

## 4

### Wet marktordening gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben ( 33362 ).**

De **voorzitter**:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.



De heer **Flierman** (CDA):

Voorzitter. Wij behandelen vandaag en morgen na elkaar een viertal onderwerpen die het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg raken, verpakt in twee wetsvoorstellen. De logica van de verdeling van de onderwerpen over de wetsvoorstellen is ons overigens niet helemaal duidelijk. Fraai is het allemaal zeker niet, maar de gelijktijdige behandeling van beide wetsvoorstellen maakt het iets minder bezwaarlijk. Ons eindoordeel over beide wetsvoorstellen en de daarin opgenomen vier elementen zullen we nadrukkelijk in samenhang vellen.

In essentie is met drie van de vier onderwerpen in de voorliggende wetgeving de verdere uitwerking van het stelsel van gezondheidszorg in ons land aan de orde. De opname van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet is een specifiek onderwerp, dat misschien veel beter in een aparte wet opgenomen had kunnen worden. Dan was het hier mogelijk zelfs allang als hamerstuk afgedaan.

Ik zal namens de CDA fractie in mijn bijdrage eerst een aantal opmerkingen maken over het stelsel, bezien vanuit het perspectief van de patiënt, om wie het allemaal gaat, bezien vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en bezien vanuit het perspectief van de verzekeraar, om daarna nog eens naar het stelsel als geheel te kijken. Daarna kom ik nog terug op een aantal specifieke aspecten van met name artikel 13, het schrappen van het "hinderpaalcriterium", volgens ons een beperking van de mogelijkheden tot vrije keuze van de arts. Van de minister mogen we het zo niet noemen, voorzitter, maar voorlopig doe ik dat toch maar wel. "Beperking" is al een stuk genuanceerder dan "afschaffen".

Twee opmerkingen moeten mij vooraf nog van het hart. Als gezegd, fraai is het niet dat vier onderwerpen verpakt zijn in twee wetsvoorstellen. De introductie van het pgb is bij nota van wijziging na een zorgakkoord opgenomen, een truc — de juristen in onze fractie spreken van een boevenstreek — om het wetgevingsproces te versnellen en advisering door de Raad van State te omzeilen. Misschien hadden we op dit punt ook nog voorlichting moeten vragen. De wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, het meest in het oog springende en omstreden onderdeel van het pakket, is door de minister in de memorie van toelich-

ting en de memorie van antwoord aanvankelijk afgedaan als een redactionele wijziging. Meerdere fracties in dit huis hebben moeten constateren dat de beantwoording van vragen nogal eens onzorgvuldig of onvolledig was. In termen van een zorgvuldig wetgevingsproces scoort VWS hier, nog los van de inhoudelijke beoordeling, een onvolgende.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Het is een belangrijke kwestie die de heer Flierman aansnijdt, namelijk dat de zorgvuldigheid van het proces buiten kijf moet staan. Toch roept dat bij mij wel een vraag op. In de media hebben wij de heer Flierman de afgelopen week uitgebreid horen zeggen dat de koppeling van deze wetsvoorstellen — zo noemt hij het ook vanavond weer — betekent dat er voor het CDA van koppelverkoop sprake zou zijn. Steun voor het ene voorstel zou afhangen van een bepaalde ingreep in het andere voorstel. Mijn vraag is hoe de heer Flierman die zorgvuldigheid van het wetgevingsproces — los van de vraag hoe wij er inhoudelijk verder over oordelen — en de rol van de Eerste Kamer ziet in het licht van een dergelijke politieke koppelverkoop. Zou hij kunnen toelichten hoe dat werkt?

De heer **Flierman** (CDA):

In mijn ogen is van een koppelverkoop geen sprake. Wij beoordelen beide wetsvoorstellen op hun inhoudelijke merites. Dat staat even los van de kritiek die ik op het proces heb. Wij constateren dat drie van de vier onderwerpen in samenhang een bepaalde richting in het stelsel duiden. Dat geldt niet alleen voor ons, maar voor meerdere fracties in dit huis. Wij maken de afweging of die richting ons bevalt.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Die wegging kan ik mij heel goed voorstellen. Die maken wij uiteraard ook. Ook de verbindingen zie ik wel. Het is natuurlijk altijd mogelijk dat het helemaal verkeerd is weergegeven in de pers, maar de indruk die de afgelopen week is gewekt door de woorden van de heer Flierman is heel duidelijk dat het CDA alleen steun zal geven aan het ene wetsvoorstel als er in het andere wetsvoorstel iets zal veranderen. Of zie ik dat verkeerd?

De heer **Flierman** (CDA):

Ik zou zeggen dat wij het debat hier moeten voeren en niet moeten afgaan op wat er wel of niet in de krant staat. Politiek bedrijven betekent natuurlijk altijd dat je je een aantal doelen stelt en afweegt op welk punt de bezwaren het grootst zijn en op welk punt ze iets minder groot zijn. De heer Ganzevoort zal in de loop van het debat horen hoe wij dat in eerste instantie wegen. Na de beantwoording van de regering kijken wij in welke richting onze eindconclusie gaat.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Natuurlijk voer ik hier het debat met de heer Flierman, maar als hij zich daarbuiten uitlaat over het politieke debat dat hier wordt gevoerd, kunnen wij toch niet om de vraag heen wat dat betekent in het licht van wat hij hier zegt.

De heer **Flierman** (CDA):

De tweede overweging die ik vooraf wilde maken, is dat wij bij lezing van de stukken de indruk kregen dat de wetgeving is geschreven door ten minste twee afdelingen op het ministerie — laten wij dat de eerste en tweede afdeling van het departement noemen — die er volstrekt verschillende opvattingen op na houden. De eerste afdeling ziet met name de zorgverzekeraars als een soort liefdadige instellingen die geheel belangeloos voor de rechten van hun verzekerden opkomen. De tweede afdeling beschouwt ze als gewone bedrijfseconomisch opererende organisaties waartegen de verzekerde in bescherming moet worden genomen. Bij het bestuderen van de voorliggende voorstellen loop je meermaals tegen het verschil in opvattingen aan.

Dit gezegd zijnde, willen wij de voorgenomen wetgeving eerst bezien vanuit het perspectief van de verzekerde of de patiënt. Principeel is de vraag aan de orde in hoeverre de burger zelf direct zijn zorgaanbieder mag kiezen. Volgens de minister is van een in de wet verankerd grondrecht in dit opzicht geen sprake. Veel mensen ervaren dat overigens anders, getuige de vele en heftige reacties. Opmerkelijk is dat de regering dat recht inmiddels wel in de wet wil vastleggen voor bepaalde zorgverleners in de eerste lijn. De Tweede Kamer heeft dit recht vervolgens bij amendement nog aanmerkelijk uitgebreid. Daarmee is het, grondrecht of niet, in de praktijk wel geworden tot een recht, waarop een paar uitzonderingen worden gemaakt die in onze ogen moeilijk uit te leggen zijn. Je kunt je afvragen wat nog de relevantie is van de resterende beperking: de medisch specialistische zorg, hulpmiddelen en zeker de eerstelijns-ggz. Voor de specialistische zorg kunnen we nog aanvoeren dat de behandeling veelal via grotere teams gaat, en dat er meer naar de kwaliteit van het team en de instelling dan naar de kwaliteit van de individuele specialist zal worden gekeken. Dat je als verzekerde daar in het algemeen de contractering van je verzekeraar volgt, begrijp ik nog wel. Toch kan ik me voor sommige specialismen het belang van die individuele vertrouwensband tussen arts en patiënt ook in deze sector wel heel goed voorstellen. Denk maar eens aan de anderhalvelijnszorg of concreter: de kinderarts. Kan de minister zeggen hoe het nu met hulpmiddelen zit in dat opzicht? Hoe dan ook, zeker voor de ggz, en dan hebben we het over de generalistische basiszorg en de ambulante specialistische zorg, is die individuele vertrouwensrelatie nu juist wel van groot belang. De argumenten die de minister aanreikt om deze sector niet uit te zonderen bij het schrappen van het hinderpaalcriterium, vinden wij bepaald niet steekhoudend. Dat zijn vooral argumenten van praktische en organisatorische aard en verder verwijst zij naar het zorgakkoord. Inmiddels lijkt de sector zelf daar weer fors afstand van te nemen.

De vertrouwensrelatie lijkt ons ook bij uitstek van belang in de relatie tussen cliënten en aanbieders, waarbij bijvoorbeeld ook seksuele geaardheid, religieuze overtuiging of identiteit aan de orde is. Wij vinden het wat dat betreft werkelijk onbegrijpelijk dat de ChristenUnie en de SGP in de Tweede Kamer met dit aspect akkoord zijn gegaan. Het ziet er niet naar uit dat de zorgverzekeraars zich veel zullen aantrekken van de motie van de heer Slob die op dit punt in de Tweede Kamer is aangenomen. Hopelijk komt de ChristenUnie vandaag en morgen op dit punt nog tot andere inzichten.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Kan de heer Flierman uitleggen wat hij nu bedoelt? Rekening houden met godsdienstige diversiteit is onderdeel geworden van de wet.

De heer **Flierman** (CDA):

Ja, er is een amendement aangenomen, maar wij hebben begrepen dat zorgverzekeraars daar een heel bijzondere uitleg aan geven. Daarbij is beslist niet duidelijk dat iedere verzekerde, die op grond van zijn overtuiging naar een bepaalde aanbieder wil, daar ook naartoe mag. De verzekeraars zullen in heel algemene zin rekening houden met hun populatie als het gaat om de contractering, maar dat is echt wat anders dan dat je als verzekerde uit orthodox-protestantse kring naar de hulpverlener van je eigen keuze mag als dat om jou moverende redenen aan de orde is.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

De heer Flierman stelt dit nu, maar goed, dit is voor mij ook een vraag aan de minister. Ik hoop dat dit debat het ook verder zal ophelderen.

De heer **Flierman** (CDA):

Dat hoop ik ook.

In de voorliggende wetgeving gaat het vooral om de toegang van de verzekerde of de patiënt tot zorgaanbieders. Als hij kiest voor een restitutiepols, kan hij zelf kiezen naar wie hij gaat. Als hij echter kiest voor een naturapolis, kan die stap betekenen dat hij zijn kosten niet vergoed krijgt. De verzekerde moet zijn recht op keuze van een arts in dat geval heel indirect veilig stellen, namelijk door te kiezen voor een verzekeraar die de aanbieders van zijn voorkeur heeft gecontracteerd. Bevalt dat niet, dan kun je een keer per jaar naar een ander overstappen. Daarbij moet je een inschatting maken van de zorg die je het komend jaar verwacht nodig te hebben: dat wordt kijken in een glazen bol! Als je afhankelijk bent van meerdere aanbieders die niet door dezelfde verzekeraar zijn gecontracteerd, lijkt zelfs een onoplosbaar dilemma te ontstaan. Dat thema kan zeker ook voor chronisch zieken aan de orde zijn. De Raad van State betwijfelt terecht of dit mechanisme zal werken. Hoe stelt de minister zich dat proces eigenlijk voor? Tussen de sinterklaasgedichten, kerstcadeaus en oliebollen vraagt de Nederlander zich af wat hem volgend jaar gaat mankeren, bestudeert hij websites van verzekeraars, kijkt hij wie er gecontracteerd zijn, en maakt hij zijn keuze. Hoe transparant zal het aanbod zichtbaar zijn op de website van de verzekeraar? Tot nu toe bepalen verzekerden hun keuze en overstap vooral op heel andere gronden. In de eerste plaats is dat de prijs en vervolgens zijn dat cadeautjes et cetera. Slechts een gering percentage kiest op grond van het gecontracteerde aanbod. Hoe gaat dat in de toekomst?

Om het bezwaar van de voorgestelde regeling te mitigeren, is door verschillende partijen gevraagd naar een gemaximeerde bandbreedte tussen een naturapolis en een restitutiepols. Dat verschil is nu nog niet groot, maar de minister verwacht terecht dat het met deze wet zal toenemen. Een grens wil ze echter niet stellen.

Mevrouw **Scholten** (D66):

Ik begrijp uit het betoog van de heer Flierman dat hij heel duidelijk een onderscheid maakt tussen de naturapolis en de restitutiepolis. Uit het verkiezingsprogramma van het CDA begrijp ik dat het CDA daar ook juist voorstander van is. Ik wil graag weten hoe de heer Flierman daar nu tegenaan kijkt.

De heer **Flierman** (CDA):

Het doet mij genoegen dat mevrouw Scholten ons verkiezingsprogramma heeft bestudeerd; dat is inderdaad lezenswaardig materiaal. Maar als je dat doet, staat daar iets in over contractering door verzekeraars. Ik heb het verkiezingsprogramma meegenomen en een bladzijde verder staat bij het laatste sterretje letterlijk: "De vrije artsenkeuze dient zo veel mogelijk gewaarborgd te worden". Dat betekent dat er een zekere "margin of appreciation", een zekere ruimte voor appreciatie in het verkiezingsprogramma zit. Ik leg het zo uit dat die eerste passage met name ziet op het contracteren van tweedelijns hoogspecialistische zorg en dat de laatste zin vooral ziet op de eerste lijnszorg, inclusief de ggz waarover ik zojuist sprak. Los daarvan wil ik nog wel opmerken — ik weet niet hoe dat bij D66 zit — dat een verkiezingsprogramma bij ons met name de fractie in de Tweede Kamer bindt die op grond van dat programma wordt gekozen. De Eerste Kamer heeft, als chambre de réflexion, een wat lossere band tot dat programma. Het gedachtegoed speelt uiteraard mee in onze afwegingen, maar het is voor mijn fractie niet een wet van Meden en Perzen.

Mevrouw **Scholten** (D66):

Dat laatste vind ik een buitengewoon interessante opmerking. Ik ben dan ook ontzettend benieuwd hoe de heer Flierman dit standpunt tijdens een CDA-congres aan zijn kiezers kan uitleggen.

De heer **Flierman** (CDA):

Mevrouw Scholten moet dan maar naar een congres komen als dat aan de orde is. Ze is van harte welkom.

Er is dus voorgesteld om de bandbreedte tussen de naturapolis en de restitutiepolis te mitigeren. Het verschil is nu nog niet zo groot, maar de minister verwacht dat dit groter gaat worden en dat lijkt me terecht. Een deugdelijke argumentatie voor het afwijzen van zo'n grens heb ik nog niet gelezen. Misschien kan de minister die vandaag leveren? De mogelijkheid om vaker dan een keer per jaar over te stappen, wordt ook afgewezen. Op z'n minst zou je je kunnen voorstellen dat de verzekerde bij dezelfde verzekeraar tussentijds kan overstappen naar een restitutiepolis, wat mij betreft voor langere tijd en met een vorm van verrekening van de extra premie, om al te opportunistisch gedrag bij verzekerden te voorkomen. Graag krijgen we hierop ook een reactie van de minister.

Een apart aandachtspunt is nog de verwijzing van de huisarts. Van huisartsen kun je moeilijk verwachten dat zij weten welke specialist de verzekeraar heeft gecontracteerd; dat vinden de huisartsen en dat vindt ook de minister. Zij verwijzen op basis van kwaliteit, aldus de LHV en de minister. De verzekerde moet zich van tevoren oriënteren. Daar komt alweer die glazen bol om de hoek, want als je naar de

huisarts gaat, weet je toch niet naar welk specialisme hij gaat verwijzen, laat staan wie hij de beste vindt. Dat betekent dus achteraf checken bij de verzekeraar, en oeps, zo nodig de huisarts bellen voor een andere verwijzing. Zien wij het gebeuren?

Tot zover de positie van de verzekerde. Op de andere aspecten van artikel 13 kom ik later in mijn betoog nog terug, maar het mag duidelijk zijn dat wij vanuit het perspectief van de verzekerde en de patiënt een aantal ernstige bezwaren tegen het wetsontwerp hebben.

Dan kom ik bij de aanbieders. Ik maak daarbij een onderscheid tussen de grotere institutionele spelers en de kleine, vaak ook innovatieve aanbieders. Bij de grote spelers is vooral de vraag aan de orde of men de bedrijfsmatige belangen en de belangen van het waarborgen van kwaliteit in de breedste zin in het zorgaanbod in evenwicht kan houden. De minister lijkt daar niet zo veel zorg over te hebben. In de argumentatie tegen de verticale integratie kom ik die zorg niet tegen. Daar gaat het alleen om de zorg om het evenwicht in de afwegingen bij de verzekeraars, waarover zo meteen meer. Bij participatie door private investeerders is die zorg er wel, maar na het nemen van een eenmalige, maar wel grote horde lijkt het wel los te lopen. Het gaat dan verder vooral om financiële zekerheden. Wij komen daar morgen nog wel op terug.

Kleinere aanbieders voelen zich door de voorliggende voorstellen bedreigd, en terecht. Waarom zou een zorgverzekeraar nog met allerlei kleine partijen contracteren, als hij via een paar grotere contracten een voldoende en voldoende gedifferentieerd aanbod binnen heeft gehaald? Dat kleinere aanbieders, eenpitters, vaak efficiënter en klantvriendelijker werken, speelt geen rol. Ik noem toch maar een voorbeeld. Ik kreeg een brief van een zelfstandig gevestigd psychiater, die naar volle tevredenheid van haar patiënten, maar ook tot tevredenheid van spelers in haar omgeving zoals de gemeente, werkt. Helaas, de verzekeraar had haar al laten weten dat zij volgend jaar geen contract meer krijgt, want er was al genoeg zorg gecontracteerd. Dat soort effecten lijkt ons uiterst ongewenst. Ook nieuwe toetreders wordt het zo wel heel moeilijk gemaakt. Zij lopen tegen een machtsblok aan en hebben eigenlijk maar weinig kans zich te bewijzen, alleen bij mensen met een restitutiepolis of mensen die alles zelf willen betalen. Gelet op het belang van innovatie, klantvriendelijkheid, ruimte voor nieuwe initiatieven en van het bevorderen van ondernemerschap vinden wij dat een ongelukkige situatie.

De minister merkt in een reactie op vragen van ons hierover op dat het in ieder geval in dit kader goed is dat verticale integratie verboden is, want dat zou het de kleine spelers nog moeilijker maken. Maar sommige kleine spelers zijn ook innovatieve spelers en dan mag die verticale integratie onder voorwaarden nu juist weer wel. Ik zou graag nog een reactie van de minister krijgen om te horen hoe zij de positie van de kleinere, innovatieve, efficiënte en klantvriendelijke aanbieders ziet. Welke mogelijkheden zijn er om hun positie te ondersteunen? De beperkingen die aan de mogelijkheden voor deze spelers worden opgelegd, vinden wij een tweede ernstig bezwaar van dit wetsontwerp.

Ik kom bij de verzekeraars. In wezen zijn zij de bundeling van de belangen van verzekerden tegenover de aanbieders, een intermediair. Zoals gezegd, als het gaat om het inkopen

van zorg ten behoeve van de patiënt ziet de minister dat ook zo. Sterker nog, zij ziet hen als welhaast liefdadige organisaties, die alleen het belang van hun verzekerden op het oog hebben of dienen te hebben; voor haar een reden temeer om het hinderpaalcriterium te schrappen. In hoeverre wordt er eigenlijk inmiddels op basis van kwaliteit in plaats van prijs ingekocht? Bij de verdediging van haar keuzes ten aanzien van artikel 13 hamert de minister op het belang van inkopen op kwaliteit, maar bij de toelichting op het verbod op verticale integratie lezen wij dat daar nog niet veel van terecht komt. Hier zijn beide meergenoemde afdelingen van het ministerie duidelijk met elkaar in tegenspraak. Dat het inkoopbeleid ook op andere motieven — schadelast, efficiency van de eigen organisatie, targets van de moedermaatschappij et cetera — wordt bepaald, lijkt door de minister ontkend te worden. Dat lijkt ons toch naïef. Zou de minister ook zelf nog eens willen uitleggen hoe zij in dit opzicht de positie van de verzekeraar ziet?

Intussen lezen wij dat de NZa wakker lijkt te worden en kritischer naar het doen en laten van de verzekeraars gaat kijken. Nog opmerkelijker is dat de verzekeraars zelf bij monde van hun voorman, André Rouvoet, erkennen dat er nog wel het een en ander te verbeteren valt. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft op dit punt interessante opmerkingen gemaakt. Wat dat betreft, zal op de eerste afdeling ten departemente het wereldbeeld wel in elkaar storten.

**De heer De Lange (OSF):**

Collega Flierman spreekt over de zorgverzekeraar en over het inkopen op kwaliteit. Dan rijst de heel principiële vraag in hoeverre de zorgverzekeraar geëquipeerd is om te selecteren op kwaliteit en als hij dat al is, in hoeverre het principieel een goede bedoeling is dat de zorgverzekeraar op kwaliteit selecteert. Zijn er niet heel andere instanties die in een veel betere positie zijn om op kwaliteit te selecteren?

**De heer Flierman (CDA):**

Dat is precies een van de dingen waar ik de minister naar vraag, als het gaat om de stand van zaken met het inkopen op kwaliteit. Wij hebben hier aan het begin van dit jaar een kwaliteitsinstituut voor de zorg in het leven geroepen, dat uiteindelijk zicht moet bieden op die kwaliteit. Wij hebben daarbij ook geconstateerd dat er nog een behoorlijke weg te gaan is voordat het zover is. Wij zijn net als de heer De Lange, zo proef ik, tamelijk sceptisch, als het erom gaat of er nu al op kwaliteit kan worden ingekocht, laat staan dat de zorgverzekeraars dat doen.

**De heer De Lange (OSF):**

Is de heer Flierman van mening dat het inkopen op kwaliteit in de afgelopen periode overtuigend gebeurd is?

**De heer Flierman (CDA):**

Ik denk dat er stappen gezet zijn, maar wij zijn er nog lang niet. Nogmaals, ik ben heel benieuwd wat de minister daarover morgen gaat zeggen.

Nu wij het toch hebben over inkopen, kun je je ook nog afvragen of verzekeraars niet op basis van andere titels dan

pure verrichtingen zouden moeten inkopen, bijvoorbeeld door samenwerking in de eerste lijn te belonen en meerjarige contracten aan te gaan. En hoe transparant is eigenlijk de kostenstructuur achter de diverse polissen? Ook daar werden de afgelopen dagen door de RVZ en de voorzitter van de vereniging van verzekeraars al opmerkingen over gemaakt. Draagt de opbrengst uit de ene polisvorm niet bij aan verliezen op andere, heel goedkope polissen en is dat acceptabel? Was dat de bedoeling? Zou de minister daar nog wat over willen zeggen?

Wat de verticale integratie betreft, blijft de noodzaak van wetgeving omstreden. De Raad van State was terecht uitermate kritisch op dit punt. Het vertrouwen van de minister in de organisatie van de verzekeraar is hier een stuk minder. Kennelijk heeft de tweede afdeling ten departemente inmiddels de pen overgenomen. Het is evident dat wij geen massieve monopolies in bepaalde regio's willen, maar daar kan de ACM op toezien. Wij vermogen nog steeds niet in te zien wat erop tegen is, als een verzekeraar langdurig investeert in bijvoorbeeld innovatieve eerstelijnscentra, zolang maar duidelijk is dat hij dat doet en dat zijn verzekerden alternatieve keuzes hebben. Om zo'n centrum van de grond te krijgen kan ontheffing van het verbod op verticale integratie worden verkregen, maar een duurzame betrokkenheid zit er niet in. Jammer. De uitleg tot nu toe dat dit niet past in het stelsel, hebben wij nog niet begrepen. Waarom is dat eigenlijk niet het geval?

In het stelsel is sprake van een driehoeksrelatie tussen verzekerden, verzekeraars en aanbieders. Is er nu evenwicht in die relaties en, zo ja, wordt dat evenwicht met de voorliggende wetgeving verbeterd? Wij betwijfelen dat in hoge mate. Ook de Raad van State is er niet zeker van, getuige de herhaalde opmerkingen in zijn voorlichting dat het stelsel alleen kan werken zoals beoogd als aan alle randvoorwaarden is voldaan. Is dat nu het geval? Zo duidelijk is dat nog niet. Gevraagd naar een evaluatie van het stelsel verwijst de regering naar een recente studie van het RIVM, maar wij zouden graag ook een politiek-bestuurlijke visie van de minister op het functioneren van het stelsel hebben en daar dan eens in een beleidsdebat met de regering over spreken.

Als wij een voorlopige conclusie trekken, dan wordt de verzekerde in onze ogen te zeer afhankelijk van de verzekeraar: waar de minister hem juist mondig wil maken en zaken meer vraaggestuurd wil regelen, wordt hem met deze wet ruimte daartoe ontnomen. Hij zal, als hij voor de naturapolis kiest, zijn voorkeur immers slechts indirect, via de keuze van de verzekeraar tot gelding kunnen brengen. De verhouding tussen verzekeraars en aanbieders is al evenmin evenwichtig. In sommige delen van het land klagen de verzekeraars over een te sterke positie van enkele grote aanbieders, op andere plaatsen zie je dat de verzekeraar via contractering een enorm sturende invloed heeft. De omvang van die invloed vinden wij zorgwekkend. Wellicht is de tweede afdeling van het ministerie dat nog wel met ons eens ook. Men heeft verticale integratie niet nodig om heel veel invloed te hebben. Zoals gezegd, de NZA lijkt zich daar ook meer van bewust te zijn en eerder signaleerde AEF dat ook al in een rapport. Interessant vinden wij dan wel weer dat mensen nu daadwerkelijk weglopen of de verzekeraar onder druk zetten, als er geen of geen goed contract tot stand komt of als het niet opschiet. In dat opzicht werkt het systeem, dat moet ik zeggen, maar of al die onrust nu de bedoeling was? En zo onschuldig en onbaatzuchtig is de verzekeraar ter plekke dan in ieder geval

niet. Al met al voldoende reden om het stelsel hier zorgvuldig te bespreken. Ik overweeg op dat punt in tweede termijn een motie in te dienen.

Een aandachtspunt daarbij is nog dat de invloed van de verzekerde bij de verzekeraar relatief gering is. De verzekeraar moet wel iets in de statuten regelen, maar dat is vormvrij. Gelet op zijn positie lijkt ons een stevigere vorm van controle wel gewenst. Met de voeten stemmen, overstappen naar een andere verzekeraar, lijkt soms effectief, maar een directere en eenvoudiger vorm van sturing lijkt te prefereren. Hoe ziet de minister dat? Er worden studies en rapporten aangekondigd, maar ik zou hierop graag een inhoudelijke reactie hebben.

Bij het verbod op verticale integratie is het nog opmerkelijk dat de nu bekende gevallen mogen blijven bestaan en dat daarbij ook geen problemen aan de orde zijn. Wat dat betreft, is het verbod het aanpakken van een niet bestaand probleem. Had dat nu de hoogste prioriteit bij de minister?

Ik kom in de richting van de afronding van mijn betoog, maar we hebben nog wel een paar vragen over artikel 13 en het schrappen van het hinderpaalcriterium.

Hoeveel denkt de minister aan kosten te besparen of te vermijden met de nog resterende beperking, de ggz en de medisch-specialistische zorg? Uit de schriftelijke voorbereiding valt geen eenduidige conclusie te trekken. Je hoort een bedrag van 1 miljard, maar dan hebben we het over de impact van het totaal van de zorgakkoorden. Die gaan over veel meer dan de bepaling waarover we vandaag spreken. We zouden graag een wat nauwkeuriger bedrag horen. Als we iets specifieker de situatie bezien, zou ik de minister graag nog de volgende redenering willen voorhouden. Bij klinische zorg, bij voorbeeld als een opname aan de orde is die meer of minder complex is, gaat het al gauw om forse bedragen. Als de patiënt daarvan, conform de huidige praktijk, 20% zelf moet betalen, praat je al gauw over honderden euro's of meer. Hoe vaak maakt men nu gebruik van dit soort niet-gecontracteerde zorg? Welk bedrag is daar mee gemoeid? Naar verluidt wordt die 20% niet altijd gedeclareerd door het ziekenhuis, maar dat lijkt me geen goed argument voor de voorgestelde wetswijziging. Als een ziekenhuis nalaat te declareren, zit die ruimte kennelijk nog in zijn begroting. Daarbij moeten we ook nog bedenken dat niet-gecontracteerde zorg op dit moment nog altijd 20% goedkoper wordt geleverd dan wel-gecontracteerde zorg, en dat er in beginsel via de eigen bijdrage ook nog eens een extra prikkel op volumebeperking inzit. Zo bezien is het handhaven van de huidige praktijk misschien helemaal niet zo onaantrekkelijk.

Bij de kleinschaliger ggz kunnen we eenzelfde lijn van denken opzetten: de verzekerde die hier voor niet-gecontracteerde zorg kiest, moet ook nu een eigen bijdrage betalen; dat is dus ook een prikkel tot volumebeperking. Hier gaat het echter om 20% van een veel geringer bedrag en kom je met €50 of €100 al een heel eind. Dat is voor veel mensen ook nog een heel bedrag, maar toch, als je per se een bepaalde hulpverlener wilt, is het te overzien.

Wij willen dan ook graag dat de minister zowel voor de klinische, als de ggz-zorg op deze redenering ingaat, want zo bezien valt het met de nadelen van artikel 13 in de huidige vorm nog wel mee. Sterker nog, je kunt betogen dat de

huidige tekst een grotere incentive tot volumebeheersing van de zijde van de verzekerde betekent dan de voorgestelde wijziging. Wat ons betreft blijft het artikel gewoon in de huidige vorm gehandhaafd.

Tot slot nog een paar opmerkingen over de Europeesrechtelijke kant van de zaak. Mijn fractie behoudt grote twijfels over het standpunt van de minister op dat punt. Met name als het gaat om planbare zorg bij een buitenlandse aanbieder, is het de vraag of de verzekeraar vergoeding kan weigeren, ook al heeft hij geen contract met die aanbieder. Je kunt goed beargumenteren dat in zo'n geval ten minste het bedrag dat aan een Nederlandse wel-gecontracteerde aanbieder zou zijn vergoed, moet worden uitbetaald. Zelfs de minister is op dit punt niet erg zeker van haar zaak en ook de Raad van State maakt hier een extra voorbehoud. Zeker voor de bewoners van de grensstreken, van Zeeuws-Vlaanderen via Zuid-Limburg tot Oost-Groningen, is duidelijkheid op dit punt wel van groot belang. Zij kunnen nu in veel gevallen een beroep doen op zorg bij buitenlandse aanbieders, en de ervaringen met hen zijn veelal positief. De zorg is snel beschikbaar en kwalitatief goed.

Zoals u hebt begrepen, staat de CDA fractie uiterst kritisch tegenover de Wet verbod verticale integratie. Even afgezien van de kwestie van het pgb, dat beter in een aparte wet had kunnen worden geregeld, gaat de regering iets verbieden wat geen probleem is en ruimte beperken waar aan die ruimte wel grote behoefte aan is. De noodzaak van deze wet is niet overtuigend aangetoond, wat ons betreft. Eerder heb ik gezegd dat wij de wetgeving procedureel niet zorgvuldig vinden, maar ook inhoudelijk hebben wij dus grote bezwaren. In dit licht wachten wij de reactie van de regering met spanning af.



**Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):**

Voorzitter. Ik val meteen maar met de deur in huis. Geen oneliners en geen diepzinnige spreuken dit keer. De beide wetten die we vandaag en morgen gezamenlijk behandelen, versterken met elkaar de macht van de zorgverzekeraars. Het zijn de zorgverzekeraars die mogen investeren, het zijn de zorgverzekeraars die een belang mogen en ook zeker zullen nemen en het zijn de zorgverzekeraars die sturingsmogelijkheden krijgen en de patiënt buiten spel zetten. Het is ongehoord dat er zo veel macht overgaat naar de zorgverzekeraars. Hoewel de wet er nog niet door is, schenden zorgverzekeraars het hinderpaalcriterium reeds in hun polissen voor volgend jaar. Zorgaanbieders en patiënten worden volledig buiten spel gezet.

De zorgverzekeraars hebben in 2013 opnieuw meer winst geboekt. De zogenaamde "grote vier" (Zilveren Kruis Achmea, CZ, Menzis en VGZ), die samen ruim 90% van de gehele markt in handen hebben, verdienden vorig jaar 1,4 miljard euro. Dat is het vierde achtereenvolgende jaar dat er flink geplust wordt. Inmiddels heeft men bijna 10 miljard euro in kas en intussen stijgen de zorgpremies!

Tegelijkertijd worden de basispakketten steeds kariger en wordt de keuzevrijheid steeds minder. Er is al sprake van oligopolie nu meer dan 90% van de Nederlanders bij de 4 grootste zorgverzekeraars is verzekerd. Waar macht te groot is, dreigt altijd het misbruik. De bescherming die artikel 13

nog biedt tegen monopolistische gedragingen van zorgverzekeraars, is daarom essentieel voor onze fractie.

De PVV-fractie acht de rol van de minister hierin diffuus: ze faciliteert steeds verdergaande regie vanuit de zorgverzekeraars. Je zou denken dat haar beleid succesvol is, omdat ze de zorgkosten ogenschijnlijk in de hand heeft weten te houden. Het een heeft echter heel weinig met het ander te maken. Als mensen steeds vaker en steeds meer geld moeten uitgeven aan behandelingen die niet langer in het basispakket zitten, dalen de zorgkosten namelijk niet. Ze worden slechts voor een steeds groter deel door de hardwerkende burger zelf betaald. Kan de minister ingaan op deze redenering?

De gedachte dat zorgverzekeraars er voor hun verzekerden zijn, doet in het licht van het voorgaande erg naïef aan. Wat moeten die verzekeraars met zoveel geld op de bank: omgerekend meer dan €500 per Nederlander. De minister zou de zorgverzekeraars moeten bewegen het geld dat over is (met behoud van de noodzakelijke reserves) terug te geven aan de mensen die het hebben opgebracht. De beide voorliggende wetsvoorstellen zorgen ervoor dat de zorgverzekeraars, de grootste lobbysisten van dit zorgstelsel, nog meer macht krijgen; de zorgaanbieder boet aan macht in en de patiënt wordt monddood gemaakt met de wijziging van artikel 13. Het toenmalige Kamerlid Schippers constateerde in 2008 nota bene zelf ook dat de keuzevrijheid van de patiënten drastisch beperkt zou worden. Waarom is zij van mening veranderd nu zij minister is?

We zijn inmiddels zes jaar verder en de minister staat op het punt toe te staan dat zorgverzekeraars mogen fuseren met zorgaanbieders en dat de keuzevrijheid voor patiënten nog verder wordt ingeperkt. Het belangrijkste argument daarbij is dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit en daarmee de patiënt behoeden voor slechte zorg, omdat daardoor slecht presterende zorgverleners uit de markt kunnen worden gehaald. Door deze niet meer te vergoeden, krijgen ze geen patiënten en zullen ze of de kwaliteit moeten verbeteren, of moeten stoppen met het aanbieden van de behandeling. Ook voor te dure zorgverleners hoeft niet meer betaald te worden, waardoor de kosten van de gezondheidszorg zouden dalen. Onze fractie mist hiervoor een goede onderbouwing. Vorig jaar nog stelde de Algemene Rekenkamer vast dat er te weinig kwaliteitsindicatoren zijn om selectief in te kopen en dat zorgverzekeraars niet kunnen sturen op basis van kwaliteit. Senator De Lange had het daar net ook al over. Het enige waar zorgverzekeraars zicht op hebben, is de prijs.

Het is reeds gebleken dat zorgverzekeraars selectief kunnen contracteren op basis van voorwaarden die minder met kwaliteit te maken hebben dan met prijs en administratieve beheersing. Een van de belangrijkste conclusies van de recent uitgekomen Monitor Zorginkoop van de Nationale Zorgautoriteit is: "Niet-financiële aspecten van de zorginkoop, zoals kwaliteit, innovatie en service, spelen in de huidige onderhandelingen een minder belangrijke rol." Wat vindt de minister van deze conclusie?

Zodra de verplichting van artikel 13 komt te vervallen, is het voor zorgverzekeraars interessanter om alleen zaken te doen met grote zorgverleners. Een zorgverlener kan kwalitatief goed zijn, hoog scoren op effectiviteit en klanttevredenheid, maar zou toch geen contract aangeboden kunnen krijgen. Kleinschalige zorg komt onder zware druk te staan.

Dit zal de kwaliteit van zorg niet ten goede komen, noch de hoogte van de kosten.

Voor kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg is het essentieel dat de macht tussen verzekerde, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in balans is. Met de voorliggende wetswijzigingen wordt dit evenwicht drastisch aangetast. Bij verticale fusies, ook met slechts een minderheidsbelang, is het duidelijk waar de macht komt te liggen: bij de zorgverzekeraars; dat is precies wat de PVV-fractie ongewenst vindt. Een zorgverzekeraar met een minderheidsbelang in een ziekenhuis zal zijn patiënten natuurlijk als eerste naar dat ziekenhuis sturen. De patiënt zet hij buitenspel door met de wijziging van artikel 13 de vrije artskeuze te beperken, terwijl de keuzevrijheid van de verzekerde juist de basis vormt van ons zorgstelsel.

De beoogde aanpassing van artikel 13 Zorgverzekeringswet ondermijnt de bescherming van de consument en verzwakt zijn positie. De reële behoefte van een patiënt is dat hij zich veilig en in goede handen weet bij een arts met wie hij een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd. Daarvan is uiteraard geen sprake als de patiënt uit financiële noodzaak gedwongen wordt zijn medisch heil 20 of 30 kilometer verderop te zoeken bij een geselecteerde zorgverlener, en daarmee zijn vertrouwde relatie met zijn behandelend arts moet opgeven. De belangrijkste reden om de Raad van State in te schakelen was de vraag of de wetswijziging wel strookt met Europees recht. De Raad zegt nergens expliciet dat de nieuwe zorgwet past in de EU-regelgeving en ook niet dat die niet past binnen de Europese wet. Of de Raad is niet bij machte te concluderen dat de wetswijziging past binnen de EU-kaders, of hij wil dat punt niet maken vanwege de grote politieke belangen.

Ouderen en gehandicapten zijn helemaal de klos: zij moeten nu kiezen voor een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, want andere instellingen worden niet vergoed, ook niet een beetje. Aangezien deze kwetsbare mensen tevens zijn aangewezen op de huisarts die de instelling voor hen uitzoekt, hebben zij hierin helemaal geen stem meer. Staatssecretaris Van Rijn bevestigde twee weken geleden in het debat over de Wet langdurige zorg dat de kwaliteit van ouderenzorg in instellingen beter kan en moet en dat in veel van de verpleeg- en verzorgingshuizen de kennis, vaardigheden en beschikbaarheid van medewerkers niet passen bij de zorgbehoefte van de cliënten. De Wet langdurige zorg zou de positie van de cliënt versterken, maar hoe dan? In elk geval niet voor wat betreft de vrije keuze van instelling of de vrije huisartskeuze.

Ouderen en gehandicapten zijn erg afhankelijk en hebben juist baat bij een eigen, onafhankelijke huisarts naast de instellingsarts, omdat deze laatste veelal in dienst is van de instelling of met de instelling een overeenkomst heeft gesloten, waardoor hij niet onafhankelijk is. De eigen huisarts zou hierbij een kritische rol kunnen en moeten spelen. Ik krijg graag een reactie van de minister op dit punt.

Het voorliggende wetsvoorstel zorgt niet alleen voor onevenwichtige verhoudingen maar raakt ook de kern van de Zorgverzekeringswet. Meer marktwerking zou patiënten meer keuzevrijheid geven middels zichtbare prijs- en kwaliteitsverhoudingen. Door de macht nu exclusief bij de zorgverzekeraars te leggen, is er van marktwerking geen sprake meer, zijn kwaliteit noch prijs voor patiënten inzichtelijk en is er alleen nog maar keuzevrijheid voor de patiënt met een

goedgevulde portemonnee. Dat was niet wat ons voor ogen stond bij het invoeren van dit zorgstelsel. Keuzevrijheid stond ons voor ogen en die was gewaarborgd via artikel 13, maar wordt nu geweld aangedaan.

Meer vrijheid was misschien wel de belangrijkste belofte bij de introductie van marktwerking in de zorg: vrijheid voor nieuwe aanbieders om te laten zien dat het beter kon en vrijheid voor de patiënt om zelf te kiezen waar hij behandeld wilde worden. Die vrijheid staat ter discussie. De zorgverzekeraars, als beheerders van al die gelden, willen meer macht om te bepalen waar het geld aan uitgegeven mag worden. Wanneer het wetsvoorstel erdoor komt, bepalen de verzekeraars in feite welke zorgverleners economisch bestaansrecht houden en welke niet. Volgens de PVV-fractie is er maar één conclusie mogelijk: dit kabinet loopt aan de lei-band van de zorgverzekeraars.



Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Voorzitter, het voorliggende wetsvoorstel strekt er primair toe, verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te verbieden. Over dit deel van het wetsvoorstel kan ik kort zijn. De PvdA-fractie deelt de zienswijze van de regering dat uit het oogpunt van vertrouwen dat verzekerde en patiënt moeten kunnen hebben in het stelsel, alsmede vanuit de wens om de schijn van belangenverstremgeling tegen te gaan, verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder onwenselijk is, tenzij het een van de in het wetsvoorstel geformuleerde uitzonderingen betreft.

Het wetsvoorstel bevat echter ook een voorstel tot wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet en deze wijziging heeft inmiddels veel maatschappelijke discussie opgeroepen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Dit gaat wel heel snel, terwijl het gaat over een onderdeel van het wetsvoorstel dat toch de kern zou moeten zijn. Zo wordt het in ieder geval gepresenteerd. Dat verticale integratie onwenselijk is, zou best kunnen, maar ik zou graag van de Partij van de Arbeid horen waarom zij dat vindt. Wat zijn bijvoorbeeld de problemen die op dit moment spelen? Waar zien we dat het fout gaat? Welk probleem wordt hiermee nu eigenlijk opgelost? Collega Flierman heeft daar ook al iets over gezegd. Ik ben zo benieuwd waarom de Partij van de Arbeid overtuigd is geraakt.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Van het verbod op verticale integratie?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ja.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

O, daar zijn we niet van overtuigd geraakt, daar zijn we altijd van overtuigd geweest. Als de regering niet met dit onderdeel van het wetsvoorstel was gekomen, had ik haar heel graag deze suggestie gedaan. Zeker in combinatie met de rest van de voorstellen waar ik zo meteen op kom, over artikel 13 en de inkooprol voor zorgverzekeraars, lijkt het me meer dan verstandig om de verticale integratie zeer te

beperken. Ik ben jurist genoeg om te weten dat er situaties denkbaar zijn waarin een keihard verbod te hard zou zijn, dus de vorm van een ontheffing door de toezichthouder lijkt mij een heel goed vangnet voor situaties waarin verticale integratie toch om een of andere reden wel belangrijk en wenselijk zou zijn. In de korte passage die ik zonet heb geformuleerd, heb ik al aangegeven dat het in de kern gaat om het tegengaan van de schijn van belangenverstremgeling en om het vertrouwen dat verzekerden, patiënten, moeten kunnen hebben in een systeem. Juist als je een verzekeraar de rol geeft die hij in dit stelsel heeft, namelijk een regierol, en zeker met de selectieve zorginkoop erbij, vinden wij het erg onwenselijk dat die verzekeraar tegelijkertijd die andere pet op zou kunnen hebben, namelijk die van zorgaanbieder of degene die een ander zorg laat aanbieden. Ik hoef hieraan dus weinig woorden vuil te maken. Dit is ons uit het hart gegrepen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Blijkbaar. Ik geef gelijk toe dat ik dit ook wel een sympathiek idee vind, maar ik constateer wel dat dit, afgezien van de regering, de eerste stem is die ik hoor die dit ook echt van belang vindt. Want tot nu toe onderstrepen allen die ik daarover gehoord heb in de schriftelijke voorbereiding en dergelijke dat er geen feitelijk probleem is op dit moment, en dat als er problemen zijn, die ook op andere manieren kunnen worden opgelost. Het is dus mooi dat mevrouw Beuving het voorstel wel steunt.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Zoals ik al zei: met de stap die de regering met dit wetsvoorstel beoogt te zetten, met de selectieve inkooprol voor zorgverzekeraars, is het des te belangrijker om na te denken over kwesties als belangenverstremgeling en in ieder geval de schijn van belangenverstremgeling. In het kader van een functie die ik in het verleden heb vervuld als toezichthouder in een heel andere sector — het ging daar om de bescherming van persoonsgegevens — heb ik wel gemerkt hoezeer burgers zich onveilig kunnen voelen bij het idee dat bijvoorbeeld een zorgverzekeraar zomaar een andere pet op zou kunnen zetten en als zorgaanbieder bijvoorbeeld toegang zou kunnen hebben tot het elektronisch patiëntendossier. Dat is een heel ander onderwerp, maar ook vanuit een andere hoedanigheid en een andere ervaring ben ik dus zeer doordrongen van het belang om dit heel zuiver te scheiden. Dit deel van het wetsvoorstel is dus niet alleen mij maar ook mijn fractie uit het hart gegrepen.

De heer **De Lange** (OSF):

Ik hoorde twee interessante dingen. Allereerst hoorde ik dat belangenverstremgeling vermeden moet worden. Ik denk dat de meerderheid van de fracties in dit huis met dat standpunt geen moeite heeft. Tegelijkertijd werd gesteld dat ook de schijn van belangenverstremgeling vermeden moet worden. En dan komen we natuurlijk in een heel grijs gebied vol valkuilen. Kan de geachte collega Beuving aangeven wat zij precies bedoelt met die "schijn van belangenverstremgeling" die voorkomen moet worden? Dit lijkt mij wat verduidelijking behoeven.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik ben niet van plan om op allerlei "wat als"-situaties in te gaan en allerlei casusposities te bedenken die zich zouden kunnen voordoen, maar alleen al het feit dat een zorgverzekeraar op het ene moment de pet van zorgverzekeraar/registreur/zorginkoper op heeft en het andere moment de pet van zorgaanbieder of degene die zorg laat aanbieden door een andere zorgaanbieder, zou op zijn minst de schijn van belangenverstremming kunnen wekken, en waarschijnlijk meer dan dat. Het is immers nogal wat dat de organisatie die zorg inkoop en selecteert, er zelf belang bij heeft dat er wordt ingekocht bij een bepaalde zorgaanbieder waarin hij zelf participeert. Verzekerden moeten ervan op aan kunnen dat er niet een dergelijke belangenverstremming is, en dus ook niet de schijn daarvan, want dat maakt voor de verzekerde natuurlijk niet uit. Echte belangenverstremming of de schijn daarvan; we moeten weg bij die discussies.

**De heer De Lange (OSF):**

Het is heel goed dat mevrouw Beuving dat zegt. Ik ben het er ook wel mee eens. Is zij ook van mening dat bij de schijn van belangenverstremming de perceptie van de burger een belangrijke rol speelt?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Natuurlijk speelt daarbij de perceptie van de burger een rol. Ik kan me voorstellen dat de heer De Lange wil vragen of dat voor de rest van het wetsvoorstel ook geldt, maar ik zou nu heel graag mijn eigen verhaal willen vervolgen.

De voorgestelde wijziging van artikel 13 heeft veel discussie opgeroepen. In artikel 13 is op dit moment al geregeld dat een verzekerde die krachtens zijn naturaverzekering de verzekerde zorg die hij nodig heeft dient te betrekken van een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en desalniettemin deze zorg betreft bij een andere aanbieder, recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding. In de memorie van toelichting bij het huidige artikel 13 van de Zorgverzekeringswet is echter opgenomen dat deze door de verzekeraar te bepalen vergoeding niet zo laag mag zijn dat deze voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou opleveren om naar een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. In het voorliggende wetsvoorstel wordt de feitelijke hinderpaalgrens losgelaten. In het voorgestelde artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt geregeld dat de naturaverzekeraar zelf kan bepalen of hij bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder genoten zorg vergoedt en, zo ja, tot welke hoogte. De hoogte kan dus lager zijn dan de feitelijke hinderpaalvergoeding en de verzekeraar kan er zelfs voor kiezen in het geheel geen vergoeding te geven. In de volgende vier gevallen kan echter door de verzekeraar niet geweigerd worden om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden: ten eerste indien er sprake is van acute zorg, ten tweede als zorg niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar is bij een door de zorgverzekeraar wel gecontracteerde zorgaanbieder, ten derde als de overeenkomst tussen een aanbieder en een verzekeraar is beëindigd nadat de behandeling van de verzekerde bij de zorgaanbieder was aangevangen en ten vierde indien niet op tijd, dat wil zeggen tenminste zes weken voor 1 januari, op een voor de verzekerde eenvoudig kenbare wijze is aangekondigd van welke zorgaanbieders hij zorg kan betrekken met daarbij

de verschillen aangegeven ten opzichte van het voorgaande kalenderjaar.

In het voorgestelde artikel 13a van de Zorgverzekeringswet wordt geregeld dat een groot deel van de eerstelijnszorg buiten de werking van artikel 13 komt te vallen en de huidige wetgeving voor deze zorg dus blijft gelden. In dit kader vraag ik de minister meteen maar of de hulpmiddelenzorg niet ook tot de uitzonderingen van artikel 13a zouden moeten behoren. Artikel 13 is niet van toepassing op restitutieverzekeraars. Deze dienen hun verzekerden de gemaakte kosten, voor zover die zijn verzekerd en bovendien naar Nederlandse maatstaven, volledig te vergoeden.

De gedachte achter de voorgestelde wijziging van artikel 13 is dat de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit kan blijven indien naturazorgverzekeraars zo veel mogelijk contracteren met zorgaanbieders die een goede prijs-kwaliteitverhouding kunnen leveren en daar hun verzekerden naartoe kunnen sturen, aldus de regering in de memorie van toelichting. Eind augustus jongstleden gaf Ab Klink, inmiddels bestuurder bij een grote zorgverzekeraar, dit in een interview in de Volkskrant als volgt weer: "In het ene ziekenhuis zien we bijvoorbeeld bij 2% van de heupoperaties wondcomplicaties en in het andere maar bij 0,2%. We weten van voorbeelden uit het buitenland dat het minder dan 1% kan zijn. We willen niet langer tolereren dat ziekenhuizen verdienen aan het herstellen van hun eigen slechte operaties. Als wij zien dat een zorgverlener duidelijk betere kwaliteit levert dan gemiddeld, kunnen andere dat voorbeeld volgen." De KNMG stelt in een position paper van eind september jongstleden: "Om ook in de toekomst de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, is het nodig om de voortdurende groei van de zorguitgaven in te perken. Ook de KNMG begrijpt dat daarvoor soms minder populaire maatregelen nodig zijn. De invloed van zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit en de kostenbeheersing in de zorg."

Toch levert de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet veel onrust en zorgen op bij zorgverleners en patiënten. In de kern zijn die zorgen te herleiden naar het ontbreken van vertrouwen in de zorgverzekeraars en de wijze waarop zorgverzekeraars hun inkooprol invullen. Voor de PvdA-fractie is dit de halszaak bij de beoordeling van dit wetsvoorstel. Zullen de zorgverzekeraars de verzekerden centraal stellen en bij de inkoop van de zorg zich laten leiden door het belang van verzekerden en patiënten? De kwesties die ik in het vervolg van mijn inbreng aansnijdt en de vragen die ik aan de minister stel, hangen hiermee allemaal samen.

In de memorie van antwoord stelt de regering dat ook na wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet binnen de naturapolissen voldoende keuze zal overblijven: "De NZa ziet daarop toe. Ook in de huidige naturapolissen zien wij brede contractering en ook vanuit concurrentieoogpunt zullen naturaverzekeraars een breed aanbod blijven contracteren. Voor verzekerden is het cruciaal dat zij voldoende breed zorgaanbod hebben om niet te zijn overgeleverd aan een of enkele aanbieders." Voor verzekerden en dus ook voor de PvdA-fractie is het inderdaad cruciaal dat verzekerden een voldoende breed zorgaanbod hebben. Selectief inkopen mag ons inziens niet betekenen dat beperkt wordt ingekocht door de zorgverzekeraar: selecteren op prijs en kwaliteit en binnen de categorie kwalitatief goede zorgaan-



bieders ruim inkopen, zodat naturaverzekerden een zo groot mogelijk scala aan mogelijkheden krijgen. Dat is hoe het in onze optiek zou moeten gaan. Ziet de minister dat ook zo? Zo ja, hoe zal zij bevorderen en erop toezien dat zorgverzekeraars op deze manier te werk gaan en zich niet bijvoorbeeld vanwege het gemak voor de eigen bedrijfsvoering beperken tot slechts een aantal grote zorgaanbieders?

In de memorie van antwoord heeft de regering er al op gewezen dat de zorgverzekeraar verplicht is om op redelijke afstand zorg te contracteren. Ook dit is voor de PvdA-fractie een belangrijk punt. Patiënten moeten ervan op aan kunnen dat hun naturapolis dekking biedt voor zorg die verleend wordt door kwalitatief goede zorgaanbieders die zijn gevestigd in de nabijheid van de woonomgeving van de patiënt. Hoe gaat de minister bevorderen en erop toezien dat het in de praktijk ook zo gaat? We hebben de minister in de schriftelijke voorbereiding gevraagd of niet kan worden aangegeven hoeveel zorgverleners een verzekerde minimaal zou moeten kunnen kiezen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Wellicht komt mevrouw Beuving hier nog op, maar komt de kwaliteit waarop geselecteerd moet worden nog terug in haar betoog?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Absoluut. Dat is de rode draad door het verhaal. Als de heer Ganzevoort er niet tevreden over is, zal hij mij zeker nog interromperen.

Wij hebben in de schriftelijke voorbereiding gevraagd of niet kan worden aangegeven uit hoeveel zorgverleners een verzekerde minimaal zou moeten kunnen kiezen. De regering heeft daarop geantwoord dat het wettelijke criterium waarop de zorgverzekeraar wordt afgerekend, is of hij zijn zorgplicht nakomt. Het is volgens de regering niet in het algemeen te zeggen hoeveel zorgaanbieders een naturaverzekeraar moet hebben gecontracteerd, wil hij aan zijn zorgplicht hebben voldaan. Dat hangt af van de grootte van de regio, het aanwezige zorgaanbod, de vorm van zorg waar het om gaat en het aantal, de spreiding en de waarschijnlijke zorgbehoefte van de verzekerden in de regio. Als het gaat om bereikbaarheid en tijdigheid, stelt de NZa in zijn Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw daarom ook gedifferentieerde eisen aan de verschillende vormen van zorg. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en zal dat doen met inachtneming van de zorgvorm, aldus de regering in de memorie van antwoord. De PvdA-fractie wenst van de minister te vernemen op welke wijze en met welke frequentie deze Kamer zal worden geïnformeerd over de bevindingen van de NZa betreffende de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Ook vragen wij de minister welke instrumenten zij concreet heeft om in te grijpen bij een zorgverzekeraar die zijn zorgplicht schendt.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik vraag misschien wel naar de bekende weg, maar ik vind het bijzonder dat mevrouw Beuving de minister vraagt welke instrumenten zij concreet heeft, terwijl toch gewoon duidelijk is dat de NZa daarop toeziet. Als de NZa zou signaleren dat de zorgplicht onvoldoende wordt nageleefd, is

het toch eerst aan de NZa, tenzij zij bedoelt te vragen welke instrumenten de minister concreet heeft als de NZa haar taak niet goed verricht. Bij dat laatste zijn namelijk inderdaad vraagtekens te zetten.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik wil dat niet zelf invullen. Ik zou dat graag van de minister willen horen. Mij gaat het erom dat de minister op zijn minst stelselverantwoordelijk is. Ik wil van de minister weten welke instrumenten zij heeft, al dan niet door middel van de NZa.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Volgens mij is dat vragen naar de bekende weg.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Voor mij is dat niet de bekende weg. Ik hoor heel graag van de minister welke instrumenten zij heeft.

In de memorie van antwoord heeft de regering uiteengezet dat een verzekeraar vanwege de dreiging van overstappende verzekerden rekening moet houden met het imago dat hij heeft, maar ook met zijn prijs, kwaliteit en service. Een verzekeraar die niet tegemoetkomt aan de wensen van zijn verzekerden, kan in negatieve zin de pers halen. Verzekerden kunnen stemmen met de voeten en overstappen naar de concurrent die wel goede kwaliteit levert, aldus de regering. De PvdA-fractie wenst van de minister te vernemen of zorgverzekeraars zich al op deze klantvriendelijke wijze opstellen. Zijn er recent niet diverse indicaties geweest dat zorgverzekeraars zich lang niet altijd dienstbaar opstellen richting hun verzekerden? Ik denk hierbij aan het bericht van vorige week over de problemen met wachttijden in de ggz en het verwijt dat de NZa op dat punt richting de zorgverzekeraars maakt. En uit de Consumentengids van vorige maand blijken de klantenservices van zorgverzekeraars veel vragen van verzekerden fout of onvolledig te beantwoorden. Een ander voorbeeld is het signaal dat bepaalde vernieuwende zorgvormen te weinig worden ingekocht door zorgverzekeraars. En meer in het algemeen blijkt uit de Monitor Zorginkoop 2014 van de NZa dat de zorgverzekeraars vooral inkopen op prijs en minder op kwaliteit. Hoe gaat de minister bevorderen en erop toezien dat zorgverzekeraars de noodzakelijke omslag in hun denken en handelen maken?

**De heer Flierman (CDA):**

Mevrouw Beuving lijkt, waar zij in haar betoog spreekt over de relatie tussen de verzekeraars en de aanbieders waarmee inkoopcontracten worden gesloten, vooral te kijken naar de grote aanbieders, de ziekenhuizen, de institutionele spelers. Ik ben dan wel benieuwd of zij dat betoog mutatis mutandis ook zou willen houden voor de kleinere spelers, de eenpitters, de individuele psycholoog of de psychiater die vrij gevestigd is. Hoe ziet de PvdA daar de relatie tussen zorgverzekeraar en aanbieder?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik ben bijzonder verrast door deze gevolgtrekking die de collega van het CDA meent te kunnen maken uit mijn woorden. Volgens mij heb ik enkele keren gevraagd of er

niet het risico bestaat dat verzekeraars zich vanuit bedrijfsvoeringsbelangen beperken tot het inkopen van zorg bij enkele grote zorgaanbieders en heb ik daarmee ook te kennen gegeven dat dit bijzonder onwenselijk zou zijn. Ik kom sowieso nog te spreken over de gewenste diversiteit bij de zorginkoop. Dus ik ben heel verrast dat deze gevolgtrekking wordt gemaakt en ik wil die verder ook niet voor mijn rekening nemen. Ik wil mij bovendien ook niet behoeven te verdedigen, omdat ik dit niet heb gezegd.

De heer **Flierman** (CDA):

Mevrouw Beuving hoeft de gevolgtrekking niet voor haar rekening te nemen, want dat doe ik wel. Als zij het heeft over kwaliteit en service, zijn dat begrippen die ik in ieder geval associeer met grotere instituties en niet met vrij gevestigde zelfstandige mensen. Dan gaat het toch over klantvriendelijkheid et cetera. Maar als mevrouw Beuving zegt dat het daar wel op ziet, dan ben ik tevredengesteld en dan zal ik belangstellend naar haar verdere betoog luisteren.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Volgens mij heeft de heer Flierman mijn tekst verkeerd verstaan, want ik had het bij prijs, service en kwaliteit over de prijs, de kwaliteit en de service van de verzekeraars. Het ging erom dat verzekeren moeten kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar op basis van bijvoorbeeld het imago dat hij heeft maar ook vanwege diens prijs, kwaliteit en service. Ik had het dus over de zorgverzekeraars. Dus ik denk dat de heer Flierman dit niet goed heeft meegekregen.

Voorzitter. De verzekerde moet centraal staan en dus ook de kwaliteit en niet alleen de prijs! De PvdA-fractie vraagt zich daarbij af of verzekerden wel voldoende kunnen stemmen met de voeten, nu de zorgverzekeringsmarkt grotendeels in handen is van een gering aantal grote verzekeraars. Valt er voor verzekerden wel voldoende te kiezen als het gaat om de keuze voor een zorgverzekeraar? In Groningen bijvoorbeeld is bijna elke inwoner aangesloten bij dezelfde grote zorgverzekeraar. Is het realistisch te verwachten dat andere verzekeraars hier een concurrerend aanbod zullen doen, mochten verzekerden er al voor kiezen over te willen stappen? Zullen kwetsbare groepen in onze samenleving überhaupt durven kiezen voor overstappen? En hoe wordt ervoor gezorgd dat ook laagopgeleide verzekerden zodanige informatie krijgen dat zij werkelijk kunnen beoordelen of een naturopolis van een bepaalde zorgverzekeraar voldoende keuzemogelijkheden voor hen biedt?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Mevrouw Beuving stelt heel veel vragen. Voor een deel zijn het ook vragen in de trant van "is het niet zo dat ...?" Door zo'n vraag te stellen, beantwoord je die eigenlijk al. Dergelijke situaties spelen zich inderdaad af. Inderdaad is het niet realistisch om te verwachten dat er in bepaalde regio's gekozen kan worden. Het is naar mijn idee dan vrij gemakkelijk om de minister naar haar mening te vragen. Ik ben echter zo nieuwsgierig wat de PvdA er nu zelf van vindt, zonder dat op zo'n manier aan de minister te vragen.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Misschien is dat het verschil tussen de woordvoerder van de SP en de woordvoerder van de PvdA ...

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Dan bedoelt ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Beuving was nog niet uitgesproken, mevrouw Slagter.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Ik stel inderdaad heel veel vragen om de minister de kans te geven daarop de antwoorden te geven die wij vervolgens mee kunnen nemen bij onze afweging en onze standpuntbepaling. Dus ik sta hier inderdaad niet met al een gesloten blik en ik kom hier inderdaad niet met een gesloten boodschap, maar met een open boodschap en vooral ook met heel veel vragen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Dan constateer ik dat de PvdA-fractie geen antwoorden heeft.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Volgens mij is het ook niet aan mij om hier de antwoorden te geven maar is het aan de minister om antwoorden te geven. In ieder geval zou ik heel graag van haar morgenmiddag de antwoorden op onze vragen krijgen.

Enkele dagen geleden is het rapport "De stem van verzekerden" van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verschenen, dat gaat over de legitimiteit en de governance van zorgverzekeraars. Dit rapport bevat een schat aan informatie en is zeer relevant voor het debat dat wij vandaag in deze Kamer voeren en voor de zojuist door mij aangesneden kwesties. Juist de zorginkooprol van zorgverzekeraars, in combinatie met meer vrijheidsgraden om deze in te vullen, waaraan dit wetsvoorstel een belangrijke bijdrage levert, roept de vraag op naar de legitimiteit van zorgverzekeraars. De RVZ concludeert dat er ten aanzien van de legitimiteit van zorgverzekeraars als zorginkoper ruimte is voor verbetering, maar plaatst hierbij ook de kanttekening dat het gaat om een relatief nieuwe rol naast de traditionele zorgverzekeraarsrol. Zorgverzekeraars moeten deze nieuwe rol nog aanleren en verzekerden moeten hier nog aan wennen, aldus de RVZ. Naarmate de selectieve zorginkoop aan belang toeneemt, zullen de verschillen tussen zorgverzekeraars toenemen en zal het voor verzekerden belangrijker zijn om invloed uit te oefenen, aldus de RVZ. In artikel 28 Zvw is geregeld dat de zorgverzekeraars moeten zorgen voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar. De NZa houdt toezicht op de invloed van verzekerden. De RVZ doet vijf aanbevelingen. De eerste aanbeveling is dat zorgverzekeraars met traditionele instrumenten, zoals verzekerdenraden en regionale bijeenkomsten, maar ook met meer moderne middelen, zoals digitale communities en crowdsourcing, verzekerden en patiënten beter betrekken bij het beleid van zorgverzekeraars. De tweede aanbeveling betreft de versterking van de ledenraad en daarmee de verbetering van de checks-

and-balances in het systeem. De derde aanbeveling luidt dat zorgverzekeraars relevante informatie verschaffen over zorginkoop, zodat competitie behalve op prijs ook op basis van kwaliteit kan plaatsvinden. Zorgverzekeraars moeten in dat kader in elk geval eerlijke informatie geven over de criteria en overwegingen op basis waarvan ze zorg hebben ingekocht, welke zorgaanbieders waarvoor gecontracteerd zijn en de betrokkenheid van patiënten en verzekerden bij de zorginkoop. De vierde aanbeveling van de RVZ is dat het externe toezicht, met name door de NZa, zich meer moet richten op risico's voor toegankelijkheid en kwaliteit die volgen uit de nieuwe positie van zorgverzekeraars. Ten vijfde adviseert de RVZ om bij volmachten en labels duidelijk te laten zijn welk concern hiervoor verantwoordelijk is. Omdat deze constructies gebruikt kunnen worden als een vorm van verkapte risicoselectie, is het volgens de RVZ goed als het moederconcern hierop kan worden aangesproken.

Deze aanbevelingen zijn de PvdA-fractie uit het hart gegrepen. De reden dat ik hier zo uitgebreid aandacht aan besteed, is dat het gaat om aanbevelingen die het zorgstelsel beter kunnen doen functioneren, zeker in relatie tot de belangrijke nieuwe stap in de ontwikkeling van dat stelsel die het voorliggende wetsvoorstel beoogt mogelijk te maken. Wij vragen de minister of zij met ons de aanbevelingen van de RVZ ziet als uitgelezen kansen om het stelsel beter te kunnen laten functioneren en wat zij concreet met deze aanbevelingen gaat doen.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik kom nog even terug op de rol van de verzekeraar. Ik heb er in mijn inbreng de nodige kritische kanttekeningen bij geplaatst. Nu zegt mevrouw Beuving — ik citeer haar zodat er geen misverstanden over kunnen bestaan — dat "deze aanbevelingen de PvdA-fractie uit het hart zijn gegrepen". Zij vraagt de minister of zij — ik citeer wederom — "met ons de aanbevelingen van de RVZ ziet als kansen om het stelsel beter te kunnen laten functioneren". Mag ik daaruit concluderen dat de PvdA-fractie op dit moment niet of nog niet tevreden is over het functioneren van de verzekeraars?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Wij denken dat de aanbevelingen van de RVZ inderdaad het zorgstelsel beter kunnen laten functioneren. Met de rol die de zorgverzekeraars daarin nu al hebben als regisseurs, maar zeker met de belangrijke stap die nu wordt voorgesteld door zorgverzekeraars die selectieve inkooprol te geven, zijn de aanbevelingen van de RVZ heel erg belangrijk. Ik wil hier echter best toegeven tegenover de woordvoerder van het CDA — en ik heb zelf ook de voorbeelden genoemd — dat inderdaad behoorlijk wat kritiek is te uiten op de zorgverzekeraars. Eigenlijk wilde ik nog een duit erbij doen in het zakje. Misschien vindt de heer Flierman het wel fijn om dat te horen.

**De heer Flierman (CDA):**

Als mevrouw Beuving dan die duit in het zakje heeft gedaan, wil zij misschien aansluitend daarop nog antwoord geven op mijn vraag of zij vindt dat de verzekeraars toe zijn aan de grote stap die zij gaan zetten, zoals zij zelf zei.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Het sluit naadloos aan. In dit kader wil ik uitdrukkelijk stilstaan bij de verkapte vormen van risicoselectie waar bepaalde zorgverzekeraars zich schuldig aan maken. Bijvoorbeeld de spotjes van Promovendum, dat zich richt op hoogopgeleiden, middelbaar en hoger personeel, roepen bij de leden van de PvdA-fractie weerzin op. In de Volkskrant van afgelopen vrijdag riep de voorzitter van branchevereniging Zorgverzekeraars Nederland de zorgverzekeraars op om niet langer de randen van de Zorgverzekeringswet op te zoeken. Hij waarschuwde de zorgverzekeraars die zich aan verkapte risicoselectie schuldig maken, dat zij daarmee de solidariteit in de gezondheidszorg aantasten en het stelsel ondermijnen. Gelukkig is er niet alleen in de branchevereniging, maar ook onder de zorgverzekeraars zelf nog een enkele luis in de pels te vinden die waarschuwt tegen deze "uiterst onfatsoenlijke" wijze van uitoefenen van het verzekeringsvak. Het vertrouwen in zorgverzekeraars heeft hiermee een forse deuk opgelopen en dat kan deze sector die het juist moet hebben van vertrouwen, zich niet permitteren. Kan de minister ons zeggen of zij de indruk heeft dat de zorgverzekeraars zich inmiddels realiseren dat zij op deze wijze hun eigen glazen ingooien?

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik haak even in op de uitspraak over de luis in de pels. Is het mevrouw Beuving bekend dat deze luis in de pels ook het manifest voor vrije artskeuze heeft ondertekend?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Dat is mevrouw Beuving zeker bekend. Mevrouw Beuving houdt niet van doelredeneringen of de ogen sluiten voor feiten omdat die niet goed uitkomen. Het feit dat de betreffende luis in de pels het manifest heeft ondertekend, doet totaal niet af aan het feit dat hij iets behartigenswaardigs heeft gezegd dat ik graag wil aanhalen.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik kom toch nog terug op mijn vorige vraag. Mevrouw Beuving stelt aan het slot van het stukje dat wij net gehoord hebben, de minister een aantal vragen. Ik zou echter graag van mevrouw Beuving horen of zij vindt dat inmiddels het vertrouwen in de zorgverzekeraars dusdanig geschaad is en, zo ja, of zij dan vindt dat ze nog altijd geëquipeerd zijn om die extra stap te zetten, met die extra verantwoordelijkheid die wij ze geven, althans als deze wet wordt aangenomen? Dat is volgens mij de crux van het debat. Zij vraagt het aan de minister, maar wij willen het ook heel graag van haar horen.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik vind het wel heel spijtig dat de heer Flierman constateert dat ik aan het slot van dit stukje ben, want ik heb nog een paar vragen aan de minister voor de boeg. Ik maak dus even die vragen af en dan wil ik er best op ingaan, maar de vragen zullen het al duidelijk maken.

Ik heb zelf gezegd — dat was geen vraag, maar een constatering — dat het vertrouwen in zorgverzekeraars een forse deuk heeft opgelopen en dat deze sector die juist afhankelijk is van vertrouwen, zich dat niet kan permitteren. Vervolgens heb ik de minister gevraagd of zij de indruk heeft dat zorg-

verzekeraars zich inmiddels realiseren dat zij op deze wijze hun eigen glazen ingooien. Heeft de minister, zo vervolg ik, nog voldoende vertrouwen in de zorgverzekeraars en zo ja, waar baseert zij dat vertrouwen op? Zijn er voldoende checks-and-balances om onwenselijke ontwikkelingen binnen de zorgverzekeringsbranche tegen te kunnen gaan? Die checks-and-balances in het systeem — dit ook in antwoord op de vraag van de heer Flierman — zijn voor ons heel erg wezenlijk. Voor een deel doen zij hun werk natuurlijk ook hartstikke goed. Laten wij daarin eerlijk zijn. Wij zien echter ook een aantal kwesties waarvan wij in onze fractie niet vrolijk worden. Maar tegelijkertijd is het allerbelangrijkste dat het systeem checks-and-balances kent. Het is belangrijk dat er mechanismen zijn waardoor de minister, de NZa — ik hoor het graag van de minister — zegt dat zeker met de belangrijke stap die met dit wetsvoorstel gemaakt wil worden en met de instrumenten die gegeven worden, het vertrouwen er is in de zorgverzekeraars dat dit soort misstappen niet meer zullen voorkomen. Zo staan wij erin.

**De voorzitter:**

Mijnheer Flierman, nog één interruptie op dit punt.

**De heer Flierman (CDA):**

Dat is goed. Ik constateer dan toch maar, als de PvdA de aanbevelingen uit het RVZ-rapport zo nadrukkelijk omarmt, dat de PvdA-fractie op dit moment nog niet het vertrouwen heeft dat die checks-and-balances optimaal functioneren.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik hoor heel graag het antwoord van de minister hierop. Vervolgens maken wij de balans op en bekijken wij of het systeem inderdaad voldoende checks-and-balances biedt.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Het huidige stelsel bestaat nu acht jaar. Je zou verwachten dat er in die acht jaar iets gebeurd is. Je zou verwachten dat er in die acht jaar iets opgebouwd is, waardoor inmiddels het vertrouwen er is dat de systemen er zijn en dat het is gaan werken. Waarom denkt mevrouw Beuving dat een relatief kleine ingreep als artikel 13 de oplossing gaat bieden? Of vindt zij het een grote ingreep? Dat zou ook kunnen, maar dan hebben wij een iets ander gesprek.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik begrijp niet waaruit de heer Ganzevoort heeft kunnen afleiden dat ik vind dat voor de problemen die ik net signaleer over de opstelling van verzekeraars, artikel 13 de oplossing zou kunnen bieden. Het is eerder omgekeerd: de wijziging van artikel 13 geeft de zorgverzekeraars alleen maar een extra taak of betekent een verdergaande invulling van hun inkooptaak. Dat maakt het des te belangrijker dat zij goed hun zorgplicht vervullen, zorgvuldig zijn, niet de randen van de wet opzoeken et cetera. Tegelijkertijd ben ik niet naïef, en ik zeg het ook maar vanuit de ervaring die ik in het verleden als toezichhouder heb opgedaan. Ik heb nooit gedacht en ik zal ook nooit menen dat je organisaties, hoe belangrijk ook de taken zijn die zij vervullen, op voorhand voor in de eeuwigheid blind kunt vertrouwen. Altijd, in elk situatie en ook als er niet het soort kwesties was

geweest zoals ik net heb kunnen opsommen, is het belangrijk dat er checks-and-balances zitten in het systeem, omdat wij weten dat dit soort kwesties kan ontstaan. En dan wil ik vooral weten of de minister mogelijkheden heeft om er tegen op te treden. Ik wil van de minister horen waaruit zij afleidt dat men in ieder geval leert van fouten die gemaakt zijn.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik probeer het te begrijpen, maar mevrouw Beuving heeft erg veel woorden nodig. Het gaat mij om de afschaffing van de vrije artskenning, zoals in artikel 13. Daar heeft mevrouw Beuving het over.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Daar hebt u het over.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik dacht dat u het daarover had. Sorry, niet de voorzitter, maar mevrouw Beuving.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik heb het over artikel 13, zonder dat label.

**De voorzitter:**

Mijnheer Ganzevoort, uw vraag, kort graag.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Waarom denkt mevrouw Beuving dat dit onderdeel de oplossing gaat bieden voor een stelsel dat na acht jaar nog steeds niet goed functioneert?

**De voorzitter:**

Ik dacht dat mevrouw Beuving daar net een antwoord op had gegeven.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Dat heb ik ook gegeven, maar dan krijg ik het verwijt dat ik te veel woorden gebruik. Misschien heb ik inderdaad de heer Ganzevoort vereerd met heel veel woorden en moet ik daar nu mee stoppen.

Met name vanuit de ggz-sector — een volgend subonderwerp — zijn er veel brieven, mails en andere reacties gekomen waarin de vele zorgen worden geuit die er leven bij zorgverleners en patiënten in deze sector. In een groot deel van die reacties wordt ervan uitgegaan dat er na wijziging van artikel 13 Zvw alleen nog maar te kiezen zal zijn tussen een klein aantal grote ggz-aanbieders en dat patiënten gedwongen zullen zijn van psychiater of psychotherapeut te veranderen. Meer algemeen lijkt men er in deze reacties van uit te gaan dat geestelijke gezondheidszorg zich niet of nauwelijks laat beoordelen en selecteren op kwaliteit, omdat het meten van effectiviteit van behandeling in de ggz niet of nauwelijks mogelijk zou zijn. Graag vernem ik van de minister of ik het goed zie dat patiënten niet gedwongen zullen zijn van psychiater of psychotherapeut te veranderen, omdat in het voorgestelde artikel 13, lid 2,

sub c Zvw is geregeld dat een bestaande behandeling bij een voorheen gecontracteerde zorgaanbieder vergoed blijft. Is het niet zo dat uit het voorgestelde artikel 13, lid 5 Zvw volgt dat ingeval van een bestaande behandeling bij een voorheen niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de verzekerde recht blijft houden op de huidige vergoeding? Zie ik het goed dat zorgverzekeraars die alleen een klein aantal grote ggz-aanbieders contracteren, hun taak niet goed vervullen en dat de NZa hierop zal toezien? En volgt uit artikel 40a van de Wet marktordening gezondheidszorg, dat bij amendement aan het wetsvoorstel is toegevoegd, niet dat zorgverzekeraars bij zorginkoop, dus ook in de ggz, moeten waarborgen dat er divers wordt ingekocht? De zorgverzekeraars moeten bij zowel kleine als grote zorgaanbieders inkopen, en hun zorgaanbod laten aansluiten bij de diverse voorkeuren en achtergronden van verzekerden.

Over de mogelijkheid of onmogelijkheid om geestelijke gezondheidszorg te beoordelen en te selecteren op resultaten, wil ik memoreren dat er vier jaar geleden afspraken zijn gemaakt tussen GGZ-Nederland en de zorgverzekeraars over Routine Outcome Monitoring in de sector. Aan de hand van de ROM zouden de prestaties en resultaten van de ggz in beeld gebracht worden. Uit een aantal reacties die ik uit de ggz heb gekregen, krijg ik de indruk dat de sector afstand gaat nemen van deze aanpak. Kan de minister vertellen wat er aan de hand is? Kan zij helpen om de partijen weer bij elkaar te brengen? Het lijkt alsof het meerjarenakkoord voor de ggz aan het scheuren is. Is dat zo? Zo ja, hoe komt dat?

Ik nader het slot van mijn inbreng in eerste termijn. Uit hetgeen ik tot dusver heb gezegd, blijkt hoezeer de PvdA-fractie belang hecht aan kwalitatief goede en brede zorginkoop door zorgverzekeraars, zodat verzekerden ook binnen een naturapolis optimale keuzemogelijkheden hebben. Als de verzekeraars hun rol op deze manier invullen, en mijns inziens is dit de enige juiste manier om deze rol in te vullen zonder te wanpresteren, zou het onderscheid tussen een naturapolis en een restitutiepolis voor veel verzekerden irrelevant worden. Toch hechten wij eraan dat verzekerden die, om welke reden dan ook, de voorkeur geven aan een restitutiepolis, zich een dergelijke polis kunnen veroorloven. Wij willen niet dat er een tweedeling ontstaat tussen verzekerden die wel een restitutiepolis kunnen betalen en verzekerden die dat niet kunnen. Op onze schriftelijke vragen hierover heeft het kabinet geantwoord dat de premies van de restitutiepolis zich door de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet niet anders zullen ontwikkelen dan tot nu toe. Aan de restitutiepolis verandert immers niets. Indien een stijging van premies noodzakelijk is, verwacht het kabinet dat de premies van naturapolissen minder sterk zullen stijgen dan de premies van restitutiepolissen, doordat naturaverzekeraars door de wijziging van artikel 13 beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid. Daar heeft het kabinet aan toegevoegd dat verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau recht hebben op zorgtoeslag en dat deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premies. De premies van restitutieverzekeringen worden ook meegewogen. Mensen met een laag inkomen wordt het dus feitelijk niet onmogelijk gemaakt om een restitutiepolis af te sluiten. Dat is voor de PvdA-fractie een belangrijk punt. Graag verneem ik van de minister of zij deze zienswijze met ons deelt.

**Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):**

Ik wil nog even terugkomen op de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Onze oud-collega Pauline Meurs, een partijgenoot van mevrouw Beuving, is hiervan de voorzitter. Zij zegt in de krant dat men de verzekerden een stem moet geven en dat het gaat om de wensen van mensen. Hoe ziet mevrouw Beuving dat?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik meen dat ik dat ook duidelijk heb gemaakt door de vijf aanbevelingen uit het rapport van mevrouw Meurs van RVZ heel nadrukkelijk en uitgebreid voor het voetlicht te brengen. De eerste aanbeveling luidt dat verzekerden en patiënten meer betrokken worden bij het beleid van zorgverzekeraars. Het rapport noemt hier allerlei moderne en traditionele instrumenten voor. De tweede aanbeveling is het versterken van de ledenraad en daarmee de verbetering van checks-and-balances in het systeem. Ik ben het daar volmondig mee eens.

**Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):**

Mevrouw Beuving is het daar wel mee eens maar uit haar betoog kan ik dat helemaal niet opmaken. Mijn betoog was hier helemaal op gebaseerd. We hebben zojuist een manifest ontvangen, waar 5,5 miljoen handtekeningen onder staan. Het lijkt mij dat de PvdA met alle vragen die ze gesteld heeft, nog eens goed moet kijken hoe ze over dit voorstel gaat stemmen.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik ben blij dat mevrouw Frijters in ieder geval tevreden is over haar eigen betoog. Zoals gezegd kies ik mijn eigen woorden en mijn eigen betoog en dat sluit ik op dit moment af met de woorden dat wij de reactie en de antwoorden van de minister met grote belangstelling tegemoet zien.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik ben nog niet helemaal tevreden over het betoog van mevrouw Beuving. Zij heeft namelijk nog niets gezegd over het pgb in de Zorgverzekeringswet, waardoor zij min of meer de indruk wekt dat zij niet weet dat dit onderdeel er ook bij hoort. Ik denk dat het niet zo is, maar ik zou nog graag even haar mening hierover willen horen.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Op dit punt van het wetsvoorstel heb ik geen opmerkingen of vragen. Daar laat ik het graag bij.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik lees altijd graag alle opinies die de Wiardi Beckmanstichting publiceert, waaronder zeer behartigenswaardige woorden over dit onderwerp. Vanuit de innige verbondenheid tussen onze partijen op veel punten, sluit ik aan bij de zin dat het mensen met een laag inkomen feitelijk niet onmogelijk wordt gemaakt om een restitutiepolis af te sluiten, en vraag ik mevrouw Beuving of dat niet wat te naïef is. Het is een feit dat er een correlatie is tussen langdurige ziekte, met name in de ggz, en inkomen. Het is ook een feit dat de zorgpremie niet voldoende is om de polis te betalen, zeker niet als je ook nog een wettelijk eigen risico

hebt. Is het niet wat te gemakkelijk om juist voor die kwetsbare groep waar de sociaaldemocraten altijd voor opkomen, te zeggen dat het nog steeds mogelijk is?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Het is een combinatie van factoren die ik heb genoemd in het laatste deel van mijn betoog en die ik heb aangehaald uit het antwoord van het kabinet op de schriftelijke vragen. Enerzijds wijzigt er door dit wetsvoorstel niets aan de restitutiepolis en gaan de ontwikkelingen gewoon door. Voor de restitutieverzekerder zal het dus niet uitmaken of het wetsvoorstel wordt aangenomen of niet, want het wijzigen van artikel 13 brengt voor hem geen veranderingen teweeg. Anderzijds zien we dat het voor verzekerden natuurlijk wel een heel relevant punt kan zijn dat de premie voor natuerverzekeringen minder snel zal stijgen, doordat verzekeraars selectief zullen inkopen. We zien dus dat er een verschil ontstaat, zonder dat de restitutiepolissen duurder worden. Dit komt doordat de naturapolissen het qua premies rustig aan kunnen doen, omdat de kosten geringer zijn. Voor de PvdA-fractie is het prettig om te horen dat de verschillende prijzen in ieder geval worden meegewogen in de berekening van de zorgtoeslag. Meer kan ik er niet van zeggen. Natuurlijk leven wij liever in een wereld waarin iedereen alles volledig vergoed krijgt. In de keuzes die gemaakt moeten worden, vonden wij dit twee punten die geen onoverkomelijke drempels opwerpen voor mensen met lagere inkomens. Wij hopen dat dit zo is en wij horen er graag nog iets over van de minister.

**De voorzitter:**

Tot slot, mijnheer Ganzevoort.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Dat is de weging die gemaakt kan worden. Wij komen op voor de kwetsbaarste groepen. Vandaar dat ik deze vraag aan mevrouw Beuving stel. Ik heb nog één vraag. Het vrouwen dat restitutiepolissen niet zullen veranderen, is misschien wat naïef als zorgverzekeraars met hun prijsstelselbeleid zo kunnen sturen dat de restitutiepolis onaan-trekkelijk wordt.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

In dat opzicht hoopt de PvdA-fractie dat de zorgverzekeringsmarkt goed functioneert als dit wetsvoorstel wordt aangenomen. Er zijn nu al zorgverzekeraars die alleen restitutiepolissen aanbieden. Dat geeft aan dat we niet hoeven te verwachten dat de restitutiepolis ineens wordt ontmoedigd en in het verdomhoekje verdwijnt. Wij hopen en verwachten dat de markt in dat opzicht goed functioneert, zodat verschillende wensen van verzekerden beantwoord kunnen worden. Meer dan dat kan ik er niet van zeggen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Slagter, een korte vraag.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Nog één vraag. Ik haak nog even in op het punt dat mevrouw Beuving niet behandelde, namelijk het pgb in de Zorgverzekeringswet. Zij merkte zojuist op dat het gemak-

kelijk was voor degene die het wetsvoorstel afwijst. Dat is het juist niet. Het wetsvoorstel bevat een stapeling van een aantal voorstellen, waardoor het heel moeilijk wordt om te kiezen. Ik heb mevrouw Beuving helemaal niet gehoord over dat fenomeen, wat door heel veel andere Kamerleden is ingebracht of zal worden ingebracht.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik hoop dat ik hier niet heb gezegd — in ieder geval heb ik het op geen enkel moment bedoeld te zeggen — dat welk standpunt iemand hier ook inneemt gemakkelijk is om een wetsvoorstel als dit te beoordelen. Welke positie je ook inneemt, of dat er een is van heel vragen waarbij je een heel zware afweging moet maken of een van op voorhand al redelijk de contouren zien van het eindstandpunt, in beide gevallen, of in alle andere kleuren en smaken die er zijn, is het een moeilijke afweging en een grote verantwoordelijkheid die op ons allen rust; op mevrouw Slagter, op mij en op ons allen. Dat wil ik even gezegd hebben. Verder blijf ik erbij dat ik over het zorgverzekerings-pgb geen opmerkingen en geen vragen heb.

□

**Mevrouw Scholten (D66):**

Voorzitter. Dit wetsvoorstel is een goed voorbeeld van een stapelwet. Dat hebben wij vanavond al eerder gehoord. Drie aparte wetsvoorstellen zijn in dit wetsvoorstel gestapeld, wetsvoorstellen die qua inhoud niet op elkaar aansluiten.

Het eerste is het verbod op verticale integratie, het tweede de wijziging van artikel 13. Die kloppen naar mijn oordeel niet. Het derde onderdeel, de bij nota van wijziging in mei 2014 ingebrachte pgb in de Zorgverzekeringswet, heeft daarmee geen of althans in mijn ogen heel weinig verband.

Het laatste onderwerp, waar ik mevrouw Slagter misschien alvast tevreden mee kan stellen, had beter gepast in de Wet langdurige zorg die hier al behandeld en aanvaard is. We hebben daar twee weken geleden in deze Kamer uitvoerig over gesproken.

Mijn fractie houdt niet zo van een stapelwet. We kunnen de verschillende onderwerpen niet apart beoordelen. Want zoals zo vaak bij een stapeling van wetsvoorstellen worden niet alle onderdelen even positief ontvangen en gaat de voorkeur wel naar het ene maar niet naar het andere onderdeel uit. Ik zal ze achtereenvolgens bespreken.

De verticale integratie, het eerste deel, heeft op het oog niets gemeen met het tweede deel, de wijziging van artikel 13. Volgens mijn fractie wordt met het verbod op verticale integratie de keuzevrijheid van de verzekerde vergroot en met de wijziging van artikel 13 beperkt.

Daarop bevestigd, antwoordde de minister in de memorie van antwoord dat beide wetsvoorstellen wel degelijk een gemeenschappelijk doel hebben, een doel dat alles te maken heeft met het inkopen van de beste zorg voor de verzekerde. Bij verticale integratie kan de zorgverzekeraar concurrentievervalsend optreden door zijn verzekerde bij uitsluiting te verwijzen naar de eigen zorgaanbieder waarbij hij een meerderheidsbelang heeft. Dat moet worden voorkomen, zegt ook de minister. Maar is dat zo? De minister

is immers voorstander van marktwerking. Stel dat een zorgverzekeraar een ziekenhuis heeft overgenomen. Dat zou overigens volgens de wet private investeringen wel moeten kunnen, maar volgens dit wetsvoorstel weer niet. Stel dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden naar dat ziekenhuis verwijst, terwijl de verzekerden dat niet willen omdat het ziekenhuis heel slecht bekend staat, dan kunnen ze toch bij de eerstkomende datum van 1 januari overstappen naar een andere zorgverzekeraar? Wat is daar nou op tegen?

Dan zegt de minister in de memorie van antwoord nog iets bijzonders, namelijk dat met een verbod op verticale integratie het risico wordt vermeden dat de verzekeraar nieuwkomers met een beter aanbod wat kwaliteit en prijs betreft contracteert als welkome aanvulling in plaats van hen buiten de deur te houden.

De vraag van mijn fractie is of de minister dit aspect van het beoogde verbod nog eens wil toelichten. Want de plaats voor nieuwkomers in de zorg in het huidige stelsel is niet vanzelfsprekend en als dit verbod zou meebrengen dat voor kwalitatief goede nieuwkomers meer ruimte is, dan juicht mijn fractie dat toe. Want welk oorzakelijk verband heeft het verbod op verticale integratie met eventueel meer ruimte voor nieuwkomers op de zorgaanbiedersmarkt?

Mijn fractie vraagt de minister ook om nog eens toe te lichten waarom zij er niet voor heeft gekozen om verticale integratie afhankelijk te maken van toestemming door de Nederlandse Zorgautoriteit, zoals de Raad van State heeft voorgesteld. Volgens de memorie van antwoord wil de minister dit niet omdat zij elke vorm van verticale integratie onwenselijk vindt en het vertrouwen van de verzekerde in het stelsel moet worden vergroot. Kan de minister dit nog eens uitleggen? Het lijkt mijn fractie niet het allerhelderste deel van de memorie van antwoord. Verticale integratie komt namelijk bijna niet voor en dat zorgverzekeraars plannen hebben in die richting, blijkt helemaal nergens uit. Dat daarnaar onderzoek zou zijn gedaan, ook niet. De NZa zou het dus, gevraagd naar toestemming op dat gebied, heel rustig kunnen hebben.

Het lijkt alsof hier sprake is van de situatie in een bekende regel die aan vele dichters is toegedicht, maar waarvan ik Montaigne de mooiste vindt: "Een mens lijdt dikwijls het meest door het lijden dat hij vreest maar dat nooit op komt dagen."

En dan tot slot de vraag aan de minister wat het verband is met de voorgestelde wijziging van artikel 13, waarin het vergoedingssysteem onder het huidige artikel 13 wordt gewijzigd. Waarom heeft de minister er niet voor gekozen om beide onderwerpen in een aparte wet in te dienen? Dat is een mooi bruggetje naar de bespreking van artikel 13.

De voorgestelde wijziging, namelijk dat de vergoeding voor zorg, verleend door niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorgaanbieders wordt gewijzigd, wordt in de media ten onrechte het schrappen van de "vrije artskeuze" genoemd. Ik zeg ten onrechte, want dat is niet zo. De vrije artskeuze blijft bestaan. De verzekerde moet daarvoor dan wel een restitutieverzekering kiezen.

In de aanloop naar deze behandeling heb ik talloze mails over de aangekondigde wijziging ontvangen. Mijn fractie heeft begrip voor de zorgen die uit elke mail blijkt.

Want hoe wordt geborgd dat de patiënt die langdurige zorg nodig heeft bij zijn vertrouwde zorgaanbieder kan blijven? Hoe wordt de innovatie van het zorgaanbod bevorderd? Hoe wordt geborgd dat nieuwkomers op de markt een kans krijgen zich door kwaliteit en prijs te bewijzen? Is erover gedacht om nieuwkomers onder nader te bepalen voorwaarden een voorlopige toegang tot de zorgaanbiedersmarkt te verlenen? Ik krijg graag een toelichting van de minister op al deze vragen.

Maar voor het goede begrip, het probleem is niet nieuw. Vanaf de laatste decennia van de vorige eeuw is stelselmatig geprobeerd om de zorg anders te organiseren vanwege de groeiende weerstand tegen de centrale sturing wat het aanbod en de tarieven betreft. De ziekenfondsen die waren gebonden aan een wettelijke contracteerplicht met de zorgaanbieder wilden ervan af. De kosten groeiden hen boven het hoofd. Ze wilden daarom meer invloed op de kwaliteit van het zorgaanbod en de kosten ervan. Die discussie heeft een ontwikkeling op gang gebracht die uiteindelijk heeft geleid tot de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet in 2006. De discussie over het optimale systeem gaat verder. Anders zouden wij hier vandaag niet staan.

Het zorgsysteem moet in evenwicht zijn tussen de verzekerden, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Daarbij speelt ook de kostenkant een niet onbelangrijke rol. De verzekerde heeft belang bij kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke premie. De zorgaanbieder heeft belang bij het aanbieden van kwalitatief goede zorg. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en zal ter uitvoering daarvan kwalitatief goede zorg graag contracteren. Daar gaat dit debat over.

In het algemeen zou moeten gelden dat een concurrerende markt met macht en tegenmacht zichzelf controleert en in evenwicht houdt. Dat is het ideale plaatje. Maar is dat op de zorgverzekeringsmarkt en de zorgaanbiedersmarkt ook zo? Zorgaanbieders klagen bijvoorbeeld over hun geringe onderhandelingsruimte. Hoe wordt kwaliteit bepaald? Zijn de sancties waarover de Nederlandse Zorgautoriteit beschikt met het opleggen van boetes en dwangsommen toereikend? Is het toezicht voldoende transparant? De minister zegt in de nadere memorie van antwoord dat de Nederlandse Zorgautoriteit vanaf 2015 gaat monitoren in welke mate de zorgverzekeraars invulling geven aan de nieuwe wettelijke transparantieplichtingen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Mevrouw Scholten stelde in een heel kort zinnetje een volgens mij heel wezenlijke vraag. Het leek er echter niet op dat ze die nog helemaal ging uitwerken. Ik wil haar daartoe uitnodigen. Hoe wordt kwaliteit bepaald? Misschien nog meer specifiek: is mevrouw Scholten ervan overtuigd dat zorgverzekeraars in staat zijn om op kwaliteit in te kopen of hebben ze de gegevens daarvoor niet?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Ik zou deze vraag graag aan de minister voorleggen. Als ik het goed heb begrepen, bepalen de zorgverzekeraars kwaliteit aan de hand van volume en prijs, met name aan de hand van volume. Ik wil graag de minister het antwoord daarop laten geven want dit is een heel belangrijk uitgangspunt in deze discussie: hoe wordt kwaliteit bepaald?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik ben blij met deze uitwerking want deze korte vraag is inderdaad heel essentieel. Ook wij zien uit naar het antwoord van de minister. Betekent dit voor mevrouw Scholten dat er een onvoldoende basis is om dit wetsvoorstel in deze vorm aan te nemen wanneer de kwaliteit niet of niet goed kan worden bepaald?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Wij hebben een systeem waarbij de zorgverzekeraars de inkoop verrichten en de verzekerden daarin dus sturen. We hebben tevens een systeem waarin de Nederlandse Zorgautoriteit dat systeem moet controleren. Het zijn natuurlijk heel abstracte zaken. Mijn vraag is erop gericht hoe we die kwaliteit gaan controleren.

Ik vervolg mijn betoog. Op basis daarvan zal de Nederlandse Zorgautoriteit bezien of het nodig is om nieuwe regels op te stellen. Dat is ook het antwoord van de minister in de memorie van antwoord. Wordt daarvan verslag gedaan en kunnen de belanghebbenden, verzekerde en zorgaanbieder, daarvan inzage krijgen? Met andere woorden, hoe transparant is de Nederlandse Zorgautoriteit bij de uitvoering van haar taken? Ik breng in herinnering dat de Nederlandse Zorgautoriteit alle toezicht moet doen in het belang van de verzekerde — ik verwijs hiervoor naar artikel 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg — en ook dat bij invoering van deze wetswijziging per 1 januari aanstaande, als dit wetsvoorstel wordt aanvaard, de vereiste transparantie al per 1 april 2015 duidelijk moet zijn. Gaat dat lukken? Dit zijn allemaal vragen waarop ik van de minister graag nog een antwoord zou krijgen.

In dit debat speelt ook de vraag over de implementatie van de Europese Patiëntenrichtlijn en met name de artikelen 7 en 8 van de richtlijn. Artikel 1 van de richtlijn geeft de lidstaten een grotere eigen ruimte voor het organiseren en verstrekken van gezondheidszorg. De wetgeving van de lidstaat is bepalend. En dat betekent voor Nederland dat we een privaatrechtelijk georganiseerd systeem hebben met publieke randvoorwaarden. De Raad van State wees daar ook op. Nederland is daarin overigens niet uniek. Ook landen als Duitsland, Oostenrijk en België hebben deels een privaatrechtelijk verzekeringssysteem. Het zou interessant zijn te weten hoe die landen hiermee omgaan.

Artikel 7 van de richtlijn maakt vergoeding van zorgkosten afhankelijk van de wetgeving van de lidstaat. Ik bedoel hier kosten die in het buitenland zijn gemaakt. Volgens de Nederlandse wetgeving zal met het gewijzigde artikel 13 het verschillende regime tussen natura- en restitutiepolissen leiden tot verschillende opties. Zorg voor zover in het buitenland door niet-gecontracteerde zorgaanbieders verleend aan naturapolishouders zal niet worden vergoed en zorg verleend aan restitutiepolishouders wel, zij het tot het in Nederland geldende marktconforme tarief. Als ik dit fout heb dan hoor ik het graag van de minister. Dat is de Nederlandse wetgeving en zo geldt die dus ook in het buitenland als je conform artikel 1 van de richtlijn de Nederlandse wetgeving een heel ruime marge geeft. Maar is dat eigenlijk niet logisch, heb ik mij afgevraagd. Waarom zou voor een naturapolishouder in het buitenland verleende zorg, met uitzondering van acute en niet op redelijk termijn beschikbare zorg, waarvoor in de wet een voorziening is opgenomen, wel vergoed worden en in Nederland niet?

Misschien kan de minister daarop nog een antwoord formuleren.

Over artikel 8 blijf ik een vraag houden. Daarin gaat het over zeer complexe intramurale zorg. Dat je iets complex overkomt waarvoor je uiteindelijk het beste in het buitenland terecht kunt, dat komt voor. De vraag is of je volgens nationale wetgeving de verzekerde die bij de polis keuze met dat ziekerisico geen rekening heeft gehouden, daarvan kunt uitsluiten. Is het dan niet een valide reden om nog eens goed na te denken over de vraag of het toestemmingsvereiste van artikel 8, waarover wij in de schriftelijke rondes uitvoerig hebben gedebatteerd, niet in de Zorgverzekeringswet zou moeten worden geïmplementeerd?

Artikel 8 van de Richtlijn is een kanbepaling. Lid 1 bepaalt namelijk dat de lidstaat van aansluiting kan voorzien in een systeem van voorafgaande toestemming voor de vergoeding van kosten van grensoverschrijdende zorg onder de voorwaarde dat toestemming voldoet aan het proportionaliteitsvereiste. Het mag niet discriminatoir zijn en mag ook geen ongerechtvaardigde belemmering voor het vrij verkeer van patiënten vormen. Ook al is artikel 8 een kanbepaling, toch kan het toestemmingsvereiste voorzien in een behoefte. Denkbaar is immers dat de zorgverzekeraar wordt verplicht de modelovereenkomst aan te vullen met een toestemmingsvereiste op de in artikel 8 genoemde voorwaarden en beperkingen. Die vraag wil ik graag nog eens met de minister bespreken. Afhankelijk van het antwoord overweeg ik een motie in tweede termijn.

Als laatste onderwerp kom ik op het pgb in de Zorgverzekeringswet. Ik zei al dat het feit dat die artikelen in dit wetsvoorstel staan en niet in de Wet langdurige zorg, waarin ze naar mijn idee beter hadden gepast, de Eerste Kamer voor een extra dilemma plaatst. Stel dat dit wetsvoorstel niet wordt aanvaard, hoe moet het dan met de wettelijke basis voor het pgb in de Zorgverzekeringswet? Die basis is er dan niet. Moeten belanghebbenden er dan op vertrouwen dat het met het pgb wel goed komt vanwege de dan vrijwillige opname ervan in de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar? Ook daarover zou ik graag van de minister het antwoord willen uitlokken.

Dan mijn laatste vraag: het artikel voorziet in lid 3 in een AMvB waarin de voorwaarden en tarieven moeten worden opgenomen. Naar die AMvB heb ik gezocht, maar die heb ik niet gevonden. Kan de minister daarover duidelijkheid verschaffen?

Zoals altijd wachten wij de antwoorden van de minister met belangstelling.

Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Ik kom terug op de driehoek van zorgaanbieders, zorgverleners en patiënt. Mevrouw Scholten zei dat zij het belangrijk vond dat dit een gelijkwaardige basis vormde. Uit mijn betoog heeft mevrouw Scholten kunnen horen dat mijn fractie nu al vindt dat die macht veel te veel bij de zorgverzekeraars ligt. Die komt nog veel meer bij de zorgverzekeraars te liggen. Hoe ziet mevrouw Scholten dat?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Dat is de vraag, hè.



Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Vindt zij niet dat de zorgverzekeraars nu al heel veel macht hebben en dat ze nog meer macht zullen krijgen met deze beide wetsvoorstellen?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Wij hebben vier zorgverzekeraars. Die bestrijken 90% van de zorgmarkt. Wij hebben er dit jaar een bij als ik het goed heb begrepen, maar er zullen veel meer zorgverzekeraars in de markt moeten komen om die macht en tegenmacht goed in evenwicht te kunnen brengen. Dat ben ik met mevrouw Frijters eens. Aan de andere kant kan zij de zorgverzekeraars wel heel veel macht toekennen, maar als die geen goede zorg inkopen, zijn ze hun verzekerden ook weer kwijt. Dat gaat dan weer de andere kant op. Het heeft altijd twee kanten: macht en tegenmacht. De verzekerden kunnen dat ook doen.

Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Wij zien het toch heel anders. De zorgverzekeraars hebben nu een heleboel macht. Het gaat er niet om dat er 90% van de markt bij vier zorgverzekeraars ligt. De zorgverzekeraars op zich hebben heel veel macht. Die kunnen al heel veel invloed op de verzekerden uitoefenen. Dat wordt alleen maar meer. Dat was mijn vraag. Dat ziet mevrouw Scholten dus anders?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Het is meer een opmerking van mevrouw Frijters. Ik heb begrepen dat zij dat vindt. Ik heb haar proberen uit te leggen dat er ook een tegenmacht is waarmee de zorgverzekeraars ernstig rekening moeten houden.

□

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Voorzitter. We voeren vandaag een nogal complex debat over een aantal eenvoudige vragen. Complex omdat we twee wetsvoorstellen in samenhang bespreken, terwijl een daarvan ook nog eens bestaat uit drie onderdelen met weinig onderlinge samenhang — hoezeer ook de regering probeert het als een coherent geheel te verkopen. Eenvoudig omdat de concrete onderdelen natuurlijk heel veel ingewikkelde aspecten in zich dragen, maar het uiteindelijk gaat om onze meest fundamentele visie op de gezondheidszorg: wat vinden we belangrijk en hoe organiseren we dat? Marktwerking en/of kwetsbare patiëntengroepen? Voor onze beoordeling van het eerste wetsvoorstel van dit tweeluik kijk ik allereerst naar de drie onderdelen, om daarna terug te komen op de interne samenhang.

Het eerste onderdeel van de wet betreft het verbod op verticale integratie, zolang het zorgsysteem in ontwikkeling is. Op zichzelf genomen — ik heb dat al gezegd in gesprek met mevrouw Beuving — is dit een sympathiek idee waar het beoogt te voorkomen dat een zorgverzekeraar tegelijk als zorgaanbieder gaat optreden, waardoor marktverstoring zou ontstaan. Het probleem is alleen dat de noodzaak van dit onderdeel onvoldoende is aangetoond. Daarover heeft de Raad van State geadviseerd met overwegende bezwaren en met het advies dit onderdeel te heroverwegen. Dat is toch niet niets. De regering is noch in de beantwoording van de Raad van State noch in de beantwoording van

diverse vragen van deze Kamer in staat gebleken afdoende aan te tonen dat dit verbod nodig is, ook niet door de inhoudsloze zinsnede "zolang het zorgsysteem in ontwikkeling is", want dat laatste is altijd het geval.

Er zijn op dit moment geen problemen gesignaleerd als gevolg van verticale integratie. Letterlijk schrijft de regering in de memorie van antwoord: "De meeste deelnames en samenwerkingsverbanden hebben tot doel de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of preventie te bevorderen." Daarmee vallen ze dus ook al snel onder de uitzonderingsmogelijkheden die bij het voorgestelde verbod blijven bestaan. En daar komt dan nog bij dat alle bestaande gevallen worden ontzien vanwege de rechtszekerheid. Terzijde: kom daar maar eens om als je zorggebruiker bent, want dan tast de regering zonder veel wroeging de rechtszekerheid aan, maar hier is dat opeens een probleem.

Kortom: er is geen reëel probleem bekend uit de huidige situatie zonder verbod op verticale integratie. De bestaande gevallen worden ongemoeid gelaten en volgens de Raad van State zijn er ook andere maatregelen om ongewenste concentratie en monopolisering te voorkomen. We gunnen de regering graag de kans om het nog een keer uit te leggen, want het lijkt mijn fractie een sympathiek idee, maar vooralsnog ziet het er uit als een onnodig, disproportioneel en mogelijk niet doeltreffend voorstel.

Het tweede onderdeel van dit wetsvoorstel, de beperking van de vrije artskeuze, is de bittere pil. Het doel ervan is volgens de regering enerzijds een betere afstemming op Europees recht — al blijkt daarover ingrijpend verschil van mening te bestaan — en anderzijds, en dat vooral waarschijnlijk, een versterking van de mogelijkheden van de zorgverzekeraar om te sturen op prijs en kwaliteit. Dit voorstel heeft tot grote onrust geleid bij zorgverleners en zorggebruikers, zeg maar: bij de mensen om wie het gaat. En dat betekent dat we er heel precies naar moeten kijken.

Dan valt het om te beginnen op dat de regering nogal wat rookgordijnen optrekt rond dit voorstel. In de titel van het wetsvoorstel is het helemaal niet eens vermeld. In de memorie van toelichting wordt gesuggereerd dat het een technische aanpassing is, enzovoorts. Het lijkt erop dat het de bedoeling was met deze wijziging onder de radar voorbij het parlement te vliegen. Vervolgens lezen wij in de memorie van antwoord: "De regering is van mening dat het wetsvoorstel niet de vrije artskeuze beperkt." Wij hoorden al mevrouw Scholten daardoor overtuigd is geraakt. Het lijkt mijn fractie een mooie semantische oplossing, gebaseerd op het feit dat er een vrije poliskeuze is en dat iedereen eenmaal per jaar kan kiezen. Bovendien zullen verzekeraars ruim op tijd moeten aangeven welke zorgaanbieders ze zullen contracteren. En dan volgt de gotspe: "Hierdoor neemt het aantal keuzeopties voor de verzekerde juist toe." Ik wil graag een toelichting op dat zinnetje.

Misschien helpen enkele concrete vragen de minister terug te keren naar de realiteit van mensen die zorg nodig hebben. Hoeveel procent van de verzekerden kiest een polis enkel op basis van de prijs? Hoeveel verzekerden zijn in staat om een adequate inschatting te maken van risico's en randvoorwaarden bij het kiezen van een polis? Hoeveel procent van de verzekerden heeft te maken met twee of meer zorgbehoeften en zal dus moeten checken of al de daarbij behorende zorgaanbieders ook daadwerkelijk gecontracteerd

zijn? Hoeveel procent van de verzekerden weet überhaupt van te voren wat hen in het volgende kalenderjaar zal overkomen en dus welke zorgaanbieders sowieso gecontracteerd zouden moeten worden door een zorgverzekeraar?

Ik zal haar helpen. Het antwoord op de eerste vraag kan alleen gegeven worden als wij kijken naar die kleine groep overstappers. Die bleken in 2014 vooral op prijs te selecteren, maar het bleek ook dat zij liever geen polis willen met een beperking van het aantal zorgaanbieders. Op vraag twee moet het antwoord zijn dat we een tweedeling moeten verwachten tussen mensen met en zonder de economische, intellectuele en sociale hulpbronnen om te kunnen bepalen welke polis het beste is. Op vraag drie is het antwoord dat mensen met de meer complexe zorgbehoeften het meest in de knel komen en dus veroordeeld zijn tot de duurdere zorgverzekering. En op vraag vier is het antwoord: nul, want niemand weet van te voren wat er op zijn of haar weg komt en dat betekent dat we simpelweg geen goede keus kunnen maken en er dus verstandig aan doen om een polis zonder beperkingen te nemen. Maar die kost wel meer.

Daarom krijgt mijn fractie graag antwoord op de vraag of de minister het terecht vindt dat alleen mensen met voldoende geld en cognitieve vaardigheden terecht kunnen bij de zorgaanbieder van hun keuze. Ik zeg er maar gelijk bij dat ze niet hoeft te komen met het argument van de zorgtoeslag, want bij het wettelijk eigen risico van €375 is de laagste premie die wordt aangeboden, al hoger dan de toeslag. En bij mensen met lage inkomens telt niet alleen iedere euro, maar is bovendien de kans groter dat ze hun eigen risico ook daadwerkelijk moeten betalen, omdat ze gemiddeld meer zorg nodig hebben. Dat geldt in het bijzonder voor de ggz, waar patiënten gemiddeld een veel lager inkomen hebben en van wie een groot deel op of onder het bestaansminimum leeft. Het zijn dus juist de zwakste groepen die in hun keuzevrijheid worden aangetast. Vindt de regering dat terecht? Aan mevrouw Beuving, die dit kennelijk allemaal wel argumenten vindt, vraag ik: waar is de sociaaldemocratie als je hem nodig hebt?

Eigenlijk is dit de meest principiële vraag onder dit wetsvoorstel. Die vraag sluit aan bij de oproep van de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, namelijk dat zorgverzekeraars moeten ophouden om de grenzen van de

solidariteit op te zoeken. Door hun prijsstelling, marketing en soms slinkse uitsluitingsmechanismen — daarover zijn wij het wel geheel eens — zijn ze steeds meer bezig om gezonde en relatief goedkope patiënten aan zich te binden en de minder gezonde en dure verzekerden te weren. Deze vormen van risicoselectie zijn de bijl aan de wortel van solidariteit die ons zorgverzekeringstelsel zou moeten dragen. Is de regering het hiermee eens?

Er zijn nog aanvullende vragen bij de doelmatigheid die niet minder wezenlijk zijn. De eerste is hoeveel geld nu eigenlijk gemoeid is met de vrije artskeuze. De suggestie wordt gewekt dat dit een essentieel middel is om de oplopende zorgkosten te beteugelen. Kan de minister aangeven hoeveel geld zorgverzekeraars kunnen besparen wanneer zij selectiever inkopen? En als die besparingen zich vertalen in lagere premies, hoe draagt dat dan bij aan de beteugeling van de zorguitgaven van de overheid?

Als doelmatigheid in de zorg het belangrijkste argument is, dan moet dat vooral zorginhoudelijk worden bekeken.

En dan is het onduidelijk waarom de regering ervoor kiest om bijvoorbeeld psychologie en psychotherapie niet uit te zonderen. Het is immers bekend dat de persoonlijke relatie een essentiële curatieve factor is. Dan gaat het niet alleen om een vertrouwensband, zoals de regering suggereert in de memorie van antwoord, maar om de kern van de behandeling zelf. Doelmatigheid impliceert hier dan ook een vrije keuze van behandelaar. En als het gaat om terugkerende behandeling, wat bij psychische stoornissen geboden kan zijn, dan is het essentieel dat mensen zo veel mogelijk dezelfde behandelaar krijgen, ook als ze met tussenpozen zorg ontvangen. Dat is iets anders dan dat een eenmaal ingezette behandeling kan worden uitgediend. Het gaat juist ook om mensen die met tussenpozen weer een behandeling of een behandelingsdeel nodig hebben. Erkent de minister dat de economische doelmatigheid die ze met dit voorstel nastreeft afbreuk kan doen aan de therapeutische doelmatigheid? En ziet ze zichzelf dan als de minister van volksgezondheid of als de minister van economische zaken?

Veel is al gezegd over de grensoverschrijdende zorg en de mogelijke strijdigheid met de Europese richtlijn, maar die vraag is ook voor de zorg in eigen land te stellen. Principieel is de vraag of mensen die zorg nodig hebben voor lichaam of geest zelf mogen bepalen aan wie zij zich toevertrouwen en als dat zo is, of de zorgverzekering dat moet faciliteren. Mijn fractie heeft daarom ook vragen bij het borgen van patiëntenvoorkeuren op het punt van gender en seksuele, religieuze en culturele sensitiviteit. De regering antwoordt op onze vragen dat de verzekeraar inzichtelijk moet maken hoe hiermee rekening wordt gehouden, overigens zonder daarbij gender en seksuele diversiteit te noemen, die toch expliciet in mijn vraag stonden. Maar dat is natuurlijk niet genoeg. Collega Flierman heeft dat ook al aan de orde gesteld, in gesprek met collega Kuiper. Die sensitiviteit zou er als vanzelfsprekend moeten zijn, maar omdat dat niet altijd het geval is, is keuzevrijheid zo belangrijk en is het bij de zorginkoop essentieel. Tegelijkertijd zeggen de zorgverzekeraars dat ze het onuitvoerbaar vinden om bij de inkoop rekening te houden met de levensovertuiging van hun verzekerden. We weten dat het voor bijvoorbeeld allochtone vrouwen en voor seksuele minderheden veel uitmaakt wie hun zorgverlener is. Hoe garandeert de minister dat de toegang tot een arts of psycholoog van de eigen voorkeur bewaard blijft?

Maar stel nu eens dat we zouden vinden dat de vrije artskeuze aan banden moet worden gelegd. Dan volgt ook nog de vraag naar de uitvoerbaarheid. Ook daarop zou deze Kamer moeten letten. Zijn zorgverzekeraars in staat om op kwaliteit te selecteren? Op dit punt is de memorie van antwoord pijnlijk duidelijk: "Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Op dit moment is bij de zorginkoop door zorgverzekeraars ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspect kwaliteit." Ruimte voor verbetering, dat heet newspeak. "Dat is ook niet verrassend: definiëring van kwaliteit is moeilijk en het creëren van consensus over wat goede kwaliteit is in een sector, neemt tijd." Daar staat dus dat we niet goed kunnen definiëren wat kwaliteit is, en geen consensus hebben. Zeker, er zijn bepaalde behandelingen waarover wel meer duidelijkheid is en die worden dan ook altijd als vlaggenschip genoemd, maar over het geheel genomen, zo lezen wij in veel stukken en rapporten, is dat gewoont voorlopig nog onvoldoende. Zo is dat breed en overtuigend beschreven in het artikel Het zorgkostendebacle van De Onderzoeksredactie en is het ook in de recente

evaluatie van de Wmg erkend. Zelfs bij behandelingen waarbij wel enig inzicht begon te ontstaan, zijn databases voor meerjarige vergelijking onbruikbaar geworden door de veranderingen van het dbc-systeem naar het DOT-systeem.

**De heer De Lange (OSF):**

Collega Ganzevoort spreekt terecht over de kwaliteitsbeoordeling en over de wijze waarop die zou moeten plaatsvinden. Dat is natuurlijk een notoir probleem. Ik wil hem een principiële vraag stellen. Vindt hij dat de zorgverzekeraar, in zijn rol als verzekeraar van ziektekosten, in een positie is om kwaliteit te beoordelen? Moeten wij dit niet weghalen bij de zorgverzekeraar en beleggen bij andere instanties? Die principiële vraag gaat nog vooraf aan de praktische vraag of de zorgverzekeraar dat wel goed zou kunnen doen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik heb die principiële vraag dan ook vooropgesteld. Ik ben het geheel eens met de heer De Lange dat daar de wezenlijke punten liggen: de vrijheid van de patiënt als het gaat om lichaam en geest en de integriteit daarvan. Als het gaat over de kwaliteit zit dat heel primair bijvoorbeeld in de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. Dat hoort bij de professionele standaarden et cetera. Het toezicht daarop hoort primair bij een inspectie. Ik ben het daar helemaal mee eens. Op zichzelf kun je de redenering wel volgen dat wanneer het objectief vast te stellen is dat er kwaliteitsverschillen zijn, ook een zorgverzekeraar, in de rol van regievoerder, daarop zou moeten kunnen toezien ofwel op zou moeten kunnen selecteren. Wanneer je de gedachte volgt dat de zorgverzekeraar de rol heeft die hij nu heeft, en al zouden wij dat vinden, dan nog komt de vraag aan de orde of zij dat wel kunnen. En daarin zit vervolgens de op dit moment nog steeds principiële vraag, want als ze het niet kunnen, is het niet uitvoerbaar.

Dat alles betekent dat dit wetsvoorstel zorgverzekeraars de macht geeft om zorgaanbieders te weren zonder inhoudelijke kwaliteitsgronden en dat vooral de kleinere zorgaanbieders weinig mogelijkheden hebben zich te verzetten. Is de regering het met ons eens dat — als we dit al zouden willen — het pas in werking zou mogen treden als er een breed gedragen consensus is over de kwaliteitscriteria zodat een objectieve beoordeling mogelijk is? En dat dus de inwerkingtreding van dit onderdeel in elk geval de komende jaren niet te voorzien is?

Het grote probleem bij dit wetsvoorstel is dat het probeert bij te sturen in de onderhandelingsrelatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, maar dat het daarbij de zorgverzekerden in de kou laat staan. In de spreekkamer van bijvoorbeeld de huisarts moet straks bij een verwijzing niet alleen worden gekeken naar de beste specialist voor deze patiënt met deze kwaal, maar ook naar de verzekeringspolis. Alsof de huisarts dat weet en alsof de patiënt dat paraat heeft. De minister zegt wel heel optimistisch dat de zorgverzekeraars alleen zo de belangen van de verzekerden goed kunnen behartigen, maar dat is op zijn best naïef en waarschijnlijk verhullend. De verzekeraars hebben immers ook heel andere belangen, en aangezien ze maar heel beperkt op kwaliteit kunnen sturen, zijn het niet de belangen van de patiënten maar de belangen van de verzekeraars die hier worden gediend. Datzelfde kan overigens ook gezegd worden van in ieder geval de grote zorginstellingen. Dat is al

gaande. Ik citeer uit Het Financieel Dagblad van afgelopen zaterdag: "Ziekenhuizen dreigen patiënten te weigeren om kostenstijging dure medicijnen. Ziekenhuizen, farmaceuten en zorgverzekeraars voeren een bikkelharde strijd over wie de rekening van nieuwe, dure medicijnen gaat betalen. Patiënten lopen daardoor voor het eerst het risico dat bepaalde behandelingen worden geweigerd omdat onduidelijk is wie er gaat betalen." Daarmee zijn we bij des poedels kern: willen we echt nog verder met marktwerking in de zorg? Bij het wetsvoorstel over winstuitkering in de zorg zullen we daar nog nader op ingaan. In dit wetsvoorstel zien we echter opnieuw een beweging die de marktpartijen sterker maakt en de positie van de patiënt verzwakt.

Voor we aan dat wetsvoorstel toe zijn, moet ik nog op het laatste element ingaan, ook al om te voorkomen dat mevrouw Slagter mij vraagt wat ik daarvan vind. Dat betreft het opnemen van een grondslag voor het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Het zal niet verbazen dat mijn fractie dat van harte ondersteunt. Dat is het lichtpuntje van vanavond. Maar omdat het een klein lichtpuntje is dat zou kunnen sneuvelen als deze wet niet wordt aangenomen — waar ik nog steeds op hoop — vraag ik de minister of zij wil toezeggen dit onderdeel in dat geval via een andere wet aan de Staten-Generaal voor te leggen. Zo nodig, zal ik op dat punt een motie indienen.

Ik kom daarmee terug bij de vraag naar de samenhang en de weging. Dient dit wetsvoorstel een coherent doel? Is het vervolgens ook werkelijk doeltreffend? En borgt het op de juiste wijze de rechten en belangen van verschillende groepen betrokkenen, in het bijzonder de meest kwetsbaren? Men kan natuurlijk zeggen dat de samenhang eruit bestaat dat het allemaal over de zorgverzekering gaat, maar dat is toch een beetje mager. Er zit namelijk een grote spanning in de driehoek zorgaanbieder, zorgverzekeraar en zorggebruiker. Die spanning wordt in dit wetsvoorstel op een problematische manier aangewakkerd. In het eerste onderdeel worden de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder uit elkaar gehouden. Dat is een sympathiek maar geen urgent probleem. In het tweede onderdeel wordt de contractermacht van de zorgverzekeraar versterkt en wordt de relatie tussen verzekerde en zorgaanbieder in gevaar gebracht. In het derde

onderdeel krijgt de verzekerde op een onderdeel gelukkig wat meer mogelijkheden om zelf zorg te regelen. Met goede wil kan men dit balanceren noemen, maar de drie onderdelen zijn zo ongelijksoortig dat de nasmaak van de bittere pil van de inperking van de vrije artskeuze lang blijft hangen. Daarmee dringt de vraag zich op of de minister bereid is om te bewerkstelligen dat de wijziging van artikel 13 niet in werking treedt en vervolgens ook uit deze wet wordt geschrapt. Wij zien met grote belangstelling uit naar een antwoord op de gestelde vragen, maar de bezwaren tegen het tweede onderdeel zijn zo fundamenteel dat we ons moeilijk kunnen voorstellen deze wet te steunen als de minister vasthoudt aan de inperking van de vrije artskeuze.

□

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Voorzitter. Dit wetsvoorstel moet worden beoordeeld als een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling en voltooiing van het zorgstelsel, waarbij private partijen, verzekeraars

en aanbieders, een belangrijk publiek doel bevorderen: een goede gezondheidszorg voor iedereen. De minister acht dit een noodzakelijke stap; een stap die zorgverzekeraars een sterkere positie geeft tegenover zorgaanbieders, die het onderhandelingsproces tussen beide partijen verscherpt, de concurrentie tussen zorgverzekeraars stimuleert, en waarbij de veronderstelling is dat dit de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg ten goede komt. In een op vraagsturing gerichte markt moet dit voor de patiënt uiteindelijk een goed resultaat opleveren. Die patiënt of verzekerde is hier de derde partij, naast de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, en de belangrijkste partij. De vraag moet daarom ook zijn wat deze verschuiving in de machtsbalans voor verzekerden betekent. We voeren hier vandaag daarom een architectonische discussie over ons zorgstelsel. De uitkomst zal van belang zijn voor de toekomstige ontwikkeling ervan. Er is destijds, acht jaar geleden, gekozen voor een gemengd stelsel, waarbij marktwerking is toegelaten, maar waarbij ook het sociale karakter van de zorgverzekering nadrukkelijk is onderstreept. Dit is het moment om voor verzekerden een herkenbare plaats in dat zorgstelsel te markeren, en daarmee duidelijk te maken dat de zorg niet alleen in handen is van marktpartijen, maar uiteindelijk van de samenleving. Zo zullen wij althans dit wetsvoorstel beoordelen.

Ongetwijfeld is de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet de kern van het wetsvoorstel. Het onderdeel over de verticale integratie staat in de titel, het is weliswaar de blikvanger en het hangt ook inhoudelijk samen met de aanpassing van artikel 13, maar wordt aangeduid als een maatregel die "in deze fase" nodig wordt geacht. Kan de minister die "fase" duiden? Uit alle formuleringen die tot ons komen, wordt immers duidelijk dat hier geen sprake is van een in beton gegoten verbod op het aanbieden van zorg door zorgverzekeraars. Het is ook niet ondenkbaar dat in een vraaggestuurde markt de roep erom toch weer gaat ontstaan. De minister meent dat de nog gebrekkige transparantie de reden is voor een verbod op verticale integratie. Maar wat als aan de randvoorwaarden van transparantie is voldaan en aangesloten verzekerden zich juist uitspreken voor bepaalde zorgproducten of ketenvoorden, waarvoor een zorgverzekeraar alleen kan zorgen door zelf die zorg te gaan aanbieden? Is het voorstelbaar dat in de toekomst verticale integratie toch weer wordt toegestaan? Op dit punt hoor ik graag een reactie van de minister.

De belangrijkste ingreep is dus de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Die geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid, in het domein van de tweedelijnszorg scherper en specifieker in te kopen. Niet-gecontracteerde zorg hoeft niet meer te worden vergoed en voor de verzekerde betekent dit dat hij alleen terecht kan bij de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Dit beperkt dus de vrije artskeuze in het domein van de specialistische zorg. De eerstelijnszorg blijft functioneren, zoals dat nu ook al het geval is. De verzekerde kan de huisarts, fysiotherapeut of tandheelkundige kiezen die hij zelf wil; de kosten van behandeling of consult worden hier altijd vergoed.

De heer **Flierman** (CDA):

De heer Kuiper stelt dat de situatie in de eerstelijnszorg blijft zoals die is. Ik heb net als een aantal andere sprekers nadrukkelijk de situatie van de ggz, ook eerste lijn, ter discussie gesteld. Hoe ziet de heer Kuiper die positie?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Dat heb ik natuurlijk gehoord. Ik constateer dat het wetsvoorstel zo tot ons is gekomen. Ik constateer ook dat GGZ Nederland in het verleden in het Hoofdlijnenakkoord steun heeft uitgesproken voor de oplossing die nu is gekozen. Wellicht was een andere keuze ook mogelijk geweest, namelijk dat de eerstelijns-ggz wel hieronder was gevallen, maar dat is inderdaad niet het geval. Ik zou moeten zeggen dat de eerste lijn grotendeels intact blijft zoals die nu is.

De heer **Flierman** (CDA):

Het valt mij op dat verschillende sprekers in dit debat, vooral diegenen die tot de coalitiepartijen of tot de coalitie steunende partijen behoren, heel veel citeren wat anderen vinden en wat anderen geschreven hebben, terwijl ik iedere keer zo geïnteresseerd ben te horen wat zijzelf vinden. Het is mij bij mevrouw Beuving niet gelukt om haar te ontlokken wat de PvdA zelf vindt. Ik zou ook van de heer Kuiper graag willen weten wat hij er zelf van vindt dat de eerstelijns-ggz niet onder de uitzondering van artikel 13 blijft vallen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ik gaf al aan dat het voorstelbaar zou zijn geweest om de eerstelijns-ggz wel te rekenen tot het domein waarover we het nu hebben. Tegelijkertijd zie ik ook wel dat het belangrijk is om eens te kijken naar de zorg die daar wordt geboden. Kan daarin ook op een andere manier nog eens worden gekeken naar de contracten? Zijn die daar altijd nodig? Is de geboden kwaliteit wel altijd op orde? Op zich kan ik de keuze die nu wordt gemaakt wel mee maken, al was het misschien niet de eerste voorkeur van de ChristenUnie. Er is wel die andere weg, namelijk dat er voor diversiteit altijd een mogelijkheid blijft. Daar hebben wij nu een discussie over, ook met de minister; daar zal het ook nog wel van komen. Zoals het er nu uitziet, denk ik dat het een te verdegen keuze is.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Het valt mij op dat de heer Kuiper zegt dat de kosten van fysiotherapie en tandheelkundige zorg altijd worden vergoed. Dat is natuurlijk eigenlijk niet zo, want dan moet je wel aanvullend verzekerd zijn. Ik neem aan dat hij dat ook wel weet.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Jazeker, dat is correct.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik ben zo benieuwd wat de heer Kuiper bedoelt. Hij zegt dat de mogelijkheid bestaat om scherper en specifieker in te kopen. Hoe denkt hij over de gronden waarop zorgverzekeraars inkopen? Is dat op kwaliteit, zoals bedoeld zou zijn? Vindt hij dat dat op dit moment al kan? Of is dat op prijs? En is hij tevreden met de mate waarin dat specifiek geborgd is op grond van religie, levensbeschouwing, seksuele voorkeur, gender of wat dan ook?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Dat is voor mij ook echt een onderdeel van dit debat. Ik ben daar ook heel benieuwd naar. Ik denk dat ik dezelfde zorgen

heb als de heer Ganzevoort. Dan gaat het ook om de vraag wat zorgverzekeraars zullen doen, bijvoorbeeld met die bepaling over godsdienstige en andere diversiteit. Ik hoor daarop ook heel graag het antwoord van de minister. Wij hebben daarvoor natuurlijk ook de NZA. Ik zal zo meteen nog betogen dat ik het heel belangrijk vind dat verzekerden van zorgverzekeraars hierin ook een rol kunnen spelen. Het is wel een samenspel van allerlei actoren die hiervoor moeten zorgen, maar wij zijn het over de richting in ieder geval samen eens, denk ik.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik waardeer altijd de bereidheid van collega Kuiper om erover te blijven nadenken of het nu wel of niet een goed voorstel is en om geen vooringenomen standpunt in te nemen, maar ik hoor toch nog wel graag het preciezere antwoord op de vraag of hij ervan overtuigd is dat verzekeraars op dit moment in staat zijn om op basis van kwaliteit te oordelen.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ik denk dat kwaliteit een uitkomst kan zijn, ook van het voorstel dat hier ligt. Het resultaat zal namelijk zijn dat straks in meer geconcentreerde vorm bepaalde zorg zal worden aangeboden, bijvoorbeeld in ziekenhuizen. Men zal zich in sommige ziekenhuizen specialiseren in bepaalde behandelingen en operaties. Daar ontstaat dan een bepaald volume van, waardoor de kwaliteit toeneemt. Het is het bekende voorbeeld: als een ziekenhuis maar zes operaties in een jaar uitvoert op een bepaald gebied, dan is dat niet bevorderlijk voor de kwaliteit van de geneeskundigen die daar werkzaam zijn. Er zal straks een situatie zijn waarin vormen van zorg worden geconcentreerd. Dat is ook een vraag. De uitkomst moet dan zijn dat je in bepaalde ziekenhuizen goede kwaliteit vindt van een bepaald soort behandelingen. Misschien moet je daarvoor iets langer reizen, maar dat is niet erg. Voor heel veel andere dingen doen wij dat in dit land ook. We reizen weleens wat langer voor iets, maar dan moet het wel goed zijn. Dat kan dus een uitkomst zijn van het voorstel dat hier ligt.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Begrijp ik het goed dat de heer Kuiper zegt: er kan niet geselecteerd worden op kwaliteit, maar door de selectie kan er kwaliteit gaan ontstaan?

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ja.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Zoals de heer Kuiper erover spreekt, is het toch een vrij theoretische benadering. Is hij zich er wel van bewust dat heel veel mensen niet één kwaal, maar meerdere kwalen kunnen hebben en dat dat juist van belang kan zijn met het oog op de contractering van die zorg? Je kunt een lichaam toch niet splitsen naar verschillende afwijkingen om dan naar verschillende ziekenhuizen te moeten gaan?

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Nee, dat ben ik met mevrouw Slagter eens. Daar is ook in de Tweede Kamer al over gedebatteerd en er zijn bepaalde dingen over gezegd. Daar moet natuurlijk rekening mee worden gehouden. Het is natuurlijk niet waar dat iemand alleen maar voor één aspect in één ziekenhuis terecht kan en voor een ander aspect naar een heel ander ziekenhuis moet. Dat kan ook niet de uitkomst zijn.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Hoe denkt de heer Kuiper dat te garanderen is dat dat niet gebeurt? Dat is toch juist de angst van de patiënten, de verzekerden.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Daarover zullen natuurlijk in de wijze van contractering afspraken worden gemaakt. Daarop kan worden toegezien door de NZA en door kwaliteitsinstituten. Natuurlijk wordt dit ook onderkend. Nogmaals, ik sta hier niet iets te verdedigen. Mijn inschatting is dat dit opgelost kan worden binnen de omgang die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar zullen vormgeven.

Een patiënt zal straks niet meer naar ieder ziekenhuis kunnen of de keuze kunnen maken voor een bepaalde specialist. Dat is een beperking en dat erken ik ook. Daar staat tegenover dat er een concentratie van zorg zal plaatsvinden en dat niet ieder ziekenhuis over alle specialismen hoeft te beschikken. Als dat de uitkomst is, delen wij die visie op zichzelf, maar wij zijn op dat punt niet geheel zonder zorg. Hoe gaan zorgaanbieders hierop reageren? Ontstaat er als vanzelf een goede spreiding van medisch-specialistische zorg over het land? De vraag weerspiegelt ook de discussie die ik zo-even had met mevrouw Slagter. Gaan er aanbieders omvallen die wij toch eigenlijk niet willen missen? En dan is er de verwachting dat verzekerden overstappen naar andere verzekeraars als ze een andere keuze willen maken, de exit-optie. Er is al opgemerkt, ook vanavond door de mensen die een petitie hebben aangeboden, dat dit voor een pgb-houder niet zo gemakkelijk zal zijn. Kan de minister daarop ingaan?

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik heb nog één vraag aan de heer Kuiper. Hij legt een verband met medisch-specialistische zorg, maar hij weet toch wel dat het bij pgb-houders om wijkverpleegkundigen gaat?

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ja, ja. Misschien had ik even een nieuwe alinea moeten maken, want u volgt mij wel op de voet.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ja, ik volg u op de voet. Ik vind het wel erg spannend hoe u dit gaat verwoorden; dan let ik goed op.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Wat ik hiermee bedoel, is dat een pgb-houder verpleging en verzorging via zijn pgb thuis kan krijgen. Als hij zou willen overstappen naar een andere verzekeraar, moet hij zijn pgb opnieuw aanvragen. Dat is heel ingrijpend. Ook kan

hij zijn pgb kwijtraken en dat is ook heel ingrijpend. Ik zie graag dat de minister hierop ingaat en er ook garanties over kan geven. Het gaat bij die doelgroep echt om kwetsbare mensen en daar moeten de dingen goed voor geregeld blijven.

De betaalbaarheid van een goede verzekering voor iedereen is voor mijn fractie van belang. Ook mensen met een krappe beurs moeten straks kunnen kiezen voor een restitutiepolis als zij dat willen. Kan de minister nog eens aangeven hoe zij die betaalbaarheid in stand wil houden? Voor onze fractie is het belangrijk dat de grote delen van eerstelijnszorg uitgezonderd blijven van de werking van het aangepaste artikel 13. Wij vonden het teleurstellend dat in de schriftelijke voorbereiding de indruk werd gewekt dat toch niet de gehele huisartsenzorg uitgezonderd is. Er zijn segmenten die gaan over ketenzorg en innovatie die niet uitgezonderd worden. Dat vinden wij niet alleen ongewenst, maar doet ook de gedachte ontstaan dat het pakket van eerstelijnszorg dat nu is uitgezonderd, wellicht in de toekomst toch onder de werking van het aangepaste artikel 13 kan komen te vallen.

**De heer Flierman (CDA):**

Toen ik de heer Kuiper bevroeg op zijn opvattingen over het uitzonderen van de ggz, kreeg ik na wat aarzeling te horen dat hij zich dat wel kon voorstellen, want er moest nog eens naar de contractvormen en naar de kwaliteit gekeken worden; ik noem zo maar wat dingen op. Zouden we dat bij de huisartsenzorg dan ook niet moeten doen, of zouden we misschien beter de hele eerstelijnszorg onder de uitzondering laten vallen, en het hinderpaalcriterium voor deze gehele sector handhaven?

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Op zich is de inzet van mijn fractie erop gericht om de eerstelijnszorg en het hinderpaalcriterium zo veel mogelijk in stand te houden. We hebben nu een wetsvoorstel dat het beschrijft. Daarin wordt ook gesproken over de huisartsenzorg. Het punt dat ik nu maak is dat de beschrijving in de wet suggereert dat de hele huisartsenzorg uitgezonderd is, maar in een schriftelijke wisseling met het kabinet zien we toch dat bepaalde segmenten van de huisartsenzorg niet uitgezonderd zijn. Dat is het enige punt dat ik nu maak. Ik begrijp niet zo goed wat u aan het doen bent door nu opnieuw over de ggz te beginnen. Het gaat mij erom dat het hele pakket huisartsenzorg onder die uitzondering valt.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik heb de heer Kuiper toen het over de ggz ging een aantal dingen horen noemen die nog eens uitgezocht moesten worden alvorens hij wellicht tot de conclusie kon komen dat de ggz wel onder de uitzondering moest worden gebracht. Ik was dus benieuwd of de dingen die nu aan de orde zijn niet ook nog eens opnieuw bekeken moeten worden.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ik zie het verband toch niet. Die bepaling in de wet gaat over diversiteit. Ik wil graag weten hoe zorgverzekeraars daar precies mee omgaan, maar dat is een heel ander punt dan waar wij het nu over hebben. Ik zie het verband niet.

Wij hebben het nu over de huisartsenzorg en dat het pakket dat daar bij hoort compleet is.

**De voorzitter:**

Tot slot, mijnheer Flierman.

**De heer Flierman (CDA):**

Heel kort. Ik heb de heer Kuiper net horen zeggen dat hij vond dat de huisartsenzorg zo veel mogelijk moest worden uitgezonderd.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ja.

**De heer Flierman (CDA):**

Over dat "zo veel mogelijk" moeten wij het de komende dagen nog maar eens met elkaar hebben.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ja, maar hoort u eens. We hebben hier niet meer de mogelijkheid om de wet te veranderen. We hebben niet het recht van amendement. We krijgen hier een wetstekst voorgelegd zoals die is en ik constateer dat daarin de eerste lijn grotendeels uitgezonderd is. Daar ben ik blij mee. Ik vind het een belangrijke bouwsteen binnen deze wet en daar zijn mijn vragen dan ook op gericht. We moeten de garantie krijgen dat dit ook zo blijft en dat dit een vast onderdeel is van het stelsel waarvoor wij kiezen. Ik vind het belangrijk voor patiënten, voor verzekeren, dat wij het op deze manier doen. Dat er minder vrije artskeuze is in het medisch-specialistisch domein, dat zij zo, maar dat is ook te verdedigen. De eerste lijn blijft echter grotendeels zoals die nu is en dat vind ik waardevol.

**De voorzitter:**

Mijnheer Flierman, echt.

**De heer Flierman (CDA):**

Met verontschuldiging dan. Ik heb in mijn betoog een aantal opmerkingen over de tweede lijn gemaakt. De heer Kuiper heeft natuurlijk gelijk wanneer hij zegt dat wij een wetsvoorstel niet kunnen amenderen, maar we kunnen via andere instrumenten altijd zoeken naar mogelijkheden om de minister te bewegen de ruimte te maken die ik zoek.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik hoor allerlei argumenten van de heer Kuiper waarom dit voorstel niet zo heel slecht is. Het is natuurlijk mooi dat dit misschien meevalt en dat het daar nog niet uit de hand loopt. De grote vraag is natuurlijk: wat is er zo goed aan dit voorstel dat een partij daar voor zou willen stemmen? Kan de heer Kuiper daar iets over zeggen en iets meer van het achterste van zijn tong laten zien dan alleen maar "het had erger gekund".

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Weet u, het goede aan dit voorstel is dat het ons inderdaad in staat stelt om kosten in de zorg te beperken. Dat is het goede aan dit voorstel. Ik heb nu een betoog en leg mijn vragen op tafel. Uit mijn betoog kunt u opmerken dat ik het zeker geen perfect voorstel vind. Ik wil hier straks nog een voorstel naast leggen dat ik hier in het midden wil brengen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik vind het een wat verdrietig antwoord om uitgerekend van de ChristenUnie te horen te krijgen dat kostenbeheersing, hoe nobel in zichzelf, het wezenlijke doel is en dat alle zorgen die er leven bij verzekeren en bij zorgverleners het daartegen moeten afleggen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ik geloof dat dit voorstel ook naar verzekeren toe onder bepaalde randvoorwaarden te verantwoorden is.

Ik heb nog een enkele vraag over de ingangstermijn en dan wil ik doorgaan naar het voorstel dat ik zelf nog naar voren wil brengen. Kan de minister nog een keer bevestigen dat deze wet, als die wordt aangenomen, voor verzekeren per 1 januari 2016 ingaat? We hebben het gehad over het gedrag van verzekeraars die nu aanbiedingen doen voor polissen, maar de gedachte is dat zij tot 1 april de tijd hebben om te werken aan transparantie. Aan het eind van het volgende jaar kunnen zij dan polissen aanbieden, zoals bedoeld in deze wet.

Ik wil in de rest van mijn bijdrage stilstaan bij de balans die nu ontstaat in ons zorgstelsel. We hebben elementen van marktwerking welbewust toegelaten in ons zorgstelsel, maar wezenlijk voor mijn fractie is dat de besturing van de zorg niet een kwestie is van marktpartijen alleen. Private partijen met veel invloed en kapitaal kunnen het publiek belang en de solidariteit in het zorgstelsel uit het oog verliezen. Wij menen dat nu het moment gekomen is om de positie van verzekeren te versterken en hun invloed op zorgverzekeraars te vergroten. Zoals ook door de Raad van State is opgemerkt, hebben zorgverzekeraars een aanmerkelijke marktmacht. De concentratie van verzekeraars heeft ervoor gezorgd dat er een beperkt aantal grote spelers is overgebleven. Zij bepalen in belangrijke mate de bewegingen op de inkoopmarkt. Het is de vraag hoe gewenst deze semi-monopolies eigenlijk zijn. Het zal niemand ontgaan dat hierover een kritisch maatschappelijk debat wordt gevoerd. Onderkend moet worden dat de invloed van verzekeren mager afsteekt bij de macht van verzekeraars en dat hier nodig iets aan moet gebeuren. Verzekeren moeten niet alleen het recht van "exit" krijgen als het beleid van verzekeraars hen niet bevalt, maar ook de mogelijkheid van "voice". Vorige week merkte de RvZ op dat de invloed van verzekeren op het beleid van verzekeraars te wensen overlaat. Er zijn uiteraard hier en daar ledenraden, maar die hebben een wisselende invloed. De Zorgverzekeringswet spreekt in artikel 28 van een "redelijke mate van invloed" van verzekeren, waarover bij AMvB nadere regels kunnen worden gesteld. Er is in de Tweede Kamer al eens gevraagd om deze Algemene Maatregel van Bestuur en die zou er nu ook moeten komen naar de mening van mijn fractie. Daarin zou de invloed van verzekeren via een orgaan als de ledenraad geregeld moeten worden op het gebied van beleid, inkoop en bestuurssamenstelling. Zo'n ledenraad

moet de mogelijkheid krijgen tot rondvraag onder verzekeren. Het bestuur moet de verplichting krijgen te rapporteren over de wijze waarop gerekend is met de wensen van verzekeren.

Als het een noodzakelijke stap is om zorgverzekeraars een sterkere positie te verschaffen tegenover zorgaanbieders, is het ook een noodzakelijke stap om verzekeren een sterkere positie te geven tegenover verzekeraars. Dat kan ook, want vrijwel alle verzekeraars zijn vanouds coöperaties of zijn het nog. Het zijn echter verwaterde coöperaties en zij kunnen worden versterkt zodat het bestuur daadwerkelijk iets te verantwoorden heeft aan de leden of verzekeren. Die verzekeren kunnen hun invloed aanwenden om die vormen van zorg in huis te krijgen die zij wenselijk achten. Dat houdt de zorgverzekeraars niet alleen scherp, maar geeft hun handelen en werkwijze een betere maatschappelijke legitimatie dan nu het geval is.

De heer **De Lange** (OSF):

Collega Kuiper komt met een sympathiek voorstel, namelijk om de verzekeren via ledenraden meer bij de besluitvorming te betrekken. Zou dat niet een beetje beter kunnen klinken dan het in werkelijkheid is? Ledenraden hebben immers in de praktijk van alledag wel een stem, maar nooit meer dan een adviserende stem. Zou dus dat hele systeem van bevoegdheden niet op de schop genomen moeten worden om datgene te bereiken wat de heer Kuiper hoopt te bereiken met zijn voorstel?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Dat is inderdaad precies wat ik bedoel. Wij voeren hier vandaag een debat dat zich richt op de positie van zorgverzekeraars. Daar is al het nodige over gezegd. Ik probeer de balans terug te krijgen, waarbij leden een daadwerkelijke stem hebben bij en invloed hebben op de zorgverzekeraars. Ik heb gezegd: op beleid, op inkoop en op bestuurssamenstelling. Dat is dus geen adviserende rol; die rol zou een zwaardere betekenis moeten hebben. Het bestuur van de zorgverzekeraar zou de plicht moeten hebben om aan de ledenraad te rapporteren wat er is gedaan met de inbreng. Ik denk dat er op deze manier ook voor kan worden gezorgd dat niet alleen de zorgverzekeraar een soort monopolieachtige positie krijgt, maar er ook sturing op de inkoop komt. Dat debat voeren we hier nu ook. Er komt meer sturing op de manier waarop de zorgverzekeraar inkoop. Ik kan me ook voorstellen dat patiëntengroepen zitting hebben in die ledenraad, en dat zij er precies voor gaan zorgen dat de inkoop van de zorgverzekeraar dat gaat doen wat de leden zelf willen.

De Algemene Maatregel van Bestuur waar ik nu om vraag en die in artikel 21, lid 2 van de Zorgverzekeringswet al als mogelijkheid wordt aangereikt, zou ook een instrument voor de NZa moeten zijn om zorgverzekeraars aan te toetsen. Wat een "redelijke mate van invloed" is — ik citeer de wet — wordt nu nog te veel aan ieders interpretatie overgelaten. Mijn fractie hecht er zeer aan dat we in dit debat, dat toch een soort kantelpunt markeert, deze beweging gaan maken naar substantiële verzekereninvloed. Ik heb op dit punt een motie in voorbereiding, die ik in de tweede termijn zou willen indienen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Nog een kort puntje, voorzitter, want ik vind dit wel een interessante gedachte, die ons wellicht verder kan helpen in het gesprek. Zou de heer Kuiper dit idee van een substantiële positie van verzekeren in de vorm van een ledenraad iets verder kunnen preciseren? Gaat het om een doorzettingsmacht? Wat is de informatiepositie van deze leden tegenover een raad van bestuur, die met enorme bedragen, belangen en structuren bezig is? Op welke wijze denkt de heer Kuiper dat die substantiële positie ook echt kan worden gerealiseerd?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Er zijn nu al experimenten met ledenraden. Sommige zorgverzekeraars doen dit al. Ik ben erop uit dat er regels komen die waarborgen dat die invloed inderdaad substantieel is. Daar hoort natuurlijk ook bij dat de ledenraden worden geïnformeerd op de wijze die de heer Ganzevoort noemt. Zij moeten hun uitspraken goed geïnformeerd kunnen doen, nadat zij de leden hebben geraadpleegd. Met het internet zijn er natuurlijk allerlei mogelijkheden. Het gaat om een echte positie. Ik denk dus dat dit in het ontwerp van het stelsel een essentieel onderdeel is als nu de macht van de zorgverzekeraars toeneemt. Ik gaf al aan dat ik dit met aarzeling zeg. Ik kan dat meemaken omdat het voor de inkoop en in de manier waarop we over ons stelsel hebben gedacht, ook altijd de bedoeling was. Ik kan het daarom dus meemaken, al zie ik de prijs. Als dit echter tegelijkertijd wordt gecompenseerd door van de verzekeraars weer coöperaties te maken, die dus niet naar de markt kantelen maar naar de samenleving, denk ik dat we een goede stap zetten.

De **voorzitter**:

Nog één interruptie op dit punt, mijnheer Ganzevoort. Ik houd even de tijd in de gaten.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Het was net mijn eerste, maar u hebt groot gelijk, voorzitter. Ik ben heel blij met wat de heer Kuiper zegt, omdat ik eruit begrijp dat hij die substantiële, geborgde ledeninvloed een noodzakelijke voorwaarde vindt voor de beweging die we nu aan het maken zijn. Dat zou betekenen dat zijn steun aan dit voorstel afhangt van de wijze waarop de minister dit toezegt. Begrijp ik dat goed?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Dit weegt inderdaad heel zwaar voor ons. De heer Ganzevoort veronderstelde in zijn vorige interrupties dat ik hier het wetsvoorstel sta te verdedigen, maar ik heb er net zo goed mijn vragen bij. Ik vind een aantal elementen in de wet belangrijk en ik denk dat die nodig zijn binnen het stelsel dat we nu tot ontwikkeling hebben gebracht. Dan is wat we vandaag doen, een logische stap. Of je daar nu heel warm voor loopt of minder warm, dat zij dan zo. Tegelijkertijd moet dan echter binnen het stelsel dat andere element het volle pond krijgen, zodat het stelsel niet kantelt naar de markt. Dat hebben we eigenlijk nooit gewild, want we wilden een gemengd stelsel. We wilden een sociaal verzekeringsstelsel. De kant van de samenleving moet dus goed geborgd blijven. Daar ben ik op uit en dat is voor mijn fractie in dit debat een belangrijk punt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Voorzitter, ...

De **voorzitter**:

Ik wil de heer Kuiper even zijn betoog laten afmaken, mevrouw Slagter.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ook in deze bijdrage kwamen een aantal stevige vragen voorbij. Wij willen heldere waarborgen. Wij denken daarbij aan wat er gebeurt met de huisartsen in de eerste lijn. We willen ook graag stappen zien om het sociale karakter van ons zorgstelsel te verankeren. Daarbij heb ik het concrete voorstel gedaan om invulling te geven aan de mogelijkheid die de Zorgverzekeringswet zelf biedt om bij AMvB regels te stellen voor ledeninvloed. Ik wacht nu met belangstelling de reactie van de minister af.

De **voorzitter**:

Graag een korte interruptie als het kan, mevrouw Slagter.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Ik merk op dat de heer Kuiper het wel heeft over de drie partijen die op het veld het spel spelen, dus verzekeren, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar dat hij eigenlijk niets zegt over de positie van de zorgaanbieders, terwijl het toch evident is dat met dit wetsvoorstel over de wijziging van artikel 13 de positie van zorgaanbieders aanmerkelijk verzwakt wordt. Dat wordt onder andere door de NZa erkend. Zou de heer Kuiper er nog een enkel woord aan willen wijden hoe hij de positie ziet van zorgaanbieders in het veld, die toch ook een belangrijke positie hebben voor het welzijn van hun patiënten?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ik meen dat ik daarover wel een opmerking heb gemaakt toen ik sprak over de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Natuurlijk zal dit wetsvoorstel een consequentie hebben voor het veld van zorgaanbieders, met een concentratie aan de ene kant. Daar zullen andere patronen ontstaan, maar dat is ook een consequentie van het stelsel waarvoor we in Nederland hebben gekozen.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Mevrouw de voorzitter. Ik merk eerst op dat alleen het gesproken woord geldt, want in de loop van zo'n avond zijn er momenten waarop je je spreektekst hier en daar wat wilt aanvullen.

Over deze wet is al heel wat gewisseld tussen onze Kamer en de minister, niet alleen vanavond maar ook in het voorlopig verslag en het nader voorlopig verslag. Veel vragen zijn dus al beantwoord, ook wat ons betreft. Er waren veel vragen van diverse fracties. Het interessante is dat zij soms bijna diametraal tegenover elkaar staan, maar soms ook een gelijke strekking en achtergrond hebben.

Eén observatie wordt door vrijwel alle fracties gedeeld: waarom worden zo diverse zaken in één wetsvoorstel



samengebracht? Dat is al eerder duidelijk geworden en ook vanavond weer, maar ik wil dat toch ook aan de orde stellen. Verticale integratie gaat over totaal iets anders dan de twee andere te regelen zaken, namelijk het pgb en de vrije artskeuze. Ik vind dit een heel lastige vorm om wetgeving aan te bieden. In deze Kamer zijn geen amendementen mogelijk om eventueel delen van wetsvoorstellen uit te schakelen die ons niet bevallen. Het is heel lastig; de Eerste Kamer staat totaal voor het blok en dit lijkt mij toch een situatie die gemakkelijk kan worden vermeden. Voor mijn fractie is dit een op zijn zachtst gezegd onprettige gang van zaken.

Niettemin wil ik op elk van de drie punten namens de VVD-fractie nog kort ingaan, hoewel de meeste zaken al door andere woordvoerders voor mij aan de orde zijn gesteld. Het verbod op verticale integratie is voor onze fractie niet echt nodig. Het komt zelden voor, en wij vragen ons af hoe slecht het uitwerkt in de situaties waarin hiervan sprake is. Gaarne vernemen wij dit van de minister. Welke negatieve gevolgen zijn feitelijk — en niet theoretisch — het gevolg van al plaatsvindende verticale integratie? Kan de minister daarover gegevens leveren? Ook zijn er uitzonderingen op het verbod gemaakt die ons inziens tamelijk vaag zijn, bijvoorbeeld als het gaat om innovatieve initiatieven. Daaronder kan veel vallen. Het lijkt wel of de minister de verticale integratie aan de ene kant wil verbieden, maar die aan de andere kant oogluikend toestaat. Waarom wordt daaraan dan weer een wetstekst gewijd? We zitten in de gezondheidszorg al propvol wetten en regelingen. Elke nieuwe erbij is er in onze ogen een te veel. Schrap dan tenminste andere regelingen, zo vragen wij de minister keer op keer, maar dit gebeurt bijna nooit.

De oorspronkelijke Wet cliëntenrechten zorg van de voorganger van deze minister, waarvan de voorliggende wet een deel is en die een vlag voerde die de lading in het geheel niet dekte, was inderdaad zo'n bureaucratisch monster — laat ik het zo maar noemen — maar de vijf partijen ervan, die nu successievelijk zijn en worden aangeboden, doen daar niet veel voor onder. Het is een en al extra regeldruk. In de afgelopen vijftieneneenhalf jaar dat ik in deze Kamer zit, heb ik niets gezien dat meer extra regels oplevert dan dit cluster wetten. Overigens bevatte mijn maidenspeech in 1999 ook al forse kritiek op onnodige regelgeving, toen in het onderwijs. Er is dus niets nieuws onder de zon.

Het is alleen wel ernstiger, want de ene regeling stapelt op de andere. De tijd is nabij dat niemand het geheel meer overziet. Dat is zorgelijk. Alleen grote instellingen hebben op dit moment nog voldoende overhead om deskundigen op dit terrein in dienst te nemen. Kleine instellingen gaan er volledig aan onderdoor. Het wordt erger en erger en dat juist in de gezondheidszorg.

Zoals ik al zei, dit leidt tot de noodzaak om veel extra mankracht in dienst te nemen en dus tot hoge kosten. Ik kan wel zeggen dat de irritatiegraad in de gezondheidszorg terecht zeer hoog is. Er worden voortdurend nieuwe regels geformuleerd, terwijl er nauwelijks of geen oude regels verdwijnen. De achtergrond is natuurlijk dat er sprake is van een groot wantrouwen jegens de gehele sector van de gezondheidszorg. Dat is tragisch. De vraag is werkelijk of wij zo moeten doorgaan. Wat betreft de VVD-fractie is de grens niet alleen bereikt, maar ook overschreden.

Een van de grootste problemen in de gezondheidszorg op dit moment wordt gevormd door de uitzonderlijke en onbegrensbaar lijkende hoge kosten ervan. Daar is wat aan te doen, alleen gebeurt dat niet. Zo zou een beperking van het pakket een optie zijn, of meer behandelingsgerelateerde eigen betalingen met eventueel achteraf verrekeningen, die voor sommige mensen gunstiger kunnen zijn dan voor anderen. Bijna alle landen kennen dit fenomeen of deze twee fenomenen, behalve Nederland. Hier zijn wij zo solidair — lijkt het — dat het systeem het bijna niet meer aankan. Wat de minister ook zou voorstellen in dit opzicht, met zekerheid is te voorspellen dat zo'n voorstel het in ieder geval in de Tweede Kamer niet zou halen. In deze Kamer weet ik het niet.

Daarom komt de regering nu met een voorstel tot enige beperking van de vrije artskeuze. Het tweede item in dit wetsvoorstel moet in dit licht gezien worden. Bij een naturopakket is de verleiding voor alle partijen groot om ruimhartig van de voorzieningen gebruik te maken. Een naturopakket houdt immers in dat de patiënt alle verrichtingen verkrijgt zonder direct daaraan gelieerde eigen betalingen en zelfs zonder enig zicht op de kosten. Dit leidt tot een toename van de vraag naar zorg. Zoals gezegd, bijna alle landen met een breed sociaal systeem van gezondheidsvoorzieningen — wij zijn van mening dat wij dat in Nederland hebben — zijn dan ook overgegaan op eigen betalingen per verrichting. Dit geldt voor België, voor Duitsland en eigenlijk alle landen van Noordwest-Europa. Alleen hier is het taboe. Weliswaar kennen wij een fors eigen risico, maar dat is niet gerelateerd aan een behandeling en leidt niet tot een substantiële beperking van de vraag naar gezondheidszorg.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Hoe komt mevrouw Dupuis tot de conclusie dat het niet tot een substantiële beperking van de vraag naar gezondheidszorg leidt? Het is toch bekend dat het steeds hoger wordende eigen risico juist wel leidt tot een beperktere vraag dan wel een uitgestelde vraag. Wij vragen ons af of dat nu toe te juichen is.

**Mevrouw Dupuis (VVD):**

Dat laatste is een ander punt, maar er is nog geen definitief goed onderzoek waaruit blijkt wat de effecten van het eigen risico zijn, terwijl vroeger en ook in latere jaren heel veel onderzoek in met name andere landen is gedaan waaruit blijkt dat betalingen aan het begin van de gang door de gezondheidszorg wel degelijk leiden tot een heroverweging van de vraag bij de patiënt. Ik ben het dus niet met mevrouw Slagter eens dat dit zo duidelijk is. Dat is nog niet onderzocht.

Mijn vraag was of een beperkte beperking van de vrije artskeuze daarom verdedigbaar was. Wij horen vanavond dat velen dat niet vinden. Wat ons betreft, zal veel afhangen van de uitvoering. Daarover hebben wij wel een paar vragen. Die zijn ook niet helemaal nieuw, maar dat is moeilijk als je de zevende spreker bent. Hoe gaat die uitvoering verlopen? Hoe loopt de contractering? Gaat die via maatschappen of afdelingen, of via hele ziekenhuizen? Via individuele artsen is dat bijna niet mogelijk. Hoe zal het gaan als er een wachtlijst ontstaat? Mag de patiënt dan naar een ander ziekenhuis? Volgens artikel 13, lid 2b moet de hulp in de buurt zijn. Er staat echter niet dat naar een ander zie-

kenhuis overgegaan mag worden als er een wachtlijst is. Wij horen graag het antwoord van de minister op deze vraag. Dat lijkt ons een belangrijk punt.

De kwestie van de psychologen en psychiaters is er een om over na te denken. Ik wil er nog wel een argument aan toevoegen waarom die niet bij de uitzonderingen horen. Het gaat hier namelijk om de indicatiestelling. We hebben veel bewijs dat de indicatiestelling in de eerstelijns-ggz — dat geven psychologen en psychiaters ook toe — toch vaak lijkt af te glijden. Dat is een groot risico, niet alleen financieel maar primair voor de volksgezondheid, want je wilt graag dat ook in de eerste lijn bij psychische ziekten de indicaties goed bewaakt worden. Het risico van afglijden is daarbij veel groter dan in de somatische geneeskunde. Er wordt steeds naar argumenten gevraagd en dat is terecht, maar wij kunnen het ermee eens zijn dat voor de psychologen en psychiaters geldt dat zij niet onder de uitzondering vallen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik begrijp dat dit argument ermee te maken heeft dat moeilijk te objectiveren is wat nu precies de zorgbehoefte, de zorgkwaliteit en de te leveren zorg zouden moeten zijn. Je kunt het ermee eens zijn of niet, maar ik kan mij die redenering voorstellen. Betekent het echter ook dat mevrouw Dupuis van mening is dat je de selectieve inkoop ook alleen zou moeten doen op het moment dat je objectief kunt vaststellen wat kwalitatief goede zorg is en wat niet?

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Het is de hele avond al over de kwaliteit van zorg gegaan. Als u aan mij vraagt wat de kern van de kwaliteit van zorg is, dan is dat de juiste indicatie. Daar begint het mee. Als de indicatie niet goed gesteld is of als er handelingen worden uitgevoerd bij indicaties die niet echt strikt bij de desbetreffende behandeling horen, heb je een probleem. Het is niet totaal anders dan in de somatische zorg maar wel deels anders. Het is wel een situatie waarin je meer attent zou moeten zijn als zorgverzekeraar. Ik als buitenstander kan het gemakkelijk zeggen, maar het wordt ook door de sector zelf toegegeven. Het blijkt ook uit de onderhandelingen met de ggz over deze zaken.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Mevrouw Dupuis gaat wel voorbij aan mijn vraag. Als zij vindt dat die objectiveerbare kwaliteit die volgens haar bij de indicatie ligt, het springende punt zou moeten zijn voor al dan niet selectief inkopen, dan moet zij het er toch mee eens zijn dat wanneer die kwaliteit niet objectief kan worden vastgesteld, wat in een groot deel van de zorg, ook de somatische zorg, het geval is, een selectie op basis van kwaliteit op dit moment nog niet aan de orde kan zijn?

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Dat is het punt van de heer Ganzevoort dat hij vanavond al vele keren naar voren heeft gebracht. Ik heb de neiging om het daar niet mee eens te zijn. Er is wél veel bekend over kwaliteit van zorg, ook over kwaliteit van psychische zorg maar zeker ook over kwaliteit van somatische zorg. Er is al heel veel informatie over indicatiediscipline, zaken als interdoktervariatie zijn al jaren onderwerp van gesprek. Het

Zorginstituut vertegenwoordigd door het Kwaliteitsinstituut, wat er een onderdeel van is — ik heb er net nog een debat over meegemaakt — is er zeer goed mee bezig. Het is niet waar dat kwaliteit niet meetbaar is, mits je het wel beperkt tot twee zaken, te weten de scherpe indicatie en de uitvoering in "well skilled hands".

De heer **Flierman** (CDA):

Ik hoor mevrouw Dupuis zeggen dat zij constateert dat er in de ggz bij de indicatiestelling nog een aantal kwalitatieve problemen zijn, wat voor haar het schrappen van het hinderpaalcriterium rechtvaardigt. Ik heb ook nog wel eens horen opmerken dat het declaratiesysteem in de ggz in bepaalde gevallen minder gewenst gedrag uitlokt. Ik blijf mij echter afvragen of het schrappen van het hinderpaalcriterium het juiste middel is om dat probleem aan te pakken. Zijn we dan niet bezig om met een veel te zwaar middel een probleem aan te pakken dat mogelijk reëel is maar waar mogelijk ook alternatieven voor zouden kunnen zijn?

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Ik vind niet dat dit hier aan de orde is. Dit is het voorstel van de minister. Als VVD-fractie vinden wij dat goed doordacht. Er is in de ggz ook een beweging aan de gang om veel strikter te worden met indicaties. Dat lijkt in dit voorstel eigenlijk terug te komen. Dus laten we het maar proberen. Kijk, het is niet voor eeuwig. We kunnen altijd weer een andere kant opgaan maar op dit moment lijkt ons dit een zeer te verdedigen gang van zaken.

Zeker in de ggz willen patiënten graag een hulpverlener die bij hen past. Maar is het anderzijds wel zo dat patiënten nu wel helemaal kunnen overzien wie de psychologen of psychiaters zijn waaruit ze zouden kunnen kiezen? Hoe zouden zij die kennen? Hoe weet je van tevoren dat een bepaald type psycholoog of psychiater goed bij jou past? Dat is namelijk nog niet zo simpel.

Nu schijnen vooral grotere ggz-instellingen gecontracteerd te worden — ik neem aan dat dit samenhangt met de greep op de kwaliteit — en steeds minder zelfstandig werkende hulpverleners op dit gebied. Ik begrijp het maar ik vraag mij toch of dat niet een verlies is. Kunnen we nog iets doen om ook de individueel werkende hulpverleners op een of andere manier aan een toetsingssysteem te onderwerpen? Wat kan de minister hierover zeggen?

Ten slotte nog een vraag met betrekking tot het pgb. De regeling zoals in deze wet opgenomen, is eigenlijk een kaderregeling. Zo staat er bijvoorbeeld geen grens genoemd voor de hoogte van de uitkeringen. De minister laat dit kennelijk over aan de ziektekostenverzekeraars, behalve dan dat er staat dat er een AMvB kan worden uitgegeven. Wij willen dan toch graag van de minister horen wat daar dan ongeveer in zou moeten komen te staan. Dat is echt een heel lastig probleem. Zijn er grenzen aan een uitkeringen bedrag en, zo ja, hoe worden die bepaald? Het gaat hier met name over verpleegkundige zorg. Uit het verleden zijn krankzinnig hoge pgb's bekend, tot meer dan €120.000 per jaar toe en zelfs meer. En dit terwijl oorspronkelijk het pgb was begrensd: maximaal werd een bedrag uitgekeerd, dat gelijk was aan de gemiddelde kosten van intramurale zorg minus 20% met het oog op de overhead. Hoe staat het

er nu mee? Heeft de minister daarover recente gegevens? De politieke en ethische vraag is ook wat hier redelijk is. Stel dat een persoon graag thuis wil blijven, maar dag en nacht zorg nodig heeft. Kan dat dan of is de grens aan de uitkering wat normaal aan een verpleeghuis wordt uitgekeerd voor een patiënt? Het lijkt redelijk om een grens te stellen maar waar die moet liggen lijkt mij nog een heel probleem. Graag krijg ik hierop een inhoudelijk antwoord van de minister.

Wij hebben dus drie soorten vragen bij dit wetsvoorstel en wachten het antwoord van de minister met belangstelling af.



**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Voorzitter. Ik voer het woord mede namens de fractie van de Partij voor de Dieren.

Het voorliggend wetsvoorstel met de misleidende titel — alsof het daar alleen over zou gaan — "verbod verticale integratie" bevat drie onderdelen, die, nu ze gezamenlijk één wetsvoorstel vormen, moeilijk nog op hun afzonderlijke merites te beoordelen zijn. In feite krijgen ze nu ieder voor zich geen eerlijke kans. Het is een onbegrijpelijke package deal, waar door mijn fractie al de nodige vragen over zijn gesteld.

De beantwoording door de regering in de memorie van antwoord dat het voorstel de bepaling bevat dat de inwerkingtreding geschieden zal bij Koninklijk Besluit, waarin voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillende tijdstippen kunnen worden vastgesteld, stelt enigszins gerust. Deze Kamer zou eventueel het voorstel kunnen aanvaarden met de toezegging van de regering dat een aanpassing zal volgen, middels een wetswijziging, daarbij tevens toezeggend dat tot die tijd het bestreden onderdeel niet in werking zal treden. Wij zijn van mening dat met het onderdeel van het voorliggende wetsvoorstel, waarin voorgesteld wordt artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen, er onevenredig veel macht bij zorgverzekeraars komt te liggen, dat daarmee de positie van zorgaanbieders en patiënten wordt verzwakt, waardoor het speelveld in disbalans raakt, en dat daarmee de gepropageerde keuzevrijheid voor grote groepen verzekerden ernstig wordt beperkt.

Het eerste onderdeel verleent aan het wetsvoorstel de titel: verbod op verticale integratie. Opvallend is dat de argumenten die de regering gebruikt om dit verbod te verdedigen deels tegenover gesteld zijn aan die waarmee ze de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet meent te moeten verdedigen. Collega Flierman had het al over de twee verschillende afdelingen op het departement. In de nadere memorie van antwoord wordt daarover gezegd dat de regering niet uitsluit dat een zorgverzekeraar ernaar zou kunnen streven dat een zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft, optimale kwaliteit tegen een goede prijs levert. Echter omdat zij, de regering, ook niet uitsluit dat een zorgverzekeraar een bedrijfseconomisch belang heeft bij de prestaties van "zijn" zorgaanbieder, is het verbod tot verticale integratie in het leven geroepen. Daarmee wil de regering voorkomen dat het bedrijfseconomisch belang leidend wordt voor de handelswijze van de zorgverzekeraar in plaats van de kwaliteit van de geleverde diensten. Daarbij

past niet de schijn van belangenverstrengeling. Onze conclusie: verbod verticale integratie is nodig om te voorkomen dat zorgverzekeraars te veel macht krijgen en dat verzekerden het vertrouwen verliezen in het zorgverzekeringsstelsel. Onderschrijft de minister deze conclusie? Mijn fractie is met haar van mening dat dit onderdeel van het wetsvoorstel het vertrouwen van verzekerden in het stelsel kan versterken. Wij zijn echter ook van mening dat daarvoor veel meer nodig is dan een verbod op verticale integratie, een verbod dat ook zonder het wetsvoorstel al mogelijk was. Een zorgverzekeraar kan ondanks het verbod feitelijk nog veel invloed op het beleid van de zorgverlener of de instelling uitoefenen. Daar is geen juridische eigendom voor nodig. Door middel van financieringsafhankelijkheid — al of niet een contract, that's the question — is er al snel sprake van een zodanige binding dat er feitelijk sprake is van een nagenoeg volledige zeggenschap. Het verbod op verticale integratie zal dan een wassen neus blijken te zijn en leidt mogelijk zelfs af van waar het werkelijk om gaat.

Vertrouwen in zorgverzekeraars is ook voor de fractie van de SP een belangrijk thema, evenals voor de fractie van de Partij voor de Dieren. Er is veel kritiek vanuit de maatschappij op het handelen van de vier grootste zorgverzekeraars, die tezamen meer dan 90% van de markt in handen hebben. Ook wij zijn van mening dat de belangen van verzekeraars en verzekerden parallel zouden moeten lopen. Zorgverzekeraars zouden geen ander belang voor ogen moeten hebben dan het belang van hun verzekerden. Toch merken wij hierbij op dat de praktijk veel weerbarstiger is dan de stelligheid waarmee de regering haar standpunt wil onderbouwen.

Naast de vraag wat onder "de verzekerde" zou moeten worden verstaan, de jonge gezonde intellectueel of de oudere patiënt met multimorbiditeit en lage sociaal-economische status — de laatste groep betreft een categorie verzekerden voor wie, ik hecht eraan dat te benadrukken, het stemmen met de voeten de grootste flauwekul is — is er ook geen inzicht in de verwevenheid tussen organisaties die zich bewegen op het gebied van zorgverzekeringen. De grootste zorgverzekeraar van Nederland, Achmea, met meer dan 5 miljoen verzekerden, is voor 100% in handen van een commerciële onderneming, de holding Achmea. Aandelen daarvan zijn onder meer, voor 20%, in handen van de Rabobank. De Rabobank heeft naast het aandelenbezit grote belangen in de zorgsector, onder meer door financiering van vastgoed en zorginstellingen. Is de minister van mening dat er voldoende inzicht is in de verwevenheid tussen organisaties en is informatie daarover openbaar? Is er toezicht op de onderlinge relaties tussen contractonderhandelings van Achmea als zorgverzekeraar enerzijds en de commerciële activiteiten van Achmea en Rabobank anderzijds, als het gaat om onderlinge afhankelijkheid? Kan de minister aangeven hoe hierbij voorkomen kan worden dat het bedrijfseconomisch belang de boventoon voert? De minister heeft ook aangegeven dat de meeste zorgverzekeraars coöperaties zijn en geen winstbelang nastreven. De Vestia-affaire heeft ons echter geleerd dat dat geen garantie oplevert voor goed gedrag van bestuurders en organisaties. Misbruik is in iedere branche mogelijk, belangen van verzekerden kunnen ook geschaad worden. Graag een reactie.

Het tweede onderdeel van het wetsvoorstel, dat er per tweede nota van wijziging is ingebracht, betreft de introductie van een Zvw-pgb. Eerder heeft mijn fractie er al haar verbazing over uitgesproken dat de regering het regelen

van dit onderdeel, dat nodig is in verband met de overheveling per 1 januari 2015 van de wijkverpleging vanuit de AWBZ naar de Zvw, afhankelijk heeft willen maken van het debat over verticale integratie, omdat het naar onze mening inhoudelijk veel sterker verbonden is met het debat over de Wlz. Wij hebben daarover al met de staatssecretaris gedebatteerd. Signalen uit het land leren dat er over dit pgb, waarmee door verzekerden die erop zijn aangewezen – volgens opgave in de memorie van antwoord circa 38.000 personen – wijkverpleging- en verzorging kan worden ingekocht, veel onduidelijkheid is, terwijl het voor een aantal van hen een voortzetting zou moeten betekenen van een al bestaande situatie.

Het is aan gemeenten en zorgverzekeraars zelf om de budgethouders te informeren over de wijze waarop zij het pgb gaan uitvoeren. Hiervoor zijn afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de manier waarop ze, door samen te werken, tot een integrale dienstverlening komen van cruciaal belang. Voor degenen die komend vanuit een situatie waarin het pgb vanuit de AWBZ werd bekostigd, moeten overstappen naar een pgb dat deels wordt bekostigd vanuit de Wmo of de Jeugdwet en deels vanuit de Zvw, is die samenwerking van levensbelang. Hoe staat het met die samenwerking? Loopt die via het zorgkantoor of dienen individuele gemeenten met verschillende zorgverzekeraars te overleggen?

Maakt het voor de verzekerde die voor een Zvw-rgb in aanmerking wenst te komen, uit of hij of zij een natura- of restitutiepolis heeft? Klopt het dat zorgverzekeraars dit nog niet parlementair goedgekeurde instrument al wel in de polissen hebben verwerkt? Hoe kunnen overigens chronische patiënten drie weken voor ingang van de nieuwe wetgeving op alle ingrijpende veranderingen anticiperen en op dit moment de juiste polis uitkiezen? Hoe robuust is de overgangsregeling voor de kinderen die zijn aangewezen op intensieve kindzorg en de ouderen die langdurig op extramurale verpleging en verzorging zijn aangewezen, en die nu gebruikmaken van een pgb?

Verzekeraars hebben in principe zelf de vrijheid de voorwaarden in te vullen. Ze zijn wel uitgewerkt volgens de afspraken die tussen de minister en staatssecretaris van VWS, ZN en Per Saldo zijn gemaakt. Dit wreekt zich met name ook bij de hoogte van de tarieven voor niet-professionele zorg. Wij hebben hierover ook al gesproken in het debat met staatssecretaris Van Rijn. Wat is de stand van zaken met betrekking tot het tarief? In het debat met de staatssecretaris gaf deze aan dat zorgverzekeraars dit tarief te laag inschatten en dat hij hun daarom heeft opgedragen voorlopig uit te gaan van €20 per uur. Wanneer kunnen zorgverzekeraars wel overgaan op door henzelf bepaalde tarieven? De NZa speelt bij de bepaling hiervan geen rol, de minister wel. Is zij bereid om zo spoedig mogelijk in lagere regelgeving een maximale vergoeding voor niet-professionals vast te leggen? Als er een groot verschil gaat ontstaan tussen verschillende zorgverzekeraars met betrekking tot de hoogte van dit tarief, welke mogelijkheden heeft een verzekerde dan om te stemmen met de voeten? Is het mogelijk om het pgb mee te nemen als je wilt overstappen? De aanvraagprocedure is arbeidsintensief, kost veel tijd en is risicovol met het oog op nieuwe bezuinigingen. Collega Kuiper gaf dat ook al aan. De minister weet ook wel dat zorgverzekeraars nu al piepen over de oplopende kosten in verband met de overheveling van dit soort zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw. Verwacht zij dat de

zorgverzekeraars zich zonder morren en klantvriendelijk zullen opstellen bij het invoeren van het pgb voor deze zorg? Heeft zij informatie voor ons hoe het staat met de inkoop van cliëntondersteuning door zorgverzekeraars, die juist voor deze groep van groot belang is en per 1 januari beschikbaar zou moeten zijn?

Het pgb heeft de afgelopen jaren niet altijd een beste naam gehad, gezien de mogelijkheden tot misbruik. Dat is de belangrijkste reden dat onder de Wlz, Jeugdwet en de Wmo het trekkingsrecht is ingevoerd met de SVB als uitvoerder. Via het Servicecentrum PGB biedt de SVB ondersteuning aan pgb-houders. Zonder die steun is het voor de individuele pgb-houder moeilijk om het pgb verantwoord te beheeren. Wij vragen de minister om de zorgverzekeraars erop te wijzen dat invoeren van een trekkingsrecht belegd bij de SVB, ook voor het Zvw-rgb faciliterend voor de verzekerde is en fraude kan tegengaan. Is de minister daartoe bereid?

Het laatste onderdeel van het voorliggende wetsvoorstel bevat de wijziging van artikel 13 van de Zvw. Een wijziging die voor veel maatschappelijke onrust heeft gezorgd, getuige de massale steun voor de petitie die ons voor de aanvang van de vergadering is aangeboden. Zoals ik in mijn inleiding al zei, zijn wij van mening dat door deze wijziging onevenredig veel macht bij zorgverzekeraars komt te liggen, dat daarmee de positie van zorgaanbieders en patiënten wordt verzwakt waardoor het speelveld in disbalans raakt, en dat daarmee de gepropageerde keuzevrijheid voor grote groepen verzekerden ernstig wordt beperkt.

De wijziging van het artikel was volgens de toelichting voorwaardelijk onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden ggz en medisch-specialistische zorg, die de minister in juli 2013 heeft gesloten met de sectoren. De afspraken daarin behelzen een groeibeperking van de kosten van de zorg van 1 miljard, te bereiken door zorgverzekeraars toe te staan selectief te contracteren. De financiële onderbouwing van dit bedrag is mager en is ons inziens niet te kwalificeren als een "pressing social need". Uit rapportages van de NZa blijkt dat de vergoeding via het oude artikel 13 in de medisch-specialistische zorg rond 60 miljoen bedraagt en in de curatieve ggz rond 130 miljoen. Als dit lek gestopt zou worden door de wijziging van artikel 13, levert het nog lang niet de beoogde 1 miljard op. Wij denken dat hier sprake is van wensdenken van de minister en vragen om een toelichting. Is zij echt van mening dat selectieve contractering wezenlijk zal bijdragen aan een dermate grote groeibeheersing en hoe dan wel? Uit de rapportages van de NZa blijkt dat de vergoeding via het oude artikel 13 in de medisch-specialistische zorg rond de 60 miljoen bedraagt en in de curatieve ggz 130 miljoen. Als dit lek gestopt zou worden door de wijziging van artikel 13, levert het nog lang niet de beoogde 1 miljard op. Wij denken dat hier sprake is van wensdenken van de minister en vragen om een toelichting. Is zij echt van mening dat selectieve contractering wezenlijk zal bijdragen aan een dermate grote groeibeheersing? Hoe dan?

Zorgverzekeraars krijgen aanmerkelijk meer marktmacht, terwijl de positie van zorgaanbieders wordt verzwakt. Het onderhandelingsveld tussen beide partijen dreigt in disbalans te raken. De regering lijkt dit te onderkennen. Op bladzijde 8 van de nadere memorie van antwoord staat, naar aanleiding van de recente evaluatie van de Wmg en de NZa, verricht door onderzoeksbureau AEF, dat de NZa haar beleidsuitgangspunten tegen het licht moet houden

en waar nodig moet bijstellen. Uit de evaluatie blijkt namelijk dat de NZa het standpunt inneemt dat verkoopmacht van zorgaanbieders schadelijker is dan inkoopmacht van zorgverzekeraars, met name omdat dit laatste ten goede komt aan de consument. Gevolg hiervan is dat de NZa de klachten over inkoopmacht vrijwel standaard afwijst. AEF oordeelt dat dit gestoeld is op aannames die niet allemaal meer van toepassing zijn. Dat roept bij ons de vraag op of de NZa wel met haar tijd meegaat en op haar taak berekend is. Het is toch een veeg teken dat de NZa zelf publiekelijk heeft toegegeven dat ze zich zorgen maakt over de machtsconcentratie bij zorgverzekeraars? Ze kunnen strengere controles verwachten, heeft de NZa uitgesproken.

Wij maken ons al veel langer zorgen en niet alleen over de machtsconcentratie. Wij maken ons ook zorgen over het oerwoud aan verschillende polissen, waardoor het overzicht volledig zoek is, over de marketingcampagnes en over de toename van risicoselectie. Zorgverzekeraars zoeken de randen van de wet op in een poging om lucratieve klanten binnen te halen en kostbare klanten buiten de deur te houden. Zelfs de voorzitter van ZN en de voorzitter van de raad van bestuur van een grote zorgverzekeraar delen deze zorg. De opmerkingen van de voorzitter van de RVZ dat de legitimiteit van zorgverzekeraars in het geding is, komen hier nog bovenop. Overigens is het nog maar de vraag of inkoopmacht altijd ten goede komt aan de consument. Dat zou kunnen in die gevallen dat de inkoopvoordelen, als het om geld gaat, zouden neerslaan bij de verzekerden, in de vorm van lagere premies. Ze dragen nu echter eerder bij aan de groeiende reserves van zorgverzekeraars die eind 2013 meer dan twee maal zo hoog waren dan de Nederlandse Bank vereist. Inkoopvoordelen, zoals betere kwaliteit, zouden de verzekerden ten goede kunnen komen. De regering merkt zelf ook op dat momenteel het onderbouwen en inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg nog in ontwikkeling is. Het kost tijd om volledige transparantie van de kwaliteit van de zorg te realiseren en dus ook om transparant te krijgen of de inkoop van een bepaald zorgaanbod tot stand is gekomen vanuit het kwaliteitsperspectief, of vanuit een bedrijfseconomisch belang. Die duidelijkheid kunnen zorgverzekeraars nog lang niet bieden.

De positie van zorgaanbieders verzwakt. Niet zelden worden ze gedwongen om te tekenen bij het kruisje. De disbalans ten nadele van zorgaanbieders doet zich het meest pregnant voor bij de kleinere aanbieders in de eerstelijns, met name in de ggz-sector en bij de fysiotherapeuten. Wat is er te kiezen voor deze groepen? Welke positie hebben zij tegenover de shoppende zorgverzekeraar? De notie dat zij vanuit hun professionaliteit oog hebben voor de belangen van hun cliënten en patiënten is in onze ogen minstens zo verdedigbaar als de notie dat belangen van zorgverzekeraar en verzekerde parallel lopen. Het is belangrijk om een middenweg te bewandelen en daaraan draagt de wijziging van artikel 13 niet bij. Ik hoor graag een reactie hierop van de minister.

Zorg die door huisartsen wordt geleverd valt door aanname van het amendement-Slob c.s. buiten de wijziging van artikel 13. Wil de minister verduidelijken of artikel 13a naast basis huisartsenzorg ook programmatische multidisciplinaire zorg, resultaatbeloning en zorgvernieuwing omvat? Zo ja, vereist dat dan niet een aanpassing van de NZa-beleidsregels? Collega Kuiper wees er ook al op.

Tot slot. Keuzevrijheid is een illusie. Er is geen keuze voor hen die zich geen duurdere restitutiepolis kunnen veroorloven. Er is geen keuzevrijheid voor het grote leger van wanbetalers dat verzeild is geraakt in financiële regelingen met zorgverzekeraars of met gemeenten. Voor degenen die het te hoge eigen risico niet meer kunnen opbrengen en dus ook een regeling moeten treffen. Voor de chronisch zieken en gehandicapten die gevangen zitten bij hun zorgverzekeraar en niet kunnen overstappen omdat de kosten en de risico's daarvoor te hoog zijn, terwijl voor hen juist de continuïteit in zorgverlening en zorgverlener extra zwaar telt door de jarenlang opgebouwde vertrouwensband. Keuzevrijheid is slechts beschikbaar voor een selecte groep. Deze groep kan overigens ook zo maar aan de andere kant van de streep belanden, als chronisch zieken of gehandicapten. Het is onmogelijk om daarop te anticiperen met de keuze voor een zorgverzekeringpolis. De regering wenste dat zorgverzekeraars elkaar zouden beconcurreren op basis van inkoop van kwaliteit van zorg. Ogenscheinlijk zijn ze echter vaak bezig met geld, macht en groter worden. Met de komst van het nieuwe zorgstelsel zou er maximale keuzevrijheid komen. Met zorgverzekeraars in de rol van regisseur zouden de kosten dalen. Van beide is tot nu toe niet veel terechtgekomen. Door zorgverzekeraars toe te staan selectief te contracteren en toe te staan dat het hinderpaalcriterium wordt afgeschaft, wordt de keuzevrijheid ingeperkt. Dat gebeurt naar onze stellige overtuiging op basis van valse veronderstellingen en argumenten. Daarnaast blijft het twijfelachtig of het voorstel een beoordeling door het Europese Hof van Justitie zal overleven, omdat het strijdig is met de EU-richtlijn 2001-24-EU, betreffende rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Wij verzoeken de minister dringend om de voorgestelde wijziging van artikel 13 niet in te voeren. Door de wijziging in het voorliggende wetsvoorstel te koppelen aan twee andere zaken, waarvan één cruciaal is voor degenen die ervan afhankelijk zijn, brengt ze ons in een onmogelijke spagaat. We verwachten dat zij in haar beantwoording uitgebreid op dit dilemma ingaat.



De heer **De Lange** (OSF):

Voorzitter. Het is aan mij, zoals wel vaker het geval is, om de dagsluiting uit te spreken. Veel argumenten zijn gewisseld. U zult van mij een aantal dezelfde argumenten horen, maar troost u met de gedachte dat deze argumenten in mijn woorden zullen zijn en dat het uiteindelijk de druppel is die de steen uitholt.

Het voorliggende wetsvoorstel betreft een drietal afzonderlijke elementen die naar mijn mening niet zo veel met elkaar te maken hebben. Hiermee neemt de regering het risico dat waardevolle onderdelen van het voorstel door de koppeling met minder geslaagde componenten sneuvelen, of omgekeerd. De drie elementen zijn het verbod op verticale integratie, de veel besproken en bekritiseerde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet en de verankering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet, zodat verzekerden wijkverpleging en verzorging kunnen inkoop. Voor mijn fractie leidt deze cumulatie van ongelijksoortige zaken tot een lastige afweging. Ik ben daarin niet de enige. Al veel langer maakt mijn fractie zich zorgen over de reeds aanzienlijke en nog steeds toenemende macht van de zorgverzekeraars. Hoewel kostenbeteugeling in de zorg

noodzakelijk is, en hoewel een zekere mate van marktwerking hierbij nuttig kan zijn, overheersen toch de minder positieve aspecten. In principe staat keuzevrijheid voor de verzekerde hoog in het vaandel, kan de verzekeraar voor het basispakket niemand weigeren en is risicoselectie simpelweg verboden. Bij de aanvullende verzekeringen bestond aanvankelijk acceptatieplicht, maar momenteel worden wel toelatingseisen gesteld en wordt dus aan risicoselectie gedaan. Ook treedt er een geleidelijke verschuiving op van basispakket naar steeds duurder aanvullende pakketten. We zijn hiermee op een hellend vlak gekomen. Risicoselectie is de bijl aan de wortel van de solidariteit, die essentieel is om een collectief zorgstelsel in stand te houden. Hierbij wordt door zorgverzekeraars regelmatig de rand van het toelaatbare opgezocht of overschreden. De regering betoogt graag en vaak dat het systeem van zorgverzekeraars garant staat voor de hoogst mogelijke kwaliteit tegen de laagst mogelijke prijs. Juist op dat punt bestaan grote twijfels, en ik zal daar in mijn betoog op ingaan.

In deze tijd van het jaar kunnen we evenmin als Sinterklaas en de kerstman de advertorials van zorgverzekeraars ontlopen. Zo hoor ik tot vervelens toe spotjes van Promovendum, die zich specifiek richten op hoger opgeleiden. Dat heeft evident te maken met de positieve correlatie die bestaat tussen opleiding en gezondheid en is dus een vorm van risicoselectie.

Andere zorgverzekeraars hanteren een aanmeldingssysteem dat voor jongeren simpel en voor ouderen gecompliceerder is. Opnieuw een voorbeeld van een bewuste poging tot risicoselectie. Het loont dus niet uw zorgverzekeraar te vertrouwen, of hem de vrije hand of zelfs maar een vrije vinger te geven.

Idealiter zouden zorgverzekeraars moeten concurreren op prijs én kwaliteit. Dat op prijs geconcurrereerd wordt, moge duidelijk zijn. Als men het marktaandeel wil vergroten, getuigt dat ook van realiteitszin, want de grote meerderheid van mensen op zoek naar een verplichte verzekering wordt gevormd door prijskopers. Kwaliteit is daarbij een overweging van ondergeschikt belang. Hoe kan het ook anders, want er zijn weinig begrippen zo diffuus als juist kwaliteit. Ik heb enige ervaring met kwaliteitsbeoordeling op het gebied van wetenschap, en daarbij is de kwalificatie "buitengewoon lastig" een understatement. Is de zorgverzekeraar sowieso in staat om op objectieve wijze vast te stellen wat inhoudelijke kwaliteitseisen zijn en of daaraan voldaan is? Is het überhaupt de competentie van zorgverzekeraars hier uitspraken over te doen? Of zou dat op volstrekt onafhankelijke en transparante wijze op basis van controleerbare uitgangspunten moeten gebeuren? Lopen we dan niet alsnog het risico van het soort lijstjesfetisjisme waar de onderwijswereld terminaal aan lijdt? Als het over kwaliteit gaat, praat de zorgverzekeraar of anderen na, of koerst hij op indirecte indicatoren. Daardoor lijkt de nogal subjectieve mening van de zorgverzekeraar vaak een doorslaggevende rol te spelen bij de contractering van allerhande zorgverleners. Hoezo concurreren op prijs én kwaliteit?

Het beteugelen van de macht van zorgverzekeraars kan in principe op steun van mijn fractie rekenen. Niettemin rijst de vraag of het nu voorgestelde verbod op verticale integratie een voldoende stap in de goede richting is. Daar kan men met recht en reden aan twijfelen.

Allereerst kan men zich afvragen in hoeverre tot nu toe verticale integratie een probleem is gebleken. Bestaande gevallen worden bovendien gerespecteerd en er komt ruimte voor uitzonderingen. De Raad van State betoogt overtuigend dat er andere en betere instrumenten voorhanden zijn die zonder in strijd te komen met bepalingen in het EU-recht effectiever kunnen zijn. Bovendien hebben grote zorgverzekeraars, ook bij een verbod op verticale integratie, onder het motto "wie betaalt bepaalt" toch al zeer veel macht over met name kleine zorgaanbieders. Alles afwegende, ziet mijn fractie geen grote voordelen in dit onderdeel van het wetsvoorstel. Wellicht kan de minister me alsnog overtuigen van het tegendeel.

Veel moeilijker ligt het voor mijn fractie bij de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Het verzet vanuit diverse maatschappelijke organisaties is aanzienlijk en dat is goed te begrijpen. Keuzevrijheid is een groot goed en de standpunten van een hele reeks organisaties die met de wijziging van artikel 13 te maken krijgen een teken aan de wand. Waar leidt dit element van het wetsvoorstel toe? Waar het verbod op beperking van verticale integratie poogt, de macht van zorgverzekeraars in te tomen, wordt met de artikel 13-aanpassing in feite het tegendeel bereikt. Grote zorgverzekeraars kunnen door het volume van hun marktaandeel scherp op prijs concurreren. Kleine zorgaanbieders die te lastig zijn, of die om andere redenen nauwelijks een rationeel-inhoudelijke, controleerbare en transparante basis hebben, worden simpelweg niet gecontracteerd.

Een belangrijk punt van zorg is dat de goedkoopste naturopolissen, waarbij selectief gecontracteerd wordt, beperkingen opleggen aan de vrije artskeuze, terwijl de duurder restitutiepolissen dat niet doen. Bovendien kan de regering niet aangeven in welke mate de kosten van beide soorten polissen uiteen zullen gaan lopen. Onvermijdelijk gevolg zal zijn dat er ten aanzien van al dan niet vrije artskeuze een schifting zal optreden naar inkomen. Mijn fractie vindt dat uitermate ongewenst.

Een ander curieus element is de bepaling in het wetsvoorstel dat zorgverzekeraars rekening houden met godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergronden van verzekerden. Wat deze regering al niet verzint om aan een meerderheid in deze Kamer te komen!

Laat me op dit punt een aantal zaken duidelijk stellen. Ik ben als rechtlijnige bèta een overtuigd aanhanger van "evidencebased medicine". Behandelmethoden waarvoor geen of onvoldoende wetenschappelijke basis bestaat, horen niet thuis in het reguliere zorgaanbod. Zorgverleners dienen zich te beperken tot behandelingen die aan deze eis voldoen.

Tevens streeft mijn fractie naar een strikt seculiere samenleving, waarin de staat geen rol te vervullen heeft op het terrein van godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergronden. Wetsbepalingen omtrent de gezondheidszorg die deze elementen wel expliciet onderdeel van beleid maken, zijn strijdig met het uitgangspunt dat gezondheidszorg strikt "evidencebased" dient te zijn. Voor we het weten moet de zorgverzekeraar zich het hoofd breken over verzekerden met moslim-acupuncturistische ideeën, shintoaanhangers met homeopathische neigingen, en atheïsten met voorkeur voor zorgverleners met precies die levensovertuiging. Dat lijkt me niet de richting die we uitmoeten. Bovendien is het überhaupt een illusie te ver-

moeden dat een zorgverzekeraar een dergelijke rol kan vervullen.

Het derde element in het wetsvoorstel betreft de overheveling van verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Deze keuze roept op zich al vragen op.

Bovendien wordt in alle polissen van zorgverzekeraars de mogelijkheid van een persoonlijk budget (Zvw-pgb in het gebruikte jargon) voor de aanspraak verpleging en verzorging opgenomen. Deze keuze leidt natuurlijk wel tot afbakeningsproblemen met andere vormen van pgb's en waarschijnlijk tot nodeloze bureaucratie. Simpel wordt het er allemaal niet van, en vereenvoudiging van wetgeving zou toch zeker ook in de gezondheidszorg een belangrijk uitgangspunt moeten zijn. Hoewel het verstrekken van pgb's voor verpleging en verzorging een zekere logica niet ontbeert, is veel minder duidelijk waarom het voorstel wordt ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet en niet elders.

Samenvattend, het wetsvoorstel heeft een drietal elementen die slechts in een losse relatie tot elkaar staan. Het element van verbod op verticale integratie beoogt de macht van zorgverzekeraars te beperken, de artikel 13-aanpassing zal juist weer tot het tegendeel leiden.

Dit roept vragen op over de consistentie van het beleid. Wat is nu precies de visie van deze regering op het fenomeen zorgverzekeraar, een fenomeen bovendien dat bepaald niet statisch is, maar zich heel geleidelijk ontwikkelt in de richting van meer macht en meer invloed? Het gevaar is naar mijn mening dan ook levensgroot dat de toenemend zwaarder wegende aspecten van kostenbeheersing en winstoogmerk bij de zorgverzekeraar zullen gaan ten koste van fundamentele verworvenheden als onafhankelijke kwaliteitsbeoordeling en keuzevrijheid. Dat moeten we denk ik als samenleving met elkaar niet willen.

Wat mijn definitieve standpuntbepaling betreft, ben ik er nog niet uit. Een belemmerende factor daarbij is dat de wet uit onderdelen bestaat die onderling niet congruent zijn. Ik zal daarom met nog meer belangstelling dan normaal luisteren naar de beantwoording van de minister. Naar ik hoop en verwacht zal zij uitgebreid ingaan op mijn diverse punten. We gaan het horen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik was natuurlijk even getriggerd door de interessante lijst van religieuze stromingen die de heer De Lange op tafel legde. Vakmatig gezien moet ik als theoloog zeggen dat ik de stromingen die hij hier beschreef nog niet herkende. Maar vooruit, ze kunnen altijd nog ontstaan. De vraag die dat oproept is wel deze. Ik begrijp heel goed de voorkeur voor een seculiere benadering van het hele stelsel, maar ik heb de heer De Lange ook horen zeggen dat er op het punt van kwaliteitsmeting toch nog wel grote vragen zijn. Toch kiest hij ervoor als rechtgeaarde bèta om een strikt objectieve wegging te gebruiken in het hele stelsel.

**De heer De Lange (OSF):**

Bij voorkeur, ja.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Bij voorkeur, ja. Daar zit nu precies het probleem, want is de heer De Lange het met mij eens dat in delen van de zorg, niet overal, bijvoorbeeld in de ggz, een vertrouwensrelatie van essentieel belang is? Is de heer De Lange het dan met mij eens dat bijvoorbeeld zaken als gender, zoals een voorkeur voor een vrouwelijke arts, of seksuele diversiteit en de sensitiviteit daarvoor, maar dus ook morele en levensbeschouwelijke achtergronden, wel degelijk van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van de zorg? Niet omdat gereformeerde of moslim-acupuncturistische zorg er als zodanig anders uitziet maar omdat de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger wel van groot belang is.

**De heer De Lange (OSF):**

Ja, de heer Ganzevoort roert een belangrijk punt aan. Daarover heb ik uiteraard ook wel nagedacht. Ik denk dat het ervan afhangt van welke kant je de problematiek bekijkt. Als je de zaak bekijkt van de kant van de overheid, ben ik van mening dat de overheid zich niet in deze zaken moet begeven. Als je je echter verplaatst in de kant van de patiënt, van de cliënt of hoe je het noemt, is het wel degelijk mogelijk dat de cliënt, op wat voor gronden dan ook, op gronden die niet evidencebased zijn, bepaalde voorkeuren heeft. Dat probleem is eenvoudig op te lossen door juist de keuzevrijheid in de gezondheidszorg optimaal te laten zijn. Dan ben je onmiddellijk van dat probleem af. Ik wil echter heel graag de scheiding maken tussen wat de overheid moet doen, wat de competentie van de overheid is, waarvoor de overheid dient te staan en wat de vrije keuze is van de mensen die het betreft, die die zorg nodig hebben. Daarom gaat het mij.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Met die intentie ben ik het eens. Het is dus de taak van ons als medewetgever om te borgen dat die diversiteit in de zorg bewaard wordt omwille van de kwaliteit.

**De heer De Lange (OSF):**

Door keuzevrijheid op alle punten te garanderen. Daarom gaat het.

De beraadslaging wordt geschorst.

**De voorzitter:**

Ik schors de vergadering tot morgenochtend 9.00 uur.