

Wijn

in het Frans te spreken. Ik kon daarmee aantonen dat ik bij de Franse les goed had opgelet. Ik heb ook heel veel geleerd van mijn Duitse leraar, misschien wel door zijn autoritaire trekjes. Die had inderdaad niet onze perceptie van discussie. Mijn perceptie is ook dat discussie betekent dat mensen elkaar proberen te overtuigen met argumenten. Ik ga dan ook graag in discussie met de heer Thissen over de hypotheek-renteaf trek bij het belastingplan. Ik heb wel drie tips voor hem. Ten eerste, een goede voorbereiding, want "Ohne Fleiss kein Preis". Ten tweede, kom met nieuwe argumenten, want "Was ich nicht weiss, macht mich nicht heiss". Ten derde, wees ontzettend stevig, want "Wilst du nicht mein Bruder sein, so schlag ich dir den Schädel ein".

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik schors de vergadering tot 21.00 uur voor de dinerpauze.

De vergadering wordt van 20.40 uur tot 21.00 uur geschorst.

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

- **Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg) (28994);**
- **Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatie-bekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) (29379).**

De beraadslaging wordt hervat.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar uitvoerige inbreng in eerste termijn, niet alleen over de voorliggende wetsvoorstellen, maar in wezen over de hele stelselherziening die het kabinet nastreeft. Met het oog op de tijd wil ik de discussie vanavond toespitsen op de voorliggende wetsvoorstellen

en hun relatie met de DBC's. Ik zal verder ingaan op het patiënten- en consumentenbeleid, omdat daarover veel zorg is geuit. Er zijn veel wetsvoorstellen die langs de Kamer komen: de Wet toelating zorginstellingen (WTZI), de zorgverzekeringwet, die nu bij de Tweede Kamer ligt, de Wet op de zorgautoriteit, de notitie over winsten en kapitaallasten enzovoorts. Al deze kwesties kunnen we nog in de diepte met elkaar bespreken. Ik wil de vragen die daarover zijn gesteld even parkeren, al zal ik er hier en daar misschien op hoofdlijnen op ingaan. In de wetenschap dat er nog een tweede termijn plaatsvindt, zal ik hier en daar nog wat vragen schriftelijk beantwoorden, zodat de Kamer daarop in tweede termijn kan terugkomen. Het betreft vooral vragen van meer technische aard.

Ik wil vanavond ingaan op mijn algemene beleidsuitgangspunten, gevolgd door de vraag waarom nu juist deze wetsvoorstellen, waarom gedeeltelijke opheffing van de contracteerplicht, en waarom gedeeltelijk vrije prijzen voor onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Vervolgens wil ik meer in de diepte ingaan op de rol van de zorgverzekeraars en van zorgconsumenten, daarbij de kwestie van de restitutie aansnijdend. Verder wil ik ingaan op de rol van de zorgaanbieders, en ik eindig met de administratieve lasten van de DBC's en enkele specifieke vragen.

Als ik de sfeer in deze Kamer goed proef, is iedereen het erover eens dat het huidige zorgstelsel duidelijke tekenen van vastlopen vertoont, hoewel we dat niet moeten overdrijven. We hebben in Nederland een voortreffelijke gezondheidszorg, maar er zijn elementen die in het stelsel zijn vastgelopen. Eigenlijk onderschrijven alle partijen de noodzaak tot verandering, al heeft eenieder daarvoor een andere invulling. Vrijwel iedereen onderschrijft dat het systeem van centrale aanbesteding zijn problemen heeft, hoewel de beheersingskant ervan ook positieve kanten kent. We moeten ons ernstige zorgen maken over de kostenontwikkeling, zo heb ik bij alle partijen geproefd. Verder ligt er de noodzaak van goed ramen, en dat onderschrijf ik. Mevrouw Swenker refereerde subtiel aan de rekensommen die Zorgverzekeraars Nederland heeft gemaakt over onze

ramingen en de realisaties in de afgelopen jaren. Daarvan moet je toch erkennen dat tussen die twee een grote afstand zit. Dat was net de periode waarin het slot van de deuring en heel moeilijk te voorspellen was wat de boter bij de vis zou gaan opleveren. We moeten goed ramen. In de Najaarsnota had ik nog steeds een overschrijding, zij het van "slechts" 200 mln euro, wat de geringste overschrijding in zeer veel jaren is. We gaan dus in de goede richting! Ook ik accepteer de onafwendbaarheid van een verdere stijging van de zorgkosten, als gevolg van de ontwikkeling van de technologie en de vergrijzing. Die ontwikkeling zit in de meerjaren-cijfers. Over het vastlopen van de budgettering is iedereen het eens.

Er is dus een grote mate van consensus over de problematiek. Maar het gaat er natuurlijk om hoe we dit gaan oplossen. Dan zie je bij een aantal partijen, zoals de SP en GroenLinks, een zonder meer afwijzen van vormen van marktwerking. Bij de partijen die dat niet zonder meer afwijzen, zoals het CDA, de VVD en D66, zie je toch ook een ongemakkelijk gevoel van "zal dat wel goed gaan?". Ik moet eerlijk bekennen dat ik die gevoelens van onbehagen op zichzelf heel goed snap. Immers, ook ik erken dat de zorg nooit een normale markt zal worden, zoals de automobiemarkt of inmiddels ook de telefonie markt. De zorg zal altijd een eigen karakter behouden. Als je elementen van marktwerking introduceert, brengt dat een zekere onzekerheid met zich. In de wereld is het regel dat de zorg primair een kwestie is van overheidsbemoediging. Dat zie je bijna overal in de wereld, zelfs in hoge mate in de Verenigde Staten. Ik erken dat de wereld niet is bezaaid met allerlei lichtende voorbeelden van marktwerking in de zorg, al is het alleen maar omdat dat nog bijna nergens is geprobeerd.

Er zijn wel een paar goede voorbeelden. Ironisch genoeg vind ik één van de mooiste voorbeelden Engeland, bij de National Health Service (NHS), waar mijn Britse collega op vrij grote schaal zorg uit het buitenland heeft ingekocht, private maatschappijen naar binnen heeft gehaald om de wachtlijsten terug te dringen. Dat heeft ten gevolge gehad dat ook de private partijen in het Verenigd Koninkrijk

Hoogervorst

onder de voor hen gebruikelijke prijzen zijn gaan werken, en NHS-prijzen zijn gaan hanteren. Ook de NHS-ziekenhuizen zijn doelmatiger gaan werken. Mijn Britse collega is daar terecht trots op. Een ander voorbeeld van een land waar marktwerking in de zorg wel degelijk goed heeft uitgepakt, is wat kleiner, namelijk Singapore. Daar heeft men zorg van een zeer hoog niveau, en de kosten bedragen ongeveer de helft van die welke gebruikelijk zijn in Europa. De VS kent talrijke voorbeelden van marktfalen en gebrekking overheidsoptreden. Toch zijn daar pareltjes van marktwerking, waarbij ik denk aan de zorg voor chronisch zieken, zoals die door het manage-healthbedrijf Kaiser Permanente wordt gegeven. Maar nogmaals, ik erken dat dit pad niet met rozen is bezaaid en dat behoedzaam moet worden geopereerd. Het laatste is mijn devies, misschien wel zoveel behoedzaamheid dat mevrouw Swenker zegt: u heeft wel om de twee kilometer een rotonde geplaatst, zodat we weer bij het beginpunt uitkomen! Dat is natuurlijk niet mijn bedoeling. Wel is het mijn bedoeling om op de weg die wij afleggen zoveel mogelijk "no regret"-beslissingen te nemen, waarvan je ook als het fout gaat niet al te veel spijt hoeft te hebben. We gaan ook niet te veel grote stappen ineens nemen. Tegelijkertijd moeten we niet te veel scepsis tonen, want anders krijg ik geen beweging in het zorgveld. We moeten wel met een zeker elan kunnen beginnen. Wat dat betreft, is er al heel veel aan de gang. Op het gebied van verhoging van de transparantie en de prestatiegerichtheid hebben wij al een aantal grote stappen gezet. Ik ben mevrouw Slagter zeer erkentelijk dat zij ook dat heeft erkend.

De heer **Schouw** (D66): Excuses voor de onderbreking van deze zeer interessante inleiding. U noemde een aantal interessante buitenlandse voorbeelden, maar welke elementen daaruit hebben een vertaling gevonden naar het Nederlands beleid?

Minister **Hoogervorst**: Het Britse voorbeeld berust vooral op het stimuleren van concurrentie tussen zorgaanbieders. Dat bestaat ook in Singapore, maar daarnaast is daar sprake van een heel hoge eigen financiële verantwoordelijkheid van

de zorgconsumenten. Dit leidt er overigens wel toe dat deze uiteindelijk veel minder betaalt dan wij hier. Ik introduceer dat nu ook in de zorg, op overigens veel bescheidener schaal dan in Singapore. Kaiser Permanente is een voorbeeld van heel goede ketenzorg, wat niet in strijd hoeft te zijn met marktwerking.

De twee wetten die we vandaag behandelen, beogen de prestatiegerichtheid en de transparantie van de zorg te verhogen. Dat wordt niet alleen in Nederland, maar in de hele wereld als een probleem ervaren. Waarom is dat het geval? Ik denk dat de analyse van de heer Hamel van de onevenwichtige driehoeksrelatie ± ik spreek eerder van een vierhoekrelatie, want hij noemde de patiënt niet ± erg goed was. Er is een gebrek aan gewicht en tegenwicht in de zorg. Hoe komt dat, in vergelijking met een normale markt, zoals die voor auto's? Om te beginnen is de patiënt verzekerd tegen bijna alle kosten van de gezondheidszorg, waardoor hij anders dan in andere markten nauwelijks prijs- of kostenbewustzijn heeft. Die verzekering is terecht, wat we met wat aanpassingen ook zo zullen moeten houden. Dat is zwakte die inherent is aan het stelsel, waardoor de patiënt te weinig inzicht heeft in de kosten, waardoor kostenbewustzijn ontbreekt.

Omdat dat zo is, hoeft de zorgaanbieder minder stil te staan bij de kosten van zijn handelen dan in andere markten het geval is. Als je een te dure auto maakt, word je afgestraft, maak je te dure zorgproducten, dan word je veel minder snel afgestraft.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister had het over kostenbewustzijn. Ik begreep dat hij meende dat patiënten een keuze hebben. Maar maakt het bij een operatie uit of ik weet wat die operatie kost? Dat beïnvloedt mijn keuze toch niet?

Minister **Hoogervorst**: Dit is een markt waarbij het minder gaat om een keuze voor consumptie dan op de automarkt. Maar in Europa zijn heel duidelijk landen waar de zorgconsumptie volledig op hol is geslagen, zoals in Duitsland en Frankrijk. In Frankrijk is een twee keer zo hoge medicijnconsumptie als in Nederland.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Maar we wonen toch in Nederland?

Minister **Hoogervorst**: U gaat in het algemeen in op de vraag of er nog een zekere beïnvloedbaarheid van de consumptie is. Ik zeg dan: ja. Niet zo groot als in een markt als die voor auto's, maar ze is er wel degelijk. De zorgaanbieder weet in ieder geval dat de cliënt de kosten vergoed krijgt. Dat is wel een reden waarom deze toch minder wordt gedreven tot kostenbeheersing dan in andere markten. Ook heeft de cliënt minder inzicht in wat hij consumeert aan zorg, vanwege de aard van de dienstverlening. Daarom is er in deze markt veel minder evenwicht tussen consument en producent dan in andere markten.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Maakt de minister het nu niet al te mooi? Hij ging naar mijn overtuiging niet direct in op de vraag van mijn collega. Als patiënt heb ik toch behoefte aan een behandeling, ongeacht de kosten daarvan? Die kan ik toch niet beoordelen, ook straks niet met de vergelijkende informatie? Als de minister het medicijngebruik in Frankrijk vergelijkt met dat in Nederland, hebben we helemaal geen behoefte aan verandering. Immers, daaruit blijkt dat onze dokters maar heel spaarzaam verwijzen. Dan zijn we dus op de goede weg!

Minister **Hoogervorst**: Dat helpt goed. Daarom heeft niemand mij horen beweren dat alle problemen in de Nederlandse zorg met marktwerking zijn op te lossen. Ik vind de positie van de huisarts als poortwachter van eminent belang, wat niet verschrikkelijk veel met marktwerking heeft te maken. Het enige wat ik nu probeer te zeggen, is dat dit geen normale markt is. De patiënt weet minder, de zorgaanbieder heeft een heel andere positie en de verzekeraar heeft als potentiële zaakwaarnemer van de patiënt in de huidige omstandigheden nog maar beperkte beleidsruimte. Daarbij speelt schaarste een rol.

De heer Hamel concludeerde op grond daarvan dat dit ten gevolge heeft dat we in een situatie terecht dreigen te komen waarin niemand eindverantwoordelijkheid heeft. Wat gebeurt er dan? Dan komen de problemen op het bordje van de

Hoogervorst

overheid terecht. Dat heeft de overheid als enige tegenwicht tegen de zorgaanbieder, wat de oorzaak is geweest van de sterk centralistische aanbesteding, zoals we die in de afgelopen decennia in Nederland hebben opgebouwd. Dat leidt tot bureaucratie en verstarring, en dat willen wij niet. Het heeft ook geleid tot de budgetteringssystematiek die we in Nederland kennen, waaraan grote problemen kleven. De huidige budgetteringssystematiek leidt tot een gebrek aan transparantie: binnen de instellingen, inclusief de medisch specialisten, wordt in wezen met de blinddoek voor gewerkt. Er is daardoor weinig management-informatie, zodat verbetermogelijkheden nauwelijks zichtbaar worden. Het beperkt ook de lumpsumsystematiek, die eigenlijk een aanhangsel is van de budgetteringssystematiek. Ze werkt ontmoedigend op de specialisten, en beperkt daarmee hun productiviteit.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik schrok een beetje van die blinddoek, want ik zag ineens een chirurg voor mij, die zo opereerde! Maar bedoelt de minister het management, of de werkers op de werkvloer?

Minister **Hoogervorst**: Ik bedoel vooral het management. Ik merk dat er binnen de directies van de ziekenhuizen heel veel enthousiasme is voor de DBC's, omdat men veel meer inzicht denkt te krijgen in wat er in de ziekenhuizen gebeurt. Men hoopt ook meer inzicht te krijgen in de interdoktervariatie. De heer Hamel heeft gezegd het erg belangrijk te vinden dat van budgettering wordt overgegaan naar een kostensysteem dat daadwerkelijk op productie is gebaseerd. Wij weten ook dat het budgetteringssysteem leidt tot gedrag dat vooral op vulling van het budget is gericht, waardoor er soms operaties plaatsvinden die op een betere manier zouden kunnen plaatsvinden, en waardoor op verpleegdagen wordt gestuurd, waar dat eigenlijk niet nodig zou moeten zijn. Iedereen erkent die problemen en vindt dat er iets aan moet gebeuren.

Hoe gaan we dit aanpakken? Wij gaan hierin verandering brengen door de invoering van DBC's. We gaan naar een vorm van prestatie-bekostiging, en we gaan meer inhoud geven aan de onderhandelingen tussen verzekeraars en

ziekenhuizen. Deze wetten leggen daar een eerste basis voor. Het gebeurt nog bescheiden, maar het is toch belangrijk. 10% van de DBC's zal met vrije prijzen geschieden en de contracteerplicht wordt opgeheven.

De heer Hamel heeft gevraagd waarom deze stap nodig is. Zouden wij niet kunnen volstaan met het stimuleren van de concurrentie tussen verzekeraars zoals dit gebeurt in de Ziektekostenverzekeringswet die nu voorligt bij de Tweede Kamer? Kunnen wij dit avontuur van vrije productieonderhandelingen niet overslaan? Ik ben het in zoverre met hem eens dat het hebben van concurrerende risicodragende verzekeraars op zich al een groot winstpunt is. Wij kennen dit nu al in het ziekenfonds en wij zullen een homogene markt creëren met meer concurrentie tussen de verzekeraars. Zelfs zonder vrije prijsonderhandelingen is dit al winst. Als je daaraan twijfelt, hoef je eigenlijk alleen maar te kijken naar het verschil tussen de cure en de AWBZ. Als ik zie hoe de zorgverzekeraars nu zij risicodragend zijn, zich opstellen tegenover de zorgaanbieder in de cure, stel ik vast dat zij veel oplettender zijn dan als zorgkantoor in de AWBZ-zorg. Hun belang is dan groter en daardoor krijg je een betere verdeling van gewicht en tegenwicht in de cure.

Nederland is een van de weinige landen die dit systeem kennen. Wij mogen hier best trots op zijn. Dit betekent immers dat ik niet alles van uit Den Haag hoeft te regelen. Het is ook een illusie dat je dit allemaal van uit Den Haag zou kunnen regelen. Dit is dus een belangrijke decentralisatie van verantwoordelijkheden. Als verzekeraars echter niet in staat zijn om de zorginkoop meer te beïnvloeden dan nu, is de scope van hun verantwoordelijkheid toch wel heel erg beperkt. Daarom vind ik het belangrijk dat de gedwongen winkelnering wordt doorbroken.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik heb niet uitgesloten dat er eventueel nog over een prijs wordt gesproken. Ik heb met name gesproken over een maximumtarief. Waarom heb ik dat gezegd? Omdat heel veel regelgeving voortkomt uit onevenwichtigheden en omdat er vooral wordt gewezen op de verhouding tussen acute en electieve zorg. Om dit probleem ook uit de regelgeving te

houden, heb ik voorgesteld om verzekeraars te laten werken als destijds is genoemd. De aanbieders voeren discussie met de verzekeraars over de prijs, maar je kunt daar een maximumtarief aan verbinden en daarmee kun je veel andere regelgeving voorkomen. Dit is een andere dan een heel commerciële discussie.

Minister **Hoogervorst**: Dit is een verduidelijking van uw standpunt. Ik kies in ieder geval voor de weg van behoedzaamheid. Toen ik aantrad, trof ik een voorstel aan om bijna met onmiddellijke ingang 100% van de ziekenhuisproductie, althans van de electieve zorg, vrij te geven voor vrije onderhandelingen. Ik heb direct gezegd: daar begin ik niet aan. Dit is zo'n enorme stap, die is onder de huidige omstandigheden volstrekt onverantwoord. Mijn ambtenaren wisten het zweet van hun voorhoofd toen die beslissing werd genomen, want zij vonden die ook niet verstandig. Dit doen wij dus niet. Wij gaan dit zorgvuldig opbouwen.

Ik kan mij de opmerkingen van mevrouw Swenker wel voorstellen. Zij zegt: het is wel mooi die behoedzaamheid, maar die rotondes om de 200 meter, daarmee maakt u zich er wel erg gemakkelijk vanaf. Zij is van mening dat je als je iets inzet, dit niet onmiddellijk de volgende dag ongedaan moet kunnen maken. Er moeten duidelijke criteria worden opgesteld om dit doel te bereiken.

Ik heb in de verschillende schriftelijke rondes met de Tweede Kamer een aantal duidelijke ijkpunten neergelegd, namelijk een algemeen economisch toetsingskader. Er moet sprake zijn van een evenwichtige verdeling van marktmacht tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars, er moet voldoende informatie zijn over bijvoorbeeld de kwaliteit en er moeten voldoende toetredingsmogelijkheden zijn. Die zijn er op dit moment wel degelijk voor het deel van de electieve zorg dat wij gaan vrijgeven. Er moet sprake zijn van homogene producten, die goed met elkaar te vergelijken zijn. Op de ziekenhuiszorg heb ik een meer specifiek toetsingskader toegepast, het segment B. Er moet sprake zijn van electieve zorgproducten en van eenvoudige substitutiemogelijkheden binnen de tweede termijn. Er mogen geen substitutiemogelijkheden zijn voor de eerste termijn. Bij voorkeur

Hoogervorst

moet een en ander leverbaar zijn door ZBC's, zodat aanbod kan worden aangelokt uit de markt. Wat ik graag wil doen om de Kamer meer "feeling" te geven voor de criteria die ik ga hanteren voor eventuele volgende stappen, is dat ik beide Kamers de resultaten wil doen toekomen van de evaluatie van de eerste ronde. Op grond van die resultaten kan ik ook nauwer definiëren op grond van welke criteria ik volgende stappen ga zetten. De grote lijnen daarvoor heb ik al uiteengezet, maar naarmate wij meer weten over de wijze waarop de eerste ronde is gegaan, zal ik tot een verfijning van criteria kunnen komen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Wat mij iedere keer weer opvalt is dat de minister elke keer een van de belangrijkste criteria niet noemt, namelijk of de DBC's kostenverhogend zullen werken. In de stukken heb ik dit ook niet kunnen lezen. Als de DBC's kostenverhogend werken, zo hebt u in alle stukken laten doorschemeren, hebt u geen andere mogelijkheden meer dan pakketverkleining en premieverhoging. Het komt erop neer dat, als bijvoorbeeld de specialisten hogere honoraria moeten hebben, dit door de verzekeren moet worden gedragen.

Minister **Hoogervorst**: Meestal wordt mij het verwijt gemaakt dat ik het alleen over de kosten heb, maar nu is het mij helemaal ontschoten. Het is natuurlijk een vreselijk belangrijk criterium. Geen haar op mijn hoofd piekert erover om op deze weg verder te gaan, als dit tot een kostenexplosie zou leiden. Het is een van de belangrijkste redenen waarom ik heel voorzichtig begin en niet meteen op 100% heb ingezet.

De heer **Schouw** (D66): Onze fracties hebben gevraagd naar de evaluatiecriteria. Kan de minister in de schriftelijke beantwoording meenemen wat precies de evaluatiecriteria zijn? U noemt drie of vier criteria, maar het belangrijkste criterium vergeet u. Ik heb behoefte aan helderheid. Wat zijn de criteria? Wat zijn de meetmomenten en wie gaat meten? Ik wil graag heel strikte en heel zakelijke antwoorden. Ik vraag de minister om dit toe te zeggen, zodat wij dit met elkaar kunnen bezien.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb er

geen enkel bezwaar tegen om dat nog even op een rijtje te zetten.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik voeg er nog iets aan toe. In mijn betoog en bij interruptie heb ik eraan herinnerd dat de hele zaak is begonnen bij de specialisten zelf. Zij wilden overgaan op een ander systeem, omdat zij uit alle berekeningen merkten dat het een verkeerde kant uit ging. Nu komt er dit systeem uit. Iedere keer opnieuw heb ik gevraagd wat de enkele DBC's aan kostenverhogingen met zich hebben gebracht. Iedere insider weet dat het handjevol experimenten met DBC's al tot tientallen miljoenen aan meer uitgaven heeft geleid.

Minister **Hoogervorst**: Dat is mij bekend en dat is de reden waarom de kosten van het geheel voor mij een heel belangrijk criterium zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik sluit aan bij het verzoek van de heer Schouw, en zelf zou ik graag willen dat de termijnen erbij werden genoemd, waarop de minister denkt dat hij zou kunnen overgaan tot evalueren.

Minister **Hoogervorst**: Dat is goed.

Mevrouw **Swenker** (VVD): De minister zegt dat hij niet doorgaat met de DBC's als deze tot een kostenoverschrijding van miljoenen leiden en dat begrijp ik. Blijven dan die 10% wel bestaan, of valt u dan terug op één van uw oude instrumenten, zoals tariefsafslag? Of zegt u dan tegen die 10% DBC's: gij zult terug naar nul? Welke afslag van de rotonde neemt u dan?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb er een hekel aan om al op het moment dat ik iets inzet uitgebreid in te gaan op de vraag hoe ik het weer ongedaan ga maken als het niet lukt. Dat vind ik ook geen manier van communiceren met het veld. Toch heb ik tegen alle verzekeraars die het maar wilden horen, gezegd: jongens, dit gaat niet tot kostenoverschrijdingen leiden, want anders is het einde oefening. Dat is voor mij zonder meer een heel belangrijk criterium.

De heer **Hamel** (PvdA): Wij zijn geloof ik nu bij hét punt. Ik wens nog een precisering. Als wij het erover hebben dat het "duurder" wordt, dan is het heel belangrijk om te weten

wat het nu kost, zeker in de eerste ronde, die ik dan nu maar even 10% b-deel noem. Wat zijn de kosten nu? Dat is immers een buitengewoon arbitrair gegeven. Ik denk dat wij moeten afspreken van welk bedrag wij uitgaan, zodat wij ongeveer weten wat ons startpunt is en wat aan het einde van de evaluatie de kosten zijn. Ik weet dat er kosten moeten worden gemaakt en dat die relatief hoog zijn, omdat er een b-deel is, maar ik ben ook bang dat er bij de toerekening van kosten dadelijk een paar slippertjes kunnen worden gemaakt. Het is natuurlijk buitengewoon ingewikkeld om het b-deel en de joint costs precies uit te gaan vissen. Daar moeten wij niet mee gaan marchanderen. Ik denk dat wij vooraf moeten aangeven wat wij wel meenemen en wat wij niet meenemen, zodat wij dat aan het eind ook kunnen meten. Ik vraag het zo nadrukkelijk omdat het hier natuurlijk om gaat, mijn fractie is niet de enige die dat vraagt. De zorg is niet zozeer het systeem, dan wel dat het systeem als zodanig meer kosten gaat veroorzaken.

Minister **Hoogervorst**: Dat ben ik helemaal met u eens en dat gaan wij secuur narekenen. Dan gaat het natuurlijk niet om de eerste de beste miljoen. Stel dat het wel ietsje duurder wordt, maar er zijn vijf grote verzekeraars in geslaagd, de prijs omlaag te krijgen of een betere verhouding te krijgen tussen prijs en kwaliteit. Dan ben ik nog niet zo ver om het meteen weer af te schaffen, want dan hebben die zorgverzekeraars precies gedaan wat wij willen. Het geld dat ermeê gemoeid is, is uitgesneden uit het budget. Daar zijn dus berekeningen voor gemaakt en daarom moet het goed mogelijk zijn om na te gaan wat de kosten vooraf waren, wat de kosten op dat moment zijn en wat dus de ontwikkeling is.

De heer **Hamel** (PvdA): Begrijp ik het goed dat de minister het nog eens uitbreidt met de kwaliteit? Tegen die tijd kunnen wij dan op grond van een aantal indicatoren zeggen of de kwaliteit is toegenomen.

Minister **Hoogervorst**: Daar weten wij gelukkig nu alweer wat meer van dan vroeger, al zijn er ook alweer een hoop directeurs die er zeer meesmuilend over zijn en beweren dat het allemaal niets voorstelt. Ik

Hoogervorst

ben ervan overtuigd dat wat wij bereikt hebben op het gebied van de indicatoren al een geweldige doorbraak is.

De heer **Hamel** (PvdA): Het is altijd mooi om het over de prijs-kwaliteitsverhouding te hebben. Dadelijk krijgen wij een vergelijking die misschien financieel niet mooi uitpakt, maar die aantoont dat de kwaliteit ineens beter is. Daar moeten wij het toch even met elkaar over hebben en dan heb ik het niet over het afronden, want daar gaat het niet om. Wij moeten de eerste stap helder afbakenen en vervolgens op dat moment kunnen praten over het punt waar iedereen zijn twijfels heeft, zodat je dan kunt zeggen: dat is reëel.

Minister **Hoogervorst**: Precies.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Bij mij gaat er nog een vraag aan vooraf. Als ik met de verzekeraars praat dan kan niemand mij helder vertellen wat nou de startsituatie is van waaruit wij redeneren. Ik geef de minister dringend de aanbeveling mee om vast te leggen wat de startsituatie is, want dan kun je pas komen tot een goede evaluatie. Als wij de startsituatie niet boven water hebben, dan worden wij allemaal bij de neus genomen.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Wat nu veronderstelt wordt tot die 10% te behoren, daar heeft CTG het budget voor geschoond. Dat gaat er dus bij alle ziekenhuizen van af. Dat weet men inmiddels. Ik heb geen orkaan van protest gehoord vanuit de ziekenhuiswereld. Wij weten gewoon wat er uit het budget is gesneden. Wij weten straks ook wat het allemaal gaat kosten. Volgens mij is het dus niet zo ingewikkeld. Ik heb vreselijk veel knappe koppen die dat allemaal goed voor ons kunnen uitrekenen.

De heer **Hamel** (PvdA): Kan er bij de vragen die nog schriftelijk worden beantwoord eveneens helder worden omschreven wat de startsituatie is? Het gaat er immers niet om daar nu een discussie over te hebben. De bedoeling is om helder te krijgen wat ons vertrekpunt is.

Minister **Hoogervorst**: Dat moet mogelijk zijn. Ik zal mijn best doen.

De eerste stap op weg naar marktwerking wordt in elk geval, dat zal na deze discussie nog duidelijker zijn geworden, met de grootst mogelijke behoedzaamheid gezet. Er is bovendien sprake van een enorme schraging van het publieke belang langs zeer veel kanten. Aan de verzekeringskant is bijvoorbeeld sprake van acceptatieplicht, verzekeringsplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Er zijn dus zeer veel garanties ten aanzien van de toegankelijkheid. De instrumenten die WTZi aan de minister gaat verschaffen met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg bestonden in het verleden helemaal niet. Deze wet gaat de borging van de toegankelijkheid aanzienlijk versterken. In het Uitvoeringsbesluit WTZi zullen regels inzake goed bestuur worden opgenomen. Er wordt geargandeerd dat er sprake zal zijn van eerlijk spel bij de marktwerking door de installatie van de Nederlandse Zorgautoriteit in 2006. De NZa wordt overigens geen Kremlin in Utrecht. Wij zullen daar nog een uitvoerige discussie over voeren. Als ik een Kremlin had gewild, had ik naar een Stalin gezocht. De heer De Grave is heel veel, maar geen Stalin. De inkomenssolidariteit wordt geschrapt door de zorgtoeslag. Daar gaan wij het ook nog over hebben.

Ik heb discussies gehad met mijn Amerikaanse evenknie. Als ik hem zou beschrijven wat wij in Nederland gaan doen, zeg ik dat wij als ik over twee jaar klaar ben met mijn marktwerking in Nederland een verplichte volksverzekering hebben voor iedereen. Wij hebben acceptatieplicht voor verzekeraars en inkomenssolidariteit via een zorgsubsidie. Wij hebben daarnaast voor 90% nog vaste tarieven in de Nederlandse zorg. Hij zal dan niet tegen mij zeggen dat het een geweldig experiment is op het terrein van marktwerking. Hij zal zeggen dat het nog behoorlijk riekt naar Europees socialisme. In dit systeem zitten nog heel zware publieke waarborgen.

Ik zie sommige mensen chagrijnig kijken en andere vrolijk.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat socialisme gaat mij toch wat te weinig ver. Ik vind die vergelijkingen met Amerika altijd wat ongelukkig, want zij hebben daar Medicare en Medicaid. Dat zijn buitengewoon

overheidsgereguleerde volksverzekeringen. De marktwerking is daar bovendien toch ook niet helemaal gelukt. Ik kan mij voorstellen dat u een interessant gesprek hebt met uw collega, maar ik wil hem nog wel een keer uitleggen dat er geen socialist naast hem stond.

Minister **Hoogervorst**: Het Amerikaanse systeem kent inderdaad veel meer sociale kenmerken dan men over het algemeen denkt. Ik denk echter dat menige Amerikaan zou dromen van de situatie zoals die Nederland bestaat op het gebied van de verzekeringsplicht en de solidariteit die er in de zorgverzekeringen aanwezig is, ook in de toekomst of zelfs nog sterker in de toekomst. Wij hebben gesproken over de budgettaire beheersbaarheid. Wij houden daar nog een flink aantal instrumenten voor bij de hand. Ik verwacht niet dat er in deze periode onder mijn verantwoordelijkheid en in overgang naar de Zorgverzekeringswet nog verder in het pakket zal worden gesneden.

Er zijn veel vragen gesteld over de positie van patiënten en zorgconsumenten in het algemeen. De heer Hamel en mevrouw Van Leeuwen hebben verzocht om niet alleen de verzekeraar te betrekken bij het inkoopbeleid, maar om daarbij ook een rol voor de verzekerden te creëren. Ik heb daar goed nieuws over. In de huidige Ziekenfondswet is alleen geregeld dat de ziekenfondsen verplicht zijn om hun verzekerden te betrekken bij het bestuur. In de nieuwe Zorgverzekeringswet zal worden geregeld dat de zorgverzekeraar verplicht is om de verzekerden een redelijke mate van invloed te geven op het beleid, dus ook op het inkoopbeleid. Er is zelfs ± en dit is velen bij het Verbond van Verzekeraars een doorn in het oog ± nog een mogelijkheid om hier bij AMvB regels aan te verbinden. Ik zou dit het liefst helemaal vermijden en ik ben ook bereid om er in gesprekken met zorgverzekeraars op aan te dringen om dit op een royale manier te doen, opdat ik er geen regels aan hoeft te verbinden. Zij zijn in ieder geval verplicht om het te doen en ik wil mij ervoor inzetten dat het op een goede manier tot stand komt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het was mij ontgaan dat dit in de Zorgverzekeringswet staat. Dan zou je zeggen dat wij het toetsen van de

Hoogervorst

zorginkoop, van het afsluiten van contracten, hierin kunnen onderbrengen. Als er sprake is van een redelijke mate van invloed, dan betekent het dat dit voor de vroegere ziekenfondsen gaat gelden, maar ook voor de instellingen die nu tot de particuliere markt behoren. Dat zou ik een grote winst vinden en als de minister het in deze zin uitlegt, zal ik er bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet zeker nog op terugkomen.

Minister Hoogervorst: Het mooie van de nieuwe Zorgverzekeringswet is dat een groot aantal ouderen en chronisch zieken van verzekeraar kunnen veranderen, terwijl dit voor hen nu niet mogelijk is. Ik kom hier nog op terug.

Er is ook gevraagd of er niet te veel op de patiëntenorganisaties wordt bekibbeld. Ik heb de subsidies van mijn ministerie moeten verminderen, maar daarbij hebben wij deze organisaties zoveel mogelijk ontzien. Ik ben ook niet van plan om er verder nog op te bezuinigen. De stichting Fonds PGO is op allerlei manieren bezig om deze organisaties te ondersteunen en te versterken.

Op dit moment is er ontzettend veel in beweging, als het gaat om de rol van de patiënt. Wij doen werkelijk van alles om de transparantie van de markt te verbeteren; niet alles is voor de patiënt al even toegankelijk, maar indirect komt alles toch wel bij hem terecht. Ik praat nu over de IGZ/NVZ-indicatoren van de ziekenhuizen, over de benchmark-gegevens voor de thuiszorg, over het vanaf nu herleidbaar zijn van alle rapporten van de IGZ naar de individuele zorginstelling, zodat men echt kan zien waar het fout en waar het goed zit. Ik doel ook op het inrichten van de portal-organisatie door het RIVM, wat mij ook belangrijk lijkt. Overigens denk ik dat het niet zo verschrikkelijk belangrijk is waar deze portal-organisatie wordt opgehangen. Het RIVM heeft er al veel ervaring mee en het heeft een uitstekende website die al heel veel informatie biedt. Het was dus een nogal logische keuze. Maar er wordt ook goed samengewerkt met de NPCF en de Consumentenbond. Ik zal ervoor zorgen dat er op de website van al deze organisaties doorgeklikt kan worden naar deze portal. Ik denk dat het de verzekerden een zorg zal zijn waar die portal is ondergebracht. Het gaat naar mijn

indruk allemaal in goede harmonie, dus ik denk dat het goed geregeld zal worden.

Mevrouw Van Leeuwen (CDA): Voorzitter, ik wil nogmaals aangeven dat ik veel lof heb voor de manier waarop de minister de patiëntenorganisaties wil toerusten om alle benodigde informatie te verkrijgen, maar ik heb toch nog een cruciale vraag. Kan de minister zich voorstellen dat juist de voorstanders van marktwerking vinden dat de wijze waarop er nu transparantie in de zorg wordt gebracht, de doodsteek voor de marktwerking is?

De heer Van den Berg (SGP): Hoor ik de minister nu zeggen dat de gegevens van de benchmark op te instelling te herleiden zullen zijn? Dat was nu juist altijd het probleem. De instellingen waren daar altijd geweldig tegen. Zij vonden dat zoiets niet kon. Ik maak mij op dit punt ook zorgen. De patiënten ervaren kwaliteit namelijk anders dan de aanbieders en dat is juist het grote probleem. De brancheorganisaties van de aanbieders zeggen daarom: wij doen dit zelf wel. Ik maak mij dus zorgen, omdat het nu lijkt dat de beleving van de patiënt zeer centraal moet staan en dat wordt gemeten vanuit het perspectief van de patiënten. Moet ik nu begrijpen dat er op dit punt een verbetering wordt aangebracht? Tot nu toe gaat de strijd hier over.

Minister Hoogervorst: Mijn parate kennis schiet te kort om uitspraken te kunnen doen met betrekking tot de AWBZ.

De heer Van den Berg (SGP): Ik hoorde u enthousiast over de ziekenhuizen spreken.

Minister Hoogervorst: De ziekenhuizen zijn hierbij aan de orde. De veiligheidsindicatoren zijn nu inderdaad herleidbaar tot het individuele ziekenhuis. De ziekenhuizen verlenen in dezen vrijwillig hun medewerking. Veel schroom is overwonnen. De benchmark zal echter niet zo gedetailleerd hoeven te zijn dat allerlei bedrijfsgeheimen worden prijsgegeven. Daarom hoeft het instellen van benchmarks er niet toe te leiden dat de marktwerking wordt geschaad.

De heer Van den Berg (SGP):

Bedrijfsgeheimen hoeven natuurlijk niet te worden geëtaleerd, maar over het resultaat van het werken ten behoeve van de patiënt moet toch helderheid komen. Anders kan er geen controle zijn.

Minister Hoogervorst: De Consumentenbond verstrekt daarover nu ook de nodige gegevens voor de private sector en dat werkt erg goed. Ik zou het beter vinden als ziekenhuizen bereid zijn om zelf hun resultaten naar buiten te brengen. Je moet in het begin wel voorzichtig opereren, omdat het gevaar bestaat dat appels met peren worden vergeleken. Ik heb al gesproken over het befaamde lijstje van het Algemeen Dagblad en gezegd dat de gegevens nog lang niet goed genoeg zijn om een ranglijst te maken, maar goed, er is een begin.

Mevrouw Van Leeuwen (CDA): Mevrouw de voorzitter. Ik heb nog helemaal geen antwoord op mijn vraag. Tegen de minister zeg ik: maakt u eens een vergelijking met het bedrijfsleven. Dacht de minister dat Philips ter wille van de transparantie al zijn bedrijfsgeheimen prijsgeeft? Ik sluit mij daarom aan bij de heer Van den Berg. Naar mijn mening moeten wij vastleggen wat de regering precies bedoelt met het betrachten van transparantie in de zorg. Eigenlijk zou de minister dat schriftelijk goed moeten toelichten om te vermijden dat het systeem daar op vastloopt. Ik ben de overtuiging toegedaan dat als de minister dit niet goed regelt hij niet datgene bereikt wat hij beoogt met het bevorderen van transparantie.

Minister Hoogervorst: Maar laten wij nu niet proberen vanaf het begin alles perfect te regelen. Ik ben hiermee nog maar net begonnen en er komt nu van alles naar boven. Waar dit gaat eindigen weet ik niet. Met Sneller beter zoek ik in overleg met de ziekenhuizen naar de beste benchmark. Daar zijn wij dus nog mee bezig. Ik kan u dus nog niet vertellen wat er uit dit overleg komt. Op een gegeven moment zullen wij wel de knoop doorhakken en dan gaan wij met de afspraken werken. Het systeem zal ongetwijfeld in de loop der jaren worden verfijnd. Dit is een continuproces. Nu komen ook allerlei gegevens beschikbaar die tien jaar geleden nog niet gepubliceerd werden. Dat hadden wij destijds niet

Hoogervorst

kunnen dromen. Dat is op zichzelf al winst. Waar wij met dit proces precies eindigen, durf ik niet te zeggen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Mevrouw Van Leeuwen verwoordde exact wat ik in gedachten had. Bij de zorgkantoren van de thuiszorg zijn de gegevens van de benchmark tot achter de komma bekend. Hoezo vrije markt? Ieder snippertje dat iets zegt over mogelijke doelmatigheid wordt door de medewerkers doorgesnuffeld, zodat bekend is waar er nog een grammetje of een paar cent af kan. Daarom wijs ik erop dat je moet zoeken naar een balans. Je hoeft niet alles geheim te houden. Ik weet ook niet wat een radio kost en hoeveel moertjes en chipjes erin zitten. Echter, ik kan de ene radio vergelijken met andere. Daarom meen ik dat je eerder aan een horizontale vergelijking zult moeten denken en bij benchmarking niet zozeer de diepte in moet gaan.

Minister **Hoogervorst**: Je zult moeten beseffen dat je op tijd moet ophouden. Dat ben ik met u eens.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik meen dat degene die die portal gaat gebruiken zelf over bepaalde voorzieningen moet beschikken en van bepaalde ontwikkelingen op de hoogte moet zijn. Mijn vraag is hoe de minister de mensen die niet gebruik kunnen maken van internet gaat faciliteren.

Minister **Hoogervorst**: Ik was ook niet van plan om het alleen bij internet te houden, hoewel dat verreweg de beste manier is om dit soort informatie toegankelijk te maken. In de praktijk zullen ouderen vaak door hun kinderen geholpen kunnen worden. Tegelijkertijd zal telefonische dienstverlening worden gerealiseerd. Verder zullen wij de bestaande loketten bij gemeenten en bibliotheken met schriftelijke informatie blijven benutten. Wij gaan ons niet eenzijdig op internet richten.

De heer **Hamel** (PvdA): Via de kwaliteit kwamen wij bij benchmarking en vervolgens eindigden wij bij de prijs-kwaliteitverhouding. Ik heb gezegd dat het niet mogelijk is om beide systemen te verenigen. Je kunt niet op prijs concurreren en alles bekendmaken. Als je alles levert,

kunnen prijzen worden vastgesteld. Voor de helderheid zeg ik erbij dat er onder de prijs kan worden verkocht. Denkt de minister dat beide modellen naast elkaar kunnen worden gehandhaafd? Of wil hij het voor de ene deelmarkt wel en voor de andere niet? Je kunt niet het één doen en het ander laten. Het is misschien wel leuk als iemand laat weten dat hij goed is, maar hoe hij die kwaliteit bereikt, blijft over het algemeen verborgen in de schoot van het bedrijf. Dat hoeft niet, maar dan moet je voor een ander model kiezen.

Minister **Hoogervorst**: Als je ruimte wilt voor marktwerking, moet je ruimte houden voor het eigene van het bedrijf. Men hoeft niet alles prijs te geven. Ik zeg erbij dat wij zover nog helemaal niet zijn. Wij hebben niet dusdanige benchmarks dat wij alles precies weten van een ziekenhuis. Zelfs een ziekenhuis-directeur weet vaak niet wat er precies gebeurt. Ik heb niet de pretentie om dat op nationaal niveau te gaan verzamelen.

De heer **Hamel** (PvdA): Het gaat wel om een wet waarvan in de toelichting een aantal van dit soort dingen wordt genoemd. Ik vraag de minister niet om de beschrijving van een ideale situatie. Het gaat mij om de tegenstelling die tussen beide principes kan ontstaan. In het kader van de behandeling van deze wet vragen wij of beide systemen samen kunnen bestaan.

Minister **Hoogervorst**: Het ligt meer voor de hand om de benchmarks toe te spitsen op de terreinen die nog niet aan marktwerking onderhevig zijn, die 90%.

Er is gesproken over de patiëntveiligheid. De NPCF is een van de initiatiefnemers voor een platform patiëntveiligheid. In de eindrapportage in het kader van "Sneller beter" van Rein Willems van Shell Nederland werd de oprichting van zo'n platform voorgesteld. Het initiatief heeft mijn steun. Ik verwacht dat het in januari van start kan gaan. De aanbevelingen van het rapport-Willems (je werkt hier veilig of je werkt hier niet) zullen een enorme stimulans zijn voor het veiligheidsbeleid in de ziekenhuizen en daarmee voor een verbetering van de kwaliteit. In "Sneller beter" wordt ook expliciet gewerkt aan het

betrekken van de patiënt bij de verbeteractiviteiten op de onderwerpen veiligheid en logistiek.

Welke gevolgen heeft de selectieve contractering voor de patiënt? In 1992 hebben wij op dit punt ervaring opgedaan, want toen kwam de contracteerplicht voor vrijberoepsbeoefenaars te vervallen. Er is toen geen sprake van geweest dat er massaal niet werd gecontracteerd. Ik heb een rondje langs de verzekeraars gemaakt en daarbij heb ik signalen gekregen dat er uit serviceoogpunt breed wordt gecontracteerd. Men moet natuurlijk ook oefenen met de nieuwe techniek. Verzekeraars zijn er goed van doordrongen dat hun zorgplicht niet is veranderd, dat zij moeten bewerkstelligen dat hun verzekerden binnen een redelijke termijn zorg krijgen en dat de wachtlijsten niet oplopen. Goedkoop inkopen betekent een gunstige uitgangspositie op de polismarkt. De patiënt kan wel degelijk van verzekeraar veranderen. Ik verwacht ook dat veel patiënten dit zullen doen.

Ik denk niet dat de mogelijkheden tot restitutie tot willekeur zullen leiden. Uit de signalen uit het veld maak ik op dat er geen brede noodzaak tot restitutie zal zijn. Vanwege de brede contractering zal hier weinig gebruik van worden gemaakt. Ik heb ook vernomen dat de meeste verzekeraars uitgaan van een tamelijk ruimhartig vergoedingsbeleid. Ik heb echter begrepen dat de Kamer meer waarborgen wil. De AMvB inzake de restitutie is vooral kwalitatief ingevuld. Dat heb ik gedaan om administratieve lasten, die optreden bij het introduceren van rekenregels, te voorkomen. Op dit punt heb ik een schriftelijke gedachteswisseling met de Tweede Kamer gehad. Daarbij heeft mevrouw Schippers van de VVD-fractie gesuggereerd om het laagstetariefcriterium als ondergrens te hanteren. Op die manier blijft de verzekeraar geprikkeld om goedkoop te contracteren, terwijl hij ook verplicht is te restitueren tot het laagste tarief dat hij heeft weten te bedingen. Hierbij moet echter voorkomen worden dat nepcontracten worden afgesloten om de restitutieplichting zoveel mogelijk te drukken. Daartoe moet vastgelegd worden dat die zorg ook werkelijk wordt afgenomen. Ik heb positief op deze suggesties gereageerd. Ik kan mij goed voorstellen dat dit in de

Hoogervorst

jurisprudentie een soort ankerpunt wordt. Ik ben bereid om die redenering die ik in de schriftelijke gedachteswisseling met de Kamer omhelsd heb, in de toelichting op de AMvB op te nemen. Dan kan dit als toetssteen voor de rechter dienen, zonder dat er een uitgebreide administratieve verplichting wordt ingevoerd. Een dergelijke verplichting is waarschijnlijk helemaal niet nodig omdat ik signalen uit de verzekeringswereld krijg dat men hier ruimhartig mee om zal gaan. Deze toelichting op de AMvB biedt twee voordelen. De verzekeraar is nog steeds geprikkeld om zo goedkoop mogelijk te contracteren en de verzekerde weet dat eventuele bijbetaling binnen de perken blijft.

Mevrouw Van Leeuwen (CDA): Mevrouw de voorzitter. Om geen misverstand te krijgen, wil ik nog een aanvullende vraag stellen. Geldt dit alleen voor de algemene ziekenhuizen? Laat de minister daar de academische ziekenhuizen buiten? Want als je daarheen verwezen wordt of daarvan gebruik moet maken, zijn daar heel andere tarieven.

Minister Hoogervorst: Ik zal daar schriftelijk even op terugkomen.

Voorzitter. Mevrouw Slagter heeft gevraagd of de verzekeraar verplicht is om een restitutiepolis op te nemen. Hij is daar uit hoofde van het amendement van de Tweede Kamer toe verplicht.

Mevrouw Van Leeuwen heeft een opmerking gemaakt over gehoorapparaten voor slechthorenden. De voorgestelde restitutiemogelijkheid zal de keuzemogelijkheid van de betrokkene aanmerkelijk verbreden.

Mevrouw Swenker heeft erop gewezen dat het niet zo mag zijn dat je in de acute zorg met dit soort toestanden te maken krijgt. Acute zorg moet gecontracteerd worden. Men moet in zo'n geval altijd door een ziekenhuis geholpen worden. Dit is het laatste waar ik in de richting van vrije prijzen zal gaan. Dit probleem zal zich daar niet voordoen.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP): Voorzitter. Er is nog het punt wie verantwoordelijk is voor de financiële afwikkeling van de geconsumeerde zorg, de patiënt of de zorgverzekeraar. De NVZ had deze vraag ook gesteld. Zij voorziet dat ze met

de patiënt in de clinch moet in geval van restitutie. Zij suggereert om de zorgverzekeraar daar verantwoordelijk voor te laten blijven.

Minister Hoogervorst: De patiënt is verantwoordelijk voor de betaling. Het ziekenhuis moet voor de incasso zorgen. Er kan wel onderling tussen verzekeraar en ziekenhuis worden afgesproken dat men rechtstreeks wil betalen. Er zijn particuliere verzekeraars die dat nu ook doen. Ik ga daar niet tussen zitten. Dat is de onderlinge verantwoordelijkheid van partijen.

Mevrouw Van Leeuwen (CDA): Mevrouw de voorzitter. Het probleem van de ziekenhuizen is daarmee niet opgelost. Deze hebben om die reden de "derden betaler"-regeling voorgesteld, zoals die ook in België geldt. Ik wil daar nog niet direct op overgaan. De minister heeft nu een aantal toezeggingen gedaan, die hij schriftelijk nog eens uiteen zal zetten. Als hij doet wat hij aan de Tweede Kamer heeft toegezegd, zou het probleem veel geringer kunnen zijn. Ik wil dat even afwachten, maar het probleem ligt wel op tafel.

Minister Hoogervorst: Ik kan hier wellicht in de schriftelijke beantwoording nog even op terugkomen. Mevrouw Van Leeuwen heeft gelijk als zij zegt dat het probleem aanmerkelijk is gereduceerd. Je kunt niet meer met nepcontracten te maken krijgen, waarin bizar lage tarieven staan. Ik heb ook gezegd dat de verzekerde uiteindelijk altijd nog het wapen heeft dat hij naar een andere verzekeraar kan gaan. Dat is geen loze zaak. Dat is een van de belangrijkste redenen voor de verzekeraars om nu breed te gaan contracteren en redelijk ruimhartig te gaan restitueren.

Vele woordvoerders hebben gewezen op het mogelijke gevaar dat zou dreigen vanuit de aanvullende verzekeringen, omdat risicoselectie daar in principe mogelijk is. Ik heb dat debat ook in de Tweede Kamer gevoerd. Ik benadruk nogmaals dat dit probleem in de praktijk zeer gering is. De aanvullende verzekeringen beslaan minder dan 7% van de totale zorgkosten. Het gaat dus om een klein onderdeel. Verder gaan de verzekeraars in de praktijk zeer ruimhartig om met dat selectiebeleid. Dat blijkt uit de cijfers. Ik heb gevraagd waarom ze dat doen. Dat

heeft te maken met het feit dat het een heel klein onderdeel is op het totaal van de relatie die zij met de verzekerde hebben. De ziekenfondsen weten dat zij ruimhartig worden gecompenseerd voor patiënten met een groot risico via de risicoverevening. De chronisch zieke, de diabetespatiënt, de patiënt die een beroerte heeft gehad, brengen kosten met zich, maar de ziekenfondsen weten dat zij daarvoor worden gecompenseerd. Dat stelt hen in staat om vrij ruimhartig naar het risico in de aanvullende verzekeringen te kijken. De ont koppeling van de aanvullende verzekering en de basisverzekering, hoe sympathiek op het eerste gezicht ook, leidt eerder tot versterking van risicoselectie dan tot vermindering ervan. Dan weet de verzekeraar dat zijn verzekerde met een basisverzekering, waarvoor compensatie wordt ontvangen, kan weggaan naar een andere verzekeraar, terwijl hij achterblijft met de aanvullende verzekering waarop hij verliest lijdt. Dan gaan verzekeraars wel selecteren. Het is in de huidige praktijk geen probleem. Mijn devies is dan altijd "if it ain't broke, don't fix it".

Mevrouw Swenker (VVD): U zult dan geen enkel probleem hebben met een code van Zorgverzekeraars Nederland waarin staat dat de basisverzekering en de aanvullende verzekering in de hand van één verzekeraar moeten zijn.

Minister Hoogervorst: Ik kan mij dat heel goed voorstellen. Ik denk niet dat ik het Europees-rechtelijk kan verbieden, maar ik ben ervan overtuigd dat ont koppeling tot meer risicoselectie zal leiden.

Mevrouw Swenker (VVD): Dat is wel een inperking van de keuzevrijheid van de verzekerde.

Minister Hoogervorst: Nee, want meer dan 90% van de ziekenfondsverzekerden heeft een aanvullende verzekering. Er vindt nauwelijks risicoselectie plaats. De verschillende onderzoeken die daarnaar zijn gedaan wijzen allemaal uit dat dit zeer geringe percentages zullen zijn.

Mevrouw Swenker (VVD): Dat geldt voor de simpele aanvullende ziekenfondsverzekering, maar er zijn veel uitgebreider pakketten waarbij wel degelijk wordt geselecteerd,

Hoogervorst

althans waarvoor een hoge premie wordt betaald of waarbij je als 65-plusser niet meer aan de bak komt voor bepaalde voorzieningen.

Minister **Hoogervorst**: Dan gaat het om de franje.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik vind fysiotherapie geen franje, evenmin als de wat duurdere tandheelkundige zorg. Wij willen toch niet dat de mensen weer gedwongen worden om een gebit te nemen.

Minister **Hoogervorst**: Ik stel vast dat 90% van de ziekenfondsverzekerden in Nederland een aanvullende verzekering heeft, die bijna altijd betrekking heeft op fysiotherapie en tandheeskunde. Ik weet niet of men het gehele pakket heeft, maar het is geen groot probleem.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Straks is er de basisverzekering. Het gaat daarbij ook om de particulier verzekerden, waarbij ik aanneem dat er een gelijksoortig regime komt. Dan hebben wij het niet meer over de eenvoudige aanvullingsfondsen van het ouderwetse ziekenfonds, maar over een behoorlijke markt.

Minister **Hoogervorst**: Het blijft gaan om dezelfde problematiek als bij het ziekenfonds en die is heel gering.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het probleem is juist dat de minister hoge verwachtingen heeft van het stemmen met de voeten, van het veranderen van zorgverzekeraar. Dan heb je ook de koppeling nodig, anders komt er niets van terecht. Je blijft dan zitten met de aanvullende verzekering. Daarvoor heb je de koppeling nodig.

Minister **Hoogervorst**: Ik spreek uit zeer recente ervaring. Ik heb anderhalf jaar geleden het pakket redelijk fors uitgedund. Toen zijn er geen grote problemen met risicoselectie opgetreden. Ik wil het probleem wel erkennen, maar het is er maar in beperkte mate.

De heer **Hamel** (PvdA): Deze vergelijking is te gemakkelijk. Wij spreken over het toekomstige basispakket. Toen de minister het pakket uitdunde, was er nog geen sprake van risico's voor de verzeke-

raars, maar dat wordt op basis van deze voorstellen anders. Verzekeraars moeten veel preciezer zijn. Wij spreken geen van allen over de gezonde Nederlander van 50 die van verzekering verkast, maar over een chronisch zieke die dat doet. Het is mogelijk dat hij zich alleen aanvullend heeft verzekerd voor goede thuiszorg. Dat kun je gedaan hebben terwijl je gezond was. Daarna word je bijvoorbeeld ziek, maar je had het in het aanvullend pakket. Een verzekeraar moet dat nu door blijven betalen, als je tenminste bij die verzekering blijft. Als je overstapt, ben je het kwijt. Ik vind dat iets te makkelijk aan dit probleem voorbij wordt gedaan, zeker gelet op de werking die de minister beoogt.

Minister **Hoogervorst**: De enige manier waarop ik dit kan oplossen is door alles weer in het pakket te gooien, maar dat ligt niet in mijn bedoeling. Het is werkelijk geen groot probleem. Dat zeg ik niet zomaar. Wij hebben daar onderzoek naar gedaan. Ik kan de Kamer verzekeren dat ik grote problemen met de Tweede Kamer had gehad als door de laatste pakketuitdunning problemen waren ontstaan. Wij hebben erover gediscussieerd, maar het heeft niet tot aantoonbaar grote schade geleid. De particuliere verzekeraar doet nu alleen maar aan risicoselectie. Alles wat een zwaar risico is verdwijnt in het zwarte gat van de WTZ. Straks krijgt de particuliere verzekeraar ook voor zijn chronisch zieken een tegemoetkoming uit het vereveningsfonds. Dan gaat voor hem dus precies hetzelfde gelden als voor het ziekenfonds nu. Dat zal hem in staat stellen om wat meer relaxed naar de aanvullende verzekering te kijken dan nu. Ik ben dus niet van plan om het basispakket verder uit te dunnen.

Mevrouw Swenker heeft nog gevraagd naar het PGB. Het PGB zit in de AWBZ en dat zal niet veranderen. In de cure kennen wij een restitutie. Die was altijd afwezig in de AWBZ. Daarom hadden wij in de AWBZ de PGB nodig. In de cure hebben wij dat instrument dus niet nodig.

Dan ga ik nu in op de zorgaanbieders. Daar heb ik al veel over gezegd, dus ik zal de algemene zaken achterwege laten. De heer Hamel heeft gevraagd of degenen die uitsluitend electieve zorg aanbieden, bijvoorbeeld als ZBC, geen

concurrentievoordeel hebben ten opzichte van algemene ziekenhuizen, die ook heel dure, complexe zorg moeten bieden. Daar komt het in feite op neer: de krenten worden door de ZBC's uit de pap gestolen. Omgekeerd hebben de ZBC's het verhaal dat ziekenhuizen de kapitaallasten vergoed krijgen, terwijl zij het allemaal maar bij moeten sappen. Iedereen heeft dus een verhaal. Ik herken de vraag van de heer Hamel wel en ik begrijp haar ook. In de eerste plaats kunnen de algemene ziekenhuizen zich op de weg begeven naar meer specialisatie van zorg; naar mijn mening moeten zij dat ook doen. Ik weet dat een aantal ziekenhuizen, bijvoorbeeld het Reinier de Graaf ziekenhuis in Voorburg en Delft, een aantal gespecialiseerde diensten is begonnen. Ik het jargon wordt dat met "focussed factory" aangeduid. Zij hebben daar enorm goede ervaringen mee opgedaan en zij hebben daardoor wachtlijsten weggewerkt. Dus ook een algemeen ziekenhuis kan dat. In de tweede plaats dient de acute, complexe en geldverslindende zorg correct te worden bekostigd. Dat moet niet via kruissubsidies binnen de budgettering plaatsvinden, maar via reële tarieven. Daar zijn wij natuurlijk via de DBC's mee bezig. Voor die zorg moeten gewoon correcte tarieven komen. Ten slotte is dit ook een van de redenen om de zaak geleidelijk aan te pakken. Als je tegen dit soort problemen aanloopt, moet je daar aandacht voor hebben.

De heer **Hamel** (PvdA): Het gaat er mij niet om of de ZBC's of de ziekenhuizen iets hebben. De minister geeft daar een bijzondere verantwoordelijkheid aan voor acute zorg. Die zorg moet goed gespreid blijven. In dit soort sectoren weet je dan gelijk dat een rekening zal volgen. Het gaat mij louter en alleen om het aantal zieken. De factor acuut impliceert 24-uur beschikbaarheid. Bijvoorbeeld traumateams zijn dan ook buitengewoon duur. Die mogen niets anders doen. Een mix zou mooi zijn, omdat de mensen dan af en toe iets anders kunnen doen. Dan komen de kosten ook anders te liggen. Er moeten wellicht arbitraire beslissingen genomen worden, om te voorkomen dat het allemaal door elkaar gaat lopen. Ik zie dan ook liever een schriftelijk antwoord. Een en ander geldt ook voor orthopeden.

Hoogervorst

Die zitten ook in de spoedopvang. Hoe wordt dit probleem straks opgelost? De minister zei zo-even tarieven vast te willen stellen voor de acute zorg. Wat dan met een klein ziekenhuis midden in Gelderland waar slechts af en toe iemand door komt? Tarieven helpen dan niet. Wordt er dan gekozen voor beschikbaarheid? Hoe wordt dit straks geregeld?

Minister **Hoogervorst**: Ik krijg met de WTZi nieuwe instrumenten. Ik kan ziekenhuizen verplichten op straffe van intrekking van de toelating om acute zorg te verlenen. Daar hoort ook de benodigde financiering bij. Ik zal bekijken of ik dit schriftelijk iets verder kan toelichten.

Velen hebben gevraagd naar de mogelijkheid van ketenzorg in een situatie van concurrentie. Ketenzorg impliceert immers samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders. Is dat niet strijdig met concurrentie? Dat hoeft niet het geval te zijn. Samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn is goed mogelijk waar niet geconcurrereerd hoeft te worden, bijvoorbeeld bij de diabeteszorg. Er kan een spanning tussen samenwerking en marktwerking ontstaan. Om dat te verhelderen heeft de NMa in oktober 2002 richtsnoeren voor de zorgsector vastgesteld. Die richtsnoeren geven duidelijkheid over de mogelijkheden van samenwerkingsvormen van de marktwerking. Ik ben in mijn brief over de toekomstbestendige eerstelijnszorg daarop teruggekomen.

Er is gevraagd naar de noodzaak van oprichting van het Opleidingsfonds. Dat wordt door mij erkend. De zaak is stevig in beweging. Mijn uitgangspunt is nog steeds dat de nieuwe bekostigingssystematiek op 1 januari 2006 wordt ingevoerd. Ik heb inmiddels een projectgroep ingesteld om een en ander uit te werken.

De heer Schouw vraagt hoe de veranderingen in de zorg zich verhouden tot maatschappelijk verantwoord ondernemen. Waarom wordt daarover in de HOZ en de WTG ExPres niets gezegd? Deze wetten gaan daar in principe niet over. Wat betreft de zorgverzekeraars gaat de Zorgverzekeringswet daar volop op in. De zorgverzekeraars zullen in de toekomst weliswaar private verzekeraars zijn. Zij moeten echter bij de uitvoering van hun zorgverzekeringen wel de sociale en

publieke randvoorwaarden van de zorgverzekeringswet in acht nemen. Voor de maatschappelijke verantwoording van zorgverzekeraars betekent dat twee dingen. Zij moeten zich net als elke andere onderneming via jaarrekening en jaarverslag verantwoording afleggen. In dit verband is onlangs een wetsvoorstel van de minister van Justitie aangenomen op grond waarvan bij AMvB aanwijzingen kunnen worden gegeven over de inhoud van jaarverslagen. Op die manier kunnen gedragscodes in de sector ontwikkeld worden, bijvoorbeeld zelfregulering in de vorm van een code voor "corporate governance". Die zal er waarschijnlijk ook komen.

Mevrouw Swenker vraagt aangaande de ambulancezorg of het instrument van aanbesteding geen krampachtige poging is om iets van marktwerking te realiseren in een aanbestede omgeving. Ik denk dat de aanbesteding van vergunningen voor ambulancezorg een prima instrument is om aan de hand van een programma van eisen de goede kwaliteit van de ambulancezorg te waarborgen. Ik heb ook niet zoveel andere instrumenten om dit te bereiken. Deze wet komt nog bij u langs en dan kunnen wij daar nog uitvoerig over spreken.

Er zijn veel vragen gesteld over DBC's. Omdat die een hoog technisch karakter hebben, stel ik voor om ze zoveel mogelijk schriftelijk te beantwoorden.

Zowel mevrouw Slagter als mevrouw Van Leeuwen hebben gevraagd hoe de zorgverzekeraars tot bevoorschotting kunnen worden gedwongen, een noodzaak die voortvloeit uit de invoering van de DBC, en hoe een eventuele heffingsrente in rekening kan worden gebracht. Mevrouw Van Leeuwen heeft nog met nadruk gevraagd of die oplossing niet zou leiden tot een beloning van nalatige ziekenhuizen die te laat zijn begonnen aan de invoering van de DBC.

Het CTG/Zaoi heeft een beleidsregel vastgesteld die uitgaat van prikkels om lokaal afspraken te maken over de bevoorschotting. Dit is niet eenvoudig, maar kernpunten zijn dat de bevoorschotting op lokaal niveau uitgangspunt is, dat een aanbod tot bevoorschotting van verzekeraars geaccepteerd moet worden en dat de aanbieder een rentevergoeding mag vragen aan de verzekeraar als er geen bevoorschot-

ting komt van de verzekeraar. Die rentevergoeding wordt zo vastgesteld dat er voor beide partijen een prikkel is voor bevoorschotting en dat ziekenhuizen een reële vergoeding krijgen die is gebaseerd op de werkelijke doorlooptijd van de DBC's.

Deze regeling is met nadruk niet bedoeld voor de achterblijvers die een probleem hebben, omdat zij de DBC-administratie niet tijdig hebben ingevoerd. Voor hen zullen de verzekeraars aparte regelingen moeten treffen die misschien ook wat minder genereus zullen zijn, omdat er toch een element van eigen verantwoordelijkheid bij komt kijken.

Ik denk dat ik de Kamers redelijk openhartig heb ingelicht over de risico's. Er zullen zeker invoeringsproblemen ontstaan, maar alle betrokkenen waren van mening dat die wel te overzien waren en dat verder uitstel een veel groter negatief effect zou hebben dan het voor lief nemen van enkele invoeringsrisico's. Ik zal de vragen die specifiek over dit onderwerp zijn gesteld, schriftelijk beantwoorden.

Ik zal het parlement op de hoogte houden van de uitkomsten van de commissie-Korthals Altes.

Ik zal verder in mijn schriftelijk antwoord ingaan op de fraude-mogelijkheden en de manier waarop wij die denken te bestrijden.

De heer Schouw heeft gevraagd of ik bij benadering kan aangeven hoeveel euro er per jaar kan worden bespaard op de administratieve lasten in de zorg na de invoering van het B-segment DBC's. Dit kan ik op dit moment niet. De invoering van een nieuw administratief systeem zal, zeker als men om begrijpelijke redenen ook nog gedeeltelijk met het oude blijft werken, in eerste instantie tot verzwaring van de administratieve lasten leiden. Ik ben er wel van overtuigd dat deze automatiserings-slag als de sector eenmaal heeft leren werken met het systeem en als de ergste complicaties zijn verholpen, een enorme winst voor de sector zal opleveren, ook in termen van administratieve lasten. Ook voor specialisten die het uiteindelijk zelf hebben verzonnen al klagen zij er nu vaak over, zal het tot een verlichting van taken leiden. Ik zal in de monitoring van de administratieve lastenopgave daar nog uitgebreid op terugkomen.

De heer **Schouw** (D66): Kunt u het dan ook vertalen naar euro's? Want

Hoogervorst

dat geeft wat meer houvast dan de rijtjes die wij nu hebben.

Minister **Hoogervorst**: Dat zal ik doen, want ik zit aan een heel zware opgave vast vanuit het kabinet. De heer Zalm is op het punt van de administratieve lasten even streng als hij op budgettaire terrein is. Ook als ik op onderdelen tot verzwaring van administratieve lasten kom, zal ik dat volgens de Zalmnormering goed moeten maken en tot de uiteindelijke besparing moeten komen, waarvoor ik heb getekend. Er wordt met man en macht aan gewerkt om dat voor elkaar te krijgen. Daarbij gaat het om stroomlijning van de jaarverslaglegging, afschaffing van machtigingen, vereenvoudiging van bouwprocedures en een ICT-programma dat onder meer gericht is op het digitaliseren van declaratieverkeer. Bij de zorgverzekeringswet hebben wij heel weinig administratieve lastenwinst geboekt. Ons vermoeden is dat er nog veel meer in zit. Dat zijn wij nu aan het uitdiepen. Linksom of rechtsom, ik ga mijn doelstelling gewoon halen.

De heer Van den Berg heeft gevraagd naar de eisen die wij stellen aan de experimenten uit hoofde van de WTG ExPres. In ieder geval is het zo dat instellingen in financiële problemen niet kunnen meedoen. Als er gevaar zou bestaan voor de continuïteit van de zorg, is dat ook niet mogelijk. Wij zullen bij experimenten vooraf specifiek aandacht hebben voor eventuele gevaren voor de kwaliteit en voor de patiëntveiligheid. Als een experiment vroegtijdig dreigt te mislukken, kan het worden afgebroken, maar dan moet er wel een gevaar zijn voor de continuïteit of de kwaliteit van de zorg. De IGZ behoudt zijn positie op het terrein van kwaliteit. Dat geldt ook, en misschien zelfs wel extra, bij experimenten.

Over de brief die het CBP heeft gestuurd over de privacy rond de DBC's zijn vele vragen gesteld. Naar aanleiding van de brief heb ik meteen een afspraak gemaakt met de nieuwe voorzitter van het CBP, de heer Kohnstamm. Die briefwisseling moet gewoon afgelopen zijn. Ik verwijt het CBP niets, maar wij moeten het onderling gewoon beter regelen. Ik ga met hem goede werkafspraken maken en over deze specifieke casus zal ik u nog schriftelijk antwoorden hoe de vork

precies in de steel zit. Dat weet u vóór volgende week.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik bewonder de buitengewoon pragmatische opstelling van de minister. Om te overleven in de gezondheidszorg is dat ook een goede houding. Ik kan een gevoel van teleurstelling echter toch niet onderdrukken. Het lijkt mij verstandig dat ik daar nu melding van maak, want anders moet ik straks mijn tweede termijn daarmee beginnen. Wij hebben een aantal principiële zaken aan de orde gesteld, die met marktwerking te maken hebben: met de neveneffecten ervan, met lessen uit andere sectoren, met winstoogmerk. Het gaat om een heel palet van aarzelingen, waarvan u hebt gezegd: ik kan daarin meevoelen. Vervolgens bent u echter over dat hoofdstuk heen gestapt. U hebt tegen mijn collega en mij gezegd dat wij daar sowieso niet voor zijn, en dat zou een reden zijn om er überhaupt niet meer over te discussiëren. Ik zou het erg op prijs stellen als wij in de loop van de volgende week een aantal praktische vragen beantwoord kregen. Daar moet een preambule aan vooraf gaan, waarin een aantal van die principiële kwesties zorgvuldig en nauwkeurig wordt behandeld, evenals de wijze waarop dit kabinet daarmee denkt om te gaan. Misschien heeft het kabinet al iets geregeld; het kan zijn dat mij dit is ontgaan. Dan kunnen wij daar in tweede termijn in alle redelijkheid mee omgaan. Ik ben immers niet de enige die deze opmerking heeft gemaakt. Gelet op de teneur van alle mensen die hier gesproken hebben, gaan de zorgen verder dan verzoeken waarbij de minister kan volstaan met "wij houden er wel rekening mee". Ik zou het op prijs stellen als dat alsnog serieus genomen zou kunnen worden.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb toch echt wel het gevoel dat ik op de hoofdpunten ben ingegaan. Ik heb uw lijstje nu niet bij mij, maar ik zie het nog voor mij, zoals u het presenteerde aan het slot van uw betoog. Ik heb misschien niet op alle problemen geantwoord die u in verband met marktwerking ziet, maar toch wel op de belangrijkste. Zo hebt u bijvoorbeeld geantwoord op de inkomenssolidariteit. Daarvan heb ik gezegd dat wij die echt in beton

gegoten hebben in de Zorgverzekeringswet. U had het over de vrees dat mensen met hogere gezondheidsrisico's niet meer aan de bak zouden komen in de zorg. Dat is eveneens in beton gegoten. De vrees voor een verhoging van de administratieve lasten, daar heb ik het net over gehad. De vrees voor verhoging van de kosten, daar is het debat mee begonnen. Ik denk dat ik serieus ben ingegaan op de hoofdvragen die je bij marktwerking kunt stellen. Het kan zijn dat ik niet alles beantwoord heb, maar er zijn natuurlijk ook wel erg veel vragen gesteld. Ik zal kijken of ik iets over het hoofd heb gezien, maar ik vind niet dat ik oppervlakkig met de vragen ben omgegaan.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Dat wil ik ook helemaal niet suggereren, maar wel dat u niet volledig ermee bent omgegaan. Het winstoogmerk, om maar iets te noemen, het artikel van de minister-president over de maatschappelijke ondernemingen: dat soort kwesties hebt u helemaal niet aangeraakt. U kunt wel zeggen dat dit nu niet aan de orde is, maar ik vind het wel voor mijn beoordeling van deze wet belangrijk dat ik daar antwoord op krijg. Die heb ik tot nu toe gemist. Als u mijn lijstje afloopt ± misschien moet u dat gewoon in alle rust doen ± dan komt u absoluut nog onderdelen tegen die nog een antwoord behoeven.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb het bewust niet over het winstoogmerk gehad, want dat vraagstuk komt volop naar voren in de WZG. Ik denk dat wij dat gewoon daar moeten beantwoorden. Dat vergt nog een hele discussie en die ben ik hier met opzet niet aangegaan. Ik denk ook niet dat het goed is als ik dat schriftelijk doe. Laten wij die kwestie bewaren tot de verdere gelegenheden die wij nog krijgen. De kwestie van de freeriders heb ik inderdaad over het hoofd gezien. Mevrouw Van Leeuwen heeft er eveneens naar gevraagd. Dat zal ik meenemen in de schriftelijke beantwoording.

Ik moet toch enige clementie vragen voor mijn ambtenaren die ongelofelijk veel te verstouwen hebben op dit moment rond alle wetten waar wij mee bezig zijn. Ik zal echt mijn uiterste best doen om u nog voor de tweede termijn van het antwoord op uw vragen te voorzien.

Hoogervorst

De heer **Hamel** (PvdA): Laat mijn clementie dan in ieder geval blijken uit het feit dat ik alleen vraag om een schriftelijke beantwoording. Ik wil graag een precisering over de privacy. Ik ga ervan uit dat er bij de beantwoording wordt meegenomen de vraag die wij zowel in het eerste voorlopige verslag hebben gesteld als in het tweede. Beide kwamen in een ietwat ander daglicht te staan door de brief.

Voorts heeft de minister het vaak over een hele reeks aan stappen die hij wil gaan zetten. Deze stappen moeten dusdanig worden gezet dat men zonder problemen terug kan. Wat zijn de eerste twee stappen die de minister daarbij voor ogen heeft? Is het eerste deel gewoon het b-compartment? Kan dat meegenomen worden in de schriftelijke beantwoording?

Minister **Hoogervorst**: Dat kan ik u nu direct vertellen. De eerste stap is de 10% en het is niet mijn oogmerk om dat om te keren. De tweede grote stap is de Zorgverzekeringswet, maar die ligt buiten deze wet. Deze wet is dusdanig met waarborgen omgeven dat het sowieso no regret is, wat mij betreft.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat betekent dus dat er voor 2006 geen enkele volgende stap met betrekking tot de DBC's wordt gezet. In de stukken heeft de minister nog aangekondigd dat hij daar medio 2005 mee zou komen. De CDA-fractie heeft aangetoond dat dit volstrekt mogelijk is.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal daar nog duidelijker over zijn: ik voorzie geen nieuwe stappen voordat de Nederlandse Zorgautoriteit is gestart.

De heer **Hamel** (PvdA): Dus alles wat er nu is gezegd over het experiment met de 10%, dus het B-deel, is de omschrijving van de eerste stap. Punt.

Minister **Hoogervorst**: Ja, punt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Naar aanleiding van de interruptie van de heer Van der Lans, wil ik nog opmerken dat de CDA-fractie er volstrekt genoeg mee neemt dat de minister de zaak van de winst-uitkeringen heeft verwezen naar de WTZi. Toen hij dat aan het begin van

zijn betoog zei, heb ik mij daar volledig mee akkoord betoond.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik mis antwoorden op de vragen over fysiotherapie, maar misschien komen die terug in de schriftelijke beantwoording. De minister en de ambtenaren zijn vast erg belast, maar dat hebben zij zichzelf aangedaan door zo veel in zo korte tijd te willen doen. Het is onze taak om te bekijken of het niet te snel gaat. Haastige spoed is immers zelden goed. Wij moeten elkaar de ruimte gunnen.

Minister **Hoogervorst**: Dat doe ik nu ook. Ik probeer er ook niet zielig bij te kijken. Ik dacht eigenlijk meer aan mijn ambtenaren dan aan mijzelf.

De beraadslaging wordt geschorst.

Sluiting 22.39 uur

Besluiten en ingekomen stukken

Lijst van besluiten

De voorzitter heeft na overleg met het College van senioren besloten om:

a. de plenaire behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op:

23 en eventueel 30 november 2004
Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektenkostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg) (28994);

Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) (29379);
30 november 2004

Modernisering noodwetgeving Verkeer en Waterstaat en Economische Zaken (29514);

Wijziging van de Wet arbeid vreemdelingen in verband met invoering van bestuursrechtelijke handhaving (Wet bestuurlijke boete arbeid vreemdelingen) (29523);

Wijziging van diverse wetten ter uitvoering van de op 21 juni 1999 te Luxemburg tot stand gekomen Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten,

enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen en tot aanpassing van de Wet op de architectentitel aan een uitspraak inzake vrijheid van vestiging van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (29607);
13/14 december 2004

Regels betreffende de financiering van de sociale verzekeringen (Wet financiering sociale verzekeringen) (29529);

Invoering van de Wet financiering sociale verzekeringen (Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen) (29531);

b. het voorbereidend onderzoek van de volgende wetsvoorstellen door de vaste commissies voor Financiën te doen plaatsvinden op 23 november 2004:

Wijziging van de Wet waardering onroerende zaken en van enige andere wetten (meer doelmatige uitvoering van de Wet waardering onroerende zaken) (29612);
Financiën te doen plaatsvinden op 30 november 2004:

Wijziging van belastingwetten in verband met noodzakelijk onderhoud (Fiscale onderhoudswet 2004) (29678);

Wijziging van enkele belastingwetten c.a. (Overige fiscale maatregelen 2005) (29758);

Wijziging van enkele belastingwetten (Belastingplan 2005) (29767);
Sociale Zaken en Werkgelegenheid te doen plaatsvinden op 30 november 2004:

Wijziging van de Werkloosheidswet in verband met maximering van de ziekengeldlasten in het wachtgeldfonds voor de uitzendsector en wijziging van enige andere wetten in verband met de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte 2003 (29718).

Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter ter zake gedane voorstellen:

1. de volgende door de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangenomen wetsvoorstellen:

Verandering in de Grondwet, strekkende tot wijziging van de bepaling inzake de benoeming van de commissaris van de Koning en de burgemeester (28509);

Wijziging van de Les- en cursusgeldwet en de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk