

Van Geel

feite een monumentale stijging kan plaatsvinden. Dat is heel erg. Op die manier groeit de waardering van de burger voor de overheid niet.

Staatssecretaris **Van Geel**: Ik begrijp het. Wij spreken over een brief van mijn hand, waarin ik de richting aanduid van hoe een en ander volgens mij verder moet worden uitgewerkt. De heer Ketting treedt als woordvoerder van de Kamer op. Zijn woorden worden dus breed gedragen. Ik begrijp dat de Kamer mij vraagt om een eenduidig systeem van geluidproductieplafonds. Dit moet ook handhaafbaar en transparant zijn. De genoemde normoverschrijdingen moeten ook niet worden toegestaan. Het is aan mij of mijn opvolger om te zorgen voor een voorstel dat voldoet aan die eisen van de Kamer.

Dan nog iets over de actieplannen. De heer Ketting vraagt of de actieplannen bij de gemeenten afdwingbaar zijn. Dat is het geval. Dat betekent dat, als die actieplannen niet worden ingediend, een soort bestuursdwang kan worden toegepast. Dat houdt in dat wij ze maken en dat de gemeenten betalen. Het is dus niet vrijblijvend. Een en ander is wel degelijk afdwingbaar.

De heer Ketting heeft ook nog aangegeven waar een integraal wetsvoorstel aan zou moeten voldoen. Ik heb zijn opmerking op dat punt al omarmd. Het moet simpel zijn. Het moet duidelijk zijn welke niveaus aanvaardbaar zijn. Ook de prijskaartjes moeten bekend zijn. Vervolgens moet een besluit worden genomen. Ten slotte stelt de heer Ketting dat de politieke uitgangspunten en keuzen niet herkenbaar meer zijn en dus niet meer kunnen worden beoordeeld. Die kritiek trek ik mij aan. Ik zal ervoor zorgen dat de nieuwe wet die hopelijk in het najaar bij de Tweede Kamer kan worden ingediend aan die eisen zal voldoen.

De heer **Ketting** (VVD): Voorzitter. De regering van het Koninkrijk der Nederlanden heeft eeuwigheidswaarde en, binnen die context, ook een staatssecretariaat. Laten wij hopen dat dit binnen die context ook geldt voor de staatssecretaris. Hij heeft aangegeven dat de overwegingen, zoals die binnen de commissie voor Milieu zijn geformuleerd, hem aanspreken. Ik spreek namens de commissie onze appreciatie uit voor de wijze waarop en de ruimhartigheid waarmee de staatssecretaris onze handreikingen heeft omarmd en voor de inhoudelijke aspecten die hij daarbij terecht heeft gehanteerd. In dit stadium – dit is nog maar het prille begin van een vernieuwing van de Wet geluidhinder – wordt een echte tweede termijn door deze Kamer niet nodig of wenselijk geacht, want veel toegevoegde waarde zal deze niet kunnen hebben. Wel hecht deze Kamer eraan dat de staatssecretaris deze Kamer met regelmaat en vooral geregeld op de hoogte houdt van de vorderingen van de uitvoering van zijn actieplan en vooral over het door hem in zijn brief van 16 juni aangegeven tijdschema. Wij hopen van harte, wellicht bevorderd door een tweegesprek dat wij met de staatssecretaris deze herfst zouden kunnen hebben, dat de verdere invulling van deze herziening van de wet zal plaatsvinden in een sfeer en met een inhoudelijke behandeling zoals wij zojuist van de staatssecretaris hebben mogen vernemen en op prijs hebben gesteld.

Staatssecretaris **Van Geel**: Mevrouw de voorzitter. Dat zal ik graag doen. Het feit dat u dit dossier – misschien formuleer ik het nu wat cryptisch – zo belangrijk hebt geacht en een aantal dragende principes en waarden hebt geformuleerd waaraan de Eerste Kamer zeer hecht, zal het mij alleen maar makkelijker maken om de rol die de heer Ketting noemde, de rol van dressuur, daar ook te kunnen vervullen. Wat dat betreft dank voor de steun in mijn rug.

De **voorzitter**: Ik dank de staatssecretaris voor zijn reactie in tweede termijn.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg) (30186).**

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom in de Eerste Kamer.

In afwijking van de sprekerslijst maar met instemming van de woordvoerders Putters en Van Leeuwen geef ik allereerst het woord aan mevrouw Slagter-Roukema. Mevrouw Slagter is namelijk om 17.30 uur grootmoeder geworden. Wij feliciteren haar van harte met dit heuglijke feit.

De beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dank u wel, voorzitter en ook dank aan mijn collega-senatoren dat ik zo maar voor mag kruipen. Ik heb hun bijdragen op papier staan en zal ze meenemen. Ik zal mij er zeker in verdiepen, maar ik trek mij na mijn inbreng terug om even bij moeder, kind en mijn zoon te zijn. Dat is ook belangrijk.

Mevrouw de voorzitter. Ik had niet kunnen bevroeden dat we vandaag bij de plenaire behandeling van de WMG met een minister debatteren die zijn portefeuille onlangs ter beschikking heeft gesteld. Het is wel bekend dat mijn fractie niet veel op had met Balkenende II en zeker niet met de manier waarop deze minister wijzigingen in het zorgstelsel in een soms moordend tempo doorvoerde. Ik ben er dan ook niet rouwig om dat het tempo er wat uit is door de gebeurtenissen van vorige week.

Het is echter wel de vraag of dat nu ook op de vandaag voorliggende wet van toepassing is. Juist om goed toe te zien op de introductie van marktwerking in de zorg en de gevolgen ervan op de beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, is vanaf het begin een goed toegeruste marktmeester nodig. In de discussie in de Tweede Kamer is er dan ook op gewezen dat de wedstrijd al begonnen is terwijl de scheidsrechter nog niet in functie is. En hoewel een

Slagter-Roukema

wedstrijd mét een scheidsrechter ook tenenkrommend kan zijn, is dat toch geen goede zaak. Als marktwerking dan toch wordt ingevoerd – dat mijn fractie dat niet toejuicht is bekend en wat ons betreft had D66 heel wat eerder de stekker uit dit kabinet mogen halen – had alles eromheen wel tijdig op orde moeten zijn. Het is daarom jammer dat de Nederlandse Zorgautoriteit in feite start met een achterstand. Met of zonder portefeuille, we verwachten vandaag en morgen wel van deze minister dat hij onze zorgen en opmerkingen over de constructie van de NZa zoals die er nu ligt serieus neemt en ons een aantal toezeggingen geeft op punten die nog onduidelijk zijn.

Het wetsvoorstel regelt de oprichting en bevoegdheden van de Nederlandse Zorgautoriteit, het orgaan waarin het huidige College Tarieven Gezondheidszorg en het College Toezicht Zorgverzekeringen opgaan. De Zorgautoriteit moet gaan fungeren als marktmeester met een sectorspecifiek toezicht. Omdat naast deze toezicht-houder ook het CPB, de IGZ, het CVZ, de NMa, de Nederlandsche Bank en de AFM toezichtstaken houden op de zorgmarkt, is de vraag gesteld hoe stapeling van toezicht wordt vermeden. Die vraag lijkt mij niet overbodig. Kan de minister in zijn bijdrage nog eens ingaan op deze vraag en daarbij met name aandacht besteden aan de stand van zaken ten aanzien van de diverse samenwerkingsprotocollen? Naast het gevaar van overlap, is er evenzeer het gevaar van blinde vlekken. Aan wie de taak dat te bewaken? Hoe is het toezicht op het toezicht geregeld? Voor de SP is daarbij ook een belangrijke vraag, hoe de inspraak en instemming van de organisaties die de patiënten en consumenten vertegenwoordigen geregeld zijn bij de totstandkoming van de protocollen. Zijn zij erbij betrokken of in ieder geval geconsulteerd? Want – dat is de minister toch wel met ons eens? – uiteindelijk werkt de Zorgautoriteit toch voor de burger, patiënt en consument?

In het overzicht dat de minister ons in de memorie van antwoord verschaft, bleek dat overleg met het College Bescherming Persoonsgegevens nog nauwelijks van de grond was gekomen. Is dat nog steeds de stand van zaken en hoe staat het dan met de ministeriële regeling ex artikel 65, waarin een gepast gebruik van medische persoonsgegevens van patiënten en verzekerden door de Zorgautoriteit in het kader van de WMG gewaarborgd wordt? Het is van groot belang dat voorkomen wordt dat medische persoonsgegevens verkregen voor een bepaalde taak, ten onrechte ook gebruikt worden voor andere taken en/of door andere toezichthouders. De uitwerking van de regeling dient daarom ook in nauw overleg met het CPB en de KNMG zo spoedig mogelijk tot stand te komen. Is de minister dat met ons eens en gaat hij dit bewerkstelligen? Kan de ministeriële regeling gelijk ingaan met de wet?

Een indringend vraagstuk blijft hoe onder de WMG de kwaliteit van zorg gewaarborgd is. Juist omdat dat niet duidelijk is, blijft het gevaar bestaan dat de kwaliteit door de bodem zakt. Samen optrekken van de IGZ en NZa moet dit voorkomen. Ik vermoed dat er toch nog aardig wat voetangels en klemmen liggen op hun gezamenlijk pad. De minister stelt dat de inspectie met prestatie-indicatoren de kwaliteit van zorg meet en daarmee de NZa informatie verschaft die zij kan gebruiken om verzekerden goed voor te lichten zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het best terecht kunnen. Onlangs waarschuwde het Centrum voor ethiek en

gezondheid, een orgaan dat zowel met de RVZ als met de Gezondheidsraad te maken heeft, voor al te hoge verwachtingen. Er wordt zelfs openlijk getwijfeld aan het nut van de prestatie-indicatoren. Het is nog maar de vraag of daardoor de kwaliteit van zorg verbetert. Het kan bijvoorbeeld strategisch gedrag in de hand werken. Er zijn allerhande manieren om de cijfers te manipuleren. Ook is er nog veel te weinig nagedacht over de gevolgen voor de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt als de laatste uitsluitend kiest op basis van prestatie-cijfers. Het lijkt mij minstens zo belangrijk om, naast makkelijk te meten kwaliteitscriteria als doorligwonden of ziekenhuisinfecties, ons ook te bezinnen op de waardering van minder meetbare grootheden, zoals bejegening en kwaliteit van verpleging en verzorging. Ik roep de minister op, er bij de IGZ op aan te dringen daarbij zeker ook gebruik te maken van de kennis en ervaring van patiënten. Ik weet wel zeker dat zij prestaties anders definiëren en waarderen dan de gezonde klant dat doet. Wie gaat overigens voor de klant duidelijk definiëren wat bodemkwaliteit precies inhoudt? Is dat de meest uitgekledede vorm van kwaliteit of is dat de kwaliteit die bepaald wordt door de state of the art van de beroepsgroepen? Welke vorm van kwaliteit moet leidend zijn bij het vaststellen van de prijs-kwaliteitsverhouding?

Bij de beschrijving van prestaties en het vaststellen van de daarbij behorende tarieven waren de beroepsgroepen tot nu toe in staat hun inbreng te hebben via de verschillende kamers van het CTG. Onder de WMG is er geen plaats meer voor brancheorganisaties, omdat deze in de woorden van de minister uitsluitend oog voor belangenbehartiging hebben. Daargelaten of dat waar is – het raakt aan de beroepseer – vraag ik de minister op welke manier hij dán de kennis van de beroepsverenigingen tot hun recht wil laten komen bij het beoordelen van evidence based werken, het toepassen van protocollen en het implementeren en honoreren van nieuwe werkwijzen en therapieën? Zowel de IGZ als de NZa zal deze kennis nodig hebben en niet altijd zelf in huis hebben. Waar kunnen beroepsgroepen trouwens in beroep gaan als ze het niet eens zijn met een vastgestelde tariefregel?

Wij denken dat de inspectie veel te veel taken met te weinig geld moet doen. Ondanks geruststellende woorden van de minister zijn wij er niet gerust op dat dat goed gaat. Kan de minister op korte termijn een overzicht geven van de uitbreiding van taken van de IGZ, inclusief de formatie-uitbreiding die daarbij hoort? Naast de WMG zal ook de WMO meer inzet verlangen. Overigens zijn wij wel verheugd dat in de persoon van Gerrit van der Wal de positie van inspecteur-generaal weer is ingevuld. Het is een goede keus!

Met de WMG wordt de positie van de patiënt/consument verbeterd, aldus de minister. Het is een prima uitgangspunt, maar wij hebben er nog wel wat vragen over. Zo vinden wij het onbegrijpelijk dat nog steeds niet alle zorgverzekeraars hiervoor een regeling hebben getroffen. Verwacht de minister dat de NZa dit sneller kan bewerkstelligen dan hijzelf? Het tijdpad dat hiervoor nu is uitgezet, gaat uit van: niet vóór de zomer van 2007. Waarom stelt de minister de zorgverzekeraars geen ultimatum? Hij is toch geen tandeloze tijger?

Onlangs heeft de minister in een brief laten weten dat hij onderzoek wil doen naar de noodzaak van een zorgconsumentenwet. Ik breng de minister nog maar even onder de aandacht dat ruim een jaar geleden in

Slagter-Roukema

deze Kamer indringend over dit onderwerp is gepraat. Er is daarbij gewezen op de urgentie van een wet die samenhang aanbrengt tussen bestaande wetten en die de leemtes opvult die zijn ontstaan door de nieuwe verhoudingen onder de Zorgverzekeringswet. Met de NPCF zijn wij teleurgesteld over het tempo van de minister. Ook dit tempo is in zekere zin moordend voor de positie van de consument in de zorg, maar dan niet door de snelheid maar door de traagheid. Ziet de minister mogelijkheden om meer tempo aan te brengen? Meer in zijn algemeenheid wil ik nog weten wat de minister op korte termijn concreet doet aan empowering van de vertegenwoordigers van de patiënt/consument. Wat zijn naast zijn woorden zijn daden? Kan hij ook zijn visie geven op de rol en de positionering van de PGO-organisaties met daarbij een deugdelijke financieringsstructuur? Tot nu toe ligt er nog niet zo'n visie. Of hebben wij in dezen meer van de NZa dan van de minister te verwachten?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wat vindt collega Slagter het belangrijkste punt voor een nieuwe patiëntenwet? Immers, wij hebben in Nederland al allerlei wetten waarin de rechten van patiënt, althans in mijn ogen, heel fatsoenlijk beschermd worden. Wat mist er volgens mevrouw Slagter?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het grootste probleem is dat het allemaal versnipperd is en dat het dus niet overzichtelijk is. De NPCF zegt ook dat er op zoveel verschillende plekken rechten worden beschreven, maar dat dit alles niet veelomvattend is. Ik kan mij wel voorstellen dat de minister eerst een onderzoek wil doen, maar voor de patiënten moet er duidelijk meer urgentie in komen dan nu het geval is. Wij hebben het hier vorig jaar namelijk ook al uitgebreid over gehad en toen is het ook al toegezegd.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Het is kennelijk alleen een administratieve aangelegenheid. Om haast te maken, zou het argument moeten zijn dat er iets ontbreekt aan de rechten van de patiënt/consument. Ik hoor graag van mevrouw Slagter waar zij in dit verband aan denkt, want ik kan het niet goed bedenken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik denk dat het meer gaat om de concentratie opdat het op een plek duidelijk en overzichtelijk is voor de patiënten. Dat is op dit ogenblik niet het geval.

Ik had het erover dat niet altijd duidelijk is wat de minister moet doen en wat de NZa moet doen. Mijn fractie heeft in ieder geval met instemming het rapport van de NZa over verpleeghuiszorg in Nederland ontvangen. Op zichzelf is de conclusie dat patiënten in verpleeghuizen per week bijna vier uur zorg minder krijgen dan waar zij recht op hebben, nogal schokkend. Het is echter toch troostend dat er eindelijk een instantie is die objectief vaststelt wat werkers in deze vorm van zorg en patiënten en hun familieleden allang weten.

Teleurstellend was de reactie van de staatssecretaris die kennelijk nog steeds in de ontkenningfase verkeert en nog steeds de mening lijkt te huldigen dat efficiency in deze sector het antwoord is en niet extra geld van haar kant. Ik hoop maar dat met deze reactie niet de trend wordt gezet als het aankomt op een adequate reactie op een onderzoek van de NZa. Hoe waar en

duidelijk moet een dergelijk onderzoek zijn, wil een minister of staatssecretaris er echt iets mee doen? Wat bepaalt dat bewindslieden de hand in eigen boezem steken en niet als in een pavlovreactie weer naar de sector wijzen? Meer in het algemeen is het de vraag wat de status is van bevindingen en aanbevelingen van de NZa? Als de minister die zo naast zich kan neerleggen, wat is dan de zin van het bestaan van een dergelijk adviesorgaan? Is het een hond die alleen kan blaffen?

De drang naar transparantie en prestatiebeschrijvingen hebben met de invoering van dbc's een voorlopig niet meer te evenaren bureaucratisch systeem in het leven geroepen waar fraude welig tiert en spooknota's aan de orde van de dag zijn. Ik denk dat wij voorlopig niet af zijn van een ongehoord zwartepietenspel en verneem graag van de minister wat hij als zijn rol ziet in dit kafkaëske drama en hoe de NZa ons uit de woestijn zal leiden. Als de dbc-systematiek bedoeld was om de burger in zijn rol van zorgconsument inzicht te geven in prijs en kwaliteit, dan is die doelstelling in ieder geval niet gehaald. Immers, wie is er tot nu toe nu beter geworden van de invoering van dbc's? Niet de patiënt, niet de gewone werker op de vloer die meer administreert dan zorg verleent, wel de ICT-leveranciers en de adviseurs. Kan de minister inzicht geven in de kosten die tot nu toe verbonden zijn aan het debacle? Het systeem heeft niet geholpen om de uitgaven te beteugelen. Ik denk dat hij met mij van mening is dat het systeem op dit moment veel te instabiel en manipuleerbaar is om de prijzen in ziekenhuizen verder te liberaliseren. Graag een reactie.

De taak van de minister is in elk geval om een uurloon voor de specialisten vast te stellen. Ik wens hem daarbij succes, want volgens de OESO heeft ons land de hoogste specialisteninkomens van alle lidstaten. Durft hij het aan om op korte termijn die knoop door te hakken, of moet die knoop doorgelicht worden door de NZa? Heeft de NZa ook een rol als het aankomt op de honorering van bestuurders in de zorg wanneer deze betaald worden uit publieke gelden?

De NZa ziet in ieder geval toe op de toename van administratieve lasten als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet. Deze lasten zijn ook – dat is bekend – onevenredig toegenomen bij kleine ondernemers zoals huisartsen. Ik zal niet lang uitweiden over mijn eigen pijn. Daar is dit debat niet voor. Ik kan de minister echter verzekeren dat het allemaal nog veel erger is dan waar ik vorig jaar tijdens de discussie over de Zorgverzekeringswet voor waarschuwde. Eén voortdurende strijd om nummers en data die maar niet willen kloppen, waarbij de zorgverzekeraars een weinig faciliterende rol spelen. Als huisarts heb ik mij nooit erg druk gemaakt over de vraag hoe het geld binnenkwam. Ik kon mij concentreren op waar ik goed in ben: zorg verlenen. Sinds januari zijn mijn dagen gevuld met het sussen van assistentes die overspannen dreigen te raken door al die administratieve handelingen die extra moeten worden verricht en het bellen naar vaak onbereikbare zorgverzekeraars. In tegenstelling tot de minister vrees ik dat dit niet een eenmalig probleem zal zijn. Als het hele overstapcircus weer begint, begint de chaos weer van voren af aan. Graag een reactie.

De NZa ziet niet toe op de premieontwikkeling bij zorgverzekeraars. Hoe kan de minister dan tot de uitspraak komen dat hij volgend jaar slechts een premiestijging van 3% verwacht? Hij heeft daar toch helemaal geen invloed op? De totale opbrengst van de

Slagter-Roukema

nominale premie dekt 50% van het zorgbudget. Het is duidelijk dat het stijgt. Hoe moeten zorgverzekeraars dat anders dekken? Wat vindt de minister overigens van het feit dat tandartsen massaal weigeren contracten met zorgverzekeraars te sluiten? Of heeft hij daar überhaupt niets meer over te zeggen?

Hoe zit het nu met de collectiviteiten? Mijn fractie vond de beantwoording van de minister in de nadere memorie van antwoord volstrekt onvoldoende. Tijdens de discussie over de Zorgverzekeringswet heeft de minister gezegd, dit te zullen monitoren en ook te zullen ingrijpen als het aantal collectiviteiten te hoog wordt, omdat dit ten koste kan gaan van de premiestelling voor de individueel verzekerden. Nu zegt hij geen inzicht te hebben c.q. niet te willen geven omdat het bedrijfsgegevens betreft die geheim zijn. De individuele verzekerde heeft er toch recht op te weten hoe groot het percentage collectiviteiten is bij zijn zorgverzekeraar om zo te kunnen beoordelen of zijn premie mogelijk te hoog is? Hoe komt de minister, al dan niet op grond van het oordeel van de NZa tot een juiste beoordeling? Een gemiddeld percentage van 50 zegt nog niets over het percentage bij die ene zorgverzekeraar.

Voorzitter. Ik kom tot een afronding. Met de introductie van marktwerking is er iets veranderd in de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, tussen dokter en patiënt. Ik heb gemerkt dat het direct kan raken aan de vertrouwensrelatie, waarin de patiënt mij niet louter beschouwt als de professional die samen met hem of haar naar oplossingen zoekt voor het probleem dat hij ervaart. Ik word ook gezien als iemand die een product in de aanbieding heeft dat ik graag wil verkopen om er zelf materieel beter van te worden, een dokter die mogelijk bij een voorstel om medicatie te veranderen de afspraak met Menzis voor ogen heeft die mij beloont als ik die wijziging doorvoer. Voor de goede orde, ik heb dat contract van Menzis niet getekend omdat ik wil voor schrijven op grond van mijn professionele standaard. Daar heb ik geen extra beloning van een zorgverzekeraar voor nodig.

Discussies over marktwerking gaan ook over deze omslag in vertrouwen en vaak over georganiseerd wantrouwen. Mijn fractie zou het toejuichen als de NZa juist ook oog heeft voor deze aspecten van zorgverlening. Als de minister dat kan toezeggen, verwacht ik dat deze wet met een ruime meerderheid wordt aangenomen. Dan is in deze Kamer voor een stabiele regering de steun van de LPF helemaal niet nodig.

□

De heer **Putters** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. De vraag of een wet controversieel is, wordt deze dagen vaak gesteld. Als je twijfelt aan marktwerking in de zorg, kan daar al snel sprake van zijn. Het belang dat een sterke toezichthouder op korte termijn op volle kracht de publieke belangen borgt in de zorg, is echter groot. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg adviseerde al in 1997 dat voor de introductie van marktwerking eerst het toezicht goed geregeld moet zijn. Het is dan ook te betreuren dat dit nu het sluitstuk van de stelselherziening wordt. Er is in het nieuwe zorgstelsel een scheidsrechter nodig in het spel tussen aanbieders, verzekeraars en cliënten. Daarom zijn wij bereid om deze wet onder hoge tijdsdruk en met een demissionaire minister te bespreken, al maakt het feit dat de Tweede Kamer unaniem,

inclusief links, voor deze wet stemde, hem wellicht juist controversieel, want dat is deze minister niet vaak overkomen met zijn wetten over marktwerking. Aan ons nu de vraag of deze WMG de publieke belangen op een uitvoerbare en consistente wijze borgt.

Wat verwacht de PvdA van een Wet marktordening gezondheidszorg? Voor ons is de WMG een belangrijke schakel bij de borging van de publieke belangen in het nieuwe zorgstelsel, en dat zijn er in de gezondheidszorg nogal wat. Het is een mand vol belangrijke en soms tegenstrijdige belangen, zoals kwaliteit en toegankelijkheid, doelmatigheid en rechtvaardigheid, gelijke behandeling en betaalbaarheid, mevrouw Slagter noemde ze ook. Het is aan de Zorgautoriteit om markten te bevorderen en op gang houden, deze transparanter te maken, kwaliteit te bevorderen en kosten te beheersen door tarief- en prijsstelling.

Voor de Partij van de Arbeid is de cruciale toets voor acceptabele marktprikkels dat zij bijdragen aan een evenwichtige borging van al die belangen. Dat legt de lat voor het toezicht hoog. Samenhangend toezicht betekent niet dat een versnipperd geheel van toezichthouders elkaar tegenspreekt over die belangen, maar dat er een integraal oordeel tot stand komt. De marktmeester is er niet voor de markt, maar voor het bewaken van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. De politiek moet het wegingskader daarvoor geven. De twee vragen voor dit debat zijn voor ons of de NZa dit evenwichtige toezicht kan uitvoeren en of zij daarbij duidelijke prioriteiten van de politiek meekrijgt.

Laat ik beginnen met de borging van de publieke belangen. De prioriteitstelling is daarbij wezenlijk. In de afgelopen periode heeft de minister in deze Kamer onze zorgen daarover gehoord en hij heeft in antwoord daarop vaak naar de WMG verwezen. Welnu, wij zijn er klaar voor en wij willen graag met hem vier van die publieke belangen langslopen.

Ten eerste onze zwaarste toetssteen: de kwaliteit van zorg. De Zorgautoriteit moet markten maken en bewaken. In onze ogen moet kwaliteit daarbij een belangrijke rol spelen. Als de minister stelt dat niet bij elk marktgedrag in de zorg kwaliteit een rol speelt, zou dat een verspreking kunnen zijn. Zo niet, dan vragen wij hem om dat uit te leggen. Kwaliteit is in onze ogen altijd aan de orde. Het is goed dat de Zorgautoriteit het oordeel van de inspectie volgt, maar de minister stelt tegelijk dat de adviezen van de IGZ geen bindend karakter hebben. Het wordt nog verder afgezwakt door te stellen de Zorgautoriteit de IGZ kan consulteren, indien zij twijfelt aan de effecten van marktgedrag op de kwaliteit van zorg. In de marktonderzoeken van de NZa is niet duidelijk met welke indicatoren kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid worden gemeten. De NZa is ook niet verplicht om dezelfde begrippen rond kwaliteit te hanteren als de IGZ en krijgt ruimte om zich daarover zelf een oordeel te vormen. Tegelijkertijd moet de NZa zich wel voegen naar de uitleg van de begrippen die de NMa hanteert.

Interpretatieverschillen en het ondersneeuwen van kwaliteit liggen dan op de loer. Kwaliteit moet in onze ogen preferent zijn en daarom verzoeken wij ook om het IGZ-kader rond kwaliteit te hanteren. Wij willen graag meer duidelijkheid ontvangen over het toetsingskader dat de minister geeft en de bevestiging dat de NMa en de NZa steeds het oordeel van de IGZ moeten vragen, voordat marktgedrag wordt bestraft of beloond, ook in

Putters

situaties waarin de inspectie nog geen oordeel heeft. Wij willen graag de stand van zaken weten bij de protocollen voor samenwerking tussen IGZ, NMa en NZa. Welke adviserende of bindende rol hebben zij, bijvoorbeeld als de NMa oordeelt over het al dan niet openbreken van monopolies of kartels? Wie consulteert wie? Hoe gaat de keten van toezichthouders borgen dat kwaliteit van zorg leidend is?

De minister geeft in de memorie van antwoord aan dat de NZa een zienswijze kan afgeven aan de NMa. Waarom moet dat eigenlijk niet? De NMa zou dat oordeel toch moeten volgen? Wij willen dus graag meer zicht op de marges en de wijze waarop belangen- en consumentenorganisaties betrokken zijn bij de beoordeling van de samenwerkingsprotocollen en de besluiten van de NZa. Wij steunen de wens van de CDA-fractie om meer inzicht in die protocollen te krijgen. Anders weten wij niet welke publieke belangen met welke toetsingscriteria in het toezichtsverkeer leidend zullen zijn.

Mijn fractie is blij met de opname van de bepaling van aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de WMG. Aanmerkelijke marktmacht wordt niet alleen door marktaandeel bepaald maar ook door de marktstructuur, specifieke toetredingsdrempels en afnemersmacht. Dat doet inderdaad meer recht aan de omstandigheden waaronder aanbieders hun zorg verlenen en aan de positie van zorgvragers. Wij horen graag of wij ervan kunnen uitgaan dat NZa en NMa verplicht zijn om zaken als mate van verticale integratie, bevoorrechte toegang tot financiële middelen en specifieke bundeling van producten of diensten mee te wegen in de oordeelsvorming. Het is overigens lastig, zo niet ondoenlijk om markten voor gezondheidszorg precies af te bakenen, laat staan marktmacht, omdat zorg een heterogeen product is en consumenten beperkt een volledige prijs ervaren. Wij zijn dus benieuwd wat de minister bedoelt met de mededeling dat "de NZa slechts zal ingrijpen wanneer de markt niet komt tot een optimaal aanbod van zorg, doordat er machtsposities zijn." Wat is optimaal, hoe gaat de NZa marktmacht afbakenen en wordt aanmerkelijke marktmacht toegestaan als dat beter blijkt voor de kwaliteit van zorg? Een voorbeeld dat wij voor de derde keer aan de minister voorleggen betreft de kankerzorg. Hopelijk komt er nu wel een reactie. Voor kwaliteit en deskundigheidsbevordering in de kankerzorg is concentratie van onderzoek, behandeling en diagnose veelal noodzakelijk. Wil de minister dergelijke marktmacht tegenwerken, ook als het betere kwaliteit en innovatie oplevert? Adviseert de NZa dan de NMa dat enkele functies niet langer gecontinueerd kunnen worden omdat ze ook elders tot wasdom kunnen komen of "los" geleverd kunnen worden? Ons lijkt dat het professionele oordeel hierover een belangrijke wegingsfactor moet zijn, zeker omdat niet alle zorg "evidence based" kan zijn. Graag een reactie van de minister hierop.

Het tweede publieke belang is de patiëntgerichtheid. Het is raar dat consumenten en patiënten in het oorspronkelijke wetsvoorstel niet als belanghebbenden werden genoemd. De regering vond blijkbaar dat de AWB de rechten van patiënten voldoende verankerde. De Tweede Kamer heeft nu bepaald dat het consumentenbelang expliciet in de oordeelsvorming wordt meegenomen, maar dat gebeurt niet in samenspraak met de patiënt zelf. Wij vinden het wrang dat na jarenlang spreken over vraaggerichte zorg en "patiënt centraal" het sluitstuk van de wetgeving daar nauwelijks over gaat.

Het gaat over aanbod en kosten; de patiënt kan aanschuiven. Zit het venijn dan toch in de staart van de stelselherziening? Wij vragen daarom opnieuw naar de precisering van algemeen consumentenbelang, de wijze waarop de NZa dat moet dienen en de rol die patiënten zelf spelen. Empowerment van patiënten gaat niet vanzelf. De minister stelt ook dat voor hem vaststaat dat de informatieverstrekking over rechten en plichten van patiënten en consumenten te wensen overlaat en verbeterd moet worden. Onze vraag is daarom: wat doet de minister daaraan?

Enkele voorbeelden. De minister stelt dat de vrager invloed kan uitoefenen, dat marktonderzoek gedaan kan worden, dat invloed op aanbieders en verzekeraars kan worden uitgeoefend. Informatie kan ter beschikking komen van patiënten, maar dat kunnen roept de vraag op of het afdwingbaar is. Ik denk daarbij aan de rapporten over het doelmatig en rechtmatig functioneren van het zorgstelsel of aan de marktonderzoeken en beslissingen die individuele aanbieders of verzekeraars aangaan. Daarbij is het een stuk lastiger informatie te verstrekken omwille van zorgvuldigheid. Kan de minister aangeven in welke situaties de patiënt informatie over dergelijke besluiten kan krijgen? Wellicht kan hij anders voorbeelden geven, want het is ons niet duidelijk. Natuurlijk kennen wij de WOB, maar ook de WMG stelt eisen aan informatievoorziening, bijvoorbeeld in artikel 32. Wij hebben de criteria niet expliciet kunnen ontdekken. Wij krijgen dus graag een toelichting, want naar ons oordeel raakt dit soort informatie direct de belangen van de cliënt en zou er meer een recht op informatie moeten zijn.

Voorts regelt de WMG een meldpunt voor klachten voor aanbieders en verzekeraars die fraude of oneerlijk marktgedrag willen melden. Mijn fractie vindt het raar dat de cliënt dat niet kan. De minister is terughoudend met de uitbreiding van klachtrecht en de realisatie van laagdrempelige procedures voor cliënten om ook hun klachten over marktontwikkelingen bij de NZa te melden. Waarom? Wij menen dat een laagdrempelige klachtenregeling van belang is om de positie van de consument te versterken. Daarnaast "zal de NZa de consumentenorganisaties bij haar werk betrekken", aldus de memorie van antwoord. Wat de minister hiermee bedoelt blijft onduidelijk. Ook de rol van patiënten bij de vaststelling van leveringsvoorwaarden is onduidelijk. En waarom zo terughoudend over de rol van verzekerdenraden? Verschillende fracties in deze Kamer pleiten al langer voor versterking daarvan. Nader onderzoek naar de versterking van de cliëntenpositie was voor juni aangekondigd, maar is tot na de zomer uitgesteld. Dat kunnen wij dus niet meer meenemen in deze wetsbehandeling. Hoe gaat de minister de cliëntenpositie nu echt verder versterken op korte termijn?

Wij horen daarbij ook graag een inhoudelijke reactie op de voorstellen voor een Zorgconsumentenwet van de NPCF. De antwoorden op onze vragen daarover waren nogal zuinig. Natuurlijk willen ook wij niet meer wetten dan strikt noodzakelijk. Ook wij snappen dat de minister niet alle ins en outs van zo'n wet nu oplepelt. Wij vragen wel een meer principiële uitspraak dat er een duidelijke, samenhangende regeling van patiëntenrechten en -plichten moet zijn als tegenwicht voor aanbieders, verzekeraars en de overheid. Wij vragen de minister ons ook toe te zeggen dat bij de evaluatie van de WMG wordt bekeken wat de NZa de patiënt eigenlijk oplevert,

Putters

zowel ten aanzien van kwaliteit, betaalbaarheid, het aantal geweigerde collectieve contracten of uitgesloten verzekerden als wat betreft de mate waarin verzekeraars aanvullende verzekeringen onaantrekkelijk maken door hoge eigen bijdragen. Wij sluiten ons tot slot wat de patiëntgerichtheid betreft aan bij de vragen van de SP-fractie over de privacy en de rol van het College Bescherming Persoonsgegevens.

In de derde plaats noem ik het publieke belang van de doelmatige zorg. De WMG bevat veel kanbepalingen. Mijn fractie heeft de regering gevraagd, aan te geven wat deze betekenen in termen van extra regelgeving. Er kwamen ook kanantwoorden. Waarom verwacht de minister dat de NZa geen gebruik zal hoeven maken van deze kanbepalingen, en dat ook niet zal doen als het niet noodzakelijk is? De vraag is namelijk wat noodzakelijk is. Is het noodzakelijk als de kosten te veel stijgen? Ook hier gaat het om politieke prioriteitstelling. Wij weten uit evaluaties en analyses van de Raad van State en de Algemene Rekenkamer dat kanbepalingen gemakkelijk tot extra regels leiden. Wij willen daarom weten wat de minister onder het "noodzakelijke minimum" van administratieve lasten verstaat en hoe hij voorkomt dat men daar overheen gaat. We zijn daarbij benieuwd welke rol en bevoegdheid de vliegende brigades tegen de bureaucratie krijgen en hoever de minister is met het amendement-Omtzigt inzake de stroomlijning van klachtenformulieren.

Enkele voorbeelden maken duidelijk dat nieuwe bureaucratie innovatie ook kan tegenwerken. Uit enkele artikelen, zoals de artikelen 35, 50 en 51, begrijpen wij dat prestaties niet worden vergoed indien deze met minder of andere inspanningen zijn gerealiseerd dan in de prestatiebeschrijving is vastgelegd. De kern van innoveren is nu juist dat prestaties ineens anders of beter gerealiseerd worden. Details in prestatiebeschrijvingen zijn bij voortschrijdende technologie al snel achterhaald of belemmerend voor innovatie. Waarom niet aan marktpartijen overlaten hoe men een prestatie met minder of anders kan realiseren? Natuurlijk brengt innovatie ook kosten met zich, maar dat kan niet de reden zijn om innovaties tegen te werken. Hoe voorkomt de minister dat de regels vanuit de NZa innovatie belemmeren? Mijn fractie meent dat innovatie niet vanzelf plaatsvindt, maar vaak gestimuleerd dient te worden. Op welke wijze kan de NZa dat doen? De vraag is of bij de contractering van innovatief aanbod op de markt de zorgverzekeraars het monopolie erop zullen willen hebben. Hoe kijkt de minister daar tegenaan in het licht van de effectieve verspreiding van innovaties? Wij krijgen graag de toezegging dat het bevorderen en verspreiden van innovatieve praktijken een belangrijke rol krijgt in de prioriteitstelling van de NZa, omdat dit bijdraagt aan de kwaliteit en op termijn vaak ook aan goedkopere zorg. Wij overwegen in tweede termijn op dit punt een motie in te dienen.

In de vierde plaats is transparantie een cruciale voorwaarde voor toegankelijke zorg. Terecht concludeert de minister dat via sites als www.kiesbeter.nl veel verbeteringen in transparantie worden geboekt. Wij zijn daar blij mee. Bij kwaliteit van zorg zijn echter ook vertrouwen, emotie en de dialoog met de arts van groot belang. Dat zijn typisch zaken die lastig in cijferlijstjes zijn onder te brengen. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid wees daar recentelijk ook op. Wat is de reactie van de minister op de analyse van het centrum

over de beperkte bruikbaarheid van prestatiemeting in de zorg? Kan hij ook aangeven wat dit betekent voor de verdere invoering van het dbc-systeem? Een informatie-paradox dreigt. Meer meten is niet altijd meer weten. Scheepbouwer meet iets anders dan de inspectie of het CBO. Minimale zorg is namelijk iets anders dan verantwoorde zorg. Hier is de vraag aan de orde of de politiek bereid en in staat is om in samenspraak met de sector de normatieve kaders te stellen van acceptabele kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Of laten wij dit aan zbo's en buitenstaanders over? Wij menen dat de minister meer richting moet geven. Daarmee ben ik aanbeland bij het tweede deel van mijn inbreng, namelijk de sturingsfilosofie.

Is het gekozen sturingsmodel consistent en handhaafbaar? Voor de borging van de publieke belangen is politieke aansturing van de zbo cruciaal. De kernvragen zijn hoever de ministeriële verantwoordelijkheid reikt en welke ruimte de zbo krijgt om beleidsregels te stellen en beleidsontwikkelen op te treden. Bij de behandeling van de Kaderwet zbo's in deze Kamer zijn dat hete hangijzers. De politieke verantwoordelijkheid ligt bij de minister. Dit is van belang omdat de zorg veel tegengestelde belangen kent waartussen soms politieke keuzes moeten worden gemaakt. Wanneer is er sprake van goed of slecht marktgedrag? Ligt de prioriteit bij doelmatigheid of bij de verhoging van kwaliteit en innovatie? De Tweede Kamer vindt dat het consumentenbelang voorop moet staan. De minister meent echter dat de macro-economische ontwikkelingen aanleiding kunnen geven om kostenbeheersing daarboven te plaatsen en dat de NZa hier eigen beleidsruimte heeft. Wat betekent dit dan voor het prioriteren van consumentenbelang en voor het toetsingskader waarin ook kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid een plaats moeten hebben? Wat betekent dit kader voor de beleidsruimte van de NZa? En, wat betekent het voor de minister zelf, waar gaat hij nog over? Gaat de minister of gaat de NZa over bijvoorbeeld toelaatbare premiestijgingen of oordelen over de kwaliteit? De Algemene Rekenkamer pleit voor duidelijkheid om willekeur en onzekerheid te voorkomen. Onze vragen zijn dus: welke prioriteiten voor de borging van publieke belangen geeft de minister mee aan de Zorgautoriteit en hoeveel vrijheid heeft de NZa om beleidsregels te stellen?

We constateren bij de NZa een stapeling van beleidsmakende, regelstellende en normerende taken in een hand. Wij betwijfelen of dit zal leiden tot vertrouwen in een stabiele voorspelbare toezichthouder. De marktpartijen zullen naar de NZa kijken als een partij die hen kan sanctioneren en belonen en zelf de regels stelt. De minister vindt dit in de transitiefase naar marktwerking noodzakelijk en toelaatbaar, zodat een integrale afweging tussen regulering en marktwerking gemaakt kan worden. De open normen die hij daarbij stelt, leiden echter snel tot een toezichthouder die op de stoel van de wetgever zit en de neiging heeft ook rechter te spelen. Sterker nog, dat zijn taken van de NZa! Waar blijft de trias politica? Toezicht zonder politieke prioriteitstelling kan zo leiden tot een nieuwe, beperkt democratisch gecontroleerde machtsconcentratie. Hoe voorkomt de minister dat? Alhoewel verschillende afdelingen verschillende taken uitvoeren is er één organisatie en het risico dat de NZa rechter in eigen zaak wordt. Hoe wordt toegezien op de scheiding van machten en wanneer loopt dat volgens de minister te veel door elkaar zodat

Putters

ingrijpen door hem gerechtvaardigd is? En tot slot op dit punt, welke eindtermijn voor deze op lange termijn risicovolle stapeling van taken heeft de minister in gedachten?

Mijn fractie ziet met argusogen hoe het marktmodel domineert en er tegelijk gestuurd wordt op budgetten. De minister gelooft dat de markt breed zal werken en siert dit op met termen als "ik geloof", "ik denk" en "ik verwacht". Het lijkt soms op een geloofsbelijdenis. De regering ziet de belemmeringen voor de markt als tijdelijk. Dit geldt ook voor de NZa en de stapeling van taken, want als er markt is kan de NMa het toezicht overnemen. De markt zal niet overal werken, vanwege de afhankelijke positie van de zorgvrager en het complexe karakter van de zorg. Op sommige deelmarkten blijf je tariefstelling nodig hebben voor een evenwichtige borging van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Of gaat de minister dat weer zelf doen als de NMa de taken van de NZa overneemt?

Wij vragen niet om meer toezichthouders, maar wel dat kwaliteit en toegankelijkheid centraal staan. Dan zou de NZa nog beter bij de IGZ kunnen invaren. Wij zien graag bevestigd dat zorgspecifiek toezicht in de zorg permanent is en kwaliteit, toegang en doelmatigheid integraal worden gewogen. De stapeling van toezicht en protocollen kan worden tegengegaan als dat bij een zorgspecifieke toezichthouder wordt belegd, onder scherpe politieke normstelling. Het voorstel voor een brede code markttoezicht van de heer Kalbfleisch van de NMa gaat wel over de sectoren heen, bundelt wel toezicht, maar stelt doelmatigheid centraal. Wij zien liever een integrale afweging op alle publieke belangen binnen de kaders van de zorg. Hoe ziet de minister dat?

Om dat te realiseren is voorlopig de vraag relevant of de NZa de taken adequaat kan vervullen met de huidige capaciteit. Wat is de verwachting van de ontwikkeling hiervan? Wij menen dat versterking van de IGZ daarbij niet mag achterblijven, want toezicht op kwaliteit zal ook moeten worden versterkt. Op welke wijze gaat de minister daarin investeren, zodat scherp kwaliteits-toezicht in evenwicht komt met het toezicht op de marktverhoudingen? Zou de IGZ bijvoorbeeld niet meer moeten regisseren rond productinformatie? Of moet de NZa dat doen, ook als het gaat om dbc's? De NZa zou dan ook moeten kunnen opmaken of premies van verzekerden renderen en de toegang tot zorg geborgd is. Wij vernemen graag op welke wijze bij dit soort zaken de NZa en IGZ samenhangend worden toegerust.

Wij menen dat ook bij de discussie over het toezicht de privaatrechtelijke regeling van ons zorgstelsel zich wreekt. De Mededingingswet heeft als afgeleide van de Europese mededingingsregels voorrang op de WMG. Betekent dat uiteindelijk niet dat de NZa vooral een adviesorgaan van de NMa is inzake de prijsstelling en dat daarmee het toezicht op kwaliteit verder wordt weggedrukt? Als de NZa al beslist om in het belang van kwaliteit concurrentie beperkende verplichtingen aan marktpartijen op te leggen, dan kan iedere partij nog naar de NMa of de civiele rechter en een prejudiciële procedure aan het Hof te Luxemburg vragen. Dat kan ons stelsel in disbalans brengen. Azivo bewandelt dit pad nu. Kan de minister ons daarom nog aangeven hoe de verhoudingen tussen de NZa en de NMa formeel liggen en wat dat betekent voor de toezichtscriteria die op de lange termijn zullen domineren?

Wie enkel rood of zwart kent, heeft weinig keus: markt of overheid. Semi-publieke sectoren kennen echter een traditie van publiek-private arrangementen met combinaties van markt én overheidssturing. Dat begint bij de acceptatie dat sommige deelmarkten nooit voldoen aan de condities van een normale markt. Wij bepleiten een gedifferentieerde benadering van de deelmarkten in de zorg. De NZa zou onzes inziens steeds moeten afwegen waar marktprikkels zinvol zijn, niet hoe ze geforceerd kunnen worden. We zijn daarom benieuwd naar de reactie van de minister op het rapport van de commissie-Wijffels over de juridische status van maatschappelijke ondernemingen. Onlangs toonde de minister in Buitenhof zijn vergezicht van beursgenoteerde ziekenhuizen. Wijffels geeft aan dat private instellingen met een publiek doel niet per se commerciële en winstuitkeringsmotieven hoeven te hebben. Welke gevolgen zou een aparte juridische status van dit soort organisaties hebben voor de beoordeling van hun marktgedrag door de NZa? Wat betekent het voor onze definitie van aanmerkelijke marktmacht en de wijze waarop de EU naar onze zorgmarkten zal kijken? Graag een reactie van de regering hierop.

Ten slotte. De WMG lijkt minder opgezet vanuit het patiëntperspectief, en meer vanuit een geloof dat de markt de kosten van het aanbod gaat beheersen. Toezicht op kwaliteit wordt te kunstmatig gescheiden van toezicht op marktverhoudingen, terwijl die met elkaar verweven zijn. Daaraan wordt hooguit aandacht besteed via kanbepalingen en in samenwerkingsprotocollen die we nog niet kennen. Daarnaast is er een samenballing van macht in de NZa die op lange termijn risicovol kan zijn. We moeten het nu doen met het geloof van de minister dat de markt het consumentenbelang én de kwaliteit van zorg centraal zal stellen én de kosten zal beheersen. Dat een sterke toezichthouder daarbij van belang is, laten de fusies bij verzekeraars, de omgang met collectieve contracten, de werking van het vereveningssysteem en ondoelmatig voorschrijfgedrag zien. Wij vinden het echter zorgwekkend dat door analyses van topmanagers zoals Scheepbouwer de bedrijfsmatige aspecten van de zorgverlening steeds meer domineren. Scherp toezicht op alle publieke belangen is nodig en behoeft een meer evenwichtige prioriteitstelling. Daarom vraagt de PvdA-fractie, samenvattend, de minister toe te zeggen dat:

- er op langere termijn een specifiek en onafhankelijk toezicht op zorgmarkten blijft bestaan, vanwege het specifieke karakter ervan en omdat de markt nooit in alle segmenten van de zorg zal werken;
- kwaliteit van zorg daarbij voor moet gaan en de NZa daartoe innovaties prikkelt;
- de positie van de cliënt in zijn relatie met de NZa wordt versterkt en dat de rechten en plichten van patiënten en cliënten in brede zin in een meer samenhangend kader worden geplaatst;
- de effecten van de machtsbundeling in de NZa worden gevolgd en het parlement daarvan op de hoogte wordt gesteld;
- de stapeling van toezichtregels in de evaluatie nadrukkelijk aan de orde komt, gekoppeld aan een bredere visie van het kabinet op toezicht.

Het eindoordeel over deze wet hangt voor de PvdA-fractie af van de reactie hierop van de minister.



Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. In de Tweede Kamer is uitputtend over dit wetsvoorstel gesproken. Ik kan mij nu dan ook beperken tot enkele onderdelen, die nog nadere discussie behoeven. En dat is al moeilijk genoeg, gelet op de vele last-minute stukken. Allereerst dan de positie van de nieuwe toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit, als een van de vele toezichthouders op het terrein van de gezondheidszorg.

In het nieuwe stelsel, waarin het aanbodgerichte systeem wordt vervangen door een systeem van vraagsturing met gebruikmaking van het instrument van gereguleerde marktwerking, is een krachtige, proactieve toezichthouder noodzakelijk. Een toezichthouder, die ervoor zorgt dat nieuwe toetreders een kans krijgen en bestaande partijen zich voldoende kunnen profileren. Dat betekent onder meer misbruik van monopolieposities voorkomen, transparantie en vergelijkbare informatie afdwingen. Ook het inzetten van effectieve klachtenregelingen valt hieronder. Maar het toezicht moet er vooral toe dienen dat de patiënten/verzekerden en de zorgaanbieders erop kunnen vertrouwen dat de overeengekomen regels niet worden overtreden.

Voldoet het wetsvoorstel aan deze vereisten, sterker nog: zijn de nu voorgestelde wijzigingen in de toezichtstructuur, die tot dusverre was georganiseerd rond het aanbod in de zorg, voldoende om een systeem van vraagsturing zijn werk te laten doen? In het voorliggende wetsvoorstel is gekozen voor een sectorspecifieke toezichthouder. Deze, de Nederlandse Zorgautoriteit, krijgt drie hoofdtaken op de zorgverlenings-, de zorgverzekerings- en de zorginkoopmarkt.

En dan gaat het allereerst om zowel het maken en bewaken van markten als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties. Daarnaast is het vooral van belang dat de inzichtelijkheid wordt bevorderd ofwel dat de keuze-informatie voor consumenten in voldoende mate beschikbaar is. Als tweede hoofdtaak mag dan worden genoemd: het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van de zorgplicht, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. In de derde plaats gaat het om het toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

Van meet af aan is deze keuze voor een sector-specifieke toezichthouder omstrede geweest. Ik denk dan niet alleen aan de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland maar ook aan de Raad van State. De CDA-fractie in deze Kamer heeft bewust gekozen voor de sectorspecifieke toezichthouder, gelet op de aard van de zorgmarkt en onze mening dat sommige deelmarkten zich niet lenen voor de tucht van de markt. De CDA-fractie heeft daarnaast wel uiting gegeven aan haar beduchtheid voor het aantal toezichthouders in de zorg alsmede voor de afstemming op elkaars activiteiten.

De vrees voor een ongebreidelde informatiestroom, die richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars op gang zou kunnen komen, was en is zeker niet denkbeeldig. De minister heeft deze vrees willen wegnemen door te wijzen op artikel 17 van het wetsvoorstel, waarin is vastgelegd dat er met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming afspraken dienen te worden gemaakt tussen de Zorgautoriteit en de overige toezichthouders, een tiental derhalve. Daarbij komt dat het overleg met het College Bescherming Persoons-

gegevens op 2 juni jongstleden zelfs nog moest worden gestart.

Op onze vragen terzake heeft de minister in de memorie van antwoord de stand van zaken rond de samenwerkingsprotocollen weergegeven. Wij waren, en zijn, door dit overzicht bepaald niet gerustgesteld en hebben nadere vragen gesteld. De hierop gevolgde beantwoording maakt het ons nog moeilijker en leidt tot de verdenking dat de transparantie, die de overheid terecht allerwegen vraagt van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, geen opgeld doet als de overheid van haar controleur terecht vragen krijgt. De afspraken ofwel samenwerkingsprotocollen dienen ertoe om de vrees voor een ongebreidelde informatiestroom, zoals signaleerd in de brief van Zorgverzekeraars Nederland van 19 oktober 2005, te ontzenuwen. Hierin wordt gepleit voor een model dat aanzienlijk verder gaat dan het sluiten van samenwerkingsprotocollen. De leden van de CDA-fractie hebben met name de taak om kritisch de uitvoeringsaspecten te beoordelen, ook op de bureaucratistische lastendruk die waar mogelijk moet worden teruggedrongen. Daarom schieten wij niets op met een beoordeling achteraf als de WMG reeds is aanvaard. Tijdens deze plenaire behandeling dienen wij te kunnen beoordelen of de stapeling van toezichthouders al of niet de lastendruk zal verzwaren, of er geen onnodige overlappingsen ontstaan en of er inderdaad sprake is van inbreng van patiënten en consumenten. Wij dienen echter vooral te kunnen beoordelen of de publieke belangen op evenwichtige wijze worden geborgd. Op welke wijze denkt de minister aan deze noodzaak te kunnen voldoen? Zo nodig zullen wij in de tweede termijn zelf een voorstel doen. Zal, gezien de feitelijke ontwikkelingen, de toetreding van nieuwe aanbieders geen utopie blijken te zijn? Hoe kan de NZa de toetredingsdrempels niet alleen identificeren maar ook slechten?

Ik kom nu bij het onderdeel gereguleerde marktwerking en winstmotief. Sedert de inwerkingtreding van de Wet herziening overeenkomstenstelsel en de WTG ExPres zijn marktprikkels in de zorg geïntroduceerd, niet als doel op zich maar als middel om tot een beter werkend zorgstelsel te komen. De Eerste Kamer had met dit nieuwe fenomeen toch wel enige moeite en in de motie-Schouw is om een evaluatiekader met criteria gevraagd. Dat heeft de minister ook opgesteld en wij hadden verwacht, zoals was toegezegd, halverwege 2006 te kunnen beoordelen of de marktprikkels conform de doelstelling uitwerken. Dat is blijkbaar nog niet mogelijk. Hierdoor is echter naar onze mening in ieder geval invoering van een tweede tranche van marktprikkels met ingang van 1 januari 2007 van de baan.

Ik maak deze opmerking ook tegen de achtergrond van de discussie in de laatste maanden rond de gereguleerde marktwerking en het te zijner tijd invoeren van het winstmotief. De minister heeft onlangs in het programma Buitenhof opnieuw gewezen op het verschil van inzicht tussen de minister en de CDA-fractie in dit opzicht. De minister stelde in dit programma hetzelfde als bij de plenaire behandeling van de WTZi op 18 oktober 2005, namelijk: "À deux heb ik hem – de heer Werner – er wel eens op gewezen dat er één categorie patiënten in de zorg is waarop wel degelijk winst wordt gemaakt, namelijk de psychiatrische patiënten. De farmaceutische industrie verdient een goede boterham aan deze categorie, want een aanzienlijk deel van de medische

consumptie bestaat uit antidepressiva en antipsychotica." Zonder dit te ontkennen, weet de minister ook heel goed dat het ons om andere zaken ging, namelijk de verpleging en verzorging van deze categorie patiënten en van patiënten in bijvoorbeeld verpleeghuizen. Méér productie met minder handen is slechts in zeer beperkte mate mogelijk; wij kennen allen de Wet van Baumol. Patiënten en hun verzorgers mogen niet worden geëxploiteerd om aandeelhouders van beursgenoteerde ondernemingen tevreden te stellen. Daarop richtte het bezwaar van de heer Werner, en de CDA-fractie, zich met name. Wij kunnen ons geen beursgenoteerde psychiatrische instelling voorstellen, om het maar bij dit sprekende voorbeeld te laten. Het valt overigens ook hier op dat de minister onze directe vraagstelling over de opheffing van de WMG ontwijkt en dat hij, in de voorbeeldsfeer, naar een andere uiterste verwijst, namelijk de zeer grote kans op marktfalen door zeer hoge vaste kosten of hoge toetredingsdrempels, zoals bij topklinische en topreferente zorg. Daarover waren wij het volgens mij al langer eens, of toch niet? De vraag wie bij opheffing van de WMG toezicht zou moeten houden op een goede uitvoering van de verzekeringswetgeving, wordt eveneens niet beantwoord. Het zou goed zijn als de minister tijdens deze plenaire behandeling toch meer duidelijkheid schept, ook al blijft de geschetste situatie nog jaren uit.

In de ontwikkeling naar vrije prijzen – daar moet het met name in de ziekenhuiszorg naartoe – spelen uiteraard de dbc's een belangrijke rol. Een- en andermaal hebben wij onze zorgen hierover uitgesproken. De minister stelt thans in de nadere memorie van antwoord dat de IGZ al is toegerust om toezicht te houden op de kwaliteit en de veiligheid, ook van de dbc's. Zijn er dan tot dusverre geen signalen afgegeven dat er ook aan de kwaliteit van de dbc's het nodige schort?

Verder wordt thans door de minister aangenomen dat per 2008 een substantiële vervolgstap zal kunnen worden gezet in de richting van vrije prijsvorming voor een groot deel van de ziekenhuiszorg. Het is de zoveelste maal dat een verbetering c.q. vereenvoudiging van de dbc-systematiek in vooruitzicht wordt gesteld. Welk geloof moeten wij daaraan nog hechten? Laconiek wordt vervolgens geconstateerd dat er sedert 2005 hard is gewerkt aan het opsporen en verhelpen van kinderziekten, het verbeteren van de nota's en het verminderen van de administratieve lasten. Per 2007 zal nog een aantal aanpassingen plaatsvinden om de huidige systematiek te optimaliseren. Deze conclusies staan toch min of meer haaks op de conclusies van de Orde van Medisch Specialisten en anderen, zoals Actal en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Er is in ieder geval nu sprake van toegenomen administratieve lasten. Dat zou mede het gevolg zijn van het naast elkaar hanteren van twee systemen, waarvan nu nog sprake is, te weten het dbc-systeem en het "oude" budgetteringssysteem. Hieraan zou een einde komen – zo wordt hier en daar gesuggereerd – bij een snelle uitbreiding van de vrije prijzen. Dit zal toch echter alleen het geval zijn bij 100% vrije prijzen, of vergissen wij ons daarin? 10% of 60% maakt dan toch niet uit? Overigens valt op dat toch weer wordt gesproken over administratieve lasten terwijl het marktlasten zijn geworden, zoals de minister in zijn brief van 24 februari jongstleden terecht stelt.

Ook in de tijd spoort het verlangen in het veld naar snelle uitbreiding van vrije prijzen niet met het voorneemen van de minister van uitbreiding per 1 januari 2008. Om straks aan de hand van de evaluatie de juiste beslissing te kunnen nemen is niet alleen inzicht in deze administratieve lasten dan wel marktlasten noodzakelijk. Evenzeer geldt dit voor de geautomatiseerde controle van de validatiemodule. De minister heeft tijdens een discussie over het opcoderen van dbc's nog positief gesproken over het gebruik van deze validatiemodule. Had dit wellicht anders gemoeten? Bovenal lijkt echter de tijd rijp voor een grondig onderzoek en dan met name ook naar het draagvlak voor de dbc-systematiek bij voortzetting. Jaren geleden – ik was toen nog voorzitter van de KPZ – heb ik mij verstit over de heer Martin van Rijn te bellen om hem te waarschuwen voor het zwartepietenspel dat toen volop aan de gang was: bij wie moet de schuld worden gelegd van een mislukken van het dbc-systeem, en hoe laten wij het mislukken? Men heeft dit uiteindelijk toch niet aangedurfd.

De vraag is nu of na het aanbrengen van de nodige verbetervoorstellen wel voldoende draagvlak voor uitbreiding van de dbc's zal zijn ontstaan. Voor wie de moeite heeft genomen, deze verbetervoorstellen te bestuderen, valt wel een aantal zaken op. Allereerst dat de spooknota's – om maar iets te noemen – het gevolg zijn van het huidige systeem. Dat lijkt ons zwaar overtrokken. Natuurlijk is ook het systeem zelf mede debet aan de spooknota's. De voorgestelde wijzigingen moeten ervoor zorgen dat deze in ieder geval tot het verleden gaan behoren. Er kan echter niet zo gemakkelijk aan worden voorbijgegaan dat er ook minimaal een half miljard teveel is gedeclareerd. Alleen maar spreken over een "overdekking" kan niet. Wat mag in dit opzicht nu concreet van de NZa worden verwacht?

Wanneer sprake is van onrechtmatig handelen, dan moet dat streng worden bestraft. Welke maatregelen zijn er terzake in feite genomen en met welke uitkomst? Op een ander terrein, bijvoorbeeld de bijstand, misstanden aanpakken en hier "wegkijken" roept de verdenking van klassenjustitie op.

In de tweede plaats dringt de Orde van Medisch Specialisten aan op een terugkeer naar de oorspronkelijke doelstellingen. Er worden er vijf aangegeven, waarvan als eerste twee worden genoemd loon naar werk en waar voor je geld. Heeft de minister de overtuiging dat hierover overeenstemming kan worden bereikt? Immers het "loon-naar-werkprincipe" beoogt dat de medisch specialisten een reële beloning ontvangen per geleverd product op basis van normtijd maal uurtarief. En daarover leven nog steeds verschillende verwachtingen. Volgens een enquête van de Vereniging voor Arts en Auto, de VVAA, denkt slechts 16% van de specialisten door de dbc's loon naar werken te krijgen. Wij vonden het persbericht van 26 juni jongstleden bij de publicatie van het rapport "Dbc moet. Maar dan wel goed! Doet ICT wat het moet?" ronduit verontrustend. Ik citeer: "VWS lijkt een flink aantal ordevoorstellen over te nemen, maar het is de vraag of dit voor de patiënt en de medisch specialist voldoende is." Over draagvlak gesproken. De verleiding is groot op dit rapport en de suggesties van de NVZ, de Vereniging van Ziekenhuizen, in "Verbeteren door vereenvoudigen" dieper in te gaan. Immers, ook daar ligt nog conflictstof, al was het maar over de door de NVZ opgeëiste regierol. Hoe beoordeelt de minister deze ontwikkelingen? Voorts zijn ook de

Van Leeuwen

voorstellen van CTG/NZa i.o. voor de nadere ontwikkeling van het dbc-systeem niet goed gevallen. Wat zijn hiervan de gevolgen?

De stelselwijziging moest met name een beter inzicht in de prijs in relatie tot de kwaliteit mogelijk maken. Dat wij met betrekking tot de kwaliteit nog aan het begin van een lange weg stonden, wisten wij, maar het nog steeds ontbreken van het noodzakelijke inzicht in de prijs van de ziekenhuisproducten, ondanks de investering van 283 mln. in het dbc-systeem tot dusverre moet alle betrokkenen het schaamrood naar de kaken jagen. De minister is echter politiek verantwoordelijk voor dit dreigende debacle en moet hierop aanspreekbaar zijn.

Dan kom ik nu op de tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. In de Monitor van de NZa i.o. van juni 2006 wordt opgemerkt dat door de lagere prijsstelling de markt voor collectieve polissen competitiever lijkt dan de individuele markt. Ontleent de minister mede aan deze wetenschap zijn uitspraak dat de premiestijging zich volgend jaar zal beperken tot gemiddeld 3%, terwijl ook veel hogere percentages worden genoemd?

De minister laat zich hierbij uiteraard niet uit over de eventuele premiestijging voor de aanvullende verzekering. Kan de minister zich echter voorstellen dat de CDA-fractie liever een ietwat hogere stijging voor de basisverzekering zal aanvaarden, in plaats van te worden geconfronteerd met een scherpe stijging van de premie voor de aanvullende verzekering in combinatie met een selectief aanbod? Een risico voor de mobiliteit blijft onder meer ook de invloed van de contractvoorwaarden in de aanvullende verzekering. De CDA-fractie is eveneens geschrokken van de opmerking dat de NZa i.o. momenteel tevens scherp let op een aantal verzekeraars dat in hun voorwaarden bij de aanvullende verzekering stelt dat deze kan worden opgezegd als de verzekerde een basisverzekering bij een andere verzekeraar neemt. Dat is toch in strijd met de wet? "Misleidende informatie" is dan een understatement. Ingrijpen in de polisvoorwaarden kan niet; het stellen van regels aan informatievoorziening door verzekeraars is echter wel mogelijk. Acht de Minister de huidige wetstekst nog steeds toereikend om deze problematiek aan te pakken?

In de tussenstand valt verder te lezen dat het opvallend is dat oudere mensen en mensen met een slechte gezondheid minder vaak overstappen dan mensen met een betere gezondheid. Wij vinden aan dit verschijnsel echter niets opvallend. Integendeel, het is haast een vanzelfsprekendheid. Maar voor de NZa i.o. blijft het een aandachtspunt. Er zal worden uitgezocht wat de oorzaak hiervan is en wat de effecten zijn op de toegankelijkheid en de werking van de markt. Kan de minister bevroeden met welk doel dit onderzoek wordt ingesteld?

De NZa i.o. adviseert ook de NMa over de fusies. Heeft de minister de overtuiging dat hierbij ook de belangen van de verzekerden aan de orde komen, nu als gevolg van een fusie de patiënt-verzekerde weer terecht kan komen bij een verzekeraar, waarvoor hij of zij enkele maanden geleden bewust niet heeft gekozen? Is er langzamerhand geen basis voor ingrijpen op grond van aanmerkelijke marktmacht? Zo niet, wat moet er dan wel gebeuren, wil hiervan sprake zijn? Welke type boodschappen geeft de NZa in dit kader aan de NMa?

Indertijd heeft de CDA-fractie een hard punt gemaakt van een lijst van gecontracteerde aanbieders in de vorm van een addendum bij de polis. Uit de tussenstand blijkt

dat in de meerderheid van de informatiepakketten van de zorgverzekeraars geen verwijzing staat naar de lijst van gecontacteerde aanbieders. Op de websites is deze informatie doorgaans wel beschikbaar maar niet altijd eenvoudig te vinden. De minister zal moeten toegeven dat de CDA-fractie terecht hiervoor heeft gepleit.

Informatie over activiteiten van de zorgverzekeraars tot het verbeteren van de kwaliteit en snelheid van de verzekerde zorg is, op een enkele uitzondering na, eveneens niet beschikbaar. Ziet de minister in de analyse van de tussenbalans een voorzet tot nieuwe maatregelen? Zo ja, welke? Of moet de NZa regels stellen? Kan de Minister ons, met de eerste Zorgmonitor in de hand, verzekeren dat de Nederlandse Zorgautoriteit voldoende bevoegdheden heeft om zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan de spelregels te houden? Is de marktmeester wel voldoende toegerust?

Het volgende onderdeel van mijn betoog betreft de collectieve contracten. De CDA-fractie kan zich moeilijk voorstellen dat de minister zich in zijn nadere memorie van antwoord beroept op artikel 93 van de Zvw om geen antwoord te geven op onze vraag naar de omvang van de collectieve contracten versus de aantallen individueel verzekerden. Wil de minister hiermee stellen dat deze kwantitatieve gegevens ook niet in de respectievelijke jaarverslagen zullen worden opgenomen? Wij hebben om drie, in feite twee, getallen gevraagd. In mijn directe omgeving werd de weigering van de minister als absolute onzin bestempeld. Om te kunnen beoordelen of sprake is van kruissubsidiëring, dat wil zeggen dat de premies voor individuele verzekerden nodig zijn om collectieve kortingen te financieren, hebben wij inzicht in de gevraagde gegevens nodig. Welke gegevens kunnen naar het oordeel van de minister dan wel op tafel komen? Wij gaan er vooralsnog van uit dat bekendmaking van de door ons gevraagde gegevens krachtens de Zorgverzekeringswet is vereist.

Overigens begrijpen wij ook niet, dat de NZa i.o. in de tussenbalans uitsluitend vermeldt: "De gemiddelde korting in collectieve contracten is 6,6%." Waarom is dit percentage niet verder uitgewerkt? Hoe is dit gemiddelde bereikt? Wat is de bandbreedte? Circa 46% van de verzekerden heeft gekozen voor een collectief contract, zij het overwegend indirect via de werkgever. Wanneer deze kortingen worden gefinancierd uit inkoopvoordelen of kostenbesparingen kan hiertegen uiteraard geen bezwaar worden gemaakt. Anders ligt dit bij financiering uit eigen vermogen of beleggingsresultaten, gelet op de verschillende uitgangspunten van de onderscheiden verzekeraars. De vraag naar het gelijke speelveld is, wat ons betreft, nog niet voldoende beantwoord. Wij achten het dan ook een goede zaak, dat de NZa i.o. aankondigt in 2006 nader te zullen bestuderen waarom zorgverzekeraars kortingen geven en hoe deze gefinancierd worden. De relatie tussen vermogenspositie en premietelling is terdege van belang. Op grond van de ferme uitspraak van de NZa-voorzitter: "Verzekeraars moeten aangeven wat de besparingen zijn geweest op de administratie en welk deel van de korting is gebruikt om marktaandeel te kopen" hadden wij nu al meer substantie verwacht. Bij deze plenaire behandeling verwachten wij van de minister een indringende toelichting op wat onder vertrouwelijke gegevens van afzonderlijke verzekeraars moet worden verstaan.

Ten aanzien van vernieuwende projecten willen wij het rapport van Ad Scheepbouwer niet voor onze rekening

Van Leeuwen

nemen. Er valt nog wel wat op de inhoud af te dingen. Collega Putters heeft hierop reeds gewezen. Op één punt scoorde Scheepbouwer wel, namelijk ten aanzien van het tempo en de vele barrières die innovaties in de zorg in de weg staan. Ook zonder marktprikkels dient de patiënt centraal te staan. Het is voor ons een uitgemaakte zaak dat hiervoor vernieuwingen in de zorg noodzakelijk zijn. Overigens is dat geen nieuw punt en praat Scheepbouwer in dit opzicht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg na. In de beleidsbrief van 17 maart 2006 (29248, nr. 25) speelt de minister hierop in. Hij geeft aan dat door de zorg in dbc's te beschrijven en deze in een lijst vast te leggen, transparant in beeld wordt gebracht welke zorg kan worden geleverd. De genoemde brief geeft echter geen antwoord op de vraag of hiermede alle barrières, onder andere paradoxen en de financiële drempels voor innovaties, metterdaad zijn weggenomen. Ik verzoek de minister hierop nog eens nader in te gaan. Is er in Nederland voldoende ruimte voor innovaties in de zorg?

Het is uiteraard de bedoeling om, mede door innovaties, kwalitatief betere zorg te verkrijgen, zo mogelijk tegen lagere kosten. Wij geloven echter bij voorkeur niet in marktprikkels, maar veel meer in het uitdagen van de beroepseer. Onderzoekers, medisch specialisten en vele andere disciplines hebben veel bereikt in de strijd tegen de kanker en voor de verlenging van de overlevingskansen. Natuurlijk zijn dan de miljoenen van dankbare kankerpatiënten mooi meegenomen. De totstandkoming van het prachtige Kankerinstituut in Amsterdam betekent voor honderden onderzoekers een nieuwe uitdaging voor een integrale aanpak.

In 2006 zullen aanzienlijke kwaliteitsslagen moeten worden gemaakt, met name gericht op een betere toerusting van de patiënten en op het via prestatie-indicatoren meten van de kwaliteit van de door beroepsbeoefenaren en instellingen te leveren zorg. Korthedshalve zeggen wij: ga op de ingeslagen weg voort. Nog steeds is kwaliteitsinformatie immers beperkt aanwezig en daardoor niet goed vergelijkbaar, aldus de conclusie in de Zorgmonitor. Wanneer zal dit naar verwachting wel het geval zijn?

Minder tevreden zijn wij over de inspanningen van de zorgverzekeraars. Het jaar 2006 is, enkele uitzonderingen daar gelaten, min of meer een verloren jaar. Op 30 november 2004 stelde de minister: "Ik moet eerlijk bekennen dat wij vanuit een betrekkelijke nulsituatie beginnen." En: "Verzekeraars hebben absoluut nog een onvolkomen kijk op de kwaliteit." Naast het gebrek aan informatie was er ook nauwelijks sprake van een actieve aanpak op de zorginkoopmarkt. Hoe beoordeelt de minister deze kijk op de kwaliteit bijna twee jaar later? Naast het gebrek aan informatie was er ook nauwelijks sprake van een actieve aanpak van de zorginkoopmarkt. Bovendien gaat de prijs-kwaliteitverhouding juist om verschillen, om onderscheid. Verschuilt de NZa i.o. zich niet te veel achter het te kort schieten van de zorgaanbieders? Licht hier geen eigenstandige taak voor de zorgverzekeraars?

In dit kader zijn uiteraard de mogelijkheden van de NZa van wezenlijk belang, uiteraard in relatie tot de taken van de IGZ. Nog los van het feit dat onze vraag over de bodemkwaliteit niet is beantwoord en zonder onze eerdere betogen te herhalen, verzoeken wij de minister nog eens diepgaand in te gaan op de verhouding tussen de IGZ en de NZa, mede gelet op de ruimte die de NZa toch moet hebben om een eigen oordeel te

vormen. Hier wreekt zich uiteraard ook dat wij de onderlinge afspraken nog niet kennen. Afhankelijk van het antwoord zullen wij ook onze vraag over uitbreiding van de middelen voor de IGZ herhalen.

Wij hebben met belangstelling kennisgenomen van het standpunt van de minister terzake van de eventuele Zorgconsumentenwet, die een beter inzicht geeft in de stand van zaken, dat tot dusverre al te zeer ontbrak. De onlangs ontvangen brief van 26 juni jongstleden sluit hierop aan. Wij hebben genoteerd dat op basis van zowel drie achtergrondstudies van de IGZ als een onlangs gevraagd advies van de RVZ uiterlijk november van dit jaar een standpunt door de minister zal worden ingenomen. Er rest ons thans niets anders dan hierop te wachten. Dat wordt wel een wachten vol ongeduld. In ieder geval geeft de minister er blijk van, gelet op zijn tempo, het belang van de patiënten niet die plaats in zijn beleid te willen geven die de CDA-fractie hieraan terecht wel wil geven. Er is in feite nog steeds geen sprake van een patiëntgerichte aanpak. Dat blijkt overigens eveneens uit de nu aan de orde te stellen items.

Allereerst de klachtbehandeling. Waarom blijft de minister zich zo weinig positief opstellen met betrekking tot de coördinerende rol van de NZa? Hoe zit het met de stroomlijning van de klachtenformulieren?

Dan de invloed van de verzekerden. Het zal ongetwijfeld niet de bedoeling van de minister zijn geweest, maar het lijkt er sterk op dat hij nimmer van plan is geweest de toezegging aan de CDA-fractie van 29 en 30 november 2004 met betrekking tot de invloed van de verzekerden, met name bij de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars, serieus te nemen. Op een desbetreffende vraag van de CDA-fractie werd letterlijk geantwoord: "Er is 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 gesprek 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." Tijdens de replieken hebben wij de veronderstelling uitgesproken dat dit zou gebeuren in de door de CDA-fractie bepleite geest. Hieraan is nog toegevoegd: "Mogen wij ervan uitgaan dat de minister hiermede spoed betracht?" De minister heeft toen geantwoord: "Ik zet dit punt op de agenda van de eerstvolgende vergadering met de zorgverzekeraars."

Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, een half jaar later, zijn wij hierop teruggekomen. De minister stelde toen: "De Kamer wil van mij een duidelijker uitspraak over de invloed van de verzekerden met name op het inkoopbeleid. Ik zeg de Kamer toe, dat ik het gesprek met ZN inga om dit te bewerkstelligen. Als dit onbevredigend verloopt, zal ik mijn middelen gebruiken om dit steviger te verankeren."

In tweede termijn heeft de minister dit op 7 juni 2005 nog eens herhaald met de woorden: Ik heb een heel duidelijke toezegging gedaan over de zeggenschap van patiënten en de invloed op het inkoopbeleid. Als uit het overleg met de zorgverzekeraars blijkt dat die niet goed van de grond komt, zal ik niet aarzelen in te grijpen.

Op 27 september 2005, bijna vier maanden later, is deze kwestie tijdens de bekende invoering van de Zorgverzekeringswet opnieuw uitvoerig door ons aan de orde gesteld. Dit naar aanleiding van de in de memorie van antwoord weergegeven uitleg door Zorgverzekeraars

Van Leeuwen

Nederland, waarvoor de minister blijkbaar is gezwicht. De CDA-fractie heeft toen duidelijk aangegeven niet langer te willen wachten, want dat leek op wachten tot sint-juttemis.

De gevraagde ingreep door de minister moest nu met spoed plaatsvinden. De CDA-fractie werd in deze wens royaal door de andere fracties in dit huis gesteund. De patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties hadden in hun brief van 25 augustus 2005 terecht gesteld, dat een jaar wachten een verloren jaar zou betekenen. In zijn beantwoording beriep de minister zich allereerst weer op de eigen verantwoordelijkheid van betrokken partijen, maar toonde zich opnieuw bereid maatregelen te treffen. Tevens gaf de minister concreet aan tot welke terreinen de invloed van de verzekeren zich zou moeten uitstrekken. Om na een interruptie aldus te eindigen: "Ik doe de Kamer echter een harde toezegging. Als de zaak niet bevredigend geregeld wordt, kom ik met nadere maatregelen."

De dreiging van een Kameruitspraak is toen boven de markt blijven hangen, maar moet nu wel hard worden gemaakt. Er is immers nog steeds door de betreffende particuliere verzekeraars niets geregeld.

In de zevende voortgangsrapportage, die ten tijde van onze nadere vraagstelling nog niet in mijn bezit was, wordt verwezen naar de Zorgautoriteit. Een onderzoek naar de naleving van de verplichting voor verzekeraars om de positie van de verzekerden statutair te regelen, zal uitkomst moeten bieden.

De NZa mag wat ons betreft de betrokken verzekeraars zoveel aanspreken als zij wil, wij houden de minister na ruim twee jaar aan zijn herhaalde toezeggingen en zullen terzake een uitspraak van deze Kamer vragen als de minister niet klip en klaar aangeeft, omgaand zijn harde toezegging na te komen. Het gaat erom, dat de verzekerden/patiënten recht wordt gedaan en daarom kunnen wij ons niet langer met zoethoudertjes laten afschepen.

Nog steeds blijft ook binnen het voorliggende wetsvoorstel de rol van de patiënten/consumenten ondergewaardeerd en onvoldoende uitgewerkt. De minister moet ons kunnen aantonen dat de markt van verzekeraars, aanbieders van zorg en patiënten/consumenten metterdaad in balans is en dat de NZa dat vooral voor ogen zal houden.

□

De heer **Schouw** (D66): Mevrouw de voorzitter. Ongeveer een klein jaar na het debat over de Zorgverzekeringwet praten wij nu over het officieel instellen van de marktmeester van de zorgverzekeringsmarkt, de Nederlandse Zorgautoriteit. In het debat van vorig jaar hadden de fracties van D66 en OSF – daaraan is niets veranderd; ik mag namens twee fracties blijven praten in deze Kamer – net als andere partijen veel zorgen over de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Achteraf gezien moeten wij concluderen dat het met veel van onze zorgen wel is meegevallen. Zo waren wij bezorgd over premiestijgingen en al met al bleken de premies zo'n € 79 lager uit te vallen dan verwacht. Dat is een mooie meevaller. De marktwerking in de zorg lijkt zo redelijk te zijn uitgedrukt. Veel meer mensen dan verwacht zijn daadwerkelijk van zorgverzekeraar gewisseld; ongeveer 18% tegen 3% á 5% in de voorgaande jaren.

Naast de dingen die goed zijn gegaan, zijn er ook wel wat kanttekeningen te maken. Zo moesten veel verzekerden in de eerste helft van 2006 dubbele premie betalen omdat de in- en uitschrijving bij verzekeraars niet aansloot. Over een andere grote zorg van de Eerste Kamer, de onverzekerden, is nog veel onduidelijkheid. Onze fracties hopen dat er binnen afzienbare tijd meer duidelijkheid komt over de onverzekerden. Kan de minister die duidelijkheid verschaffen?

Ondanks de meevallers leven er bij dit wetsvoorstel opnieuw enkele zorgen bij onze fracties en die zorgen willen wij graag met deze minister delen. Die zorgpunten heb ik samengevat in zes punten die ik achtereenvolgens aan de orde ga stellen.

Het eerste punt is de marktafbakening. Nu de heer Lubbers weer in touw is om dit land op de rails te krijgen, moest ik bij de voorbereiding van deze spreektekst denken aan het begrip wat hem zo typeerde: "werkende weg". Werkende weg is naar de opvatting van onze fracties ook goed van toepassing op de inrichting van de Nederlandse Zorgautoriteit. In de memorie van antwoord geeft het kabinet zelf ook aan de nodige reserves te hebben. "De slagvaardigheid zal in de praktijk moeten blijken", zo schrijft de minister. Een fundamenteel probleem komt hierdoor aan de oppervlakte. De Zorgautoriteit kan straks wel blaffen, maar kan zij ook doorbijten? Heeft zij juridische doorzettingsmacht?

Een van de belangrijkste taken van de NZa is het samen met de NMa tegengaan van verstoring van marktwerking op de zorgmarkt. Hiervoor heeft de NZa verschillende mogelijkheden. Als het echt uit de hand dreigt te lopen, kan de NZa optreden door aan te tonen dat een bedrijf aanmerkelijke marktmacht heeft. Om hierover een uitspraak te kunnen doen, is het echter nodig om eerst de relevante markt af te bakenen. Zonder die markt af te bakenen, is het namelijk niet mogelijk om bijvoorbeeld prijsverschillen tussen regio's en de positie van de partijen op de markt te kunnen beoordelen.

Het afbakenen van die relevante marktmacht is bepaald geen peulenschil. Dit komt vooral door de heterogeniteit van het product zorg en door het feit dat consumenten door de aanwezigheid van verzekeringen geen volledige prijs ervaren.

Het antwoord van de minister – en hij herhaalt dat in de beantwoording van de vragen van de fractie van D66 in de Eerste Kamer – is dat de NZa bij het afbakenen van de relevante markt gebruik kan maken van het werk dat op dit punt al eerder door de NMa is verricht. Maar volgens een artikel in het blad ESB heeft de NMa nog nooit een relevante markt exact afgebakend. Zij heeft daarmee dus geen ervaring!

De NZa zal per geval de relevante markt moeten afbakenen en heeft aangegeven de methodes daarvoor in beleidsregels vast te zullen gaan leggen om zo reguleringszekerheid aan het veld te bieden. Dit streven juichen onze fracties toe.

De vraag is echter wel wanneer dit gaat gebeuren en hoe juridisch effectief dit middel is. Het lijkt een beetje een saai betoog over marktafbakening, maar volgens mij is marktafbakening wel de kern en de kracht waarop de NZa moet draaien. Het is een buitengewoon diffuus begrip waardoor – zo zou je kunnen redeneren – de uitvoerbaarheid van deze wet buitengewoon wankel wordt. Vandaar dat ik hieraan even wat tijd besteed.

Het afbakenen van een relevante markt is een zeer tijdrovende bezigheid en het beleid van de NZa over

Schouw

marktafbakening staat nog in de kinderschoenen. De minister heeft inmiddels verschillende internationale ondernemingen gevraagd om een offerte uit te brengen voor een onderzoek dat moet leiden tot een overzicht van technieken en methoden om die relevante markten af te bakenen. Onze fracties begrijpen eerlijk gezegd niet helemaal goed waarom dit proces zich juist op dit moment nog in zo'n prematuur stadium bevindt. Wanneer denkt de minister dat de offertes zijn bekeken, het onderzoek gereed is en de beleidsregels zijn opgesteld? Kan de minister overtuigend uiteenzetten waarom deze methode niet tijdrovend is? Kan de minister ook ingaan op de vraag over hoeveel juridische doorzetmacht de NZa straks beschikt?

Kortom, mevrouw de voorzitter, wij zouden graag zien dat de "a" van NZa ook echt staat voor autoriteit. Wij willen niet dat over twee jaar blijkt dat NZa staat voor Nederlandse Zorgadviseur. Dan hebben wij het immers fout gedaan.

Om goed toezicht te kunnen houden, moet de NZa samenwerken met een hele rij andere toezichthouders en instanties. Om de samenwerking goed te laten verlopen, wordt gewerkt met de inmiddels beroemde samenwerkingsprotocollen. Tot grote verbazing van onze fracties is op dit moment slechts een minderheid van deze protocollen klaar en zijn de meeste nog in ontwikkeling. Ik zeg het de vorige sprekers na: wij waren buitengewoon verbaasd toen wij lazen dat voor het samenwerkingsprotocol met het CBP het overleg pas nu wordt geopend. Hoe komt het toch dat dit nog niet in orde is? Hoe komt het toch dat het overleg met het CBP kennelijk niet regulier tussen de oren zit? Wij menen dat de wet niet effectief kan werken wanneer die samenwerkingsprotocollen niet zijn afgehecht. Kan de minister toezeggen dat de protocollen vóór eind 2006 gereed zijn? Wij moeten weten hoe de protocollen op elkaar ingrijpen: wie adviseert, wie hakt knopen door, wie bepaalt wat, hoe zit de keten in elkaar?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Bedoelt de heer Schouw hier ook mee te zeggen dat de wet niet eerder in werking kan treden dan nadat de protocollen gereed zijn gekomen? Het gaat erom dat ook wij kunnen beoordelen of aan de protocollen zo inhoud wordt gegeven, dat geen sprake is van overlap, dat sprake is van een goede borging van de publieke belangen, et cetera.

De heer **Schouw** (D66): Het zou interessant zijn als dit een randvoorwaarde voor inwerkingtreding van de wet zou zijn. Dan hebben wij een politiek drukmiddel om het gerealiseerd te krijgen. De wet moet natuurlijk wel worden aangenomen. Er moet wel vaart in worden gemaakt. De minister moet klip en klaar zeggen: op die en die datum zijn de protocollen klaar en is in ieder geval voor de Tweede Kamer inzichtelijk hoe ze in elkaar grijpen, wat de samenhang is, wie de knopen doorhakt. Dat is essentieel. Het gemak waarmee de minister het punt in de memorie van antwoord behandelt, vinden wij niet passen bij een goede behandeling van deze wet.

Een van de zaken waar D66 zich sterk voor heeft gemaakt, is een soepele en correcte afhandeling van klachten. Wij zouden graag zien dat het meldpunt bij de NZa een prominenter plaats krijgt als overkoepelend klachtenloket. Verder hechten wij sterk aan het onderbrengen van verschillende klachtenregelingen in één heldere zorgconsumentenwet. Dat voorkomt versnippe-

ring en zorgt ervoor dat de rechten voor mensen afdwingbaar zijn. Bij de bespreking van het nieuwe zorgstelsel hebben alle partijen gezegd dat het om drie dingen gaat: een sterke positie voor de private partijen, een sterke positie voor de Staat en een sterke positie voor de consumenten. Om de positie van de consument te borgen moet er een wet komen. Dat was een conditie waaronder men kon instemmen met de stelselherziening. Het is zeer treurig om te zien dat er zo'n enorm perceptieverschil is tussen de minister en deze Kamer op het punt van het tempo. De fracties van D66 en de OSF zijn dan ook net als de CDA-fractie verbaasd over de erg aarzelende houding van de minister tegenover die zorgconsumentenwet. Er zijn nu zoveel verschillende klachtenprocedures, dat de consumenten door de bomen het bos niet meer zien. Het wordt tijd voor een samenhangende wet. De minister lijkt er niet zoveel haast mee te maken en wacht op een onderzoek van de inspectie en een advies van de RVZ. Het schiet niet op, bijna een jaar na het debat over de Zorgverzekeringswet.

Wij hechten sowieso erg aan een goede afhandeling van klachten van consumenten. Het meldpunt van de NZa zou hierin een grotere rol kunnen spelen. De NZa geeft aan hier weinig voor te voelen, maar waarom eigenlijk? De baas van de NZa in oprichting, Frank de Grave, benadrukte in een interview dat de Zorgautoriteit er vooral is voor het veiligstellen van het belang van de consument als patiënt en als verzekerde. Het afhandelen van klachten zou prima bij die taakomschrijving passen. De minister lijkt de bal nu echter bij de verzekeraars en de zorgaanbieders te leggen. Hij antwoordt op vragen hierover dat de individuele zorgverzekerders en zorgaanbieders in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor het afhandelen van klachten. Dat zou een mooie en op zichzelf heldere afbakening van taken kunnen zijn, als dit tenminste goed zou gaan. Samen met de kersverse Nederlandse Zorgautoriteit moeten wij echter concluderen dat dit verre van goed gaat. De verzekeraars stellen volgens de Zorgautoriteit namelijk zeer beperkt informatie beschikbaar over het afhandelen van klachten. De NZa wil hen hierop aanspreken. Welnu, dat aanspreken vinden de fracties van D66 en de OSF onvoldoende. Naast aanspreken moeten er, om verbeteringen af te dwingen, ook harde afspraken worden gemaakt. Met wat voor concrete middelen wil de minister optreden, als de afhandeling van klachten niet snel beter gaat?

Vorig jaar maakten onze fracties zich al zorgen over de wellicht te grote populariteit van de collectieve contracten. De fracties vreesden dat door kruissubsidiëring de individuele verzekerden voor de korting op collectieve contracten zouden moeten opdraaien. Een jaar later zien wij dat er inderdaad erg veel mensen deelnemen aan een collectieve regeling. Bijna de helft van alle verzekerden, zo'n 46%, neemt deel aan zo'n regeling. De gemiddelde korting die verzekerden krijgen bij een collectief contract, is een kleine 7%. Hoe de kortingen op de collectieve contracten gefinancierd worden, is natuurlijk nog onduidelijk. Nog dit jaar wil de Zorgautoriteit uitzoeken hoe deze kortingen zijn gefinancierd. Onze fracties zijn er content mee dat de autoriteit dit onder de loep gaat nemen. De vraag is echter wel wat de Zorgautoriteit gaat doen als er sprake blijkt te zijn van kruissubsidiëring. Wordt het dan de A van advies of zijn er juridische middelen waardoor de A van autoriteit kan worden waargemaakt? Kan de minister daarop ingaan en

Schouw

kan hij aangeven welke scenario's hij daarbij voor ogen heeft?

De concentratie bij de zorgverzekeraars gaat wel erg snel. Met het oog op de invoering van de Zorgverzekeringwet zijn al eind 2005 de ziekenfondsen CZ en OZ gefuseerd. De afgelopen maanden zijn nog twee nieuwe megafusies aangekondigd. Zo hebben VGZ-IZA en Univé plannen voor een fusie. Samen zouden zij ongeveer 4,2 miljoen verzekerden hebben. Een andere aangekondigde megafusie is die tussen Menzis, Agis en Delta Lloyd. Ook deze combinatie zal zo'n 4 miljoen verzekerden tellen. Wij moeten hier een slag om de arm houden, want de NMa moet voor deze fusies nog wel haar toestemming geven. De NZa brengt hierover zienswijzen uit aan de NMa. Waarschijnlijk kan er nog geen sprake zijn van een echt advies, omdat er nog geen marktafbakening heeft plaatsgevonden – ik heb dat eerder gememoreerd – of omdat er nog geen opdracht is gegeven voor een onderzoek naar de manier waarop marktafbakening kan worden bewerkstelligd.

Onze fracties zijn niet principieel tegen schaalvergroting in de zorgverzekeringsmarkt. Schaalvergroting kan kostenbesparend werken en op zichzelf was het aantal verzekeraars – het waren er ongeveer 30 – ook wel behoorlijk. Het is ook niet zo dat het huidige aantal verzekeraars onze fracties zorgen baart, maar de rappe ontwikkeling waarmee de concentratie van zorgverzekeraars plaatsvindt, is wel zorgelijk. Bovendien zijn er naast de aankomende megafusies in de zorgverzekeringsmarkt al negen provincies waarin één verzekeraar de markt domineert. Al met al is dat zeer verontrustend, zeker omdat er nog geen sprake is van een Europese of internationale zorgverzekeringsmarkt die adequaat werkt. Verder is het voor huisartsen en ziekenhuizen moeilijk om een reële onderhandelingspositie te verwerven tegenover zulke giganten. Vorige week toonde de vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer zich ook bezorgd over dit onderwerp. De minister heeft beloofd om een brief te sturen met daarin het beleidskader van de NMa rond fusies. Onze fracties zijn benieuwd naar dit beleidskader en zij zijn ook benieuwd of de NZa überhaupt in staat is om iets tegen de snelle concentratie op de zorgverzekeringsmarkt te ondernemen, omdat de toezichthouder nog geen relevante markten kan afbakenen. Met welk wetsartikel uit de voorliggende wet denkt de minister een scherp wapen in handen te hebben om adequaat te kunnen optreden tegen deze marktontwikkeling?

Mijn zesde punt betreft de vergelijkbaarheid van kwaliteit in de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit is al aan de slag gegaan en heeft een overzicht gepubliceerd over de stand van zaken na de invoering van de Zorgverzekeringwet. In dat rapport "De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt" is te lezen dat verzekeraars erg moeilijk onderling te vergelijken zijn wat betreft de kwaliteit van de aangeboden zorg. Een onderzoek hiernaar van de NZa gaf een slechte uitkomst. Van alle onderzochte verzekeraars had er geen enkele begrijpelijke gegevens over de kwaliteit van de aangeboden zorg. De websites van de zorgverzekeraars hadden hier ook geen bruikbare informatie over. Al met al is het een hele trieste en zware constatering als er geconcentreerd moet worden op kwaliteit en de NZa zegt dat het begrip kwaliteit bijna niet te definiëren is, dat het transparant is. Het is goed om te zien dat de NZa veel aandacht besteedt aan de kwaliteit en de zichtbaarheid daarvan

voor de keuze van de patiënten. Het is ook wel begrijpelijk dat door tijdsdruk en de nieuwigheid nog niet alles op orde is. Daarom hebben onze fracties er wel begrip voor dat de NZa vooral nu spreekt – ik hoop over een jaar niet meer – over het helpen bij het verbeteren van de vergelijkbaarheid van de kwaliteit. Dat de NZa de zorgverzekeraars wil gaan helpen om de modelovereenkomsten te verbeteren, vinden onze fracties een goed idee, maar wij willen wel weten wat voor middelen de NZa in gaat zetten als de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders niet transparanter worden over de geboden kwaliteit, waardoor het voor de consument onmogelijk wordt om op het punt van kwaliteit keuzes te kunnen maken. Graag een reactie op dit punt van de minister. Volgens onze fracties is de vergelijkbaarheid van de kwaliteit van de zorg randvoorwaarde om daadwerkelijk tot een adequate marktwerking in de zorg te komen.

Mevrouw de voorzitter. Deze wet is een start om de NZa smoel te geven. Dat is hard nodig in een liberaliserende markt. Wij zien serieuze problemen om de Zorgautoriteit voldoende doorzettingsmacht te geven. Misschien is ook de reikwijdte van de Zorgautoriteit wat te beperkt. Echter werkende weg zal de wet moeten worden aangepast om de slagkracht van de NZa op niveau te brengen en te houden. Wij wachten de antwoorden van de minister met belangstelling af.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. In 1981 verscheen de eerste Nota Patiëntenbeleid. Voor die tijd was er geen sprake van patiëntenconsumentenbeleid. Wel werd er in een aantal nota's stilgestaan bij de rol en de positie van de patiënt en de consument. In de Structuurnota Gezondheidszorg, die in 1974 was verschenen, doet de democratiseringsgedachte haar intrede in het beleid. Een van de knelpunten die de nota formuleert betreft de onvoldoende tot ontwikkeling gekomen inspraak van de bevolking in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en in het functioneren van voorzieningen. Als oplossing hiervoor wordt de patiënt op individueel en collectief niveau een rol toebedeeld in de besluitvormingsprocessen van de zorg. Na een reeks van jaren heeft dit beleid ten slotte handen en voeten gekregen. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, hoe divers en hoe moeilijk meetbaar dat ook is, zeker uit het perspectief van de patiënt.

Bij de genoemde ontwikkelingen werd het ook als knellend ervaren dat het aanbod van voorzieningen vanuit een centrale aanpak was ingericht. Deze wijze van inrichting kwam in de loop der jaren steeds meer op gespannen voet te staan met de wensen van de zorggebruiker. Deze werd mondiger en eiste zeggenschap, ook bij de invulling van zijn vraag naar zorg. Veel mensen herkenden hun zorgbehoeften steeds minder in de aangeboden activiteiten en voorzieningen. Zij wensten tijdige levering, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling, om maar enkele voorbeelden te noemen. Zo ontstond de steeds indringender wordende discussie over de ombouw in de richting van meer vraagsturing. Langzaam maar zeker werd het stelsel omgebouwd van aanbod- naar vraaggestuurd, en wij zijn er nog niet.

In dezelfde tijd werden wij geconfronteerd met een steeds maar olopemd financieringstekort. Het besef

Van den Berg

groeide dat het zo niet langer kon. In de jaren zestig en zeventig was op een breed terrein solidariteit gerealiseerd, ook bij de zorg via de sociale ziektekostenverzekering en subsidies, maar in de zorg waren de geesten rijp voor een andere benadering. Het stelsel van ziektekosten moest worden gewijzigd. Ook was ingrijpen in het productieapparaat noodzakelijk om de stijgende premies te drukken.

In die jaren verschijnen er allerlei nota's. De Teldersstichting brengt in december 1986 een notitie uit: Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het Wetenschappelijk Instituut van het CDA deed in januari 1987 het rapport Zorgvernieuwing door structuurverandering het licht zien, dat tot stand kwam onder leiding van onze collega Werner, die zich dat misschien niet eens meer herinnert. De gevoerde discussie maakt duidelijk dat het complexe volksgezondheidsmodel niet meer van bovenaf moet worden gereguleerd, omdat dit tot nu toe alleen maar tot ondoelmatig handelen heeft geleid.

Omdat de volksverzekering niet meer tot de mogelijkheden behoort, moet het financieringsstelsel ervoor zorgen dat consumenten, hulpverleners en financiers kostenbesparend gaan handelen. Zo komt langzaam maar zeker de keuze voor de markt in beeld, die dan de regulerende rol van de overheid moet overnemen. De markt moet de structuur bepalen en de kosten laag houden en de overheid dient op de kwaliteit toe te zien en de voorzieningen bereikbaar te houden. Teleurgesteld in de overheid zoekt men het heil op de markt.

Vandaag maken wij een aanvang met de behandeling van de marktautoriteit op het gebied van de zorg. De fracties van de SGP en de ChristenUnie vinden dat het patiëntenperspectief daarbij het uitgangspunt moet zijn. Daarom ben ik begonnen met het perspectief van patiënten of consumenten. Anderen hebben ook in allerlei toonaarden gezegd dat dit niet zo erg duidelijk is. Wij willen daar graag heel harde toezeggingen over hebben. Mevrouw Van Leeuwen heeft deze nog eens opgesomd. Hoe gaat het met de invloed van verzekeraars bij de inkoop van zorg? Daarover zijn in deze Kamer vele malen vragen gesteld aan de minister, maar dat heeft nog geen handen en voeten gekregen. Wij wachten met belangstelling het initiatief af van de NPCF om te komen tot centrale wetgeving wat betreft het consumeren van zorg.

Het kan niet ontkend worden dat dit kabinet met voortvarendheid heeft gewerkt. Ik heb nog even gedacht dat het hele kabinet zou verdwijnen en dat de minister dan ook weg zou zijn. De vroegere staatssecretaris Van der Reijden, die ik met ere noem, heeft in de tijd dat hij politiek geen rol meer kon spelen, omdat het kabinet was gevallen, een schitterend boek geschreven: De kostelijke gezondheidszorg. Het is nog steeds lezenswaard. Een aantal dingen daarin zouden zo over de tafel van de minister kunnen marcheren. Zij zouden het in deze tijd ook erg goed doen. De minister is druk geweest. Hij heeft met veel voortvarendheid wat in dertig jaar tot ontwikkeling is gekomen in wetgeving samengebald. Wij gingen vaak met het hoofd gebogen naar huis. Wij vroegen ons constant af hoe wij de minister wat tegengas konden geven en hoe wij hem wat konden bijsturen. Ik denk dat hij nu wel toe is aan een tweede boek over de kostelijke gezondheidszorg. Ik ben benieuwd hoe dat eruit zou zien. Mevrouw Van Leeuwen

zou er zeker een prominente rol in krijgen; daar ben ik van overtuigd.

Marktwerking vraagt om een goede toezichthouder die de ontwikkelingen op het gebied van de zorg kritisch volgt. Het gaat immers om belangrijke publieke belangen die goed gewaarborgd moeten zijn. Deze bijdrage ben ik dan ook begonnen met aandacht voor de positie van de zorggebruiker. Juist om die positie te versterken was de kanteling naar vraaggestuurde zorg nodig. De grote lijn van deze kanteling, namelijk het steeds meer gericht zijn op een cliëntgericht, vraaggestuurd aanbod van diensten en zorgverlening, is door de fracties van SGP en ChristenUnie in deze Kamer altijd ondersteund. Met het begrip markt in de zorg hadden wij meer moeite en dat is nog steeds zo.

En vanwege deze marktwerking moet opnieuw het consumentenbelang worden gewaarborgd. De vraag die wij stellen aan de minister is of de WMG dit voldoende mogelijk maakt in relatie tot de NZa. Allereerst moet die toezichthouder onafhankelijk zijn. Maar is dat wel mogelijk, zo vragen wij ons af. Immers als marktmeester heeft de NZa de functie van regelgever. Zij neemt beslissingen met een algemene strekking. Daarnaast treedt de marktmeester op als rechter. Er moet beslist worden bij conflicten. Ten slotte is er ook de taak als uitvoerder. Hoe, zo willen wij van de minister weten, blijft de NZa met zo'n combinatie van verschillende functies afstand houden en boven de partijen staan?

Het beleidsterrein is complex. In deze ingewikkelde zorgmarkt moet een marktmeester goed op de hoogte zijn van wat er speelt in de markt. Daarbij komt dat een toezichthouder altijd een forse informatieachterstand heeft ten opzichte van marktpartijen. Ik wijs op de schaalvergrotingen die al tot stand zijn gekomen en die nog tot stand zullen komen. Hoe wordt in de door ons geschetste leemte voorzien? Het is vervolgens van belang voor de NZa om te polsen wat de veldpartijen zullen vinden van maatregelen om te toetsen of alle belangen en aspecten in de beschouwing zijn betrokken en of er een evenwichtige afweging heeft plaatsgevonden om voldoende draagvlak te krijgen. Kan de minister ons inzicht verschaffen in de benaderingswijze waarvoor zal worden gekozen?

De WMG is een sluitstuk van een belangrijk maar ook omvangrijk wetgevingstraject dat tot doel heeft een drastische omwenteling van het sturingsmechanisme van de zorgsector te bewerkstelligen, namelijk van een door de overheid gestuurd model naar een model van geregleerde marktwerking. Dit houdt onder meer in dat voor aanpassingen van beleidsregels, bijvoorbeeld prijsregulering, een omvangrijk transitietraject te verwachten is. Belangrijke delen van de zorg zullen de overgang naar een prestatiegerichte bekostiging, al dan niet in combinatie met vrije prijsvorming, moeten maken. Dat zorgt nu al voor spanningen in het zorgveld. Gezien de omvang van de veranderingen, zo blijkt uit onderzoek, vragen instellingen zich nu al af of de huidige managers en bestuurders over de goede kwaliteiten beschikken om te in te spelen op de veranderingen, variërend van concurrentie, verdringing in de markt tot nieuwe wet- en regelgeving en veranderende financieringsvormen. Dit zal ook voor de NMa een ingrijpend herontwerp van gehanteerde werkprocessen, informatiestromen en ook consultatievormen met zich brengen. Dat zal veel tijd en aandacht vragen. Kan de minister ons verzekeren dat dit niet zal leiden tot een grote uitbreiding van het perso-

Van den Berg

neelsbestand? Dat zie je in zo'n geval vaak gebeuren. De minister krijgt een nogal stevige positie, de bestaande marktautoriteiten zijn redelijk onafhankelijk ten opzichte van de minister. Andere sprekers hebben naar het protocol gevraagd. Wij zijn er ook benieuwd naar hoe men overlappings voorkomt. Voor de Zorgautoriteit geldt dat deze, en ik citeer de minister, "gezaghebbend, slagvaardig en onafhankelijk" moet zijn. De minister bepaalt de hoofdlijnen van het beleid, neemt uiteraard de politiek relevante beslissingen, kan aanwijzingen geven en besluiten vernietigen. Maar waarom is er niet een raad van toezicht voorzien? Wij zouden daar altijd voor kiezen, ook om de minister een onafhankelijker en kritischer positie te geven. Is het niet te dominant dat ook het toezicht plaatsvindt door de minister? Lopen de rollen niet te veel door elkaar?

Toezichthouders zijn noodzakelijk, want bij marktpartijen, ook in de zorg, zal altijd de neiging bestaan om de concurrentie zo veel mogelijk uit te schakelen. Anderen hebben al gewezen op de geweldige concentratie door de fusies die hebben plaatsgevonden en nog zullen plaatsvinden. Daarom vinden onze fracties het juist dat naast het algemene toezicht van de NMa er in dit complexe veld ook sectorspecifiek markttoezicht is. Wij willen dat graag voor de toekomst continueren, tenzij er zeer goede redenen zijn om daarvan af te zien. Welke garanties zijn er dat de Zorgautoriteit in staat is om de opgedragen taak veel beter uit te voeren dan de NMa? De minister zal meer argumenten hebben dan alleen het sectorspecifieke markttoezicht.

Het proces van gereguleerde marktwerking is in gang gezet. Maar hoe kunnen wij voorkomen dat er straks in de zorg verschraling optreedt? Er blijft ook sprake van een moeilijk op te lossen spanning, gegeven het complexe zorgveld. De grote lijn van de ingezette kanteling moet meer gericht zijn op een cliëntgericht, vraaggestuurd aanbod van dienst- en zorgverlening. Dat is prima. Toch hebben professionele zorginstellingen, professionals op zich, nog de vaak taaie neiging aanbodgericht te denken en te werken, natuurlijk met respect voor de zorgvrager en diens eigenheid en wensen. Wij denken dat die neiging zal blijven bestaan. Er is sprake van een ingebouwde spanning die ook in de toekomst niet gemakkelijk weg te nemen zal zijn. Maar, zo houden onze fracties de minister voor, nu komt er ook nog vereconomisering van het zorgveld bij. Dat mag volgens de fracties van de SGP en de ChristenUnie niet uitmonden in een situatie van "de cliënt vraagt en wij draaien" of "u vraagt en wij draaien". Daarom blijft er onzes inziens in het zorgveld een belangrijke taak voor de overheid. Een overheid die daarop toeziet, die kan optreden en maatregelen nemen, een overheid die weet dat mensen zorg behoeven en er ook zorg voor draagt dat deze zorg totstandkomt. Dat vinden onze fracties een bijbelse opdracht voor de overheid.

Voorzitter. Wij hebben een aantal kritische vragen gesteld over het voorliggende wetsvoorstel. Wij verwachten een grondige beantwoording van de minister alvorens wij ons definitieve standpunt bepalen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Ik ben vandaag stand-in voor mijn collega Jos van der Lans, die – u zult het zich nauwelijks kunnen voorstellen – nog belangrijker bezigheden heeft dan hier vandaag

aanwezig zijn. Daarom neem ik vanavond zijn eerste termijn voor mijn rekening en zal hij morgen bij het antwoord van de regering en tijdens de tweede termijn de belangen van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg namens GroenLinks behartigen.

De behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg vormt het sluitstuk van een reeks wetten waarmee deze regering marktwerking in de gezondheidszorg wil stimuleren. De volgorde daarvan is wat curieus geweest, want het was logischer geweest om eerst de ordening, het toezicht en de autoriteit te bepalen en vervolgens de marktwerking op gang te brengen. Maar dit kabinet heeft besloten om het in de omgekeerde volgorde af te handelen, waardoor wij vandaag eindigen met iets waarmee wij wellicht beter hadden kunnen beginnen. Daardoor biedt de behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg wel een uitgelezen moment om een eerste balans op te maken van wat deze majeure ingreep in de Nederlandse gezondheidszorg ons heeft gebracht en de vraag te beantwoorden of de minister in dat opzicht zijn beloften heeft waargemaakt.

Iets meer dan een jaar geleden vergeleek de fractie van GroenLinks de zorgverzekeringswet met een enorm schip dat te water werd gelaten en langzaam maar zeker van de scheepshelling naar het water schoof terwijl er ondertussen nog volop aan het schip werd getimmerd en het allerminst vaststond of het gevaarte ook zeewaardig was. De kapitein riep manmoedig dat als het schip zou zinken dat hij dan ook politiek kopje onder zou gaan. Aan de wal, waar zoals altijd de beste stuurlied zich bevonden, bestond maar weinig vertrouwen in een goede afloop.

Inmiddels is het schip te water gelaten en – dat moeten wij deze minister nageven – het is niet gezonken. De totale chaos bleef uit, de premies waren lager dan verwacht en er ontstond een verwoede concurrentieslag om de zorgconsumenten, precies zoals deze minister zich het had voorgesteld. Nu ja, precies? Het waren niet zozeer individuen die welbewust kozen, het waren vooral individuen die hun keuze toevertrouwden aan een collectief. De Zorgverzekeringswet heeft vooral bewezen dat Nederlanders een keuze vooral aan anderen toevertrouwen, wat natuurlijk weinig van doen heeft met het beoogde kritische "zorgconsumentendom" dat deze wet wilde stimuleren. Maar goed, de voorspelde wanorde bleef uit, er was links en rechts wat gemor en er waren bij de huisartsen bijvoorbeeld ernstige problemen, maar dat kan weinig afdoen aan het feit dat de kapitein de eerste slag gewonnen heeft. Het schip vaart, daar kan niemand meer omheen. Dat hij nu toch politiek kopje onder ging, was ook te danken aan een collectief, maar dit gaat buiten het zorgterrein om.

De vraag is nu alleen: waar gaat het naar toe? Want langzaam maar zeker krijgen wij zicht op de gevolgen van de forse boeggolven die de tewaterlating van het schip in de gezondheidszorg teweeg hebben gebracht. En dan hebben wij het nog niet over de onverzekerdenproblematiek, want de ware aard daarvan moet nog duidelijk worden, daar is het nu nog te vroeg voor. Wat wij wel zien, biedt weinig reden tot optimisme.

In de eerste plaats begint zich te voltrekken wat bij elke stimulering van markten in publieke sector optreedt: namelijk dat de grootste marktpartijen de werking van de markt proberen te neutraliseren door zich met elkaar te verbinden. Marktwerking leidt altijd tot marktvermijding. Zowel bij de zorgverzekeraars als bij grote zorgaanbieders zullen wij de komende tijd een golf van

Thissen

schaalvergrotingen zien die er uiteindelijk toe zullen leiden dat onze gezondheidszorg bespeeld wordt door een paar grote ziektekostenverzekeraars en een aantal ketens van zorgaanbieders. Dit zal de bestuurlijke topsalarissen zeker ten goede komen, maar mijn fractie is er inmiddels van overtuigd geraakt dat deze door een zucht naar efficiënte schaalvoordelen aangejaagde wetmatigheden ten lange leste de kwaliteit van de zorg niet per definitie ten goede doen komen. Integendeel.

In de tweede plaats zien wij dat de nominale premies in de eerste concurrentieslag kunstmatig laag zijn gehouden en dat de zorgverzekeraars zich – geheel conform de voorspelling – nu opmaken om deze verliezen te compenseren. De verwachting is dat de komende jaren de nominale premies voor de standaardpolissen jaarlijks zo'n 10% duurder worden. Daarmee is de doelstelling dat marktwerking ook echt tot beheersing van de kosten zal leiden bepaald niet dichterbij gekomen.

In de derde plaats zien wij dat burgers daarvoor dan de rekening krijgen. Van de toezegging dat niemand er echt op achteruit zou gaan, is weinig terecht gekomen. 20% van de Nederlanders is financieel slechter uit met deze zorgwet en dat zijn niet altijd de mensen met de sterkste schouders.

De conclusie uit dit alles is dat het vooruitzicht op kostenbeheersing zich in het nieuwe stelsel vooral nog niet aandient. Integendeel, het probleem van de opwaartse kostendruk zal naarmate het stelsel langer op koers is, steeds scherper voor het voetlicht treden. Daarbij is de verantwoordelijkheid voor een deel verschoven van de overheid naar de verzekeraars, die in steeds grote conglomeraten pogingen zullen gaan ondernemen om, met het oog op hun rendementseisen, via efficiëncymaatregelen de kosten te beheersen.

Daarmee betreden we het hoofdstuk van onbedoelde, zonet perverse gevolgen van de stelselwijziging. Want de eisen van de financiers zullen door deze financiële druk in toenemende mate de praktijk van zorg-professionals binnensijpelen. Dat proces is al bezig om zich door de haarvaten van de hele gezondheidszorg te verspreiden. De dynamiek is voorspelbaar: verzekeraars maken inkoopafspraken met zorgaanbieders, maar zullen voor hun geld gegevens terug willen zien. Omdat ze zelf niet in de spreekkamers aanwezig kunnen zijn, zal de neiging groot zijn om langs de weg van de codes, cijfers en formulieren zo veel mogelijk aan de weet te komen. Door meer te weten, kunnen ze immers slimmer inkopen en meer rendement maken. Dat is een onvermijdelijk proces, want alleen zo kunnen de zorgverzekeraars de zorg volgens hun financiële maatstaven disciplineren.

Met soepele marktwerking heeft dit alles weinig te maken; met controle en beheersing des te meer. We hebben dit verschijnsel in de hele publieke sector opgang zien maken. Niet voor niets wemelt het in dit land inmiddels van de afdelingen en functionarissen "planning & control"; dáár zitten de onzichtbare verspreiders van de bureaucratie, de stille functionarissen die niets aan toeval overlaten, niet voor verrassingen willen komen te staan, risico's willen vermijden en alles zeker willen weten. Anders krijgen ze van hoger hand de wind van voren.

Deze cultuur van controle-inflatie tiert, zo weten we inmiddels na vijftien jaar terugtrekkende overheid, weliger in een privaot georganiseerde publieke sector dan in een publiek georganiseerde sector. Het verschil tussen een overheidscontroleur en een verzekeringscontroleur is

daardoor te vergelijken met het verschil tussen een wijkagent en een agent die met snelheidsmeters het verkeer controleert. De eerste maakt een praatje, investierend in vertrouwen en netwerken, de tweede schrijft een boete uit. Dat is de metamorfose waaraan de gezondheidszorg wordt onderworpen. De relatief humane overheidsbureaucratie wordt vervangen door een harde verzekeringsbureaucratie. Niemand wil dat, toch zal het gebeuren. Het schip dat op 1 januari te water is gelaten, lijkt onvermijdelijk op deze bestemming af te koersen. En de vraag die voor de discussie vandaag en morgen over de Wet marktordening gezondheidszorg relevant is, is hoe nu kan worden voorkomen dat de Nederlandse Zorgautoriteit deze gedaanteverandering van de bureaucratie niet nog eens gaat versterken. Want dat risico is groot. Je zag dat al gebeuren toen een paar weken geleden de eerste berichten over fraude in dbc-declaraties tot in de kranten doordrongen. Het was een mooi voorbeeld van hoe systemen hun eigen ongelukken produceren. Aan de ene kant de natuurlijke neiging van zorgverleners – iets wat zij met alle Nederlanders delen – om elke administratieve handeling in het eigen voordeel te verrichten, in de tweede plaats de behoefte om de kosten te reduceren en daarom de handelingen zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven en in de derde plaats als de uitkomst niet bevalt, nog eens nadrukkelijker dan ooit te gaan monitoren. Zo bestrijden wij bureaucratische monsters met steeds venijniger bureaucratische monsters.

Precies om die reden maakten meerdere fracties in deze Kamer zich erg ongerust over de stapeling van toezicht die in de zorg dreigt. In zijn antwoord doet de minister daar erg luchtig over: het is vooral een kwestie van goede afspraken en die afspraken zijn volop in de maak. Bovendien zijn er meerdere artikelen in deze wet waarin de Zorgautoriteit zelf moet laten zien dat haar werkzaamheden niet extra bijdragen aan de administratieve lasten van zorginstellingen. Als dat niet het geval is, is er geen vuiltje aan de lucht.

Maar het gaat er nu juist om dat de toezichthouder erin zou slagen om een combinatie te maken tussen kwantiteit en kwaliteit in de zorg, tussen economisch markttoezicht en vakinhoudelijk toezicht. Juist naarmate de economische zelfregulering in de zorgmarkt sterker wordt, mag je verwachten dat de toezichthouder meer oog ontwikkelt voor de professionele zorginhoudelijke kwaliteit. Naarmate de zorgmarkt meer realiteit wordt, moet de kwaliteitsinspectie eigenlijk belangrijker worden. Het is jammer dat de minister op dit punt weinig visie toont. Dat doet vrezen dat de verschillende toezichthouders langs elkaar heen gaan werken en ieder voor zich de systeemverschillen nog eens gaan versterken.

Wat is nu precies een zorgautoriteit? Wat mag je daarvan verwachten? Welbeschouwd is dat de vraag waar de meeste fracties in deze Kamer mee worstelen: waar beginnen de bevoegdheden en waar houden ze op? Het is een autoriteit, dat betekent dat het meer is dan een marktmeester, want een autoriteit kan ook aanwijzingen geven. Maar wanneer en op basis van wat? Veel antwoorden op deze vragen zullen zich in de praktijk moeten uitkristalliseren. Maar veel is ook onduidelijk. Precies om die reden hebben nogal wat fracties casuïstiek voorgelegd om de minister te verleiden tot wat meer helderheid over wat wij van de Zorgautoriteit kunnen verwachten. De fractie van GroenLinks kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de minister zich

Thissen

ontwikkend opstelt. Dat is begrijpelijk want werkende weg zal een en ander duidelijk moeten worden, maar of het op alle punten verstandig is, valt te bezien.

Zo wilden wij weten of de Zorgautoriteit nu ook een wakend oog houdt op de commerciële avonturen van zorgaanbieders, die tot nu toe geheel uit publieke middelen zijn gefinancierd. Mogen zij een deel van hun vermogen gebruiken voor een riskante onderneming en, zo ja, hoe ver mogen zij dan gaan? Wat is hierbij de rol van de Zorgautoriteit? Het is mijn fractie bekend dat een aantal zorginstellingen met die vraag worstelt en uit hun ervaring blijkt dat eigenlijk niemand het precies weet. Wat mijn fractie wilde weten is of de Zorgautoriteit regels opstelt waarop instellingen hun koers kunnen afstellen of dat ze maar hun gang moeten gaan en de Zorgautoriteit tegenkomen als het mis gaat. Ik hoop het eerste, maar ik denk eigenlijk het laatste. En dat roept de vraag op of Zorgautoriteit nu hoofdzakelijk reactief is, of dat zij ook een proactieve rol heeft te vervullen. En wat is dan de relatie tot de minister en het departement? Wellicht dat de minister dat hier nog eens kan verhelderen?

Voorzitter. Tot onze verbazing lazen wij zaterdag in De Telegraaf dat Frank de Grave vanwege de val van het kabinet voorlopig nog niet zonder de afkorting i.o. aan de bak zou kunnen. Dat zou, aldus de wakkerste krant van Nederland, door de val van het kabinet pas na het reces zijn. Het was een vreemd bericht, want er stond niet in of een van de fracties in de Eerste Kamer het voorstel als controversieel had betiteld. Vermoedelijk leeft bij de redactie van de Telegraaf het idee dat als het kabinet valt, de Eerste Kamer onmiddellijk massaal naar een vakantiebestemming afreist.

Wij voelden echter geen aandrang om deze wets als controversieel te betitelen. De marktwerking in de gezondheidszorg verdient in zijn geheel wel dat predikaat, maar nu het schip eenmaal te water is gelaten, kunnen wij niet zonder een instantie die erop toeziet of de logica van het kapitaal – om het maar eens in ouderwetse termen te zeggen – er geen potje van maakt. Want de paradox van marktwerking wil dat marktpartijen zich voortdurend in alle bochten wringen om de werking van de markt zo veel mogelijk om zeep te helpen.

Maar het gevolg van die paradox is dat de nieuwe Zorgautoriteit vooral een economische toezichthouder wordt, die als waakhond fungeert voor grote economische verschuivingen en processen. De zorg van mijn fractie gaat echter uit naar de zorgprofessionals: de mensen die het werk doen en de kwaliteit van onze zorg uitmaken. Hun logica zou net zozeer als de logica van de instituties bewaakt en beschermd moeten worden. En een zorgautoriteit die daar niet op enigerlei wijze oog voor heeft, schiet in zijn eigen voet. En dat zal op termijn niet alleen een pijnlijke, maar bovenal wel eens een hele dure vergissing kunnen zijn.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ook over dit wetsvoorstel zijn al veel woorden gewisseld. Door moties is in de Tweede Kamer de slagkracht van de Zorgautoriteit vergroot. Ook is aandacht gevraagd voor patiënten- en consumentenbelangen. In de bijzonder uitgebreide memorie van antwoord is een groot aantal vragen beantwoord, waaronder die van de VVD-fractie. Onze vragen zijn grotendeels adequaat beantwoord. De VVD-fractie zou nu

nog graag een paar wat meer principiële zaken aan de minister willen voorleggen, in de hoop dat onduidelijkheden in de wet, zullen worden verhelderd.

Overigens is mijn fractie van mening dat het voorliggende wetsvoorstel aanvaardbaar is, zij het dat het niet ideaal is. Vandaar de vragen. De aanleiding voor deze vragen is voor het grootste deel te vinden in de memorie van antwoord van 2 juni 2006.

De VVD-fractie wil nog eens nader ingaan op de positie van de cliënt/consument, een van de drie partijen in het veld van de gezondheidszorg, en op diens positie binnen de zozeer door de regering begeerde marktwerking. De marktwerking heeft als een belangrijk doel, zoals op diverse plaatsen, en ook ten aanzien van dit wetsvoorstel, door de minister is gemeld, om de positie van de consument in de gezondheidszorg te versterken. Dat is op zichzelf een goede gedachte, aangezien de consument van gezondheidszorg zowel actor is als voorwerp binnen die gezondheidszorg. Daardoor heeft hij tegelijkertijd ook de kwetsbaarste positie van de drie partijen. Niet alleen zijn financiën, maar vooral zijn welzijn en in zekere mate zijn gezondheid staan op het spel. Dit maakt de consument kwetsbaar, omdat dit voor de andere twee partijen minder of in het geheel niet geldt. Zoals wij nog zullen aanvoeren, is het welzijn van artsen zeker ook aan de orde; dat van zorgverzekeraars baart ons echter geen zorgen.

Financieel is de consument kwetsbaar ondanks het feit dat hij geacht wordt een volwaardige speler in het spel te zijn. Deze kwetsbaarheid heeft onder meer te maken met het feit dat de consument slechts met betrekking tot een deel van de door hem te betalen prijs van een ziektekostenverzekering enige keuzevrijheid heeft. Dat is het deel dat ten onrechte de "premie" wordt genoemd. Ik gebruik de term "ten onrechte" omdat voor iedereen geldt dat naast de premie nog een aanzienlijk bedrag wordt betaald, hetzij door de werkgever, hetzij door hemzelf. Op dit deel van de kosten, die de werknemer/consument uiteraard uiteindelijk ook zelf betaalt, kan hij geen invloed uitoefenen. De overheid heft hier eenvoudig, al dan niet via de werkgever, een bedrag voor, dat vaak aanzienlijk groter is dan de "premie".

Nu de consument veelal zelf geen greep heeft op het grootste deel van de kosten die hij voor een ziektekostenverzekering betaalt, is het van groot belang dat er een organisatie met doorzettingsmacht is, die namens de consument kan optreden; de Zorgautoriteit dus. Welke mogelijkheden heeft de Zorgautoriteit om ook dit door de burger niet-controleerbare deel van de premie onder controle te houden? Het antwoord dat de Zorgautoriteit toeziet op de tarieven, voldoet niet. Stel dat de ziektekostenverzekeraars van mening zijn dat de burger meer moet gaan betalen voor de gezondheidszorg, omdat zij – in hun visie – niet kunnen rondkomen, hoe kan de Zorgautoriteit dan met rede en kracht opkomen voor de burger, die al zoveel betaalt? Op grond van welke factoren wordt bepaald of de premie, dan wel het andere, vaste deel, wordt verhoogd? Als ziektekostenverzekeraars in het verleden aangaven er niet uit te komen, dan werden de premies gewoon verhoogd. Wordt die praktijk voortgezet?

Een van de doelen van het toezicht van de Zorgautoriteit is een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit. Het zomaar verlagen van tarieven van verrichtingen – en van welke dan? – is een optie, maar zal niet zomaar gaan. Ook kan mede als gevolg van een

Dupuis

tariefverlaging van de ene verrichting, een andere weer omhoog gaan. Een alternatief kan zijn dat de ziektekostenverzekeraars gedwongen worden om minder overheadkosten te maken of minder bureaucratisch te werken. Hoe zal dat in de praktijk gaan? Hoe krijgt de Zorgautoriteit het inzicht dat de zorgverzekeraars bijvoorbeeld niet efficiënt zijn? En, iets heel anders, hoeveel winst mag gemaakt worden? Wat is een redelijke winst? Men kan tegenwerpen, en dat doet de minister wellicht ook, dat in een stelsel met marktwerking deze laatste vragen niet aan de orde moeten zijn. Gelet op de onvolmaakte marktwerking die wij al beschreven, blijven deze vragen in de visie van mijn fractie echter wel degelijk relevant.

Als de Zorgautoriteit onder meer tot taak heeft, de financiële belangen van consumenten/patiënten te behartigen en om te zorgen voor zo laag mogelijke kosten voor de premies, hoe krachtig kan deze dan optreden? Hoe bepaalt de Zorgautoriteit wat eventueel aan zorg ingeleverd moet worden om de kosten te beperken? En op het punt van de belangen van cliënten: om welke belangen gaat het? Die zijn toch niet gelijk? De één is gaarne bereid om voor lagere kosten wat minder zorg te accepteren, maar anderen zijn "rupsjes-nooit-genoege". En het bedrag waarover tussen verzekeraar en consument kan worden onderhandeld, de zogenaamde keuzevrijheid van de consument, betreft maar een klein gedeelte van wat er betaald wordt. Kortom, hier zitten knopen waarover niet licht gedacht moet worden. Heeft de NZa wel het vermogen en de kennis om uit deze knopen te komen? Een belangrijke rol spelen hier ook de artsen en andere zorgaanbieders, met hun salariseisen. Hoe zal de Zorgautoriteit daarmee omgaan? Hoe zullen kennelijk grote en onverdedigbare verschillen in inkomen tussen diverse specialismen, waaronder de huisarts, worden bezien? Is de inkomenspolitiek jegens artsen een zaak van de Zorgautoriteit of van de minister?

Laten wij nog eens kijken naar de casus die de VVD-fractie in het voorlopig verslag vermeldde, met de vraag daaraan gekoppeld wat nu de rol van de Zorgautoriteit daarbij zou kunnen of moeten zijn. Het ging over de wanhoop van veel artsen, met name huisartsen, nu zorgaanbieders geheten, omdat hun declaraties door de verzekeraars niet geaccepteerd werden, terwijl er al uren werk in zat. Voorschotten werden door sommige verzekeraars gewoon niet gegeven. Wij hoorden al dat sommige huisartsen maar niet meer declareerden, omdat het gewoon ondoenlijk was. Dat is toch een ernstige weeffout in het systeem. Onze vraag aan de minister was of de Zorgautoriteit hierin een rol zou kunnen spelen. Het antwoord van de minister op bladzijde 47 van de memorie van antwoord kan ons niet overtuigen. De minister merkt op dat de "technische uitwerking van het declaratieverkeer in beginsel de eigen verantwoordelijkheid is van zorgaanbieders (artsen dus) en ziektekostenverzekeraars". In bijzondere gevallen zou de Zorgautoriteit wel regels kunnen stellen – de heer Putters heeft hier ook op gewezen – en die handhaven. Zo'n bijzondere situatie is, aldus de minister, dat de gewenste dienstverlening of zorg zonder zo'n regel niet totstandkomt. Dan gaat het dus om het publieke belang, zoals de minister stelt. Dus huisartsen mogen rustig twee vrije avonden per week met het schrijven van declaraties bezig zijn? Is hun welzijn dan geen factor van publiek belang?

Een elektronische pas voor de patiënt en een soort pinapparaat voor de huisarts zijn natuurlijk zo geregeld, maar kennelijk heeft dat geen prioriteit. Wij vinden dat de Zorgautoriteit ook artsen zou moeten beschermen, omdat zij zwak staan tegenover vaak meerdere zorgverzekeraars waarmee zij te maken hebben, die verschillende eisen stellen aan de declaraties en de administratie. Dus nogmaals de vraag aan de minister: als deze wet wordt aangenomen zal, moet of kan de Zorgautoriteit hier optreden, of doet de minister dat? Een voorbeeld van deze kwestie hoorde ik afgelopen week van een jonge Voorschotense huisarts die gaarne zijn naam wil laten noemen als dat het bericht geloofwaardiger maakt; dat doe ik hier nu echter niet. Hij is pas sinds een jaar in zijn praktijk, en staat nu vanwege dit soort declaratieproblemen al voor € 50.000 rood. Een buffer heeft hij uiteraard nog niet kunnen vormen. Wat kan hier op korte termijn aan worden gedaan en door wie?

Ten slotte nog een vraag met een breder perspectief: hoe denkt de minister dat de markt zich gaat ontwikkelen? Wij zien al diverse zorgverzekeraars fuseren. Wordt dit geen oligopolie? Welke ruimte heeft de Zorgautoriteit in dit verband om indien noodzakelijk stevig te kunnen ingrijpen? Kan de minister een voorbeeld geven van een situatie waarin dat noodzakelijk wordt?

Een andere zaak zijn de dbc's waarover heel veel te zeggen is, maar gezien de levendige briefwisseling tussen de minister en de Tweede Kamer volstaan wij hier met de constatering dat kennelijk de zo innig begeerde stroomlijning van de tarifiering van specialistisch-medische zorg allerminst plaatsvindt. Ook is sprake van in ieder geval voor de consument volstrekt ondoorzichtige rekeningen. Wij dringen erop aan dat dit gehele systeem nog eens zeer kritisch wordt bekeken.

Al met al heeft de VVD-fractie nog een aantal dringende vragen. Wij wachten met belangstelling de antwoorden van de minister af.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Bepalingen verband houdende met de detentie en berechting in Nederland, in overeenstemming met Resolutie 1688 van de Veiligheidsraad van de Verenigde Naties van 16 juni 2006, van Charles Taylor door het Speciaal Hof voor Sierra Leone (Wet Speciaal Hof voor Sierra Leone) (30610).**

De **voorzitter**: Ik heet de minister van Justitie van harte welkom.

De beraadslaging wordt geopend.

De heer **Jurgens** (PvdA): Voorzitter. Ik mag mede namens de SP-fractie spreken, hetgeen mij een bijzonder warm gevoel geeft. Ik stel voorop dat de fracties van PvdA en SP warme voorstanders zijn van het feit dat de regering heeft meegewerkt aan het in Nederland vestigen van het tribunaal dat Charles Taylor gaat berechten. Daarover zal er in deze Kamer weinig verschil