenario dat wij in de toekomst de zorg niet meer kunnen betalen en dat er onvoldoende handen aan het bed zijn. Laten wij nu concrete oplossingen zoeken voor al dat soort zaken. Dat heb ik alleen bedoeld.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik heb nog een vraag over de omkeerbaarheid. Hoe bedoelt u dat? Als een aantal stappen te ver wordt gezet als gevolg van deze wet, zal het buitengewoon moeilijk zijn om terug te keren zonder ontzettend veel claims te krijgen. Aan welke eisen moet die omkering kunnen voldoen? Ik vraag dat niet in detail, maar in het algemeen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het gaat nu juist om de stappen voor de toekomst. De 10% DBC's die er nu komen, gaan in de toekomst door ook als het systeem zou falen. Er worden dan geen volgende stappen gezet. Dat bedoelen wij. Ik hoop dat de minister ons dit goed duidelijk kan maken. Dan is er geen man overboord, al zul je wel navenant aanvullende maatregelen moeten nemen, maar dat betekent niets voor de claims. Ik ga ervan uit dat die 10% blijft.

De CDA-fractie leefde tot enkele dagen geleden in de veronderstelling dat er voor de privacybescherming in het kader van de invoering van het DBC-systeem in een overleg tussen de betrokken partijen een voorlopige oplossing was gevonden. Zo is het mij altijd in brieven voorgehouden. Maar op de valreep ontvingen wij een afschrift van een aan de minister gerichte brief van het College Bescherming Persoonsgegevens. Hiervan zijn wij bijzonder geschrokken; ik ga er tenminste van uit dat de inhoud daarvan correct is. De CDA-fractie wil voorlopig volstaan met zich aan te sluiten bij de vraag van de heer Hamel om een reactie van de minister op de inhoud van deze brief en met name op de stelling dat de artikelen 30, 30a en 30b van de WVG niet de vereiste wettelijke grondslag voor de beoogde structurele levering van persoonsgegevens aan het DIS zouden opleveren. Intussen hebben wij dan tot 30 november de

## Van Leeuwen

gelegenheid om ons door de diverse partijen nader te laten informeren.

Het wetsvoorstel WTG-ExPres bevat voorts zowel maatregelen ter beperking van de administratieve lasten als maatregelen met het oog op fraudebestrijding. Om te beginnen brengt de invoering van DBC's ook weer een verzwaring van de administratieve lasten met zich mee. Allereerst wordt aangegeven dat het nieuwe DBC-systeem wel meer transparantie in de zorg zal brengen, maar dat het zeker niet zal bijdragen tot een verlichting van de administratieve lasten. Integendeel, er is sprake van een immense bureaucratische rompslomp, die nu al enkele honderden miljoenen euro's heeft gekost, terwijl ook de kosten voor het onderhoud van dit systeem er straks niet om zullen liegen. De verwachting dat op de middellange termijn de administratieve lasten naar aanleiding van het invoeren van DBC's zullen verminderen, delen wij derhalve nog niet. Dit zal mogelijk wel gebeuren als gevolg van het overbodig worden van veel controles door de in de toekomst te stellen eisen aan de inrichting van de administratieve processen en de automatiseringsprocessen. Maar hier staat tegenover dat het vervallen van de uitkomsten van overleg en de modelovereenkomsten betekent dat iedere individuele zorgaanbieder met het ziekenfonds moet gaan onderhandelen. In ieder geval vindt de CDA-fractie het een teken aan de wand dat ruim een maand voor de invoering van de WTG-ExPres de definitieve rapportage administratieve lasten met de bijbehorende ACTAL-toets nog niet klaar is. Ook in ander opzicht zijn er meer administratieve lasten te verwachten, bijvoorbeeld als gevolg van differentiatie en maatwerk. Trouwens, er kan dan ook minder transparantie verwacht worden. Voorts gaat de noodzakelijke, toegezegde voorlichting door CTG/Zaio en aanbieders het nodige extra kosten, en dat lijken bepaald geen eenmalige kosten te worden. Hoe denkt de minister overigens dat er behalve met de website voldaan kan worden aan de wens van de burgers, die op basis van een onderzoek van de Erasmus-universiteit voor meer dan 50% schriftelijke informatie wensen? Wij nemen ten slotte aan dat een en ander nauwkeurig zal worden

gemonitord om eventueel extra maatregelen te kunnen nemen.

Het aantal nu geformuleerde DBC's in evenveel codes is nog steeds aanzienlijk minder dan het aantal mogelijke behandelingen. Ook dit betekent weer dat er mogelijkheden voor fraude zijn. Of kan de minister deze vrees ondubbelzinnig weerleggen? Enige tijd geleden constateerde prof. Van der Veen in zijn onderzoek naar fraude dat er wel enige honderden miljoenen met verspilling en fraude zijn gemoeid. Fraude door verzekeren, maar ook ten onrechte verstrekte betalingen aan zorgaanbieders als gevolg van het ontbreken van voldoende controle ± dit komt waarschijnlijk in orde ± maar ook door té ingewikkelde regelgeving. Hierbij ging het niet alleen om fraude als zelfverrijking of om een groter budget te krijgen, maar ook doodgewoon om fouten vanwege de complexiteit van de materie. Ondanks alle nu te nemen maatregelen vrezen wij dat de kans op fraude zeker niet minder groot zal zijn.

De CDA-fractie heeft zich beperkt tot de behandeling van een aantal fundamentele zaken, waarbij ook met het oog op nog komende wetten enige piketpaaltjes zijn geslagen. Er zal een aantal duidelijke toezeggingen nodig zijn om de nog bestaande twijfels weg te nemen. En ten slotte vragen wij ons in verband met de termijn van zes weken af of deze wetten nog wel op 1 januari aanstaande in werking kunnen treden.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Vandaag zijn wij bijeen om de wetsvoorstellen HOZ en WTG ExPres te bespreken. Deze wetsvoorstellen passen bij de overgang van een centraal aanbodgericht systeem naar een decentraal vraaggericht systeem en zij zijn een onderdeel van de gehele stelselwijziging. Verder vormen zij de opmaat naar het nieuwe zorgstelsel dat in 2006 van start moet gaan.

Met het aanvaarden van deze wetsvoorstellen wordt de eerste stap gezet naar gereguleerde marktwerking. Op het begrip marktwerking kom ik later terug, waarbij ik nog eens uiteen zal zetten waarom wij marktwerking als middel niet zo'n goed idee vinden om te komen tot goede, betaalbare zorg, zorg die voor

iedereen bereikbaar blijft. Wij vinden dat de huidige stapjes op een nog onzeker pad langzaam gezet moeten worden. Daarom zijn wij blij met de behoedzaamheid die deze minister betracht. De minister heeft blijkens de voor ons liggende wetsvoorstellen nog een sterke drive tot reguleren. Af en toe moeten wij hem zelfs op regelzucht betrappen. Daar hebben wij trouwens bezwaar tegen, omdat dat hand in hand lijkt te gaan met de toename van administratieve rompslomp. Ook daar kom ik nog op terug.

Wij respecteren de minister vanwege zijn daadkracht. In amper anderhalf jaar heeft hij een heel veld opgeschud en daar zijn zeker positieve ontwikkelingen bij te melden. Ik denk dan aan de grotere aandacht die het patiënten/cliëntenperspectief heeft gekregen, aan de bewegingen die op het vlak van verantwoording, transparantie, inzage in veiligheid van instellingen en de openbaarmaking van best practices zijn gemaakt door zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars. Verder denk ik aan de sense of urgency waar zo langzamerhand het hele veld van doordrongen is als het gaat om vraaggericht werken, waarbij tegelijk ook efficiency en doelmatigheid vooropstaan. Complimenten dus voor de minister en in zijn kielzog voor de ambtenaren, maar ook bezorgdheid omdat het einddoel en de weg ernaar toe nog onvoldoende gedefinieerd zijn. Daarom is de Socialistische Partij blij dat deze Kamer ook háár regulerende rol serieus neemt door vandaag nog niet de Wet toelating zorginstellingen te bespreken. Haastige spoed is zelden goed!

Voorzitter. De invoering op korte termijn van de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg is, evenals die van de WTG ExPres, van belang voor de invoering van de Diagnose Behandel Codes per 1 januari 2005. De minister is van plan om 10% van de DBC's, het zogenaamde B-segment dat bestaat uit niet complexe, electieve zorg, die in dagbehandeling kan worden uitgevoerd, met ingang van die datum per algemene maatregel van bestuur vrij van contracteerplicht te verklaren om aldus een behoedzame eerste stap te zetten naar een algehele implementatie van de HOZ. De WTG ExPres zal een aantal wijzigingen aanbrengen in de Wet

## Slagter-Roukema

tarieven gezondheidszorg. Hiermee wordt het mogelijk om experimenten met marktwerking te houden en om prestatiegerichte bekostiging in te voeren. Nendoel moet zijn het voorkomen van onnodige bureaucratie en het tegengaan van fraude. De wet is niet alleen nodig om de invoering van vrije onderhandelingen per 1 januari 2005 over 10% van de DBC's mogelijk te maken, maar ook om experimenten met marktwerking in de fysiotherapie te introduceren. Door het loslaten van de contracteerplicht en het toestaan van experimenten wordt naar de verwachting van de minister de regierol van de zorgverzekeraar versterkt. Hij krijgt de ruimte en de vrijheid om met alle zorgaanbieders en zorginstellingen te onderhandelen over voldoende aanbod van goede kwaliteit tegen een scherpe prijs. Op deze manier worden de keuzemogelijkheden van de cliënt uitgebreid, hetgeen ook zal gebeuren door naast het aanbieden van naturacontracten de mogelijkheid van restitutie aan te bieden voor het contracteerplichtvrije gedeelte van de zorg waarop iemand krachtens de Ziekenfondswet of de AWBZ recht heeft.

Ik zal ingaan op de volgende elementen van beide wetten: de invoering van vrije onderhandelingen over 10% van de DBC's, de restitutiemaatregel, de experimenten met marktwerking in de fysiotherapie, de privacy, het toezicht en de zorgautoriteit, de informatie aan de klant en de marktwerking.

Volgens de minister gaat de invoering van de DBC's volgens plan. Alle instellingen en ZBC's zijn in staat om met ingang van 1 januari 2005 volgens de nieuwe systematiek te werken en te declareren. De kleine groep die dat nog niet kan, krijgt hierbij ondersteuning van een veegploeg. Volgens mijn informatie is inderdaad alle zorg uit het vrije segment gecontracteerd, overigens meestal zonder onderhandelingen en tegen dezelfde prijs. Waar wel over de prijs werd onderhandeld, was hij hoger. Zo zou, ondanks het geringe onderhandelingsveld, er nu al een significante stijging van de kosten zijn te zien. Ik wijs op de stijging van de prijs van particuliere ziektekostenpolissen, waarvan de helft wordt toegeschreven aan de DBC's. Een ander probleem voor de instellingen is dat naast deze verandering in het systeem ook in het A-segment, waarin zich de niet vrij te onderhan-

delen DBC's bevinden, op een andere manier gedeclareerd gaat worden. Hoe staat het met het bevoorschotten? Komt dit van de grond? Op welke manier kunnen instellingen zorgverzekeraars dwingen voor te financieren en hoe kunnen ze rente berekenen en innen? Ons bereiken berichten van betrokken mensen in het veld die lang zo optimistisch niet zijn als de minister. Het is een duur systeem, er is al veel geld in gestopt en men vreest chaos, zowel in administratief als in financieel opzicht. Het bevat geen prikkel tot doelmatigheid, het zet aan tot meer productie van soms ook nog overbodige, maar wel lucratieve zorg, en het is fraudegevoelig.

Angst is een slechte raadgever en daarom vraag ik de minister of hij in staat en bereid is, op korte termijn met cijfers te komen. Hoeveel kosten zijn tot nu toe gemoeid met de invoering van de DBC's? Op welke manier gaat de minister het komend jaar de ontwikkeling van de kosten monitoren? Is hij van plan om voordat hij verder gaat met de liberalisering van de electieve zorg eerst een moment van bezinning en evaluatie in te lassen? Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald. Daarmee hebben wij het weer over omkering en bekering. Met volledige invoering van het DBC-systeem zijn honderden miljoenen gemoeid. Dat is geld waar in feite geen extra zorg tegenover staat. Wat is de reactie van de minister? Ik overweeg in tweede termijn op dit punt een motie in te brengen.

Het moet mij als praktiserend arts van het hart dat mij na lezing van de notitie van de minister over liberalisering van de electieve zorg het gevoel bekroopt dat hij en ik in heel verschillende werelden leven. De minister lijkt te denken dat zieke mensen en ziektes volgens vaste schema's in eigen hokjes en deelmarkten zijn in te delen, terwijl ik elke dag weer ervaar hoe weinig er echt is te voorspellen over het verloop van een ziekte en de manier waarop de zieke ermee omgaat. De notitie gaat mijns inziens uit van schijnzekerheden en heeft daardoor een erg wankel basis.

Wij willen geïnformeerd worden over de stand van zaken ten aanzien van het opleidingsfonds. Bestaat het al en, zo ja, in welke juridische vorm? Hoe wordt het gevuld en

welke opleidingen gaan eruit bekostigd worden? Heeft de voorgenomen oprichting van het centraal fonds voor academische ziekenhuizen al vorm gekregen? Wie beheert het, hoe wordt het gevuld en wie is verantwoordelijk voor de verdeling?

Ik kom op de restitutiemaatregel en de bijbehorende AMvB. Door de aanneming van een amendement-Schippers/Lambrechts zijn de mogelijkheden voor de cliënt om te kiezen voor restitutie uitgebreid. Restitutie is mogelijk voor die vormen van door die instellingen of beroepsbeoefenaren te leveren zorg die overeenkomen met prestaties waarvoor het CTG krachtens de WTG geen tarief hoeft goed te keuren of vast te stellen en waarvoor de omgekeerde contracteerplicht wordt afgeschaft. Dit geldt dus nadat de HOZ en de WTG ExPres zijn aangenomen voor de DBC's uit het B-segment. Het gaat ook gelden voor andere vormen van zorg, zoals hulpmiddelen en zittend ziekenvervoer, waarvoor ook geen contracteerplicht geldt en het CTG geen tarief vaststelt. In de toelichting wordt gesteld dat de verzekerde voor wie restitutie geldt, de vrije keus heeft uit zorgaanbieders die de desbetreffende vorm van zorg aanbieden. Is het nu de verzekerde of de zorgverzekeraar of mogelijk ook de zorgaanbieder die kiezen kan voor restitutie? Is het aanbieden van restitutie voor zorgverzekeraars een mogelijkheid of een plicht? Wiens vrijheid neemt het meest toe? Voor de zorgverzekeraar geldt de plicht om voldoende zorg in natura te contracteren, maar bepaalt wanneer iets voldoende is? Als de prikkel tot het sluiten van een contract vervalt, op welke manier wordt dan de kwaliteit van de geboden zorg gewaarborgd? Op grond van de AMvB stelt het ziekenfonds zelf de hoogte van de vergoeding zodanig vast dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuzevrijheid. Wie beoordeelt of de vergoedingsregel wel voldoende tegemoetkomt aan de beoogde keuzevrijheid van de verzekerde?

Graag ook commentaar op de brief van de voorzitter van de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen waarin wordt aangegeven dat de maatregel een enorme toename van administratieve lasten met zich zal brengen als ziekenhuizen voor hun inkomsten rechtstreeks

## Slagter-Roukema

afhankelijk zijn van patiënten. Wie is verantwoordelijk voor de financiële afwikkeling van de geconsumeerde zorg, de patiënt of de zorgverzekeraar? Het is mogelijk dat een verzekerde zonder het te weten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terecht komt en pas achteraf ontdekt dat hierdoor een deel van de kosten voor eigen rekening komt. Soms is het niet mogelijk dit eerst na te gaan, bijvoorbeeld als iemand aangereden wordt en met spoed in een ziekenhuis wordt opgenomen. Ik kan mij dan ook voorstellen dat dit niet geldt voor spoedeisende zorg. Moet men dan naar een ander ziekenhuis voor de vervolghandelingen. Graag een toelichting daarop.

Het jaar 2005 zal een experimenteerjaar zijn voor de vrije prijsvorming bij fysiotherapeuten. In de regio's gaan de eerste contracten rond en valt er enig verschil te ontdekken in de onderscheiden tarieven die de zorgverzekeraars de fysiotherapeut willen bieden. Het is daarbij opvallend dat er zorgverzekeraars zijn die alleen een standaardtarief willen vaststellen, waarbij het niet uitmaakt of behandeling aan huis of op de praktijk van de therapeut plaatsvindt. Dat brengt de therapeute in een duivels dilemma. Zal zij die verlamde immobiele patiënt met MS of een herseninfarct, die onder andere door haar zorg toch nog thuis kan blijven, blijven behandelen? Dan is zij een dief van eigen portemonnee, want zeker in dunbevolkte gebieden is dat tarief lang niet kostendekkend. Of moet zij die patiënt dan maar laten schieten? In feite zijn dit toch vormen van risicoselectie waar wij voor gewaarschuwd hebben en waarvan de minister tot nu zegt dat het allemaal reuze meevalt. Op welke manier valt dit te voorkomen? De zorgverzekeraar kiest voor goedkope zorg en daarmee voor verschraling. Daardoor worden kwetsbare mensen uitgesloten, die overigens in menig ander opzicht ook kostbaar kunnen zijn. Graag krijg ik hier commentaar van de minister op. Ik hoop dat hij niet alleen maar zegt dat fysiotherapie onder de aanvullende en dus particuliere verzekering valt en dat hij daar dus niets over heeft te zeggen.

De invoering van beide wetten brengt ook spanning op het gebied van de bescherming van persoonsgegevens. Het College bescherming

persoonsgegevens meldt in een wat sneue brief dat het via het departement nooit kennis heeft mogen nemen van de inhoud van de WTG ExPres en nooit om advies is gevraagd, hoewel dat wettelijk wel verplicht was. Toen het college op eigen initiatief hiervan kennis had genomen, bleek dat voor de structurele verwerking van patiëntgegevens op persoonsniveau in het DIS een doorbreking van het medisch beroepsgeheim nodig is. Het CBP wijst dit af en ik trouwens ook. Het denkt dat hoogstens incidentele verstrekking aan de orde kan zijn. Ook bij andere artikelen zijn vraagtekens te plaatsen. Graag het commentaar van de minister op deze brief. Hoe is het mogelijk dat departement en college zo langs elkaar heen werken? Wat wil de minister doen om herhaling van dit soort brieven in de toekomst te voorkomen? Snelheid mag nooit ten koste gaan van zorgvuldigheid.

Om de transitie naar marktwerking in de zorg te bewaken, wil de minister de zorgautoriteit instellen. Het CTG zal hierin opgaan, samen met het CTZ. Dit laatste college zal zelfs "invaren"; een originele term, zeker als je bedenkt dat de gezondheidszorg eigenlijk een mammoet-tanker is. Onder het motto van "meer zorgautoriteit bij minder vrijheid" zal dit zelfstandige bestuursorgaan allerlei vage en minder vage taken op zich nemen. Op welke termijn zal de zorgautoriteit operationeel zijn?

Deze autoriteit houdt toezicht op de verschillende contracten en tarieven. Wordt daarbij ook toezicht gehouden op de kwaliteit van de geleverde zorg? Dit is ook een taak van de inspectie, maar er liggen linken naar de taken van de zorgautoriteit. Wij zijn het er toch over eens dat de kwaliteit onder druk kan komen te staan als er eenzijdig naar productie wordt gekeken. Het risico is verschraling van zorg die geen winst oplevert, kijk maar naar de fysiotherapeuten. Bij prestatiebeloning wordt eerder gedacht aan omzet. Wie controleert de zorgautoriteit en op welke manier? De minister vertrouwt voor de doelmatigheid van de zorg op de markt. Niet alle zorg is echter doelmatig. Op welke manier kan het parlement zijn toezichthoudende taak uitoefenen?

De minister geeft aan dat hij ten behoeve van de informatie aan de klant het RIVM samen met de Consumentenbond en de NPCF heeft

gevraagd, een informatieportal op te zetten. Eind 2004 zal reeds vergelijkende informatie over zorgverzekeraars beschikbaar zijn en eind 2005 zal er vergelijkende informatie over ziekenhuizen, verpleging en verzorgingstehuizen, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg beschikbaar zijn. Wij waarderen het dat de minister sterk inzet op informatievoorziening en empowerment van de zorggebruiker, maar wij zijn het wel eens met de opmerkingen van mevrouw Van Leeuwen over deze materie.

Toch denken wij dat in de zorg het adagium "een geïnformeerde klant kiest beter" geen opgeld zal doen, omdat de klant veelal kiest op irrationele gronden. Welke klant heeft de minister trouwens voor ogen, als hij denkt aan de portalgebruiker? Heeft hij daarbij ook de oudere, de chronisch zieke, de allochtoon en de analfabeet voor ogen? Zo nee, op welke wijze denkt hij deze groepen te bereiken?

Het blijft overigens nog een hele discussie, in hoeverre prestatie-indicatoren echt iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Zij zijn naar mijn mening manipuleerbaar en in ieder geval voor velerlei uitleg vatbaar. Het is de vraag in hoeverre het publiek en overigens ook de zorgverzekeraars in staat zijn om op grond van de beschikbare informatie rationele keuzen te doen. Het onlangs verschenen rapport van het CTZ is ook omineus. Zorgverzekeraars letten niet op kwaliteit en hebben overigens ook nauwelijks deskundige mensen in huis om dat te controleren.

Ik kom bij het slot van mijn betoog. Met de invoering van de voorliggende wetten wordt een eerste stap gezet naar gereguleerde marktwerking. Het blijft voor mijn partij onduidelijk wat nu de redenen zijn om op marktwerking in de zorg aan te sturen. "De zorg is geen markt", luidt de titel van een manifest dat mijn collega Kant enige weken geleden het licht liet zien. Het manifest is met instemming van veel werkers in het veld en overigens ook door mij ontvangen.

Waar het gaat nu eigenlijk om? Naar mijn inschatting delen wij met elkaar de zorg dat de kosten van de gezondheidszorg de pan uitrijzen, waardoor op termijn de zorg onbetaalbaar wordt en dan nog het eerst voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving: ouderen,

## Slagter-Roukema

chronisch zieken en gehandicapten. Ook zijn wij van mening dat het oude aanbodgestuurde systeem op de helling moet en dat de vraag van de patiënt centraal hoort te staan. Wij verschillen echter van mening over de wijze waarop de problemen aangepakt moeten worden. De minister denkt dat de kosten minder stijgen door marktwerking te introduceren, omdat dit de prikkel is voor doelmatigheid en doeltreffendheid. Wij denken dat de introductie van marktwerking in de zorg zal leiden tot hogere kosten ± hoe dan ook, de eerste tekenen wijzen daar toch op ± want dure zorg die tot verlies kan leiden, wordt tot een minimum beperkt en ingrepen die veel geld opleveren, nemen toe. Marktwerking geeft een toename van de bureaucratie. Om de vrijheid aan te kunnen, moet het veld zich meer verantwoorden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Hoe denkt u dat grotere prikkels tot doelmatigheid en doeltreffendheid in de zorg kunnen worden ingebouwd? Ik laat mij graag door argumenten van de noodzaak van een ander systeem overtuigen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik kom daar zo op.

Bureaucratie in Den Haag wordt ingewisseld door de bureaucratie van de markt. De patiënt zal door de marktwerking weinig te kiezen hebben. Ook de minister zelf geeft in de nadere memorie van antwoord toe dat de chronisch zieke patiënt meer aan zijn zorgverzekeraar vastzit dan dat de zorgverzekeraar vastzit aan deze patiënt. Zij zet de kwaliteit van de zorg onder druk. Ik verwijs hiervoor naar de rapportage van de Inspectie van de volksgezondheid over de kwaliteit van zorg in privé-klinieken. De markt heeft geen moraal en heeft geen belang bij solidariteit.

Mijn partij denkt dat er nog een wereld aan kostenbesparingen is te winnen door serieus in de zetten op terugdringen van bureaucratie en dan te beginnen met het niet invoeren van de DBC's, waarvoor goede alternatieven zijn. Ook inzetten op doelmatigheid is gewenst. Wij denken dat doelmatigheid eerder wordt bereikt door samenwerking te bevorderen dan door concurrentie te propageren. Door beter dan tot nu toe de vraag naar zorg in kaart te brengen, moet het mogelijk zijn om

ook zonder marktwerking het aanbod te reguleren. Als wij een kwalitatief goed en betaalbaar aanbod van zorg willen houden, blijft regulering van het aanbod noodzakelijk, in ieder geval zolang er schaarste is.

Bevorder de transparantie, vergelijk de zorgaanbieders op wat zij leveren aan kwaliteit, werkwijze en doelmatigheid en grijp in als door instellingen of zorgaanbieders onvoldoende kwaliteit wordt geleverd of inefficiënt wordt gehandeld.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik vind dit antwoord onvoldoende. Het terugdringen van bureaucratie en het realiseren van een grotere doelmatigheid leveren natuurlijk eenmalig een grote winst op. Daar heb ik ook op gedoeld, maar daarmee hebben wij nog geen systeem dat is voorbereid op de toekomst. Ik vind dat je altijd je eigen argumenten moet wegen om te achterhalen of die echt een bijdrage leveren. Er is zoveel misgegaan. Onder dit kabinet gaat het met de zorg op een aantal punten die ik zeer wezenlijk vind, toch beter. Ik denk bijvoorbeeld aan de inbreng van patiënten. Er is nog nooit een minister geweest die daar zoveel aan gedaan heeft als deze minister. Ik ben nog niet helemaal tevreden, en dat weet de minister ook, maar dat zijn toch duidelijke winstpunten. Het werken met DBC's is toch uit de beroepsgroep zelf gekomen? De minister heeft dat niet verzonnen; dat heeft hij aangetroffen. Dat gebeurt al een hele tijd. Als het veld dat zelf zo heeft gewild, en wij zien daar geen aperte bezwaren tegen, dan moet je dat toch een reële kans geven?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben het met mevrouw Van Leeuwen eens dat het veld de DBC-systematiek heeft geïntroduceerd, maar geluiden uit het veld duiden er ook op dat men geschrokken is van hetgeen het systeem met zich brengt. Mij lijkt dat wij beide niet tegen het duidelijker maken van het aanbod en het beschrijven in functionele eenheden zijn. Ik denk dat het belangrijker is dat zorgverzekeraars zo weinig hebben gestuurd op het aanbod. Het veld laat nu veel meer zien welke producten zij leveren en hoe die eruit zien. Ik meen dat beter een ontwikkeling in gang kan worden gezet waarbij wordt gewerkt aan een

beter verantwoord, transparantie en vooral benchmarking dan een ontwikkeling waarbij wordt gewerkt aan competitie en concurrentie. Zo komen wij ook uit op een goedkopere en doelmatiger zorg. Wellicht verschillen wij vooral op dit punt van mening.

Voorzitter. Door marktwerking in de zorg te introduceren lopen wij risico's. Als het misgaat, kan de kwaliteit van het leven kan letterlijk op het spel staan. De daadkracht van de minister verdient een beter doel. Laten wij er met elkaar voor zorgen dat de risico's beheersbaar blijven. Ik zie daarom uit naar de antwoorden van de minister.

□

De heer **Schouw** (D66): Mevrouw de voorzitter. Vandaag zijn twee wetsvoorstellen aan de orde waarnaar lang is uitgezien. Door het aannemen van deze wetsvoorstellen wordt een omvangrijke operatie van de herziening van het zorgstelsel gestart. Al jaren roepen partijen dat er meer marktwerking moet komen in de zorg en dat het werk in de zorg meer vraaggeoriënteerd in plaats van aanbodgeoriënteerd moet zijn. Deze wetsvoorstellen maken een begin met die verandering. Logischerwijs mag je dan ook verwachten dat deze Kamer, de zorgsector, de gebruikers en de betalers van die zorg vandaag dolblij zijn. Maar helaas, een echte hoerastemming ben ik nog niet veel tegengekomen.

Wat mij vooral opvalt is de twijfel, de aarzeling en het gebrek aan inzicht in de werking en de effecten van een ander systeem. Is dit een twijfel die hoort bij alles wat nieuw is omdat je eigenlijk nog niet tot in de haarvaten kunt doorgronden wat daarvan de consequenties zijn, dus een soort koudwatervrees? Of komt die twijfel meer voort uit het rationeel overdenken van het nieuwe systeem? Sluiten wij de ogen een beetje voor de vervelende bijwerkingen die wij zien aankomen omdat wij zo graag vraaggericht en marktgericht willen werken?

Vandaag mag ik ook namens de fractie van de OSF een inbreng leveren. Wij hebben een aantal aarzelingen bij beide wetsvoorstellen. Wij delen die graag met het kabinet, in het vertrouwen dat die aarzelingen in voldoende mate weggenomen worden of op een positieve wijze worden uitgelegd.



## Schouw

In hoofdlijnen onderschrijven mijn fracties het doel van de WTG ExPres: het op kleine schaal mogelijk maken van vrije prijsvorming. Uit de overlevering heb ik meegekregen dat het bedenken van het construct DBC enige voorbereidingstijd heeft gevergd. De term enige is dan een eufemisme. Over alle zaken die hierover zijn uitonderhandeld wil ik het niet meer hebben. Ik beperk mij tot vier punten: waar zit het inderdieneffect, hoe gaan wij om met strategisch gedrag, het evaluatie-model van de DBC's en de AI's.

Eerst de inderdieneffecten. Marktwerking wil zeggen dat door het vergroten van de competitie tussen vragers en aanbieders de prijs van producten daalt en de kwaliteit ervan toeneemt. Dat is hoe wij marktwerking in macro-economische zin wensen. Het marktmodel gaat bovendien uit van volledige keuzevrijheid van de consument. Wat steeds meer opvalt, ook buiten de zorgsector, is dat de mensen horendol worden van alle keuzen die zij moeten maken. Mensen moeten steeds vaker kiezen. Juist in de zorg willen mensen vooral snel en goed geholpen worden en het liefst ook in de buurt.

Ik zie twee knelpunten bij de ongebreidelde keuzevrijheid in de zorg. Een eerste probleem is dat de zorgvrager misschien weinig behoefte heeft, en bij actuele problemen helemaal geen tijd, om zich rustig te oriënteren op de vraag welke aanbieder de gunstigste voorwaarden heeft. Hij of zij wil gewoon op een bepaald moment optimale zorg. Een tweede probleem is dat de zorg in de buurt verdwijnt met deze wetsvoorstellen. Zorgaanbieders kunnen vooral kostenvoordeel behalen door zich te specialiseren in één type behandeling, bijvoorbeeld heupoperaties in een volcontinu setting. Wil het kabinet aangeven hoe zij tegen deze twee problemen bij de keuzevrijheid aankijkt? Mijn partij heeft altijd voor keuzevrijheid gekozen. Dat ontslaat ons niet van de plicht om te bezien hoe het doorwerkt in dit type beleid.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De heer Schouw maakt zich zorgen dat de zorg in de buurt verdwijnt. Hij geeft echter het voorbeeld van een specialistische behandeling. Is hij nu bang dat de huisarts uit de buurt verdwijnt? Die zorg deel ik. Dat slaat

echter niet op het gegeven voorbeeld.

De heer **Schouw** (D66): Ik heb niet de huisarts bedoeld. Ik bedoelde met de buurt de stad of de omgeving waar iemand woont. Mevrouw Van Leeuwen heeft ook alle stukken gelezen ter voorbereiding van dit overleg. Ook zij weet dus dat er een aantal operaties is die specialistisch en routinematig uitgevoerd kunnen worden en dan meestal slechts op enkele plaatsen in het land. Wij moeten daar de ogen niet voor sluiten.

Marktwerking veronderstelt ook het realiseren van kostenvoordeel. Kan het kabinet aangeven op welk deel van de totale kostenopbouw van een DBC het meeste kostenvoordeel ontstaat? In antwoord op mijn vragen op dit punt geeft het kabinet aan dat het kostenvoordeel voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door de eenvoudiger manier van factureren. Als deze omvangrijke operatie vooral een voordeel oplevert bij de facturering, is het in ieder geval een buitengewoon omslachtige operatie. Er zijn toch ook macro-economische voordelen met deze operatie te behalen en die moeten toch ook bij benadering in getallen zijn aan te geven? Is de minister in staat en bereid om het inderdieneffect in euro's van bijvoorbeeld het B-segment DBC's te monitoren en jaarlijks aan deze Kamer te rapporteren?

Investeerders als de ING kijken handenwrijvend uit naar de eerste ziekenhuizen die  $\pm$  volgens hen  $\pm$  binnen vijf jaar naar de beurs zouden gaan. Uit interviews met deze investeerders blijkt wat zij willen: laaghangend fruit plukken. Dus: clusteren van relatief simpele ingrepen. Hierdoor ontstaat voor hen een kostenvoordeel, maar wij moeten wel bedenken dat ook particuliere investeerders een rendement op hun investering verwachten van 8 tot 15% op jaarbasis. Dit wil zeggen dat de kostenbesparing macro-economisch ten minste gelijk moet zijn aan dit percentage en het liefst nog iets meer om zo de premies te laten dalen. Hoe kijkt het kabinet aan tegen dit type berekeningen?

Het is al met al dan ook opmerkelijk dat de premies voor de particuliere ziektekostenverzekeringen het komende jaar fors zullen stijgen. Volgens eigen zeggen van de

verzekeraars is 3 tot 8% het gevolg van de diagnose-behandelcombinaties. Was deze kostenstijging voorzien toen wij hiermee begonnen? Op welk moment heeft de minister de Kamer geïnformeerd? Overigens ben ik ook benieuwd naar de actuele stand van zaken op dit punt. Ik heb notie genomen van de woede van de minister die zei: zo'n kostenstijging kan zo maar niet, maar ik heb ook begrepen dat hij eigenlijk geen instrumenten heeft om dit aan banden te leggen.

Mijn tweede punt heeft betrekking op het strategisch gedrag. Er werken in de zorg veel creatieve en innovatieve mensen. Dit is goed, want zij bevorderen vernieuwing, maar dit heeft ook een keerzijde, namelijk het strategisch gedrag in de zorg. Als ik alle publicaties over dit wetsvoorstel op mij laat inwerken, zie ik een toename van het strategisch gedrag bij zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders. Alles verloopt netjes volgens de regels, maar toch. Er zijn voorbeelden te over. Aanbieders gaan zich richten op behandelingen met een routinematig karakter. Patiënten met een complicatie of een te verwachten complicatie zoals ouderen, zijn al snel te "duur" om tegen een DBC-tarief te worden behandeld. Zij worden zo een "doorverwijspatiënt" voor bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis.

Een ander fenomeen is het opwaarts coderen. Dit komt er kort gezegd op neer dat een milde aandoening wordt opgegeven als een zware. Ik heb begrepen dat er in Nederland vrijwel geen toezicht is op deze vorm van fraude. Kan het kabinet concreet aangeven hoe het toezicht op dit type strategisch gedrag is geregeld of nog zal worden geregeld? Deelt het mijn zorg over dit gedrag?

Mijn derde punt heeft betrekking op de evaluatie. Tot nu toe heb ik in alle correspondentie over dit wetsvoorstel een duidelijk evaluatie-model en het procesverloop na 1 januari aanstaande gemist. Hier was ook mijn interruptie in de richting van mevrouw Van Leeuwen op gericht. Met andere woorden: zij kan mijn interruptie ervaren als een steun voor haar opmerkingen. Welke concrete en meetbare resultaten moeten na 6, 12 en 18 maanden zijn bereikt om de invoering van de DBC's een succes te noemen?

## Schouw

Wij vinden het dan ook erg belangrijk dat vooraf wordt bepaald op basis van welke uitkomsten wordt vastgesteld dat de invoering is geslaagd, minder geslaagd of mislukt. Is of komt zo'n evaluatiekader beschikbaar? Dit hoort toch bij rationeel en fatsoenlijk beleid. Welke criteria zal de minister hanteren en hoe hard zijn die criteria? Op welk moment worden er stappen gezet voor het vervolg?

Ik heb lang getwijfeld of ik nog iets zou zeggen over de administratieve lasten die dit wetsvoorstel met zich meebrengt. Ik twijfelde, omdat hierover bij de behandeling van vrijwel ieder wetsvoorstel in deze Kamer een opmerking wordt gemaakt. O, o, o, wat een toename aan administratieve lasten, zegt deze Kamer dan. Het kabinet luistert vervolgens respectvol en veel blijft weer bij het oude. Zo krijgt het praten over administratieve lasten iets ritueels. Het hoort gewoon bij de behandeling van elk wetsvoorstel dat wij daarover wat beleefdheden uitwisselen. De simpele vraag die ik stel, een variant op de vraag naar het transparant maken van administratieve lasten, is: kan het kabinet bij benadering aangeven hoeveel euro's per jaar worden bespaard op de administratieve lasten in de zorg met de invoering van het B-segment DBC's?

Ik bedank de minister overigens voor de beantwoording in eerste termijn en voor het overzicht van alle maatregelen in het kader van de administratieve lasten. Eerlijk gezegd kon ik echter van al die pagina's geen chocola maken. Het werd mij niet duidelijk of er nu sprake is van toename of van afname van administratieve lasten. Op welke feiten is een en ander nu gebaseerd? Het was een mooie inventarisatie, maar deze hielp niet veel om een opvatting te vormen.

Over de HOZ heb ik drie opmerkingen. Onze voornaamste zorg bij dit wetsvoorstel is het realiseren van een evenwichtige verdeling van de marktmacht tussen aanbieders en verzekeraars. Daarbij maken wij ons vooral zorgen over de invloed van de patiënten op het beleid van de zorgverzekeraars. Het kabinet denkt naar onze smaak iets te vaak dat stemmen met de voeten afdoende zal zijn. Dat zou het geval kunnen zijn in een markt met veel zorgverzekeraars. Als gevolg van marktwerking, fusies en schaalver-

groting zal er echter een beperkt aantal verzekeraars over blijven. Op een termijn van vijf à tien jaar zal het aantal verzekeraars op de vingers van één hand te tellen zijn. Dan heeft zelfs stampen met de voeten geen zin meer. Bovendien kan de consument maar één keer per jaar met zijn voeten stemmen en niet elke dag, zoals het Nederlandse volk recentelijk kon doen toen het vond dat Albert Heijn te duur werd. Dagelijks stemmen met je voeten helpt, maar één keer per jaar niet. Naar aanleiding van de memorie van antwoord heeft de CDA-fractie dan ook gevraagd om een gekozen ledenraad, in het kader van het versterken van de positie van de consument. Ik ben blij dat mevrouw Van Leeuwen dit zojuist nog heeft herhaald. Dat kan er in belangrijke mate toe bijdragen om de consument veel meer invloed te geven op de verzekeraars. Daarom steun ik van harte de opvatting van de CDA-fractie op dat punt. Ik verwacht hierop een positieve reactie van het kabinet; hier moet echt meer werk van worden gemaakt.

Hoe verhouden de veranderingen in de zorg zich tot een ander speerpunt van het beleid van dit kabinet, te weten maatschappelijk verantwoord ondernemen? Hoe werkt deze fantastische filosofie van het ministerie van Economische Zaken door naar zorgverzekeraars en zorgaanbieders? Ik lees daar eigenlijk maar heel weinig over. Wie maatschappelijk verantwoord wil ondernemen, zal graag bereid zijn om met de patiënten om tafel te zitten. Welke visie heeft het kabinet op het maatschappelijk verantwoord ondernemen, in relatie tot de veranderingen die wij verwachten bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

Onze fracties zijn van mening dat patiënten niet de dupe mogen worden van de veranderingen in de zorg. Zij moeten door de overheid worden geholpen om op een heel gemakkelijke, objectieve en eerlijk vergelijkende manier inzicht te krijgen in prestaties en kosten van zorgaanbieders. Deze informatie moet op één centrale, logische plek beschikbaar zijn. In onze visie is dat bij de Consumentenbond. Een site bij het RIVM, waar een gemiddelde consument volgens mij nog nooit van gehoord heeft, zegt mensen niets. De consumentenbond is er om de belangen van de consument te

beschermen; breng deze daar dan ook onder.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het gaat niet alleen om consumenten, maar ook om patiënten. Samenwerking tussen RIVM, in de huidige gekozen vorm, de Consumentenbond en de Nederlandse patiënten- en consumentenfederatie lijkt mij een heel goede oplossing.

De heer **Schouw** (D66): Ik heb gezien dat in de energiesector wel zes instanties bezig zijn met websites over de verschillende tarieven en inzichten die de consument moeten helpen. Wij weten dat dit niet bevorderlijk is. Daarom is mijn pleidooi erop gericht, voor maar één contactpunt te zorgen. Zorg voor één centrale database, zorg voor één helder en objectief informatiepunt. Dat kan een koppeling zijn tussen de Consumentenbond en de RIVM, maar laten wij voorkomen dat er ook op dit punt weer versnippering ontstaat. Anders ziet de consument door de bomen het bos niet meer. Dat heb ik al aan den lijve mogen ondervinden in de elektriciteitssector.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het is maar wat je bedoelt met patiënteninformatie. Verzekerden hebben weer heel andere belangen dan patiënten. Vandaar dat ik over die koppeling begon. Zoals het op het ogenblik in de praktijk loopt, gaat het voortreffelijk. Waarom het zo niet gelaten?

De heer **Schouw** (D66): Het zou behulpzaam zijn als u mijn pleidooi zou ondersteunen: versnippering voorkomen, zorg voor een centrale plek, het liefst bij een onafhankelijke instantie die bij het grote publiek bekend is. Daar is mijn pleidooi op gericht. Immers, hier en daar brokjes informatie verstrekken waarvan je de betrouwbaarheid in twijfel moet trekken, is niet in het belang van het versterken van de positie van de consument.

Voorzitter. Samenvattend staan de fractie van D66 en de OSF ondanks een vrij kritische toon ten aanzien van de veranderingsoperatie in beginsel positief tegenover de ontwikkeling naar meer keuzevrijheid van patiënten. Dat stimuleert ook aandacht voor kwaliteit en prijs. Er zijn dringende redenen om het zorgstelsel te wijzigen. Sommige zijn net al genoemd: gebrek aan personeel, systeem van budgette-

## Schouw

ring, bureaucratie, wachtlijsten of het vrije verkeer in Europa. Of marktwerking in de zorg goed zal werken is voor ons op dit moment een lastig te beantwoorden vraag. Veel zal afhangen van de positionering en de regulerende rol van de zorgautoriteit. Veel zal ook afhangen van de nu al voorspelbare en de nu wellicht nog niet te voorziene effecten van de invoering van de DBC's. Marktwerking zien wij echter niet als doel, maar als middel. Dat middel baat niet, tenzij er aan een aantal voorwaarden is voldaan.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De heer Schouw zegt marktwerking niet als doel te zien, maar als middel. Een middel waartoe?

De heer **Schouw** (D66): Een middel om de positie van de consument te versterken, de prijzen te verlagen en de kwaliteit te verhogen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Denkt u dat de prijs verlagen en de kwaliteit verhogen samen zal gaan?

De heer **Schouw** (D66): Dat is wel de bedoeling, ja.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat is uw geloof?

De heer **Schouw** (D66): Ja, zo zou je het kunnen zeggen. Het is mijn filosofie. Bij een gebrek aan alternatieven ± daarin val ik mevrouw Van Leeuwen bij ± is het heel moeilijk om precies aan te geven wat er een alternatief zou zijn voor de gekozen constructie die nu voorligt.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. De heer Schouw verbindt er drie doelstellingen aan. Kan hij een sector noemen in de publieke sfeer waarin marktwerking met succes in gereguleerde vorm is geïntroduceerd? Wij hebben daar toch de afgelopen tijd veel ervaring mee opgedaan. Is er een voorbeeld waarin zelfs maar één van de drie doelstellingen is bereikt?

De heer **Schouw** (D66): Telecom.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): U weet net zo goed als ik dat daarin een totaal nieuwe technologie op de markt is gekomen. Als wij dat in de oude vorm hadden gedaan, was het niet op deze manier gegaan. Dat is

dus geen goed voorbeeld. Noemt u eens een voorbeeld uit de sfeer van publieke goederen zoals onderwijs, wonen...

De heer **Schouw** (D66): Het is geen goed voorbeeld, omdat het u niet uitkomt, dat snap ik wel. Het was een monopolistische sector, er is marktregulatie op van toepassing, er is meer vraag naar de producten gaan ontstaan. Dat het voorbeeld u niet uitkomt, kan ik niet helpen.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Waarom is het dan niet gelukt op het terrein van de volkshuisvesting? Waarom is het niet gelukt op alle andere terreinen die veel dichterbij tegen de zorg aan liggen dan de telefonie, omdat het publieke goederen zijn? Ik geef toe dat dit een punt is voor u, maar hebt u nog een ander voorbeeld? Als dat zo zou zijn, kunnen wel degelijk andere instrumenten worden geïntroduceerd. De heer Hamel noemde in plaats van concurrentie het element competitie. Dat kan een heel doeltreffend middel zijn waardoor er meer prikkels en sturing beschikbaar zijn zonder dat de nadelen van de markt worden binnengehaald. Dat is de denkrichting waar wij wel verder mee zouden kunnen komen.

De heer **Schouw** (D66): Mijn partij heeft al een aantal jaren lang wegen uitgezet om door middel van marktwerking de belangen van de consument te versterken, de prijs te laten dalen en de kwaliteit te verhogen. Dat is in de telecomsector gebeurd, dat gebeurt nu in de energiesector en dat gebeurt hier vandaag. Wie de lijn van de Eerste-Kamerfractie van D66 volgt ten aanzien van die dossiers, weet dat wij bijzonder kritisch zijn over de ontwikkelingen in energiesector en dat wij goed de vinger aan de pols houden. Hetzelfde geldt voor dit dossier. Wij kiezen voor een deel voor marktwerking. Het is het recht van andere fracties om te zeggen dat zij niets in marktwerking zien en om te kiezen voor een ander sturingsmodel. Dat volle recht hebben zij, maar moeten zij zichzelf dan ook vragen stellen net als ik dat moet doen. Zij zullen moeten doorredeneren over de vraag of bijvoorbeeld het competitie model wel die effecten heeft die de PvdA-fractie wil bereiken. Dat is dus ook een geloof dat men heeft.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat geloof wilde ik nu juist zien te beteugelen om een beetje rationeel te blijven, maar ik had een andere vraag. U zei net dat marktwerking een middel is om te komen tot lagere prijzen en een betere kwaliteit. Marktwerking kan toch ook leiden tot een hogere prijs?

De heer **Schouw** (D66): Als u mijn betoog hebt gevolgd, weet u dat ik op het punt van de kosten een vraag heb gesteld aan de minister. Ik zie uit naar zijn antwoord. Wij moeten echter niet proberen om het ultieme doel weg te wuiven. Het gaat om het versterken van de positie van de consument en het leveren van betere kwaliteit tegen lagere prijzen. Dat is wat marktwerking in beginsel beoogt.

De heer **Hamel** (PvdA): Als de prijzen hoger worden, heeft het middel dus niet voldaan?

De heer **Schouw** (D66): Dan moet men zich achter de oren krabben en proberen te bekijken waardoor dat komt. Er valt overigens ook nog wel wat te zeggen over prijsverhoging. Een prijsverhoging kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld volumegroei. Dat halen wij bij de zorg vaak door elkaar. Wij zeggen dan dat de prijzen zijn gestegen, terwijl de oorzaak is dat het volume is toegenomen. Dat moet wel heel goed en gedifferentieerd worden bekeken. Dat hoeft ik natuurlijk niet tegen de heer Hamel te vertellen als kenner van dit gebied.

Wij zien marktwerking niet als doel, maar als middel. Dat middel baat niet als aan een aantal voorwaarden niet is voldaan. Er moet voldoende vrije toegang zijn, dus geen kartels. Er moet sprake zijn van concurrentie en van sterke consumenten. Ik wacht het antwoord van het kabinet met belangstelling af.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ook vandaag mag ik mede namens de ChristenUnie het woord voeren.

Verandering van het zorgstelsel staat al jarenlang op de politieke agenda. Soms lijkt het alsof

## Van den Berg

veranderen een zelfstandige doelstelling is geworden, zonder dat nog wordt beoordeeld of de nieuwe wetgeving ook echt een verbetering voor de gezondheidszorg is. De rode draad in onze bijdrage is de vraag naar de gevolgen van deze wetten voor het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Er mag immers worden verwacht dat de kwaliteit verbetert of ten minste op hetzelfde niveau blijft. Zeker in het perspectief van de patiënt laat de geleverde kwaliteit van de zorg te wensen over. Kan de minister eens uitvoerig uiteenzetten hoe deze wetsvoorstellen een verbetering kunnen betekenen voor de kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt?

De Nederlandse zorg is al vaak bekritiseerd. Het is een aanbodstelsel in plaats van een vraaggericht stelsel, het is rigide en overgereguleerd. Al jarenlang is er gesleuteld aan het bestaande stelsel; hierdoor is het stelsel steeds ingewikkelder geworden. Voor ChristenUnie en SGP staat de noodzaak van het terugdringen van de regels en het overschakelen op een vraaggericht stelsel wel vast. De persoonlijke inzet van de professionals in de zorg is in het algemeen goed. Of wij nu spreken over verpleegkundigen, medische specialisten of anderen, zij doen met toewijding hun werk. Zij zien de zorgverlening gelukkig nog als het verlenen van goede diensten. Economische factoren staan niet voorop, ze moeten dienstbaar zijn aan een betere zorgverlening.

Wanneer wij spreken over verbetering van de kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt en de doelmatigheid van de zorgverlening, dan komt een aantal belangrijke vragen naar voren. Botst de nadruk op vraagsturing niet met de toenemende rol van de verzekeraars? De verzekeraars zijn weliswaar "vertegenwoordigers" van hun cliënten, maar het is te verwachten dat zij in de eerste plaats gericht zijn op algemene plaatjes, zonder rekening te houden met de specifieke wensen van de verzekerde.

Een andere vraag is die naar de relatie tussen vraagsturing en verhoging van de doelmatigheid. Niemand zal ontkennen dat het nuttig is om bepaalde vergelijkbare operaties direct op elkaar aansluitend te verrichten. Er is echter wel discussie mogelijk over de vraag hoe ver men hierin wil gaan. Waar ligt de

balans tussen vraaggerichtheid en verhoogde doelmatigheid? Onze fracties vinden het belangrijk dat de minister hierbij een duidelijke richting aangeeft.

De kosten in de zorg blijken moeilijk te beheersen. Deze vaststelling zegt op zichzelf nog niets. ChristenUnie en SGP vinden het belangrijk om te kijken naar de oorzaken hiervan. Schattingen wijzen uit dat ongeveer de helft van de totale uitgavengroei in de gezondheidszorg veroorzaakt wordt door de snelle ontwikkelingen in de medische technologie. Deze ontwikkelingen maken nieuwe behandelwijzen mogelijk, waar vervolgens een grote vraag naar ontstaat. Nieuwe behandelmethoden die oplossingen bieden die voorheen ondenkbaar waren, zijn een zegen. Wij zouden daarom aan de minister de vraag willen voorleggen wat erop tegen is dat in onze welvarende samenleving een groter deel van de financiële middelen aan de gezondheidszorg wordt besteed, als de vraag groeit en als er zich nieuwe technologische mogelijkheden aandienen. De minister zal wel zeggen dat dit het stelsel is dat wij hanteren, maar systemen kun je doorbreken. Is er al eens een diepgaand onderzoek naar gedaan wat een goede gezondheidszorg in positieve zin voor onze economie betekent? Deze vraag moet natuurlijk niet zo uit zijn verband worden gehaald dat zij zou veranderen in een pleidooi voor ongebreidelde kostenstijging van de met de publieke middelen betaalde gezondheidszorg. Die nieuwe ontwikkelingen moeten in dit licht wel kritisch worden bekeken. Als wij in Nederland ervoor pleiten om maximaal een bepaald percentage van het nationaal inkomen te besteden aan gezondheidszorg, roepen deze enorme kostenstijgingen wel de vraag op of alles wat kan ook gedaan moet worden. Hoe ver wil de minister hierin gaan? Wat betekenen de nieuwe mogelijkheden voor de rest van de gezondheidszorg? Hierbij gebruik ik het woordje "rest" niet in negatieve zin. Een logisch gevolg is dan een automatische verschromping van de gezondheidszorg. Zo'n constatering noodzaakt tot heldere denkkaders en tot het maken van duidelijke keuzes. Hoe gaat de minister hiermee om?

Kostenstijgingen in de zorg worden niet alleen veroorzaakt door allerlei nieuwe mogelijkheden. Wij

hebben ook te maken met stevige ondoelmatigheden in de organisatie en bij de financiering van de zorg. Veelal ontbreken de prikkels om tot een doelmatige inzet van middelen te komen of zij werken averechts. Daarom is de vraag van belang: kunnen in het zorgstelsel de juiste prikkels worden ingebouwd, zodat aanbieders worden gestimuleerd om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren die bovendien doelmatig is? Wij vinden de wetsvoorstellen op dit punt erg vaag. Graag horen wij hoe de minister concreet zal handelen.

Met de wetsvoorstellen die wij nu behandelen introduceert de minister een nieuw zorgstelsel. De gebruiker van nu is een zorgafhankelijke patiënt, maar hij zal zich moeten ontwikkelen tot een kritische zorgconsument. Marktwerking en eigen verantwoordelijkheid zijn kernbegrippen bij het beleid dat de minister voor ogen staat. Zo ontstaat in zijn filosofie een vraaggestuurde, klantvriendelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg.

De minister richt zich zeer sterk op invoering van geregleerde marktwerking in de gezondheidszorg. Hier zitten goede kanten aan. Marktwerking kan voor prikkels zorgen die de kosten omlaagbrengen. Ook kunnen ondernemingswaarden als efficiëntie en het tegengaan van verspilling van de middelen hun waarde bewijzen. Ervaren elders laten zien dat de marktwerking tot ontkoppeling van aan de ene kant kosten en aan de andere kant kwaliteit tot gevolg kan hebben: de kosten zijn veel hoger en de kwaliteit geleverd door het zorgstelsel als geheel wordt lager met uitschieters naar boven maar vooral ver naar beneden. Op welke manier wil de minister in het geval van ontsparing bevorderen dat de relatie tussen kosten en kwaliteit in positieve zin wordt bijgesteld? Met andere woorden: hoe wil hij bereiken dat stijgende kosten wegens inefficiënte werkwijzen worden voorkomen, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit toeneemt?

Onze fracties stellen deze vraag omdat een te ver doorgevoerde marktwerking schaduwzijden heeft. De nadruk op een zo efficiënt mogelijk gebruik van middelen heeft het risico in zich dat de zorg verschaalt, dat alleen het hoognodige wordt gedaan of dat de levering van zorg losgekoppeld wordt van inbedding van zorg in een kwalitatief

## Van den Berg

hoogwaardige omgeving. Hoe kan, zo willen wij van de minister weten, een evenwicht worden gevonden tussen het tegengaan van verspilling en het tegengaan van verschraling van de zorg?

Een complicatie hierbij is ook dat de vraag naar zorg relatief ongevoelig is voor prijzen en dat een te sterk vertrouwen op marktprikkels ten koste kan gaan van de toegankelijkheid van de zorg. Zo zullen instellingen zich vooral gaan richten op een markt waar geld te verdienen is. De rest zal minder toegankelijk worden. Onze fracties zouden het zeer betreuren als hierdoor de solidariteit gevaar liep. Solidariteit vinden wij een groot goed. Is hierover voorafgaande aan het indienen van de wetsontwerpen goed nagedacht? Welke overwegingen gelden voor de minister?

Marktwerking vraagt om een sterke positie van de patiënt. Nu is er in de achter ons liggende jaren heel veel tot stand gekomen op het terrein van patiëntenwetgeving, maar er is meer nodig, zoals goede informatie, inkoopmacht, een gekozen ledenraad, zoals mevrouw Van Leeuwen nadrukkelijk voorstelde, en vooral: uitbreiding van het PGB. Er moet vooral wat te kiezen zijn. Wat is de inzet van de minister?

In de wetsvoorstellen wint de positie van de zorgverzekeraar terrein. De zorgverzekeraar wordt in die visie de spil van het hele systeem. In hoeverre acht de minister zorgverzekeraars hiertoe in staat? Zij hebben geen eenduidig systeem om de kwaliteit van de zorg vanuit patiëntenperspectief te beoordelen. Waarom is er niet voor gekozen om op dit gebied de patiëntenorganisaties een veel centralere rol te geven? Juist deze organisaties zorgen voor een meer collectieve behartiging van belangen die het individuele perspectief overstijgt. Zouden deze organisaties geen goed tegenwicht kunnen bieden tegen de versterkte macht van de zorgverzekeraars?

Beide wetsvoorstellen zijn sterk met elkaar verweven. Zo heeft het geen zin om de tarieven vrij te laten in een deelmarkt als daar nog steeds een algehele contracteerverplichting bestaat. Als de zorgverzekeraar met alle zorgaanbieders een overeenkomst moet sluiten, heeft hij geen goede positie om over de tarieven te onderhandelen. De wet HOZ en de WTG ExPres zijn nodig om met

vormen van marktwerking en klantsturing in de gezondheidszorg te kunnen proefdraaien. Zonder die elementen kan fysiotherapie niet ontsnappen aan de wettelijke maximumtarieven van de reguliere WTG en is onderhandelbare prijsvorming in het B-segment van DBC's voor ziekenhuiszorg niet mogelijk. De wetsvoorstellen maken het mogelijk om fasegewijs, afhankelijk van de situatie op deelmarkten, de centrale-aanbodsturingsteugels los te laten. Om een en ander effectief te maken is helderheid over toetsingscriteria, fasering en nadere regelgeving noodzakelijk. De Kamer heeft echter onvoldoende zicht op welke criteria zullen worden gehanteerd op basis waarvan een deelsector geacht wordt al of niet klaar te zijn voor meer marktwerking. Juist hierdoor hebben onze fracties de nodige aarzelingen. In sommige deelmarkten is al marktwerking ingevoerd. Is de minister bereid, toe te zeggen dat niet wordt overgegaan tot invoering in andere deelmarkten voordat een goede evaluatie heeft plaatsgevonden? Zijn er op dit punt eenduidige criteria aan de hand waarvan wordt beoordeeld of invoering van marktwerking gewenst is?

De wet HOZ opent mogelijkheden om veel sterker te werken met een restitutie-systeem in plaats van zorg in natura. Restitutie in het geval er geen contract is, is zonder meer positief voor de verzekerde. Het kan echter ook steeds gebruikelijker worden om in plaats van contractering meer op restitutie-systemen over te gaan. Wij sluiten niet uit dat dat gebeurt. Daarom willen wij graag van de minister horen of hij van mening is dat de onderhandelingspositie van verzekeraars verzwakt is door het amendement-Schippers. Juist hierdoor is de noodzaak voor de ziekenhuizen om een contract af te sluiten naar onze mening beduidend geringer geworden. Of betekent restitutie met een eigen bijdrage dermate veel administratief ongemak voor de ziekenhuizen, dat zij toch zullen overgaan tot het sluiten van contracten? Is het mogelijk om volledig over te stappen op een restitutie-systeem? Als dit het geval is, verdient het dan geen aanbeveling om eerst eens een diepgaande discussie te voeren over de consequenties van zo'n systeem? In het algemeen vraagt bij de mogelijkheid van restitutie de hoogte

van de vergoeding de aandacht. De vergoeding moet niet zo laag zijn, dat de keuzevrijheid daarmee verdwijnt. Is de minister bereid, toe te zeggen dat vergoeding in het kader van restitutie altijd aansluit bij ten minste de gemiddelde kosten die de verzekeraar voor vergelijkbare handelingen moet betalen?

Hatsjie! Óf mijn gezondheid laat te wensen over óf de emoties worden mij te veel...

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik hoop niet dat ik de emoties van de heer Van der Berg nog meer laat oplopen. Ik weet dat hij altijd sterk opkomt voor degenen aan de onderkant van de samenleving. Ziet hij niet meer in het voorstel van het CDA ten aanzien van de restitutie?

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik doe op dit moment geen voorstellen. Ik heb heel veel kritische vragen aan de minister. Ik voorzie dat een aantal ziekenhuizen geen contracten meer zal sluiten. Dat is mijn grote zorg. Waarom zouden de ziekenhuizen dat nog doen als zij een ander systeem hebben waar zij waarschijnlijk geld mee kunnen verdienen? Dan kom ik op voor degenen die de zorg niet volledige vergoed krijgen en daardoor in de problemen komen. Ik kom daar straks op nog terug, als mijn gezondheid het toelaat en de emoties niet te hoog oplopen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Daarom zeg ik dat je die mensen voorlopig niets moet laten betalen.

De heer **Van den Berg** (SGP): Bijvoorbeeld, maar ik heb liever dat de minister dat zegt dan u.

In de Tweede Kamer is het amendement-Van der Vlies aangenomen waarin wordt geregeld dat de financiering van de zorg doorloopt voor verzekerden, ook al is het contract met de zorgaanbieder door de zorgverzekeraar beëindigd. Het is een goed amendement, zoals wij met z'n allen kunnen vaststellen. Naar aanleiding van dit amendement stellen wij nog twee kanten aan de orde. Hoe moet dit wetsartikel worden toegepast wanneer de overeenkomst met de zorgaanbieder is beëindigd, omdat deze niet voldoet aan de kwaliteitseisen? Stel nu, dat een instelling te goede zorg levert, mag een zorgverzekeraar bij tegenspel van de aanbieder besluiten, er niet mee in zee te gaan?

## Van den Berg

Namens onze fracties wil ik nog aandacht vragen voor de WTG-ExPres. Experimenteren met de manier waarop zorg wordt verleend, is aantrekkelijk. Op een eenvoudige manier kan dan worden geprobeerd of een bepaalde benadering werkt. De vraag is hoe ver dat mag gegaan. Is er nog steeds sprake van een experiment als feitelijk iedere instelling meedoet? Moet hier niet een begrenzing gevonden worden, zo vragen wij? Hoe wordt gewaarborgd dat er bijvoorbeeld niet wordt geknaagd aan kwaliteit? Ook is nog niet echt duidelijk geworden wie mag ingrijpen als een experiment na verloop van tijd zichtbaar dreigt te mislukken. Mag dan worden beslist dat een experiment dat voor vijf jaar is toegestaan eerder mag worden afgebroken? In dit verband vragen mijn fracties ook nadrukkelijk aandacht voor de positie van de inspectie. Welke mogelijkheden heeft de inspectie om in dergelijke gevallen in te grijpen? Is de inspectie ± gelet op het aantal fte's ± ook in staat om die verantwoordelijkheid waar te maken?

In de concept-AMvB staat dat de eigen bijdrage die aan de verzekerde wordt opgelegd de keuzevrijheid van verzekerde niet wezenlijk mag beperken. Kan de minister dit concretiseren? Hoe wordt de keuzevrijheid beoordeeld wanneer een verzekeraar van de zes ziekenhuizen in de buurt van de verzekerde er vijf heeft gecontracteerd en voor behandeling in het zesde ziekenhuis een eigen bijdrage oplegt van 200 euro voor bijvoorbeeld een heupoperatie terwijl betrokkene alleen een AOW-uitkering heeft?

Wij staan op een keerpunt in de zorg. Door vorige kabinetten is de weg richting marktwerking ingezet, en dit kabinet zet deze richting voort. De diagnose behandel combinaties (DBC's) zijn neergezet als het nieuwe financieringsinstrument voor de curatieve zorg. Daar is meer dan 200 mln aan begrotingsgeld in gestopt ter voorbereiding. Ik sluit mij aan bij de indringende vragen over het kostenaspect van de DBC's. Ook voor de ABWZ wordt "product-financiering" als de nieuwe weg aangewezen. Weliswaar heeft het kabinet het zorgveld gematigd optimistisch meegekregen, maar de vraag is of het gaat lukken. Zo hebben verschillende zorg-verzekeraars mij gemeld dat ziekenhuizen tot nu toe de boot

afhouden en niet overgaan tot het afsluiten van contracten. Zij zetten vooral in op restitutie. Dat baart ons zorgen. Wellicht kan de minister nu meedelen dat het allemaal veel rooskleuriger is. Hij zal ongetwijfeld de meest recente cijfers hebben, maar het is hoe dan ook niet gemakkelijk op dit moment, zo heb ik begrepen.

Voorzitter. Onze fracties zijn beducht dat marktwerking zal leiden tot onrechtvaardigheid of tot schrijnende ongelijkheid, als in de gezondheidszorg aan de vervulling van basisbehoefte van iedereen niet meer voldaan wordt door gebrek aan solidariteit, en solidariteit is juist nu geboden, nu het marktmechanisme, als het werkt, sterker zal functioneren. De zwakke burger mag niet de dupe worden van het "nieuwe" beleid. Dat achten wij in strijd met Bijbelse uitgangspunten.

Ik sluit af met een aantal vragen en opmerkingen. Is het bekend dat een aantal ziekenhuizen erg veel moeite heeft met de nieuwe situatie? Zo ja, om hoeveel ziekenhuizen gaat het? Is het niet zeker dat de onderhandelingen positief worden afgerond? Als de onderhandelingen alleen over de kosten gaan, dan wordt "kwaliteit" het kind van de rekening. Wie grijpt dan in? Als ziekenhuizen zich massaal gaan richten op hoge productie binnen het B-segment, ontstaan er dan geen nieuwe knelpunten voor "minder rendabele" patiëntencategorieën, zoals kankerpatiënten? Is dit het geval, dan zullen wij zien dat goed betalende DBC's het goed zullen doen en dat er verder grote problemen c.q. incidenten op zullen treden. Men richt zich dan op de goed betalende DBC's, waar wat te verdienen is. Hoe gaat het dan met de andere zaken? Wat doet de minister in zulke situaties? Welke macht heeft hij dan? Onze fracties vragen om waarborgen voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg bij restitutie.

Het is noodzakelijk dat er een tussentijdse evaluatie komt, waarbij wordt ingegaan op de reacties en de ervaringen met vormen van marktwerking.

De overheid draagt een grote verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg. Zorgvuldigheid en behoedzaamheid zijn nodig nu wij aan het begin staan van deze majeure operatie van de herziening van het zorgstelsel. Artikel 22 van

onze Grondwet mag geen dode letter worden.

Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van de heer Hamel inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Wij wachten met belangstelling de reactie van de minister af.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. De huidige wetsvoorstellen zijn volgens de minister proceswetten. Kennelijk is dat een nieuwe variant van kaderwetten. Kaderwetsvoorstellen zijn over het algemeen erg lastig voor de lezer. Meestal geven zij een stukje van de horizon, dan weer het pad waarlangs de horizon moet worden bereikt. Soms wordt daarin de huidige situatie aangegeven met een visie op wat er op den duur moet worden bereikt. Het vereist nogal wat kennis van de lezer van het landschap en van de valkuilen die daarin mogelijk aanwezig zijn. Als het om vrij technische wetten gaat, zoals indertijd de BIG, is dat allemaal niet zo'n probleem, maar als het om wetsvoorstellen gaat die een ideologie of politieke keuzen bevatten, kan dit wel een probleem vormen. Indien er in de loop van de tijd een andere wind waait, is het relatief eenvoudig om zo'n wet naar andere inzichten te wijzigen.

De HOZ en met name de WTZi pogen een wettelijke basis te bieden voor een overgang van aanbod-gestuurd naar vraaggerichtheid, waarbij meer marktprikkels worden ingebouwd. Met de WTG ExPres moet dit gefaciliteerd worden. Zij zal het sluitstuk vormen door instelling van de zorgautoriteit. Kortom, een vrij fundamentele wijziging. De VVD-fractie heeft de indruk dat "proceswetten" nog moeilijker te beoordelen zijn. Kennelijk legt de minister in dit land gaandeweg een aantal rotondes aan, zodat hij kan omkeren als het proces halverwege in het voorgestelde landschap verdwaalt. Ik kom daarop terug. Bij dergelijke wetgeving weet je op voorhand niet waar je "ja" tegen zegt. Laat dat nou net het probleem zijn van de VVD-fractie.

Wat in een dergelijke wetsvoorstel wel kan en ook moet worden vastgelegd, is een systeem van checks and balances, waaraan een verdere uitwerking kan worden getoetst. Als er bijvoorbeeld voor

## Swenker

wordt gekozen om partijen in de zorgmarkt meer vrijheid te geven om te onderhandelen, vereist dat uiteraard een regeling van toezicht, opdat misbruik van de positie van een van de partijen kan worden bestreden. Vervolgens moet worden voorkomen dat de toezichthouder zich ontwikkelt tot een staat in een staat. Met andere woorden: wie houdt toezicht op de toezichthouder?

De VVD-fractie wil een aantal kapstokken waaraan de uitgangspunten kunnen worden gehangen die steeds de toetssteen zijn bij de verdere invulling van het hele proces.

De twee wetsvoorstellen, evenals de WTZi, waarover wij begin volgend jaar praten, beogen op onderdelen van de zorg een verandering teweeg te brengen. Daarbij treden ook spanningsvelden op die een verdere invulling kunnen doorkruisen en waarover dus nu duidelijkheid moet komen.

De minister blijft er enerzijds voor verantwoordelijk dat de kosten van de gezondheidszorg niet te pan uit rijzen. Anderzijds wil hij meer vrijheid voor partijen om zelf arrangementen te treffen, ook in financieel opzicht, en wil hij meer marktwerking. Voorts moet het toetreden van nieuwe zorgaanbieders gemakkelijker worden gemaakt. De historie heeft echter tot nu toe geleerd dat tarieven zelden of nooit omlaag gaan en dat met het toenemen van het aantal zorgaanbieders het volume en dus de kosten stijgen. De vraag is dan ook of marktprikkels het antwoord zijn voor een beheerste kostenontwikkeling. De gezondheidszorg is immers een zeer onevenwichtige markt. Er is schaarste en verwacht wordt dat deze schaarste op onderdelen nog zal toenemen, zoals bijvoorbeeld is voorspeld voor het aantal huisartsen. Voor de patiënt zal het moeilijk blijven om tot een eigen oordeel te komen omtrent de kwaliteit van en het inzicht in de juiste behandeling, ook al wordt hij nog zo goed voorgelicht of begeleid. Bovendien, als hem wat overkomt, en hij heeft zorg nodig, dan wil hij meestal alles wat mogelijk is.

Wie wordt baas over wie? Er komt een zorgautoriteit die erop toeziet dat partijen bij hun onderhandelingen geen misbruik maken van hun positie. Maar wie zorgt ervoor dat de zorgautoriteit in de praktijk niet een zodanig eigen koers gaat varen dat

de gewenste vrijheid van partijen een wassen neus wordt? De eerste uitspraken van de heer De Grave als voorzitter van de komende zorgautoriteit geven vooralsnog niet alle vertrouwen.

De keuzevrijheid van de patiënt is nog een punt. Wat gebeurt er als de verzekeraar ondanks zijn zorgplicht niet de zorg aanbiedt of contracteert die de patiënt wil? De patiënt kan eenmaal per jaar stemmen met de voeten. Is dat wel effectief?

Het is goed om eens wat dieper op deze punten in te gaan.

Op zichzelf heeft de VVD-fractie niet zoveel problemen met deze concrete wijziging van de WVG. Partijen krijgen meer mogelijkheden om tot tarieven op maat te komen en te experimenteren. Zoals uit de uitvoerige memorie van toelichting blijkt, is dit echter pas het begin van veel indringender wijzigingen. In dit verband wordt ook verwezen naar de HOZ en de WTZi. De WVG is indertijd uit kostenbeheersingsoverwegingen geschreven en jarenlang als zodanig gebruikt. Ik herinner mij bijvoorbeeld het begin van de jaren negentig, toen in één jaar veertien groepen van zorgaanbieders een tariefafslag opgelegd kregen van staatssecretaris Simons omdat hij binnen zijn macrokader moest blijven. Naar aanleiding van de stijging van het volume bij de medisch specialisten is de minister midden jaren negentig bij wet de mogelijkheid gegeven om macrobudgetten vast te stellen. Al deze instrumenten zijn nog steeds stevig verankerd in de WVG en worden ook door de minister gebruikt.

Een ander instrument van de overheid was het beperkt houden van het aanbod, bijvoorbeeld door een numerus fixus. Als gevolg van dit alles waren de kosten redelijk beheersbaar, maar daardoor ontstonden ook schaarste en wachtlijsten.

Wij staan nu op een kruispunt met als uitgangspunt het inslaan van de tegenovergestelde weg: meer marktwerking, meer vrijheid voor partijen, meer flexibiliteit ten aanzien van tarieven en een zorgautoriteit als marktmeester. Op zich is de VVD-fractie het eens met deze koerswijziging. Zij zet echter ook vraagtekens bij de wijze waarop. Enerzijds nieuwe maatregelen om meer vrijheid te creëren. Anderzijds liggen de oude, aanbodregulerende artikelen stevig in de wet vast. De

VVD-fractie heeft de indruk dat de minister op de middenberm van de weg staat met zijn wetgeving, onder het mom de goede kant op te willen, maar zo in geval van nood snel om te kunnen draaien en terug te kunnen vallen op het oude instrumentarium. Dat houdt uiteraard verband met de verantwoordelijkheid van de minister voor het totale macrobudget en met zijn geloof in het uitgangspunt dat marktprikkels en eigen verantwoordelijkheid leiden tot meer doelmatigheid en minder stijgende prijzen.

De verantwoordelijkheid voor een beheerste kostenontwikkeling betekent dat de minister jaarlijks de kostenstijgingen raamt. De minister blijkt al jarenlang slecht te ramen. Het blijkt iedere keer waar dat hij er procenten naast zit. Vastgesteld moet worden dat Zorgverzekeraars Nederland zijn huiswerk aanzienlijk beter maakt. In het bekende geeltje nr. 43 van anderhalve week geleden van Zorgverzekeraars Nederland staat een overzicht van de ramingen en de gerealiseerde kosten vanaf 1996. Indien de minister al beweert dat hij realistisch raamt en niet beleidsmatig te laag, zal hij beter moeten leren rekenen. Anders raakt hij geheid, alleen al door zijn eigen ramingen, in de problemen. Dat is overigens meermaals in het verleden gebleken. Kan de minister verklaren waarom zijn ramingen voor 2005 ook weer fors naar beneden afwijken van die van ZN?

Tot op heden is het belangrijkste instrument van de minister het ingrijpen in de tarieven van de zorgaanbieders, hetzij in de vorm van tarieven of prijzen zoals met het geneesmiddelenconvenant van dit jaar, dat ook volgend jaar een vervolg moet krijgen, hetzij door het stellen van een macrokader zoals dat in 2004, en via een convenant ook voor 2005, voor de sector V&V aan de orde is. Hieronder valt ook het op een meer elegante manier opleggen van zorgaanbieders om meer waar voor hetzelfde geld te vragen. Dat speelt nu ook bij een aantal sectoren. Kortom, voorbeelden te over.

Interessant in dit verband is de memorie van toelichting bij de WTZi, waarin de minister stelt dat hij in de toekomst in feite nog maar twee instrumenten heeft bij de kostenontwikkeling: pakketversmalling en premieverhoging. Wanneer gaat die toekomst in? Enige tijd geleden heeft de minister een aantal zaken uit het

## Swenker

ziekenfondspakket geschrapt en onlangs is hij naar eigen zeggen nog eens met een stofkam door het pakket gegaan. Betekent het werken met een stofkam op zich niet dat de mogelijkheden om het pakket verder uit te dunnen langzamerhand ten einde lopen? Is de minister van mening dat hiervoor nog veel ruimte is? Premieverhogingen om de kostenstijgingen op te vangen, kunnen worden gedempt door eigen bijdragen, eigen risico's of no-claimkorting. Inmiddels staat in dit opzicht ook een aantal maatregelen op stapel. Ook dit instrument is beperkt. Er ontstaan problemen bij lagere inkomens. Bij chronisch zieken beginnen de problemen te komen en heeft de minister al weer miljoenen uitgetrokken om de pijn wat te verzachten. Als wij niet tot een systeem van rondpompen van geld willen komen omdat wij steeds meer mensen van een zorgsubsidie moeten voorzien, is hier waarschijnlijk snel de einder in zicht. Deelt de minister deze mening?

De VVD-fractie krijgt namelijk de indruk dat de minister weinig invloed op de komende kostenstijgingen zal hebben als hij zich beperkt tot pakketuitdunning en premie-maatregelen. De vraag is dan ook aan de minister hoe hij zal omgaan met kostenstijgingen. Zal hij toch niet ingrijpen in de exploitatie van zorginstellingen?

Een kleine zijsporang naar de WTZi. Desgevraagd door de VVD-fractie in het verslag, beperkt de minister zich tot zijn invloed op de financiering met betrekking tot het komende bouwregime van instellingen. Dat was niet de vraag van de fractie. De WTZi droeg eens de naam van exploitatie zorginstellingen. Argument was dat de minister daarmee met name eisen wil stellen met betrekking tot kwaliteit, transparantie en goed bestuur. Indertijd rees ook al de vraag of de minister in financieel opzicht in de exploitatie van instellingen kan ingrijpen, bijvoorbeeld in de tariefsfeer. Het hele arsenaal aan WTG-instrumenten is er nog. Daarom vraagt de VVD-fractie het nog maar eens. Wil de minister bij overschrijding van het landelijk financieel kader zich beperken tot afslanking van pakket of premie-maatregelen? Zo ja, zal de minister de betreffende CTG-artikelen dan laten verdwijnen met de invoering van de Zorgautoriteit? Zo neen, dan

meent hij kennelijk dat hij niet zonder dit instrumentarium kan en zal hij het dus ook gebruiken. In dit verband is het interessant te weten wat de minister bedoelt in zijn brief van 20 oktober jongstleden over de liberalisering van de electieve zorg als hij op bladzijde 14 schrijft dat hij bij ongewenste prijsstijgingen als ultimatum remedium de prijzen weer via het CTG zal laten vaststellen. Ik hoor graag het antwoord van de minister op deze vraag.

De VVD-fractie snapt de uitlating van de Raad van State dan ook erg goed: "Gas geven met aangetrokken handrem". Nu kan de minister wel zeggen dat hij een bijzonder zware hellingproef moet uitvoeren, maar dit is over het algemeen niet zo goed voor de auto. Met andere woorden, de vraag is of partijen in het veld nu zeer doelmatig het vuur uit hun sloffen zullen lopen op de markt als zij weten dat er bij financiële "macronood" van de minister weer van bovenaf bezuinigingen kunnen worden opgelegd.

De VVD-fractie zal niet ontkennen dat het probleem uiteraard veel te maken heeft met de onevenwichtige zorgmarkt. Zolang er schaarste is, leidt dit tot prijsstijgingen, terwijl de burger  $\pm$  zich van geen prijs bewust  $\pm$  onverkort om zorg zal blijven vragen. Dit staat nog los van de vergrijzing-problematiek. Het is maar de vraag of zorgverzekeraars kunnen voorkomen dat de prijzen stijgen, omdat zij immers hun zorgplicht hebben.

De minister onderscheidt in beginsel een aantal deelmarkten. Terecht, vind ik. Soms vormen onderdelen van zorg uit verschillende deelmarkten echter ketens en soms worden zij geleverd door een zorgaanbieder. Dit maakt het er allemaal niet helderder op.

Eerst de deelmarkt die in beginsel niet voor marktwerking in aanmerking komt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de topklinische zorgvoorzieningen dan wel voor zorgvoorzieningen waar de financiering grotendeels is gebaseerd op de beschikbaarheid van personeel, zoals de acute zorg. De minister gaat er in zijn brief van oktober 2003 over de acute zorg van uit dat als er sprake is van marktfalen, in feite het oude systeem zou moeten blijven gelden voor deze zorgvoorzieningen, in die zin dat de minister de vergunningen afgeeft en beslist over spreiding en beschikbaarheid. Betekent dit ook dat

de minister de hoogte van het (macro)budget vaststelt en dat er in feite sprake blijft van een volledig aanbodgestuurde zorg?

De VVD-fractie kan zich hier wel iets bij voorstellen, met name als het gaat om evenwichtige spreiding van zorg en kwaliteit, maar zij begrijpt niet dat de minister dan toch nog een marktelement wil introduceren zoals hij nu voorstelt bij de ambulancezorg om de vergunning op basis van aanbesteding af te geven. De betreffende onderdelen van academische ziekenhuizen of de spoedeisende hulp van een ziekenhuis zijn zo verweven met de andere onderdelen dat het hoogst merkwaardig zou zijn om andere zorgaanbieders via aanbesteding uit te nodigen om een vergunning voor een onderdeel aan te vragen. Zal de minister in de toekomst bijvoorbeeld ook de huisartsenposten aanbesteden?

Regionale ambulancevoorzieningen zijn weliswaar zelfstandige voorzieningen, maar zij moeten een onderdeel van de keten acute zorg zijn, hetgeen inhoudt dat zij nauwe contacten en samenwerking onderhouden met de huisartsenposten en vooral ziekenhuizen in de prehospitalen zin. Indien er steeds eenmaal in de vier jaar een aanbesteding volgt, zullen de diensten elkaar als concurrent zien. Daar is op zich niets mis mee, maar het is de vraag of dit wel ten goede komt van de samenwerking tussen de diensten  $\pm$  denk aan het landelijke Ambulance bijstandsplan  $\pm$  of van de ketenzorg.

Bovendien rijst de vraag bij mijn fractie of er soms in feite eigenlijk alleen maar sprake is van een vorm van management buy out, omdat een nieuwkomer meestal niet beschikt over voldoende hoogwaardig materieel en voldoende hoogwaardig personeel. Hij is dan gedwongen materieel en mensen van de oude dienst over te nemen. In de praktijk is er dan vrijwel altijd sprake van desinvesteringkosten. Is het instrument van aanbesteding niet een beetje een krampachtige poging om iets van marktwerking in een aanbodgestuurde omgeving te realiseren? Is de minister niet van mening dat hij voldoende andere instrumenten heeft om eisen aan kwaliteit en doelmatigheid te stellen? Overigens is mijn fractie wel van mening dat als een zorgaanbieder niet meer voldoet aan de voorwaar-



den die bij de vergunning zijn gesteld, de vergunning aan een ander moet worden gegeven, desnoods op basis van aanbesteding. In dit verband is ook de concept EG-richtlijn Diensten, nummer 18, zeer interessant. De minister van VWS geeft de vergunning af en er is geen concurrentie in de markt. Dat stelt de minister ten aanzien van de acute zorg. Dan rijst de vraag of deze richtlijn van toepassing is. Kan de minister uitleggen hoe hij deze richtlijn gaat interpreteren voor die sectoren ten aanzien waarvan hij beslist hoeveel zorgaanbieders er noodzakelijk zijn om de goede toegankelijkheid en bereikbaarheid te bereiken? Ik heb het nu over de situatie waarin er sprake is van concurrentie om de markt. Gaat de minister alles aanbesteden?

Dan kom ik nu toe aan de andere deelmarkten, waar wel marktwerking op zijn plaats is. De DBC's van de ziekenhuizen en de fysiotherapeuten zullen als eerste aan bod komen, zo begrijpt de VVD-fractie. Het blijkt echter dat veel fysiotherapeuten de lier aan de wilgen hangen of nu al failliet gaan. Los van de oorzaak rijst de vraag bij de VVD-fractie of dit niet tot gevolg kan hebben dat een betrokken beroepsgroep weer schaars gaat worden. Wat zal dan de gedragslijn van de minister zijn? Stijgen dan alleen de prijzen voor hun verrichtingen of grijpt de minister anderszins in, bijvoorbeeld door hen weer onder een ander markttype te brengen, of door de tarieven en prijzen weer centraal te reguleren? De geruchten gaan dat de invoering van de eerste 10% DBC's in 2005 zal leiden tot een kostenstijging van ongeveer 27 mln. Kan de minister daarover uitsluitel geven? Indien dit gerucht waar is, wat is dan zijn reactie?

Daartussen bevinden zich sectoren waarvan nog niet echt duidelijk is of zij in aanmerking komen voor meer marktwerking, dan wel niet. Ook daarom is het nodig dat er meer en duidelijker criteria komen voor partijen in deze sectoren.

Voor de VVD-fractie staat hier een heel belangrijke kapstok met uitgangspunten waaraan zij het beleid van de minister toetst. In de eerste plaats betreft dat de transparantie van de criteria die de minister hanteert. Welke instrumenten wil de minister gebruiken en in welke omstandigheden? Wat zullen de

rechtvaardigingsgronden zijn om in te grijpen? Gaat de minister niet meer beleidsmatig ramen? Zal hij bij een onverwachte stijging van de kosten eerst het pakket afslanken en/of de premie verhogen? Onder welke condities gaat hij ingrijpen in de prijzen van de zorgaanbieders?

Een andere kapstok betreft het toezicht op de markt. In de WTG ExPres wordt al een deel van de instrumenten neergelegd die straks aan de Zorgautoriteit toekomen. De Zorgautoriteit moet als marktmeester informatie verzamelen, zich vervolgens een oordeel vormen en indien nodig interveniëren. Hij houdt er toezicht op dat partijen geen misbruik maken van hun marktpositie. Dat vereist in zijn zuivere vorm overigens wel vrije prijsvorming.

In zijn brief over de Zorgautoriteit van 10 september 2004 gaat de minister al veel verder. Hij stelt ook hier weer dat hij vanwege beheersing van de collectieve lasten in sectoren kan ingrijpen in de macrokostenontwikkeling. Hij kan de Zorgautoriteit inschakelen met betrekking tot de vraag hoe zijn ingreep in de sector het beste vorm kan worden gegeven. De Zorgautoriteit wordt daarmee de verlengde arm van de minister, die in feite het overheidsbeleid ook uitvoert, dan wel kan adviseren aan de minister door een zogenaamde signalering te geven. Het is, kortom, zoals de minister recentelijk zei: de gereedschapskist van de Zorgautoriteit is ruim gevuld. Gelet op de door de minister toebedachte taken zal de Zorgautoriteit een "mixture" worden van het huidige CTG en de NMa, voor de zorg.

Deze Zorgautoriteit heeft dus een wel zeer hybride karakter. De minister geeft immers aan in hoeverre een markt gereguleerd dan wel gedereguleerd is. Hij geeft aanwijzingen voor de opstelling van beleidsregels. Bovendien kan de minister besluiten een besluit van de Zorgautoriteit met algemene werking te vernietigen, indien dit in strijd is het met recht of met het belang van de volksgezondheid. Dat blijkt uit zijn brief van 10 september 2004. Kan de minister uitleggen wat hij bedoelt met het belang van de volksgezondheid? Zijn dat ook macrobudgettaire belangen?

De VVD-fractie wil nu niet de discussie voeren over de wenselijkheid van ZBO's. Daar komt nog wel

een ander moment voor. Maar gelet op de grote interactie tussen de minister en de Zorgautoriteit, het uitgebreide takenpakket van de Zorgautoriteit, dat veel verder gaat dan alleen het marktmeesterschap, rijst de vraag bij de VVD-fractie of de minister niet een nieuw Kremlin te Utrecht aan het creëren is. Instellingen waarin geen vrije prijsvorming mogelijk is, die aanbodgestuurd blijven, waarvoor de tarieven worden vastgesteld, moeten immers wel heel veel informatie verstrekken aan de zorgautoriteit, opdat "deze met nieuwe vormen van prijsregulering marktwerking kan nabootsen, teneinde deze instellingen tot kostenbewustzijn en doelmatigheid te stimuleren". De VVD-fractie vraagt zich echt af of de minister dit serieus meent. Deze instellingen zitten vast in hun werkerrein, in hun budget, zij kunnen als het ware geen kant op. Als de minister doelmatigheid wil beoordelen, kunnen een benchmark of eventueel prestatieafspraken hem waarschijnlijk voldoende uitkomst bieden. Wat bedoelt de minister met "nieuwe vormen van prijsregulering"? Wat levert hem dit op, gelet op de ongetwijfeld extra administratieve rompslomp en extra inspanning die het vergt?

Op een groot aantal terreinen kunnen prijzen nog niet worden vrijgegeven omdat er te veel schaarste heerst, anders zou er een prijsopdrijvend effect ontstaan. Vrije onderhandeling over het volume van producten is wel mogelijk, maar ook dat kan tot kostenstijging leiden. De zorgautoriteit kan of moet voor productomschrijvingen en transparantie zorgen. Gaat de zorgautoriteit nu in feite regelen welke producten er in de gezondheidszorg zijn en welke er worden vergoed? Dat roept ook de vraag op of alle zorg wel in producten te vangen is. Een patiënt kan een aandoening hebben, die zich niet altijd in goed afgebakende producten laat vatten. Bovendien schrijdt de wetenschap voort en de vraag is hoe snel nieuwe ontwikkelingen kunnen worden gevangen in nieuwe productomschrijvingen. Wat moet nu een zorginstelling, waarschijnlijk een ziekenhuis, in rekening brengen? En hoe kijkt de zorgautoriteit daar tegenaan? Als er nieuwe regels worden uitgevonden, ontstaat er dan geen nieuwe bureaucratie? Of zal het ziekenhuis simpelweg zeggen: wij kunnen u niet bieden wat u nodig hebt, want u past

## Swenker

niet in een DBC-profiel? Hoe stelt de minister zich deze ontwikkeling met betrekking tot de DBC's verder voor? De VVD-fractie begrijpt overigens ook wel dat wij moeten voorkomen dat er duizenden DBC's ontstaan, want dat zou op zichzelf tot onoverzichtelijkheid en mogelijk frauduleus gedrag leiden. Waar ligt de balans?

De VVD-fractie vraagt de minister of het niet sterke aanbeveling verdient om de taken van het CTG en die van de zorgautoriteit beter uit elkaar te halen. De periode dat de zorgautoriteit voor een aantal sectoren alleen de CTG-taken uitvoert, kan nog vele jaren bestrijken. De minister stelt zelf dat hij rustig en weloverwogen het proces wil begeleiden en volgen. Indien een sector al tot de vrije markt gaat behoren en de zorgautoriteit die sector dan onder haar hoede neemt, kan het toch gebeuren dat de minister wil terugvallen op het CTG-instrumentarium. Dan moet de zorgautoriteit weer het kleed van het CTG aantrekken. Dat acht de VVD-fractie buitengewoon verwarrend en ongewenst.

Dan kom ik bij het loslaten van de omgekeerde contracteerplicht, de positie van de verzekerde die zo nu en dan ook patiënt is. Ik maak welbewust dat onderscheid. Het gedragspatroon van een verzekerde is anders dan dat van een patiënt. In een aanbodgestuurd systeem heeft de patiënt niet al te veel keuze, een verzekeraar trouwens ook niet. Uitgangspunt is nu dat de keuzevrijheid van de patiënt vergroot wordt. In een aanbodgestuurd systeem was de invoering van het PGB een uitkomst. Indien de aanbieder beperkt was in zijn mogelijkheden om zorg op maat te leveren, kon de patiënt met zijn voeten stemmen en zeggen: ik regel het zelf wel, ik regisseer de zorg om mij heen via een PGB. Nu wordt de rol van regisseur aan de verzekeraars gegeven. Wat gaat er nu overigens met het PGB gebeuren? Gaat dat verdwijnen of is het ter keuze aan de verzekeraar?

In de HOZ mag de verzekeraar de keuze maken welke zorgaannemers hij contracteert. De verzekerde wordt dus afhankelijk van de zorgverzekeraar. Een van de belangrijkste redenen is dat de zorgverzekeraar meer kennis en marktmacht heeft om doelmatig zorg in te kopen. Toch zitten hier een aantal haken en ogen

aan. Door de jarenlange aanbodbeheersing is er op een groot aantal terreinen geen sprake van overcapaciteit van zorgaanbieders. Bovendien zijn onze inzichten gewijzigd. Zo laten wij mensen bijvoorbeeld langer thuis in hun eigen omgeving, zodat zelfs de bestaande capaciteit niet meer voldoet. Dat is het bekende verhaal van de ouderwetse verzorgingstehuizen die omgebouwd moeten worden tot woonzorgbehuizing. De meeste mensen worden geboren als verzekerde. Een enkeling gelukkig maar als patiënt. In de praktijk blijkt dat de Nederlander zich graag voor van alles en nog wat verzekert, maar in het algemeen zeer weinig van verzekeraar wisselt, op een zeer klein percentage meestal koopjesjagers na. Ook een forse verhoging van de nominale premie zal naar mening van de VVD-fractie vooral de verzekeraars onderling scherp houden. De meeste verzekerden zullen niet ieder jaar alle premies gaan vergelijken, tenzij de verschillen te groot worden uiteraard. Verzekeraars houden elkaar goed in de gaten en zullen ervoor zorgen dat het verschil tussen de nominale premies niet te gortig wordt. De verzekerde wil eigenlijk vooral service en dat het goed geregeld is als hem iets overkomt. Inhoudelijk verdiept hij zich niet zo in zijn polisvoorwaarden totdat hem iets overkomt. Dan kan hij erachter komen dat de zorgaanbieder van zijn keuze niet is gecontracteerd.

Ondanks de regionale dichtheid van veel verzekeraars, hebben zij vrijwel allemaal landelijk verzekerden. Kan een zorgverzekeraar zich beperken tot het contracteren in gebieden waar hij een behoorlijke verzekerdensdichtheid heeft? Kan hij dan aan de verzekerden die hij verder in het land heeft de eis stellen dat zij moeten reizen naar de regio waar de verzekeraar wel contracten heeft afgesloten? Als dit het geval is, is het dan geen duidelijke verslechtering van de keuzevrijheid van verzekerden? Als dit niet het geval is, levert het dan geen grote administratieve belasting van de verzekeraar op? Deze moet dan immers in feite door het hele land heen contracten sluiten. De ZN-regiovertegenwoordigers waren er toch ook niet voor niets? Welke invloed kan een verzekeraar nog uitoefenen op het doelmatige gedrag van zorgaanbieders als hij vanwege schaarste aan zorgaanbieders, of omdat hij

overall in het land verzekerden heeft, alle of nagenoeg alle zorgaanbieders moet contracteren?

De minister stelt dat er meer mogelijkheden moeten komen voor zorgaanbieders om zich te vestigen, vooral waar het gaat om electieve zorg. Er zou dus een zekere mate van overcapaciteit moeten komen. Bij het wegwerken van de wachtlijsten in de AWBZ-zorg bleek achter de wachtlijst nog een latente vraag aanwezig te zijn. Overcapaciteit leidt dus, zeker in het begin, niet altijd tot stijging van het volume en dus van kosten. Dat gebeurt vooral indien men vanuit een onevenwichtige markt vertrekt. Hoe gaat de minister daarop reageren vanuit zijn verantwoordelijkheid voor het makro kader?

Als een verzekerde niet tevreden is het met contracteerbeleid van zijn zorgverzekeraar, kan hij één keer per jaar wisselen van verzekeraar zonder risico of selectie. Naarmate het basiszorgpakket kleiner wordt, zijn de aanvullende verzekeringen belangrijker. Tandartszorg en fysiotherapie zijn toch zorgvormen die door verzekerden als essentieel worden ervaren. Bij de aanvullende verzekering, zeker als die een uitgebreide dekking heeft, zal de zorgverzekering zijn recht om over te gaan tot risicoselectie gebruiken. Als de verzekerde wordt geweigerd voor een aanvullende verzekering door een andere verzekeraar omdat hij een hoog gezondheidsrisico heeft of als hij een veel hogere premie moet betalen voor het aanvullende pakket, bedenkt hij zich wel drie keer voordat hij van verzekeraar veranderd voor zijn basisverzekering.

Het omgekeerde is ook denkbaar. Mag een verzekeraar bijvoorbeeld in zijn aanvullende polis eisen dat de verzekerde ook een basisverzekering bij deze verzekeraar moet nemen? ZN is aan het bezien of tot een nieuwe gedragscode kan worden gekomen. Daarin zou komen te staan dat de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar moeten worden afgesloten. Beland de verzekerde dan niet van de regen in de drup? De aanvullende verzekering kan immers in feite het stemmen met de voeten ten aanzien van de basisverzekering blokkeren. Wat vindt de minister van deze ontwikkeling? Is hij voornemens om in te grijpen als er een dergelijke code komt omdat dan één van zijn pijlers, namelijk de vrijheid van

## Swenker

verzekerden om een verzekeraar te kiezen, via deze achterdeur wordt belemmerd? Hoe verhoudt zo'n mogelijke code van verzekeraars zich met de mededingingsregels? De VVD-fractie heeft begrepen dat het CVZ op het ogenblik een onderzoek instelt naar deze indirecte vorm van risicoselectie. Kan de minister daar al meer over vertellen? Mijn vraag is dus hoe de minister hier de "checks and balances" hanteert.

Als een verzekerde gebruik wil maken van de diensten van een niet gecontracteerde zorgaanbieder en niet wil veranderen van verzekeraar, bestaat de mogelijkheid dat hij de kosten van de behandeling gerestitueerd krijgt. Heeft de verzekeraar de plicht om in zijn assortiment een restitutiepolis op te nemen, nu of straks als de basisverzekering er is, of is hij altijd verplicht om een deel van de kosten te restitueren als de verzekerde dat wil? De vraag is vervolgens om welke kosten dat gaat. Volgens de concept-AMvB wordt de hoogte van de restitutie, bedoeld in artikel 11 van de Ziekenfondswet, eenzijdig door het ziekenfonds vastgesteld, maar wel zodanig dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuzevrijheid als het gaat om al dan niet gecontracteerde zorg; anderen hebben dit ook al genoemd. Volgens de nota van toelichting kan de verzekeraar kiezen tussen bijvoorbeeld een procentuele vergoeding of een vergoeding van de kosten tot een bepaald maximum.

Maar stel dat het om een "verre" verzekerde gaat en dat zijn verzekeraar geen contract heeft gesloten met zorgaanbieders in zijn buurt. Dit betekent dat deze verzekerde te maken krijgt met reisafstanden. Om een afweging te kunnen maken of hij toch maar niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zal gaan, zou een verzekerde zich dus eerst tot de zorgaanbieder van zijn keuze moeten wenden om te vragen wat de behandeling van zijn aandoening zal kosten, als hij al kan aangeven welke aandoening hij heeft. Hij moet dan maar hopen dat het ziekenhuis hem daarop antwoord kan en wil geven. De reiskosten die zijn familie en hij moeten maken, kan hij betrekken bij het optellen en aftrekken. Een dergelijke gang van zaken lijkt onze fractie gespeend van elke realiteit. En dan praat ik nog niet eens over een patiënt die helaas door een ambulance van de straat moet

worden opgeraapt en die gewoon met de grootst mogelijke spoed naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis wordt gebracht. Dan is een rekenpartij niet aan de orde.

Kennelijk wil de minister dit overlaten aan de jurisprudentie. Wij vinden het niet zo'n goed idee om te volstaan met de mededeling dat de verzekerde altijd een klacht kan indienen of naar de rechter kan stappen, wij zouden meer objectieve maatstaven willen zien. Wie beoordeelt of er sprake is van een redelijke vergoeding? Wellicht gaat het om een verzekerde met een hoog gezondheidsrisico en hoopt de verzekeraar dat deze met zijn voeten gaat stemmen. Het doel is, zeker ook van de nieuwe basisverzekering, dat er een systeem van checks and balances ontstaat voor de zorgverzekeraar, die een grote invloed heeft op de keuze van de zorgaanbieders die hij contracteert, en de verzekerde, die meer keuzevrijheid moet krijgen door weg te kunnen lopen naar een andere verzekeraar. Maar het is dus maar de vraag of dit echt gemakkelijk kan. Bovendien kan de verzekeraar zelf de hoogte van de restitutie bepalen. Waarom ontwikkelt de minister geen andere criteria?

De VVD-fractie is van mening dat marktwerking op de verzekeringsmarkt net als op de zorgverleningsmarkt een goede regeling met checks and balances vraagt. Het adagium "wij, verzekeraars, weten wat goed is voor u als verzekerde" is wel goed, maar het moet met mate worden toegepast. De positie van met name de individueel verzekerde is nu alleen gebaseerd op het kunnen stemmen met de voeten, waarbij wij veel vraagtekens zetten. Is dit wel voldoende? Wij zien de beantwoording van onze vragen graag tegemoet.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. Ik heb echt te doen met deze minister, want wij hebben vandaag met een grote hoeveelheid vragen heel wat op zijn schouders gelegd. Ik vraag me af tot in welke kleine uurtjes wij nog in deze Kamer zullen moeten vertoeven om antwoord te kunnen krijgen op de stortvloed van vragen en onzekerheden die over hem heen is gekomen. Je vraagt je in gemoede af of wij met de herziening van het hele stelsel van de gezondheidszorg niet

aan een avontuur beginnen waarvan wij niet helemaal zeker weten of het wel goed afloopt. Misschien moeten wij ons eerst nog goed bezinnen voordat wij beginnen.

Hier zou ik het bij kunnen laten, want ik vrees dat ik alleen maar in herhaling kan treden, maar ik wil toch een paar principiële punten aan de orde stellen. Mijn fractie wil de behandeling van deze wetsvoorstellen vooral aangrijpen om de nieren van deze minister te proeven ± dit leek mij wel een mooie beeldspraak in het kader van de gezondheidszorg ± op het punt van de toekomst van de gezondheidszorg. Wij zien dit debat als een eerste gelegenheid om met deze minister te discussiëren over de komende stelselherziening en de introductie van marktwerking en daarmee van winstoogmerk in de zorg. Daarvoor is er in ieder geval in deze Kamer nog niet de gelegenheid geweest. Dat heeft u kunnen merken aan de inbreng van mijn collega's. Ook buiten deze Kamer is het debat nog niet in al zijn scherpste gevoerd, terwijl dat wel dringend gewenst is.

Dat betreft precies de kern van het probleem dat mijn fractie heeft met de wetten die nu voor ons liggen. Wij kunnen onvoldoende overzien met welk breder toekomstperspectief wij ze moeten beoordelen. Het zijn wetten die voorsorteren op de introductie van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg zonder dat wij precies weten wat die marktwerking zal inhouden en of alles wat daarbij komt kijken geregeld is. Sterker: naar onze mening is zelfs de vraag niet goed beantwoord of marktwerking, zelfs in gereguleerde vorm, het meest voor de hand liggende instrument is om doelmatigheid, toegankelijkheid en kostenefficiëntie in de gezondheidszorg te realiseren.

Voorzitter. Wij vrezen dat wij met betrekking tot deze kwesties min of meer in een fuik zijn gelokt. Daarvoor is een mooie term bedacht. Men spreekt van proceswetten. Daarmee geeft men een voorstelling van zaken die vaker door de wetgever wordt gebezigd. Doordat stelselherzieningen buitengewoon complexe processen zijn die vrijwel altijd aan een groot aantal wetten raken, worden eerst allerlei wetten aangepast met de mededeling dat de wijzigingen sowieso noodzakelijk zijn in het kader van deregulering en ontbureaucratisering. Dat zijn natuurlijk doelstellingen waar

niemand tegen is. Er wordt bij gezegd dat de echte beslissingen later aan de orde zijn. Als die echte beslissingen komen, kun je eigenlijk niet meer terug, want dan blijkt dat alles en iedereen er al voor klaar zit. Het is een soort fuik waar het parlement door de regering ingetrokken wordt, waardoor je het zonder het goed te beseffen in een situatie van voldongen feiten terecht komt. Wij hebben dat in deze Kamer aan den lijve ervaren met de Wet op de jeugdzorg en te vrezen valt dat wij met de stelselherziening van de gezondheidszorg eenzelfde traject bewandelen. Wij worden op een tamelijk onschuldige manier verleid om maar akkoord te gaan met wetten die niet zo heel erg belangrijk zijn, terwijl wij de kans lopen om straks verwijtend te worden toegesproken: als je eenmaal A hebt gezegd, word je ook geacht om B te zeggen. Er worden overal zaken klaargezet en in werking gesteld zonder dat er een helder politiek beslismoment is geweest. Dat wil zeggen: een moment dat in een parlementair debat de lichten bewust op groen gezet worden. Het is de politiek van dingen laten gebeuren, waardoor een sector ongemerkt het punt of no return passeert.

Om die reden menen wij dat dit het moment is om eens grondig te discussiëren over de mogelijkheden en wenselijkheden en de onmogelijkheden en onwenselijkheden van marktwerking in de gezondheidszorg. Ik vind eigenlijk dat de Kamer daar een helder beeld van moet krijgen. Waar wil deze minister precies naar toe en hoe wil hij dat regelen? Die helderheid is nodig om je op een verantwoorde manier een oordeel te kunnen vormen over deze twee wetten.

Dan gaat het om meer dan om het uitspreken van de magische formule dat de overheid er is om het publieke belang te waarborgen. Dat is tegenwoordig een verplicht mantra dat onmiddellijk wordt uitgesproken als marktwerking in de publieke sector aan de orde is. Een soort geruststellende bezwering die duidelijk moet maken: we weten wat we doen, maak je geen zorgen. Maar het gaat natuurlijk niet om de formule als zodanig, maar om de precieze praktijk, om de gekozen bestuurlijke instrumenten waarmee deze publieke belangen in de praktijk worden geborgd. Daarbij starten wij

niet vanuit het niets, want wij hebben in dit land inmiddels een schat aan ervaringen met problemen die wij in andere publieke sectoren zijn tegengekomen na de introductie van gereguleerde marktwerking. Daardoor rust op ons de plicht om vergelijkbare problemen in de gezondheidszorg te vermijden.

Laat ik een voorbeeld geven dat wij kennen van de volkshuisvesting en van de verzelfstandiging van de woningcorporaties. De grote weeffout die tien jaar geleden is gemaakt bij de zogenaamde bruteringsoperatie is dat onvoldoende is vastgelegd hoe de nieuwe maatschappelijke ondernemingen met hun maatschappelijk kapitaal zouden moeten omgaan, hoe zij dat dus voor volkshuisvestelijke doeleinden productief konden en zouden moeten maken. Daarom is er nu wel een fors vermogen, maar komt de stedelijke herstructurering niet op gang. Met andere woorden: wij hebben onvoldoende richting gegeven aan hun investeringen en ondervinden vandaag de dag daarvan de gevolgen, namelijk een toenemende schaarste aan woonruimte voor mensen met een lager inkomen en een fors toegenomen huurquote voor mensen die van het aanbod van de sociale huursector afhankelijk zijn. Dat was natuurlijk absoluut niet de bedoeling van de hele operatie, maar dit is wel het effect. Toen dat effect optrad, waren er geen instrumenten voorhanden om corrigerend op te treden, met alle gevolgen van dien. De vraag is nu wat daarvan de lessen zijn voor de zorgsector. Dat is natuurlijk een vraag die de minister als eerste moet beantwoorden. Dat antwoord is er nog niet, in elk geval niet afdoende. Het is duidelijk dat de minister winstprikkels en het toestaan van uitkeerbare winsten wenselijk acht. Dat hij daarmee een ratio in de zorg introduceert die hele organisatie met een "invisible hand" in de richting stuurt van werkzaamheden die het snelst tot rendement leiden en dat daarmee andere minder rendabele handelingen binnen deze organisaties min of meer gemarginaliseerd worden, is een veel minder besproken hoofdstuk. De minister wuift dat te makkelijk weg.

Volgens mijn fractie is de essentie van de ervaring die tot nu toe met de introductie van marktwerking in publieke sectoren is opgedaan, dat je het vraagstuk van het winst maken,

van de dominantie van een economische rationaliteit en de gevolgen daarvan tot in de puntjes moet regelen, want achteraf kun je niet goed meer corrigeren. Verantwoordelijkheden, aanspraken en correctiemechanismen, checks and balances moeten volstrekt helder zijn geformuleerd. Hier past geen dereguleringsmentaliteit, maar juist scherpe en heldere regels vooraf. Het gaat immers om grote hoeveelheden publiek geld.

Mijn fractie kan niet anders dan constateren dat wij in de publieke sector opnieuw aan een traject dreigen te beginnen waar juist op dit cruciale punt onduidelijkheid is blijven bestaan. Er mag, ja er moet uitkeerbare winst gemaakt kunnen worden, maar het hoe en wat regelen wij later wel. In zijn beleidsvisie WTZ heeft de minister er hoge verwachtingen van, want zo schrijft hij op pag. 3: "Daarnaast zal de efficiëncyprikkel die van op rendement gebaseerde zorgondernemingen uitgaat, doorwerken naar de niet op winst gerichte zorgaanbieders". Met andere woorden: de winstprikkel saneert de gezondheidszorg en zal als een siddering door alle zorgaanbieders gaan om ze zo doelmatig mogelijk te laten werken.

Wij zijn daar sceptisch over. Wat dat betreft deelt mijn fractie de zorg van de CDA-fractie zoals vorige week verwoord tijdens de algemene politieke beschouwingen door collega Werner. Hij sprak over maatschappelijke ondernemingen, waarmee hij doelde op private, niet op winstuitkering gerichte ondernemingen die specifiek zijn toegesneden voor het op private basis uitvoeren van geheel of gedeeltelijk publieke taken. Scholen, woningbouwcorporaties en ziekenhuizen behoren daartoe. Ik citeer de heer Werner: "Met name in de hervormingsplannen voor de gezondheidszorg lijkt regelrecht afgekoerst te worden op pure vrije marktwerking met daarbij behorende op winstuitkering gerichte instellingen. In zijn recente brief van 20 oktober 2004 over de liberalisering van de zorgsector heeft de minister van VWS het ook letterlijk over het toestaan van uitkeerbare winst aan ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. De CDA-fractie is er nog even niet aan toe dat de winst die gemaakt wordt

op de behandeling van psychiatrische patiënten, wordt uitgekeerd in de vorm van dividend aan de aandeelhouders. De directie die dergelijke voorstellen zal moeten voorleggen aan de cliëntenraad, zal het waarschijnlijk niet overleven. Ik beveel de heer Hoogervorst dan ook aan om kennis te nemen van het artikel in Onderneming en Maatschappij van de hand van J.P. Balkenende, getiteld De maatschappelijke onderneming. Er is meer dan alleen maar markt of overheid."

Ik heb net als de heer Hoogervorst het artikel gelezen. Het is inderdaad zeer interessant. Ik beveel ook de heer Balkenende aan om het nog een keer grondig te lezen. De premier pleit voor de maatschappelijke onderneming als een soort derde weg tussen Staat en markt. In zo'n onderneming is sprake van een maatschappelijke omgangsregeling met winst, vermogen, exploitatie en kapitaalslasten die eigenlijk in strijd is met het idee om tot uitkeerbare winst over te gaan. In zijn beleidsvisie zegt deze minister dat met ingang van 1 januari 2005 aanbieders van extramurale zorg winst mogen beogen. Hij zet met andere woorden nog voordat alle consequenties overwogen en geregeld zijn, de deur al open voor commerciële zorg. Dat lijkt ons buitengewoon prematuur onverstandig. Dat er pas in februari een nota verschijnt over de wijze waarop met deze winst moet worden omgegaan en over de invloed op kapitaallasten et cetera is eigenlijk de omgekeerde wereld. Deze zaken moet je vanaf het begin helder krijgen.

Wie in de publieke sector om zich heen kijkt, ziet tal van vragen op zich afkomen, zeker als het gaat over de introductie van marktwerking die op vele terreinen langzamerhand voet aan de grond heeft gekregen. De vraag is gerechtvaardigd of bij de in gang gezette stelselherziening voldoende aandacht is besteed aan de leerpunten die inmiddels zijn ontwikkeld. Wil de minister in zijn betoog over marktwerking aandacht besteden aan de wijze waarop deze lessen zijn verwerkt? Het gaat daarbij om winstgestuurd professioneel en institutioneel handelen, verschraving in zorgaanbod, free-riders gedrag en onderinvestering in maatschappelijk relevante functies, zoals preventie. In veel sectoren hebben wij gezien dat mechanismen die tot beperking van de kosten zouden moeten leiden,

uiteindelijk kostenverhogend zijn. De rekening komt altijd terecht bij de consumenten, de huurders, de patiënten of de verzekerden. Zij betalen de kosten van een marktwerking die maar moeilijk op gang komt. Ook noem ik nog het vraagstuk van schaalvergroting en concentratie. De partijen die het allemaal moeten uitvoeren, hebben de neiging snel te fuseren tot grote eenheden en daardoor wordt de marktwerking bemoeilijkt. Dit zijn allemaal contra-effecten die in andere sectoren zijn opgetreden en dan ben ik nog lang niet volledig. Wij mogen verwachten dat de regering daar adequaat rekening mee houdt. Een grondige beschouwing daarover vinden wij meer dan welkom.

Eén van de lokmiddelen van deze regering is deregulering. Het is inderdaad waar dat het onzinnig is om in een college van cijфераars ergens in het midden van het land ± het Kremlin in Utrecht ± vast te laten stellen hoe groot de afstand moet zijn van een bed tot een WC of een wasbak. Dat was nuttig in de tijd dat de verzorgingsstaat werd opgebouwd en overal in het land voorzieningen neergezet moesten worden. In zo'n situatie geldt terecht het principe van gelijke monniken gelijke kappen, dus kreeg ieder zorggebouw ongeveer evenveel stopcontacten per vierkante meter.

Dat is niet meer van deze tijd. Maar wij moeten uitkijken nu niet naar het andere uiterste door te slaan. Deregulering is nodig en nuttig. De zorgsector is inmiddels professioneel genoeg om vergaande planmatige verantwoordelijkheden te nemen. Daarvoor is de koppeling met marktwerking echter niet per se noodzakelijk. Juist door een koppeling lopen wij het risico door te slaan. Dat kunnen wij leren van andere publieke sectoren. Het lijkt mijn fractie zaak om dat in de gezondheidszorg te voorkomen.

Voorzitter. Wij zijn zeer nieuwsgierig naar het antwoord van de minister.

De beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De minister zal na de dinerpauze antwoorden.

De vergadering wordt van 17.07 uur tot 17.15 uur geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van:  
- **de algemene financiële beschouwingen inzake het in 2005 te voeren beleid.**

De beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Zalm**: Mevrouw de voorzitter. Dit debat vindt plaats naar aanleiding van de miljoenennota, maar er sindsdien het een en ander gebeurd. We hebben de algemene financiële beschouwingen gehad in de Tweede Kamer met de motie-Verhagen. Ik kom daar straks op terug. We hebben inmiddels tot bijna ieders vreugde ook een sociaal akkoord dat ook weer tot wijzigingen leidt. Er is al een schriftelijke set antwoorden aan Uw Kamer verstuurd. Ik wil in het mondelinge deel van mijn beantwoording vooral ingaan op de thema's economie, de hervormingsagenda, het sociaal akkoord en de budgettaire ontwikkelingen.

Kijkend naar de ontwikkeling van de Nederlandse economie, moeten we vaststellen dat we door een heel diep dal zijn gegaan. Er was in de periode 2001 tot en met 2003 in totaliteit slechts 1,1% groei. Dat is heel erg weinig voor een periode van drie jaar. We hadden in 2003 zelfs een krimp van 0,9%. Gelukkig kunnen we vaststellen dat we nu voorzichtig uit het dal aan het klimmen zijn. Er is nog geen sprake van een juichstemming maar een aantal recente economische indicatoren is positief. De uitvoer trekt behoorlijk aan. Er is een stevige productiviteitsgroei. De concurrentiepositie van Nederland verbetert. Er is een toenemend aantal vacatures. Ook het Najaarsakkoord geeft rust op de arbeidsmarkt, zodat er geen productieverliezen op hoeven te treden door stakingen.

Er blijft ook een aantal negatieve punten over, zoals de achterblijvende werkgelegenheidsontwikkeling. De heer Kox wees hier ook al op. Overigens is dat betrekkelijk normaal in deze fase van de conjunctuur. De werkgelegenheid ijlt altijd na bij de productiegroei. Daarom zien we nu ook een behoorlijke productiviteitsverbetering. De bestaande capaciteit wordt beter benut. Een ander negatief punt is dat de stijgende lijn die zich de afgelopen maanden in