

Vergaderjaar 2009–2010

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 292

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 4 maart 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 28 januari 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2009 over de toezegging gedaan tijdens het algemeen overleg Zorgverzekeringswet op 2 juli 2009 (29 689, nr. 273);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2009 over het risicovereveningssysteem 2010 (29 689, nr. 276);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 november 2009 over de toezeggingen gedaan tijdens het algemeen overleg Zorgverzekeringswet inzake een herbeoordeling van het pakket (29 689, nr. 279);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 december 2009 met een lijst van vragen en antwoorden inzake het risicovereveningssysteem 2010 (29 689, nr. 283);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 december 2009 met een lijst van vragen en antwoorden inzake de bevindingen van de NZa monitor met betrekking tot de Zekurpolis en het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met jonge gezonde verzekerden (29 689, nr. 284);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2009 over de evaluaties van de Zvw, Wzt, WMG, CVZ en NZa (29 689, nr. 282);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2009 inzake het verslag schriftelijk overleg inzake de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 (29 689, nr. 287);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 januari 2010 over de toetreders op de zorgverzekeringsmarkt en verticale integratie (N.a.v. toezeggingen en motie-Zijlstra/Van der Veen over het niet toestaan van fusies van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.) (29 689, nr. 289);**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gil'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 januari 2010 over het «Samenvattend Rapport Uitvoering Zvw 2008» van de NZa (29 689, nr. 288).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van Gent, Van Gerven, Smeets, Smilde, Van der Veen, Van der Vlies, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Zijlstra

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de agenda staat de Zorgverzekeringswet. Ik heet de minister en zijn ambtenaren, de geachte afgevaardigden en het publiek op de publieke tribune van harte welkom.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Nou, dat was wat, in de herfst van 2005, net voor de invoering van de Zorgverzekeringswet. Er deugde niets aan de wet. De huisartsen schreeuwden moord en brand; sommige partijen in de Kamer kondigden het einde der tijden aan en de algemene mening was dat het verzekerden alleen maar veel geld zou kosten. Hulde aan alle betrokkenen die op 1 januari 2006 de invoering van de Zorgverzekeringswet mogelijk hebben gemaakt. De Zorgverzekeringswet, zo stellen de onderzoekers, is een succes. Iedere Nederlander, oud of jong, ziek of gezond, is tegen dezelfde voorwaarden verzekerd. Natuurlijk was het van meet af aan zaak om goed te monitoren en mogelijke knelpunten op te lossen. In de analyse van de onderzoekers komen bekende knelpunten naar voren, waaraan gewerkt wordt, maar dat neemt niet weg dat er ook nog veel te doen is. Door een mix van oorzaken komt de zorginkoop maar langzaam op gang. Verzekerden realiseren zich niet dat ze gewoon kunnen overstappen. Ik blijf bij mijn verzekeraar want ik ben te oud om over te stappen, is nog steeds veel gehoord. De relatie tussen patiënt en zorgaanbieder staat centraal in deze wet. De zorgverzekeraar is daarbij faciliterend, als verlengde arm van de verzekerde. Een zorgverzekeraar kan namelijk wel een wachtlijst doorbreken, een individuele patiënt niet. De zorgverzekeraar moet de zwakke positie van de patiënt in de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt versterken. De zorgverzekeraar groeit in deze rol, maakt steeds meer gebruik van de knowhow van patiëntenorganisaties bij de inkoop, maar de verzekerden zijn zich nog steeds niet voldoende bewust van hun eigen kansen. Dat speelt ook een rol bij de keuze voor de aanvullende verzekering. De NZa geeft aan dat er wel sprake is van koppelverkoop, maar dat de effecten op de keuzevrijheid vrij klein zijn. Er is ook stevige kritiek op de transparantie. Die is in vele opzichten voor verbetering vatbaar. Uit de antwoorden op onze vragen blijkt dat mensen vaak niet op de hoogte zijn van het feit dat men de basisverzekering kan opzeggen, maar daarbij de aanvullende verzekering kan behouden. Veel mensen willen beide verzekeringen bij één verzekeraar. Dat is prima, maar het kan ook anders en dat moet de verzekerde weten. Daarom moet die informatie beter zijn. Kan de minister dat toezeggen? Bovendien willen we dat de NZa erbovenop blijft zitten met betrekking tot de effecten van de koppelverkoop op de mobiliteit van de basisverzekering.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik was nogal geroerd door de opening van mevrouw Smilde, waarbij de tegenstanders in de hoek werden gezet. Ik wil ook niet meteen terug naar het oude stelsel, ik werk liever met het stelsel dat we hebben. In het oude stelsel was er een gebrek aan transparantie; er waren wachtlijsten; er was te weinig zicht op de kwaliteit van de zorg. Maar dat is nu met dit systeem toch ook het geval?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Daar ben ik het volstrekt mee oneens. Dit systeem is verre te verkiezen boven het vorige, in ieder geval vanuit de patiënten geredeneerd. Zij hebben nu alle kansen en worden nergens meer geweigerd voor een basispakket op grond van hun gezondheidsrisico, ouderdom of wat dan ook. Ik geef aan dat de transparantie beter kan. Met uw laatste punt over de kwaliteit van zorg ben ik het absoluut niet eens. De Zorgverzekeringswet heeft juist in gang gezet dat er meer gekeken kan worden naar de kwaliteit. De doelmatigheid en de efficiency van de zorg waren voor het intreden van de Zorgverzekeringswet veel slechter dan nu. Er moet nog heel veel gebeuren, maar er worden wel stappen gezet.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mevrouw Smilde mag het daar mee oneens zijn, maar de feiten liggen anders. Risicoselectie is wel degelijk aan de orde van de dag. Daarover hebben we vanmiddag zelfs nog een spoeddebat. De kwaliteit van zorg is niet inzichtelijk. We kunnen wel zeggen dat die verbeterd is, maar het valt niet te meten. Prestatie-indicatoren zijn nauwelijks op te stellen. De wachtlijsten nemen weer toe. Mevrouw Smilde heeft het over doelmatigheid, maar in hoeverre is die afhankelijk van deze Zorgverzekeringswet?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De Zorgverzekeringswet maakt meer doelmatigheid mogelijk. Ik kom zo op het punt van de risicoverevening. Dat is inderdaad een heet hangijzer, maar we zijn bezig om die risicoverevening zo goed mogelijk te maken. Daar staat of valt inderdaad het succes van de Zorgverzekeringswet mee. Maar ik bestrijd dat er op dit moment risicoselectie plaatsvindt. Dat geeft de NZa ook niet aan, in geen enkel rapport. De risicoverevening is onmiskenbaar de crux van de solidariteit van de Zorgverzekeringswet. Elke neiging tot risicoselectie die het verbod op premiedifferentiatie uitholt, moet bestreden worden. Daarom is het van belang dat de ex-antecoverevening zo betrouwbaar mogelijk is, hoge risicoverzekerden inbegrepen. Dan is er een level playing field voor de verzekeraars. De onderzoekers constateren een gat in de risicoverevening en stellen dat er sprake is van voorspelbare verliezen. Kan de minister hierop ingaan? Hoe ziet hij dit risico? Wij zijn positief over het onderzoek naar de hogere risicovariant, maar wanneer krijgen wij daar meer duidelijkheid over? De minister stelt dat de afbouw van de ex-postcompensatie de zorgverzekeraars prikkelt tot betere en scherpere inkoop. Is er niet een groot risico op indirecte risicoselectie als de ex-postcompensatie te snel wordt afgebouwd, voordat de ex-antecoverevening helemaal goed werkt? De premies kunnen bijvoorbeeld omhooggaan, omdat de zorgverzekeraars zich gaan indekken met een hogere solvabiliteitseis. Ik noem maar wat. Dat is een belangrijke vraag in verband met de acceptatieplicht. De onderzoekers wijzen terecht op ondermijning van de wet door de wanbetalers en onverzekerden. Dat is onderkend en inmiddels hebben we daar ook een wet voor. De oplossing van de onderzoekers om de nominale premie te verlagen, delen we niet.

De heer **Van Gerven** (SP): U stipte het punt aan van de risicoverevening. We weten allemaal dat deze ex-antecoverevening nog niet perfect is. Ik heb me laten vertellen dat berekeningen laten zien dat na ex-postverevening toch nog een risico overblijft voor verzekeraars van rond de € 50 per verzekerde. De minister heeft het plan om die ex-postverevening verder af te bouwen. Vindt u dat dan niet veel te prematuur? Verzekeraars moeten toch een gelijk uitgangspunt hebben?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat zijn precies de vragen die ik heb gesteld. Ik heb gezegd dat de onderzoekers aangeven dat er sprake zou zijn van voorspelbare verliezen. Dat bedoelt u. Ik vraag hierop een reactie van de minister. Bovendien hoor ik graag zijn reactie op de ex-postverevening.

Wij willen dat risico goed in kaart hebben, om te kunnen beslissen hoe we hierin verder gaan. Dat lijkt mij een logische vraag.

De heer **Van Gerven** (SP): De vraag is heel logisch, maar ik wil graag het standpunt weten van het CDA. De minister is van plan om ex post zo snel mogelijk af te bouwen. Vindt u niet dat nu eigenlijk het moment is om een pas op de plaats te maken en er eerst voor te zorgen dat ex ante volledig op orde is, voordat je ex post gaat afbouwen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij geven onze zorgen hierover aan. Ik vraag hem naar zijn reactie. Hoe ziet hij dat in het kader van het kabinetsvoornemen waarmee de Kamer moet instemmen? Het is toch niet meer dan redelijk dat ik eerst dat antwoord afwacht voordat ik u kan beantwoorden? Ik gaf aan dat wij de oplossing van de onderzoekers om de nominale premie te verlagen niet delen; wij sluiten ons aan bij het kabinetsstandpunt. De effecten voor de kostenbewustwording in verband met het verplichte eigen risico zijn gering, zo meenden de onderzoekers en zij stellen voor een leeftijdsafhankelijk startpunt te nemen. Dat steunen wij niet. Het lijkt ons ook wat discriminerend. Dan hebben we geen onderscheid meer in leeftijd in de Zorgverzekeringswet, en dan zouden we het bij het eigen risico gaan invoeren. Wij wachten wel de evaluatie van het verplichte eigen risico af en de voorstellen van het kabinet daarover.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik hoorde mevrouw Smilde iets zeggen over de verlaging van de premiegelden. Negeert de CDA-fractie de uitkomsten van de evaluatie die stelt dat door een verlaging van de zorgpremie de Wet op de zorgtoeslag kan komen te vervallen? Hierdoor ontstaat een vermindering van de administratieve lasten voor de overheid, van in totaal 59 mln. Er is geen risico meer dat burgers hun zorgtoeslag niet besteden aan de zorgverzekering. Bovendien is er geen risico meer op fraude met zorgtoeslagen. Ik zou graag willen dat de CDA-fractie aan dit onderwerp wat meer aandacht besteedt dan een enkele zin.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan moet ik mevrouw Agema teleurstellen. Er zitten heel veel zaken in deze evaluatie die wij willen doen. Bij de behandeling van de begroting hebben wij afgesproken dat dit punt ook bij de brede heroverweging terugkomt. Bij de punten die mevrouw Agema opnoemt, heb ik nog wel wat kanttekeningen. Daar kan ik op dit moment nog niet in alle details op ingaan. Bovendien hebben wij gezegd dat dit een majeure ingreep is die niet past in dit onderwerp. Wij hebben ervoor gekozen om dit te verschuiven naar het moment waarop wij met de brede heroverweging aan de gang gaan. Dat hebben wij bij de behandeling van de begroting afgesproken. Ik kan wel zeggen, namens de CDA-fractie, dat wij er nog helemaal niet aan toe zijn om de conclusies van de onderzoekers te delen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind dit erg teleurstellend. Deze evaluatie is maar een deel van het totale verhaal. De CDA-fractie veegt dit van tafel, maar voert hiervoor geen enkel argument aan. Zij zegt wel dat zij een aantal argumenten heeft. Mevrouw Smilde heeft zich voorbereid op dit debat, dus kom maar met die argumenten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het voordeel van een interruptie is dat ik altijd toch nog zelf over mijn antwoorden ga. Mevrouw Agema kan daar ontevreden over zijn, maar wij plaatsen gewoon een aantal kanttekeningen. Wij willen bijvoorbeeld de berekeningen wel eens zien, om te kijken hoe die uitkomen. Dan gaat het bijvoorbeeld om de berekeningen van de inkomensafhankelijke bijdrage en hoe deze bijdrage precies bij iedereen uitwerkt. Wij hebben van de onderzoekers een aantal aannamen gezien

die wij verder onderbouwd willen zien. Dat zit hier niet in. Meer kan ik er niet over zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp dat het CDA aan het studeren is. Dat is goed, want een studie kan leiden tot meer wijsheid. Maar begrijp ik het goed dat het CDA niet categorisch tegen het meer inkomensafhankelijk maken van de premies is om daarmee meer solidariteit en minder bureaucratie teweeg te brengen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het is maar de vraag of daardoor de solidariteit meer versterkt wordt. Het CDA heeft nadrukkelijk voor dit systeem gekozen bij de invoering van de Zorgverzekeringswet. Wij hebben gezegd dat er bij de brede heroverweging geen taboes zijn. Maar voordat wij van dit systeem afstappen, moeten wij wel goede redenen en goede argumenten hebben. Die argumenten kan ik op dit moment niet naar voren brengen. Daar nemen wij de tijd voor, voordat wij in de brede heroverweging tot een besluit komen.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik dan concluderen dat het CDA in ieder geval een opening biedt om het voorstel van de SP om tot een meer inkomensafhankelijke premie te komen te bespreken? Dit voorstel past volledig binnen dit stelsel en leidt tot meer solidariteit en minder bureaucratie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ga het antwoord geven dat ik altijd geef als de heer Van Gerven mijn woorden in een conclusie samenvat: lees vooral terug in het verslag wat ik daarover precies gezegd heb.

Marktwerking in de zorg betekent niets meer of minder dan dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken maken over de te verlenen zorg, zonder dat de overheid hun op de nek zit. De overheid stelt de kaders vast voor de publieke waarborgen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Is het inderdaad zo dat de NZa wel kan ingrijpen bij een hogere prijs maar niet bij een lagere kwaliteit? Kan de minister daarop ingaan? Deelt de minister de mening dat de WMG tekortschiet om misbruik tegen te gaan van de aanmerkelijke marktmacht bij de verdeling van opleidingsplaatsen van medisch specialisten? Hoe gaan we dat oplossen?

Een belangrijke doelstelling van de WMG is de kostenbeheersing. De onderzoekers zien een spanningsveld tussen de noodzaak van de kostenbeheersing en de ontwikkeling van de gereguleerde marktwerking. Dat klopt. Maar ook binnen de gereguleerde marktwerking kunnen genoeg prikkels een kans krijgen om goede en betaalbare zorg te realiseren. Binnen het vrijgegeven B-segment zien we dat kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in toenemende mate een rol spelen bij de contracten. Het risico daar is echter de volumegroei, want de prijsontwikkeling lijkt redelijk goed te gaan. Zolang er nog een budgetstelsel is voor het A-segment, is het lonend voor een ziekenhuis om te streven naar maximalisering van het budget. Binnenkort spreken we met de minister over de kabinetsplannen voor één financieringssysteem, in plaats van de twee systemen die we nu hebben.

Deze eerste uitvoerige analyse van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet is verhelderend. Zij was meer in de vorm van een risicoanalyse en dat was niet onprettig, want daardoor konden we ons echt concentreren op de knelpunten. De onderzoekers verdienen waardering voor de grondigheid. De Zorgverzekeringswet maakt, vanwege de functiegerichte omschrijving, de weg vrij naar een vraaggestuurd stelsel in plaats van naar een systeem dat vooral vanuit de overheid bestuurd wordt met aanbodsturing tot gevolg. Dat maakt dat de patiënt meer centraal kan komen te staan, maar daar kunnen we de komende jaren nog wel harder aan werken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Soms lees je in de krant een artikel dat precies weergeeft waar wij ook mee worstelen. Dat had ik gisteren bij het lezen van de column van Evelien Tonkens, die heel helder het spanningsveld rondom het zorgstelsel aangeeft waar we op dit moment mee te maken hebben. Wij proberen in essentie het beste van twee werelden te verenigen, het beste van het publieke bestel, met gelijke toegang en alle andere waarborgen, en het beste van het marktbestel, met ondernemerschap, efficiency, doelmatigheid en keuzevrijheid. Die discussie is in Nederland van alle tijden, omdat Nederland ook het meest private bestel ter wereld heeft. Deze discussie doet zich al voor zolang de gezondheidszorg bestaat. De evaluatie geeft het geworstel aan met aan de ene kant het stimuleren van marktprikkels en aan de andere kant het ervoor zorgen dat de ontsporingen van de markt tegengegaan worden. Langs die lijn wil ik door het evaluatierapport heen lopen. Voor de Partij van de Arbeid staan gelijke toegang, kwaliteit en betaalbaarheid voorop. Dat zijn voor ons in ieder geval de ijkpunten.

Ik wil beginnen met mijn waardering uit te spreken voor de sector die de afgelopen jaren druk bezig is geweest met de implementatie van het stelsel. Er is veel werk verzet en ik denk dat dit alle waardering verdient. Voor de gelijke toegang tot het stelsel is er het risicovereveningssysteem. Dit systeem heeft twee doelen. Enerzijds zorgt het ervoor dat de zorgverzekeraar zijn acceptatieplicht kan waarmaken; met andere woorden, dat iedere verzekerde ongeacht ziekterisico of inkomen, per jaar kan wisselen. Anderzijds is het systeem ervoor bedoeld om de zorgverzekeraars in een gelijke concurrentiepositie te plaatsen, het level playing field.

Wij hebben grote twijfels over de werking van het risicovereveningssysteem. Deze twijfels worden gevoed door de brief van de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars (VRZ). In deze brief wordt volgens ons heel duidelijk weergegeven dat het element van het level playing field op dit moment onvoldoende door het risicovereveningssysteem wordt gegarandeerd; grote verzekeraars hebben een voordeel ten opzichte van kleine verzekeraars. De stelselwijziging was ook ervoor bedoeld om nieuwe toetreders tot de markt toe te laten, in dit geval ook zorgverzekeraars. Maar het blijkt dat ze niet zijn toegetreden, en dat het zelfs heel lastig is om toe te treden. Het feit dat het risicovereveningssysteem niet werkt, heeft te maken met onze registratiesystematiek, de veranderingen die wij doorvoeren et cetera. Wij hebben grote twijfels over de versterkte werking van het ex-antesysteem. Laten we helder zijn: voordat we verder gaan met de ex-postafbouw, zal het ex-antesysteem sterk moeten verbeteren. Ik verwijs korthedshalve naar de vragen in de brief van de VRZ. Ik vraag de minister daar serieus naar te kijken.

Een ander element van het risicovereveningssysteem heeft te maken met de gelijke toegang en het voorkomen van selectie van verzekerden. In de markt is selectie een automatisme; het risicovereveningssysteem moet dat vermijden. Ik ben ervan overtuigd dat dit op het niveau van de individueel verzekerde werkt, maar de vraag is of het bij doelgroepen ook werkt. De onderzoekers geven daar voorbeelden van. Het is goed mogelijk om op basis van de gegevens uit te rekenen welke doelgroep wel of niet aantrekkelijk is. Je kunt doelgroepen niet weigeren, maar je kunt doelgroepen wel gewoon niet benaderen. Op dit moment wordt door de zorgverzekeraars korting gegeven op de collectiviteiten van de gemeentelijke sociale diensten. Is dit straks überhaupt nog mogelijk? Gaan zorgverzekeraars hier niet mee stoppen? Een concern dat meerdere merken voert die allemaal risicodragend zijn, is in staat met die merken en de risicodragendheid te spelen. Het kan merken die goed werken in stand houden, en merken die slecht werken laten fuseren. Het afschaffen van de macrona-culatie heeft niet onze voorkeur. De risicoverevening geeft aanleiding tot solvabiliteit en veel dood geld. Voordat we verdergaan met de stelselwijziging dient dit risicovereveningssysteem spic en span in orde te zijn.

Bij de zorgaanbieders zien we ook selectiemechanismen; er zijn steeds meer ziekenhuizen die hun dure dbc's (diagnosebehandelingcombinaties) afstoten en hun goede dbc's behouden. Het postcodebeleid van het azM is voor ons een duidelijk voorbeeld van ontoelaatbaar gedrag. Wij willen de minister nogmaals onze motie in overweging geven over de basisstructuur en wij vragen hem daar nog eens goed naar te kijken. Voor ons moet het verbod op winstuitkering en op verticale integratie overeind blijven staan. Door de onzekerheid bij zorgaanbieders en verzekeraars zien wij een nadruk op grootschaligheid. Men gaat fuseren om te overleven. Dat staat haaks op kleinschaligheid.

De gedachte heerst dat de burger, als hij een hogere premie betaalt, efficiënter met de gezondheidszorg omgaat. Dat compenseren we vervolgens weer met de zorgtoeslag. Dat is omslachtig. Ik breng nogmaals onze motie bij de minister onder de aandacht, waarin wij pleiten voor een inkomensafhankelijke nominale premie en voor afschaffing van de zorgtoeslag. Wat dat betreft bevinden wij ons in het goede gezelschap van de FNV. Dit geldt ook voor het eigen risico.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Wij hebben die motie indertijd van harte ondersteund. Dat weet de heer Van der Veen ook. Is dit voor de PvdA een essentieel onderdeel voor de brede heroverweging en voor de gezondheidszorg, met betrekking tot de onderwerpen waar we wel of niet op gaan korten? Hoe belangrijk is dit voor de PvdA? Ik ben op zoek naar nog iets meer hartstocht. Ik wil dat zij er echt voor gaat liggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil wel met enige hartstocht zeggen dat we die motie niet voor niets hebben ingediend. We hebben met name in het begrotingsdebat zeer bepleit dat dit onderwerp bij de brede heroverweging wordt meegenomen. We zijn zelfs toen zo ver gegaan dat we hebben gevraagd of de minister zelf met voorstellen zou kunnen komen, mocht dit onderwerp onverhoopt niet in de ambtelijke werkgroepen aan de orde komen. Dat heeft hij ook toegezegd.

Overigens maak ik meteen gebruik van de gelegenheid om mevrouw Agema te complimenteren. Zij was toen heel sterk tegen de inkomensafhankelijke zorgpremie, maar ik begrijp dat ze nu ervoor is, gezien haar vraagstelling.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij zijn nog steeds tegen een inkomensafhankelijke zorgpremie. Mijn vraag ging over een lagere zorgpremie, in combinatie met het afschaffen van de zorgtoeslag. Dat staat in de evaluatie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Daar ging ook mijn motie over.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, we zijn niet voor een inkomensafhankelijke zorgpremie. Dat bent u wel en dat moet u niet proberen mij in de schoenen te schuiven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik dacht dat ik iets goeds deed, maar dat valt dan toch weer tegen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil de heer Van der Veen wel bijvallen, want het een hangt toch met het ander samen. Kijk maar naar het voorstel van de FNV, dat overigens als twee druppels water lijkt op het voorstel van de SP. De SP heeft een motie ingediend om te komen tot meer inkomensafhankelijkheid. Dat voorstel heeft de FNV ook gedaan. Waarom heeft de PvdA die motie niet gesteund?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zo word je ook weer wat droevig. Ik heb net aangegeven dat we tijdens de behandeling van de begroting heel erg ingezet hebben op een inkomensafhankelijke premie, en op het tegelijk-

tijd afschaffen van de zorgtoeslag en het eigen risico. Deze motie heeft een Kamermeerderheid gehaald. Ik zou niet weten waarom we een vergelijkbare motie zouden moeten steunen. Naar mijn idee is er gebeurd wat de SP altijd al heeft gewild. Dat is met veel onderwerpen zo.

De heer **Van Gerven** (SP): Nou, daar komt u toch niet zo makkelijk mee weg. Ons voorstel hield in dat de inkomensafhankelijke premie ingevoerd moest worden. U hebt gezegd dat u dat eerst moest onderzoeken. Wij pleiten gewoon voor invoering. Bent u voor invoering van de inkomensafhankelijke premie en bent u bereid onze motie te steunen, als wij deze volgende week weer indienen? Zo kunt u uw coalitiepartner het CDA, die er niet voor is, onder druk zetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoe moet je nog helderder zijn? Bij de begrotingsbehandeling hebben wij overduidelijk aangegeven dat het de wens van de Partij van de Arbeid is om te komen tot een inkomensafhankelijke premie en tot het afschaffen van de zorgtoeslag en het eigen risico. Maar u bent niet blij en zegt niet: hè, hè, eindelijk een coalitiepartij die hetzelfde wil als wij. U blijft maar dingen vragen die geen enkele toegevoegde waarde hebben. Wacht de ambtelijke werkgroep af. Wellicht wordt uw ideaal dan ook gerealiseerd. Als dit niet het geval is, zien we weer verder.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat blijkt in ieder geval niet uit uw stemgedrag in 2008 en ook niet uit uw stemgedrag bij de motie die wij onlangs hierover hebben ingediend.

De heer **Zijlstra** (VVD): Als de heer Van Gerven wat minder moties indiende, konden we misschien bijhouden welke motie hij bedoelt. De heer Van der Veen zei heel stellig over de inkomensafhankelijke premie: dat gaan we doen. Dat betekent dus dat hij niet accepteert dat deze minister op het beleid doorgaat dat hij in deze brief beschrijft.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben daar helder in. Wij zijn voorstander van een inkomensafhankelijke premie. Wij hebben dat verwoord in het begrotingsdebat. Er ligt nu een voorstel bij de ambtelijke werkgroepen om dit uit te werken. Zo niet, dan zou de minister dat moeten doen. Wat moet ik er nog meer van maken?

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister geeft in diverse brieven aan dat hij doorgaat met het beleid zoals dat er nu ligt. Daar heeft hij onze steun bij. Dat zal u niet verrassen. Maar u zegt hier heel helder dat dat niet de goede weg is. U gaat het niet meemaken dat deze minister met dit beleid doorgaat, los van heroverwegingen. U vindt dat deze minister de bijstelling moet doen dat er een inkomensafhankelijke premie wordt geheven. U kunt wel zeggen dat u dat allemaal wilt afwachten, maar dan is het nu wel tijd om spijkers met koppen te slaan, hoe slecht ik die beslissing ook zou vinden. Maar dan moet u ook wel boter bij de vis leveren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Gelet op de motie die wij hebben ingediend en gelet op het feit dat wij deze vraag aan de ambtelijke werkgroepen hebben voorgelegd, begrijp ik uw vraag niet. Wij zeggen niets anders dan wat wij toen hebben gezegd. Wij zijn voorstander van een inkomensafhankelijke premie en wij willen dat deze wordt ingevoerd. Wij kijken wel meer af van voorstellen die de minister doet. Ik heb bijvoorbeeld net aangegeven dat wij uiterst terughoudend zijn met betrekking tot het risicovereveningssysteem. Dan zeg ik het heel voorzichtig. We zijn terughoudend met het verder afbouwen van de ex-postvereveningen en de macronacalculatie. We denken namelijk dat het ex-antesysteem onvol-

doende werkt. Ook in dit voorbeeld denken wij anders dan de minister. Het voordeel van een evaluatie is dat je dat ook kunt doen. Wij hebben heel veel regelgeving nodig om de ongewenste effecten van de marktwerking te bedwingen. Er ontstaan allerlei mogelijke fusies als gevolg van de marktwerking en vervolgens moet er weer een verbod op fusiewerking komen. Met name het CDA is hierover begonnen. Wat is onze slotconclusie met betrekking tot deze evaluatie? In het regeerakkoord is afgesproken dat er meer marktwerking in de ziekenhuizen kan komen, mits uit evaluatie blijkt dat deze heeft geleid tot positieve effecten. Ik heb mijn twijfels uitgesproken over een aantal van deze positieve effecten. Ik vraag me af of deze werkelijk bereikt worden. Wij denken dat het tijdstip bereikt is om nog eens heel goed na te denken of de ontwikkelingen zoals die op dit moment plaatsvinden, bedoeld zijn bij de invoering van deze stelselwijziging. De vraag is niet vandaag aan de orde, maar als we de brief van de minister «Waardering voor Betere Zorg» bespreken. Ik hoop dat we er dan verder over kunnen praten.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Het is altijd goed om na te denken. Dat ben ik met de heer Van der Veen eens, maar ik vraag me wel af wat er tijdens het nadenken gebeurt. Vindt hij dan eigenlijk, met de kritische opmerkingen die hij zojuist heeft geplaatst, dat we op dit moment een pas op de plaats moeten maken met betrekking tot de marktwerking in de zorg?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Bij een aantal onderdelen, waaronder het risicovereveningssysteem, heb ik dat aangegeven. Bij het debat over Waardering over Betere Zorg zal ook de vraag aan de orde komen of er bij de uitbreiding van het B-segment wel voldoende garanties zijn. Dan is het meer opportuun om op de vraag van mevrouw Van Gent in te gaan.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik heb nog even de column erbij laten halen van mevrouw Tonkens. Zij sluit af met: «geen verdere marktwerking in de ziekenhuiszorg zonder dat uit evaluatieonderzoek blijkt dat de effecten tot dusverre positief zijn». Er zijn grote twijfels over, ook bij de Partij van de Arbeid. U zei: mevrouw Tonkens slaat de spijker op zijn kop. Dat is dus conform de invalshoek van de Partij van de Arbeid?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb gezegd dat mevrouw Tonkens die spijker op zijn kop slaat, die gaat over het feit dat we twee dingen tegelijktijd willen doen, namelijk het publieke bestel en het marktbestel in een soort combinatie onderbrengen, met alle effecten van dien. Die spijker sloeg zij heel goed op zijn kop. Bij haar slotconclusie en haar twijfels kan ik mij iets voorstellen. Ik heb zelf ook een aantal twijfels aangegeven. We hebben hierover een debat als de brief van de minister aan de orde is.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Onlangs plaatste de Telegraaf een stelling over de zegeningen van de Zorgverzekeringswet in vergelijking met de oude Ziekenfondswet. Massaal werd de marktwerking afgewezen. Het overgrote deel wilde het oude ziekenfonds terug. Er leeft breed een gevoel dat de premies alsmaar stijgen en dat het pakket kleiner wordt. Cruciaal is de invoering van de marktwerking en de doorbreking van de solidariteit door de invoering van de hoge vaste premies. Ook het eigen risico wordt verfoeid.

Het volgende voorbeeld van oma Jacoba en dochter Katinka laat zien hoe de solidariteit wordt ondermijnd en hoe de onrechtvaardigheid in het stelsel binnensluipt. Ze hadden in 2005 dezelfde ziekenfondspremie en hetzelfde pakket. Oma Jacoba heeft artrose en ouderdomsdiabetes, kleindochter Katinka mankeert niets. Oma had toen een aanvullende verzekering van € 5. Hoe is de situatie in 2010 na alle pakketmaatregelen en de invoering van vaste en hoge premies voor de aanvullende ziektekosten-

verzekering? Oma Jacoba betaalt nu inclusief aanvullende verzekering € 117 per maand. Kleindochter Katinka betaalt € 89 zonder aanvullende verzekering. Beiden krijgen € 61 zorgtoeslag. De vaste, zelf op te brengen premie, is voor oma € 56 en voor kleindochter Katinka € 28. Oma betaalt dus het dubbele aan vaste premies in vergelijking met haar kleindochter. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat er sprake is van leeftijdsdiscriminatie en discriminatie op basis van gezondheid. Zo gaat de solidariteit naar zijn mallemoer. Daarbij komt nog dat de hoogte van de premie sinds de invoering van de wet met 28% is gestegen, met name door het eigen risico.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven vergelijkt appels met peren. Hij stelt dat het basispakket is afgenomen. Dat is beslist niet waar: het basispakket is qua omvang precies hetzelfde als toen wij het invoerden. In de laatste jaren van het ziekenfonds gingen de premies soms per jaar met 10% omhoog. Dat hebben we de afgelopen vier jaar niet gezien. De heer Van Gerven vergelijkt alles, de basisverzekering met aanvullende verzekeringen. Ik wijs hem erop dat alleen het basispakket tot de Zorgverzekeringswet behoort. De aanvullende verzekering staat daarbuiten. Iedereen, ook oma en kleindochter, is voor het basispakket onder dezelfde voorwaarden verzekerd. De heer Van Gerven klutst van alles door elkaar en dat maakt het niet transparant. Dat staat buiten de feitelijke werkelijkheid.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wilde met dit voorbeeld aangeven dat de verschillen zijn toegenomen. Natuurlijk was de basispremie toen vergelijkbaar, maar het gaat erom dat mensen nu vaker een aanvullende verzekering afsluiten omdat zaken uit het pakket gaan. De angst neemt toe dat zaken niet verzekerd zijn. De aanvullende verzekeringen zijn ook duurder geworden. Zij zijn relatief veel sterker gestegen. Dat zie je terug in de verschillen die ik heb geschetst.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik zou de heer Van Gerven willen uitdagen om aan te geven waar de afgelopen twee, drie jaar het basispakket in omvang verkleind is. Dat hoeft niet nu, dat mag ook later schriftelijk, want ik kan me voorstellen dat hij dat niet meteen kan ophoesten.

De heer **Van Gerven** (SP): De sta-op-stoel is uit het pakket. De benzodiazepines zijn uit het pakket verdwenen. Ik geloof dat de pil uit het pakket gaat verdwijnen. Er zijn zaken bijgekomen, zoals de tandzorg tot 21 jaar, maar daar heeft oma in dit geval niets aan. Waarom neemt het kabinet niet het voorstel van de SP uit 2008 over om tot een meer solidair stelsel te komen? De lagere inkomens worden ontzien; de vaste premies dalen tot een derde van het huidige niveau; het uitkeren van de zorgtoeslag, dat leidt tot nodeloos rondpompen van geld, is niet meer nodig; de 160 ambtenaren die hier permanent mee bezig zijn, worden dan overbodig en kunnen ander werk gaan doen. Dit voorstel wordt overigens omarmd door ZonMw, die de Zorgverzekeringswet heeft geëvalueerd. De evaluatie van ZonMw laat ook zien dat het, zelfs als je voor concurrentie bent, beter is om de premies te verlagen, omdat dan de relatieve verschillen toenemen. € 10 van een premie van € 30 is 30% verschil, terwijl € 10 op € 100 10% verschil is. Is het kabinet bereid deze conclusie over te nemen? Wat vindt de minister van de conclusie dat aanvullende pakketten de keuzevrijheid van patiënten belemmeren? In de evaluatie staat: «... een toenemende differentiatie van de aanvullende verzekeringen reduceert de transparantie van de aanvullende verzekeringen». Deze ingewikkelde zin geeft aan hoe ingewikkeld het is geworden voor de mensen. Als alle noodzakelijke zorg in het pakket zit, en aanvullende pakketten niet meer nodig zijn, is dat beter voor de patiënt. Het bevordert de keuzevrijheid tussen verzekeraars. Is het niet zo dat verzekeraars dan echt kunnen concurreren, op basis van verstandige inkoop en dergelijke?

Ik heb zojuist betoogd dat de SP voorstander is van een premie naar draagkracht, zonder bureaucratische zorgtoeslag achteraf. Maar op dit moment is de zorgtoeslag de enige manier om de torenhoge nominale premie betaalbaar te maken voor mensen met een laag inkomen. Daarom ben ik erg geschrokken van de voorstellen om miljarden te bezuinigen op de zorgtoeslag. Dat kan de minister toch niet menen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Van Gerven zegt dat als alles uit de aanvullende verzekering in het basispakket komt, zorgverzekeraars beter kunnen concurreren. Wat bepaalt of iets wel of niet in het basispakket zit? De zaken die in de aanvullende verzekering komen, hebben te maken met de adviezen van het CVZ over het basispakket. Hoe stelt de heer Van Gerven zich voor hoe het basispakket onder het SP-regime tot stand zal komen? Of komt er gewoon alles in wat er geleverd wordt?

De heer **Van Gerven** (SP): De SP is een voorstander van maximale solidariteit. Wat ons betreft hoort in het pakket datgene wat medisch noodzakelijk en maatschappelijk gewenst is. Daar gaat de samenleving over. Ik kom in het vervolg van mijn betoog daar nog op terug. Wat is het voor idiotie dat wij de fysiotherapie uit het pakket halen en dat wij mensen dwingen om zich aanvullend te verzekeren? Mensen moeten daarvoor een keuze maken uit 1600 aanvullende pakketten, terwijl iedereen het erover eens is dat dit gewoon noodzakelijke zorg is, die in het basispakket thuis hoort.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Begrijp ik goed dat alles wat de zorgverzekeraars op dit moment in hun aanvullende verzekering hebben medisch noodzakelijk dan wel maatschappelijk gewenst zou zijn, en dat dit allemaal in het basispakket kan?

De heer **Van Gerven** (SP): U hebt niet goed geluisterd. Ik zeg: datgene wat medisch noodzakelijk en maatschappelijk gewenst is. Als de medische werking daarvan is aangetoond en het dus nuttige zorg is, zie ik niet in waarom dit niet gewoon in het basispakket zou horen. Het is een politieke, maatschappelijke keuze of wij dat in het basispakket stoppen of dat wij mensen dat zelf laten betalen. Mensen hebben die zorg gewoon nodig. Vroeger hadden wij een heel kleine aanvullende verzekering. Wat was daar mis mee? Dat is toch ook wat de mensen willen. Dat blijkt uit de peiling van de Telegraaf; dat horen wij ook van heel veel mensen. Mensen willen dat de zorg goed verzekerd is en dat dit in het pakket zit, zonder ingewikkelde aanvullende toestanden.

Wordt bij de bezuinigingsvoorstellen omtrent de zorgtoeslag de 5%-regel losgelaten?

De versnelde afbouw van het ex-postsysteem baart de SP zorgen. Andere partijen hebben daar ook al op gewezen. Wij vinden dat men daarmee niet verder moet gaan alvorens het ex-antesysteem volledig op orde is.

Anders krijgen wij risicoselectie. Wij vinden ook dat het eigen risico zo snel mogelijk moet worden afgeschaft. Het bevordert zorgmijndend gedrag, benadeelt chronisch zieken en is bureaucratisch. Het is een straf voor ziekte; het is onwerkbaar en mensen willen het niet. Tienduizenden mensen wachten op teruggave in het kader van de compensatieregeling van het CAK. De lijst van chronisch zieken is niet op orde. Heel veel mensen blijven verstoken van de teruggave.

Ik vraag de Partij van de Arbeid om in de tweede termijn op de pil in te gaan. Vindt zij de pil een verworvenheid, of kan deze uit het pakket? Kunnen de rollators er straks ook uit?

De heer **Zijlstra** (VVD): Vindt u de pil medisch noodzakelijk?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vind de pil medisch noodzakelijk om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. De pil wordt ook gebruikt voor menstruatiestoornissen en menstruatieklasten. Het is een buitengewoon effectief middel. Alles is ervoor om dat in het basispakket te houden. Wat is er mis met het vergoeden van goede medicijnen?

Dan kom ik bij de transactiekosten die ermee gemoeid zijn nu allerlei zaken uit het pakket zijn verdwenen of dreigen te verdwijnen. Ik noem een voorbeeld uit de jaren negentig. In 1995 werd de tandzorg uit het pakket gehaald. Dat kostte 450 mln. Er is toen een berekening gemaakt van wat het de mensen kostte om de tandzorg in de aanvullende verzekering te stoppen. Daarbij werden de premies en de eigen bijdrage meegerekend. Dat bedrag was 750 mln. Ik wil hiermee aangeven hoe je bureaucratie kunt voorkomen. Kan het kabinet een onderzoek doen naar de kosten die bespaard worden als een aantal noodzakelijke voorzieningen, zoals fysiotherapie, tandzorg voor volwassenen en medicijnen die uit het pakket zijn gehaald, weer in het basispakket gebracht worden? Wat betekent dat aan besparing op bureaucratie, als we ervan uitgaan dat mensen zich hiervoor nu aanvullend verzekeren?

Dan kom ik bij de strafheffing op de eerste hulp. Is de minister nu helemaal genezen van het plan om daarvoor de rekening bij de mensen te leggen? De NZa heeft gezegd dat het onuitvoerbaar is. Ik hoor graag een reactie hierop van de minister.

Tot slot heb ik nog twee vragen. De eerste gaat over de continue glucosemoneitoring. We horen van veel schrijnende situaties. Wil de minister streven naar een oplossing op dat terrein? De tweede vraag gaat over de tandzorg bij illegalen. Dokters van de Wereld heeft cijfers gepubliceerd waaruit blijkt dat twee derde van de klachten daarover gaat. Ik verzoek het kabinet om met een oplossing te komen.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Voorzitter. Ik val in voor mevrouw Sap, maar ik moet zeggen dat ik met veel interesse de behoorlijke stapel stukken heb gelezen. Ik vond het een heel interessant onderwerp. Er wordt heel veel gezegd, maar het komt erop neer dat het beter en socialer moet en dat we meer solidariteit zouden moeten inbouwen in de Zorgverzekeringswet. Het moet minder bureaucratisch en we moeten de kosten beheersbaar maken. GroenLinks heeft dat punt ook altijd van groot belang gevonden.

In januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. We kijken nu, na vier jaar, terug en we staan voor de cruciale vraag of dit een goede move is geweest en hoe we verder moeten. Het is goed dat er geen verschil meer bestaat tussen ziekenfonds en particuliere verzekering. GroenLinks vindt dat prima. Er is nu één verzekering waarin iedereen mee kan doen. Er zijn natuurlijk ook zaken waarover GroenLinks niet tevreden is. Met de Zorgverzekeringswet is een ongrijpbaar systeem opgetuigd. De risicoverevening is een lastig, niet te begrijpen systeem. Ook de heer Van der Veen heeft daarover al een aantal vragen gesteld. Behartigenswaardige woorden, zou ik zelfs willen zeggen. Dat heeft hij dan weer «in the pocket». Daarnaast is GroenLinks niet tevreden over de bureaucratische zorgtoeslag. Bovendien is de premie nu alles bij elkaar met 12% gestegen. Er wordt ons hier een beetje zand in de ogen gestrooid, met name door het CDA. Ogenschijnlijk is het zo dat de zorgpremies weinig gestegen zijn, maar als je de premie, eigen risico en eigen bijdrage bij elkaar optelt, kom je uit op een stijging van zo'n 12%. Mijn collega Sap heeft dit al uitgebreid aan de orde gesteld bij de behandeling van de begroting.

Voor ons is de inzet in dit debat dat we moeten kijken naar de vraag hoe we nu verdergaan en wat er beter moet. We moeten natuurlijk niet doordenderen tegen beter weten in. Daar heeft niemand wat aan. De Zorgverzekeringswet lijkt me geen doel op zich, maar is een middel om die doelen te bereiken die van belang zijn om een beter systeem te waarborgen.

De aanbevelingen van het evaluatieonderzoek met betrekking tot de zorgtoeslag hebben in december aardig wat stof doen opwaaien. Belangrijke aanbevelingen waren: de nominale premie fors omlaag brengen, de premie meer inkomensafhankelijk maken en het afschaffen van de zorgtoeslag. Dat was ons uit het hart gegrepen. Die zorgtoeslag is de GroenLinks-fractie een doorn in het oog. Het is een verschrikkelijk bureaucratische regeling. Minister Klink is met het CDA architect geweest van dit zorgstelsel. Wij roepen hem op: «kill your darlings». Je kunt wel architect zijn geweest, maar als er constructiefouten zijn, is het heel verstandig om het bouwwerk aan te passen. Anders zou dit wel eens heel wankel kunnen gaan worden. Dat lijkt mij niet de bedoeling. Kom tot het inzicht dat het zo niet kan. Ik vraag hierop een goede reactie.

In verschillende adviezen, waaronder dat van ZonMw, wordt aanbevolen de zorgtoeslag te schrappen en de premie meer inkomensafhankelijk te maken. Het is een goede zaak dat de PvdA zich, met warme steun van GroenLinks, blijft inzetten voor een inkomensafhankelijke premie en het schrappen van de zorgtoeslag. Daarin trekken wij kameraadschappelijk gezamenlijk op. Ik heb de heer Van der Veen net geïnterrumpeerd omdat ik wilde weten hoe hartstochtelijk dit voor hem en zijn fractie ligt. Ik ben een beetje gerustgesteld, maar ik houd het natuurlijk wel nauwkeurig in de gaten. Dat weet de heer Van der Veen ook. De motie waarin verzocht wordt om dit bij de heroverweging mee te nemen, hebben wij uiteraard van harte gesteund. Straks zal dit bij de heroverweging een belangrijk punt zijn, waar we over moeten spreken.

Via de NRC lekte al uit dat dit kabinet van plan is 1,8 mld. te gaan bezuinigen op de zorgtoeslag. Een bezuiniging op de zorgtoeslag kan alleen bij de lagere inkomensgroepen terecht komen. Hogere inkomens ontvangen immers geen zorgtoeslag. Wij willen de harde toezegging van de minister dat een dergelijke maatregel niet toekomt bij lagere inkomens. Het zal geen verrassing zijn dat dit met betrekking tot het premiestelsel en de zorgtoeslag voor ons de aangewezen weg is. Mevrouw Agema had het net al over 59 mln. lastenverlichting. Daar hoor ik graag een reactie op. Maar dan geen reactie in de trant van: we zijn ermee bezig en ik mag er nu niets over zeggen. Nee, deze wat slappe reactie wil ik meteen even uitgummen. Er zijn ook andere ministers die wel degelijk de contouren schetsen van wat voor hen wel of niet aanvaardbaar is. Ik denk dat minister Klink daar dan niet voor gaat duiken, want dat zou mij enorm teleurstellen.

Ik wil een opmerking maken over de keuzevrijheid. De keuzevrijheid in de zorg is voor de GroenLinks-fractie een heel groot goed. Deze is binnen dit stelsel vooral geregeld door de mogelijkheid om tussen de verschillende zorgverzekeraars te kiezen. Daarover hebben wij wel een aantal zorgen. Het aantal zorgverzekeraars blijft dalen. Verzekeraars worden steeds meer monopolies. Verzekeraars concurreren vooral met de hoogte van de premie, maar nog veel te weinig met hoe zij kwaliteit van zorg afdwingen. Maar 5% van de verzekerden stapt over. Dat percentage is voor de minister hoog genoeg om te verwachten dat zorgverzekeraars hun klant centraal zetten uit angst dat hij overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Waar haalt de minister dit optimisme vandaan? Ik vraag daarop een toelichting. De machtspositie van de klant die zich collectief kan verzekeren via bijvoorbeeld de sociale dienst, of via een vakbond, moet wel in stand blijven. Dat geeft de klant mogelijkheid om zich concurrerend op te stellen. Dat vind ik interessant.

Tot slot heb ik nog een opmerking over de zorg voor illegalen, een punt waarvoor GroenLinks vaker aandacht heeft gevraagd. In december heeft Dokters van de Wereld de bevindingen van een onderzoek naar de toegang tot de zorg voor illegalen aan de Tweede Kamer overhandigd. Zijn conclusie is dat patiënten en zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van het recht op medisch noodzakelijke zorg. Zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte van de CVZ-regeling. De problemen zijn

bovendien niet goed inzichtelijk doordat alleen het gebruik van de CVZ-regeling wordt bijgehouden. Ik vraag hierop een reactie van het kabinet, want elk mens in Nederland moet natuurlijk noodzakelijke medische zorg kunnen krijgen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ons zorgverzekeringsstelsel veronderstelt solidariteit met zieke medeburgers en solidariteit tussen generaties. Bij een solidair verzekeringsstelsel hoort een betaalbaar basispakket met passende zorg voor iedereen, zonder selectie op basis van leeftijd, ziekte of leefstijl.

Ik zou willen beginnen met de antwoorden van minister Klink op mijn Kamervragen die hij dinsdag heeft gestuurd. Hij schrijft dat algemeen bekend is dat een gezonde leefstijl het risico op kanker significant verlaagt. Waar baseert de minister dit in vredesnaam op? Onder kankerpatiënten bevinden zich mensen met een zeer gezonde leefstijl, die alsnog deze verschrikkelijke ziekte hebben gekregen. Waar zijn de bewijzen? Ik zal niet snel iets eisen, maar ik vind dat de minister dit moet terugnemen. Het is een klap in het gezicht van al die mensen die kanker krijgen en hebben gekregen door allerlei andere factoren dan leefstijl. Recent is het stadsdeel Amsterdam-Noord veroordeeld voor het illegaal versnipperen van asbest op een terrein in Kadoelen, waar kinderen spelen. Ik weet niet welke soorten asbest daar illegaal zijn versnipperd, maar als het gaat om de meest kankerverwekkende soorten, is het heel wel mogelijk dat deze kinderen over tientallen jaren longkanker krijgen, zonder ooit een sigaret te hebben aangeraakt. Ik vind echt dat de minister zijn opmerking moet terugnemen. Een «eigen schuld, dikke bult»-zorg moet sowieso geen enkele voedingsbodem krijgen en niet zijn weerslag gaan vinden in het basispakket. Daar moeten alleen dingen in zitten met een directe oorzaak en gevolg, dus niet dingen als bewegen op recept en stoppen met roken, maar cholesterolverlagers. Deze moeten we erin houden. Daarmee voorkomen we ernstige problemen voor patiënten, zoals TIA's en erger, en de hogere zorgkosten als gevolg daarvan. De outcome van de eerste twee is niet te voorspellen, de outcome van die laatste wel.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het lijkt me terecht dat mevrouw Agema stelt dat je niet elke kankerpatiënt een ongezonde leefstijl kunt verwijten. Zo kun je het niet in zijn algemeenheid stellen. Maar is mevrouw Agema er wel van overtuigd dat heel veel kosten in de gezondheidszorg te maken hebben met vermijdbare ziekte-last en dat er wel degelijk een relatie is tussen een ongezonde leefstijl en de toenemende zorgkosten?

Mevrouw **Agema** (PVV): Het hellende vlak dat mevrouw Wiegman met die gedachte op gaat, maakt mensen zo kwetsbaar. Als je op die manier begint te praten, doet de «eigen schuld, dikke bult»-zorg zijn intrede. Als je dat in ons systeem laat binnenkomen, ontstaat er een situatie waarin mensen worden afgerekend op hoe ze hebben geleefd, terwijl er zo veel meer oorzaken en factoren zijn waardoor mensen ziekten krijgen. Diabetes kan erfelijk zijn. De verschillende factoren van kanker zijn enorm uiteenlopend. Mensen wordt dingen verweten, die niet verwijtbaar zijn. Hoe zouden we dat moeten uitvoeren? Hoe gaat de ChristenUnie bijvoorbeeld controleren hoe iemand die diabetes heeft, heeft geleefd? Moet hij zijn supermarktbonnetjes gaan bewaren? Gaan we een omgevingsonderzoek doen bij iemand die longkanker heeft gekregen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Als we al over een hellend vlak zouden spreken, zou ik dat positief willen inkleuren. Je maakt mensen meer bewust van de gevolgen van hun leefstijl, je kunt hen versterken en helpen bij de keuzemogelijkheden. Hoe we dat precies moeten vormgeven, weet ik nog niet. Het is prima dat je er

niet een vreselijk bureaucratisch controlesysteem op wilt zetten. Ik geloof dat de PVV veel vertrouwen heeft in de verantwoordelijkheid van de arts en in zijn signaleringsfunctie. Een huisarts zal goed in staat zijn om zijn patiënten te helpen goede keuzen te maken, met een enorme gezondheidswinst als gevolg. Daar heeft de patiënt uiteindelijk enorm veel baat bij.

Mevrouw **Agema** (PVV): Een gezonde leefstijl is niet het domein van de overheid. Het is de keuze van eenieder zelf om in de supermarkt gezonde producten te verkiezen boven ongezonde producten. We kunnen simpelweg niet vaststellen dat iemand kanker krijgt door een ongezonde leefstijl. Als de ChristenUnie die kant op gaat, is dat haar verantwoordelijkheid. Wij zullen die verantwoordelijkheid nooit nemen. Een gezonde leefstijl is het privé-domein van iedereen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb met verwondering naar het betoog van mevrouw Agema zitten luisteren. Ik denk dat zij toch bepaalde zaken door elkaar haalt. Als mensen roken, is de kans op longkanker evident. Dat is sinds 1959 staande medische wetenschap. Een andere vraag is of wij vinden dat mensen die roken een hogere premie moeten gaan betalen. Ik heb begrepen dat de PVV aan het studeren is op het zorgstelsel, maar dat ze er nog niet uit is of de premies meer inkomensafhankelijk moeten worden met behoud van het pakket, of dat zij kiest voor een andere oplossing. Is de PVV er inmiddels uit?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het gevaarlijk dat generieke uitkomsten van onderzoeken, bijvoorbeeld dat mensen die roken gemiddeld meer longkanker krijgen, toegepast worden op individueel niveau, waarbij men stelt dat de persoon die rookt risico loopt en dat de overheid daar enige sturing in zou moeten hebben. Ramses Shaffy bijvoorbeeld rookte als een ketter en dronk ook nog eens heel erg veel, maar heeft met 76 jaar wel de gemiddelde leeftijd van een man bereikt. Iemand kan ook gerookt hebben, maar longkanker hebben gekregen omdat hij met kankerverwekkende asbestdeeltjes heeft gewerkt. Ik vind dat de overheid daar uit moet blijven. Dat wat generiek uit onderzoeken blijkt, kan nooit voor het individu gelden. Dat is onmogelijk.

Dan kom ik bij de vraag van de heer Van Gerven. Wij zijn bezig met complexe systemen, de marktwerking, de cure en de care, wijzigingen in het systeem. Ik schaam mij er niet voor om te zeggen dat ik er nog niet helemaal uit ben hoe het in 2020 geregeld zou moeten zijn. De evaluaties van vandaag laten weer zien dat er ook met deze systeemwijziging eigenlijk nog een hoop beren op de weg en systeemfouten zijn. Maar ik ben wel heel duidelijk geweest. Ik denk dat de heer Van Gerven de evaluatie niet begrepen heeft. Wij hebben twee volksverzekeringen: de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Deze leveren ongeveer 35 mld. op. Dat is ongeveer de helft van alle zorgkosten. De rest wordt aangevuld uit algemene middelen. In de evaluatie wordt voorgesteld om de premie te verlagen omdat er op die manier meer betalingsbereidheid komt, en omdat op die manier de hele bureaucratie van de zorgtoeslag verandert. Dat is iets heel anders dan het voorstel van de SP. Het voorstel van de SP ondersteun ik niet.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp dat u er nog steeds niet uit bent. Maar het is heel simpel. Er zijn mensen die hier al tientallen jaren op gestudeerd hebben. U bent voor een volledig pakket. In essentie kunt u kiezen voor meer inkomensafhankelijk, of meer vaste premies voor eigen rekening van de mensen. Zo simpel is het.

Mevrouw **Agema** (PVV): Als mijnheer Van Gerven er al helemaal uit is hoe ons zorgstelsel er in 2020 uit moet komen te zien, feliciteer ik hem van

harte daarmee. Dat hangt namelijk volgens mij af van de vraag of wij in de komende periode een hoogconjunctuur of een laagconjunctuur krijgen, of wij de arbeidsmarkt onder controle weten te krijgen en of wij onze niet werkende systemen kunnen laten werken.

Ik kan me ook nog wel aansluiten bij de SP, want ik heb onder elkaar gezet wat er sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet allemaal is veranderd aan premies. In 2006 was de premie € 1058 per jaar; de inflatie was maar 1,1%. In 2008 wordt de no-claim vervangen door het eigen risico van € 150 per jaar. Gemiddeld was dit € 103. Dan zitten we ineens op een premie van € 1182. Als we een sprongetje maken naar 2010, komen we uit op € 1238. Het pakket versmalt niet steeds, maar de verhouding in het pakket wordt steeds onverstandiger. De mensen betalen er zo ongelooflijk veel meer voor, € 180 meer dan vier jaar geleden. Dat is raar; je zou hooguit een inflatiecorrectie verwachten. Ik kan het ook nog begrijpen als er significant meer mensen gebruikmaken van het pakket. Maar ik begrijp een pakket niet waarvan de premie steeds stijgt, met een verhouding die steeds onhandiger wordt. Het pakket is uiteindelijk veel duurder dan in het begin. Daar moet een verklaring voor komen.

Goedkoop is duurkoop. Tegenover de bezuiniging van 20 mln. die de sta-op-stoel opleverde, staan 43 mln. extra zorgkosten voor de thuiszorg en instellingszorg, volgens een onderzoek van TNO. Dat is onhandig. Hetzelfde geldt voor de cholesterolverlagers. Wat te denken van het bericht van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad die alarm slaat over de slijmoplossers die uit het pakket worden gehaald? Een groep patiënten wordt passende zorg onthouden als hij deze middelen niet meer vergoed krijgt. De ziektelast stijgt; de kwaliteit van leven daalt. Ik kan zo nog wel even doorgaan. Men stelt voor de anticonceptiepil uit het pakket te halen. De pil was eerder ook al uit het pakket. Toen bleek dat er 50% meer morning-afterpillen werden verstrekt. Bovendien werden er 600 abortussen meer gepleegd. Hoe denkt de ChristenUnie daarover?

De beoogde concurrentie tussen de zorgverzekeraars komt niet op gang. Er zijn nog maar vier grote over. Cliënten en patiënten wisselen amper van zorgverzekeraar. Het overgrote deel van de mensen zit vast in een collectieve verzekering. Deze mensen stappen al helemaal niet over. Ons solidaire stelsel is dus helemaal niet zo solidair. Passende zorg wordt niet meer door de arts bepaald, maar door de zorgverzekeraars en het College voor zorgverzekeringen, die zich laten leiden door kosten-batenanalyses in plaats van door medische noodzaak. Is dit het zorgstelsel dat we willen? Een markt gaat in de basis over vraag en aanbod, de zorgverlener en de zorgvrager. Maar hier zit de zorgverzekeraar tussen. De zorgverzekeraar is zogenaamd de belangenbehartiger van de zorgvrager, maar maakt tegelijkertijd winst en is dus per definitie meer op zichzelf gericht dan op de zorgvrager. Dat zal hij ook blijven.

Natuurlijk was er kritiek op het oude stelsel. Er was een gebrek aan transparantie, er waren wachtlijsten, er was te weinig zicht op de kwaliteit van zorg. Er was te weinig toezicht en de kosten stegen. Maar is alles wat nu is geregeld de opbrengst van de marktwerking? Is alles daardoor doelmatiger geworden? Of komt dit ook door de ICT-mogelijkheden? Of komt het omdat men anders werkt doordat er veel meer digitale mogelijkheden zijn en doordat men de operaties anders organiseert? Dat is niet meegenomen. Ik pleit er overigens niet voor om terug te keren naar het oude systeem. Maar het huidige systeem barst van de systeemfouten. Moeten we daarom de ontwikkeling naar vraagsturing, marktwerking en concurrentie wel verder aanmoedigen? We zouden ook op kunnen komen voor de professionele arts, die patiënten behandelt naar medische behoefte. We zouden op moeten komen voor de burger die geen mondige zorgconsument is maar die door de torenhoge zorgpremie denkt dat hij zijn zorg moet gaan benutten in plaats van af moet remmen. Wil de zorgconsument niet gewoon een patiënt zijn? Wat stelt vraaggestuurde zorg eigenlijk voor als ziekenhuizen een postcodebeleid voeren en geen overcapaciteit

hebben? Hetzelfde geldt voor de zorginstellingen. Je mag blij zijn als er ergens een plekje voor je is, laat staan dat je keuzevrijheid hebt. In hoeverre wordt er voldaan aan onze grondwettelijke rechten dat de Nederlandse overheid verantwoordelijk is voor een stelsel van gezondheidszorg dat ons toegang geeft tot noodzakelijke en kwalitatief goede zorg? Kan de minister daarop een antwoord geven? Bovenal zouden we op moeten komen voor een herstel van het vertrouwen in de zorg. Geen systeemwijzigingen meer, laten we ervoor zorgen dat de systemen die er zijn gewoon werken. We moet erop kunnen vertrouwen dat zorgverleners ons noodzakelijke en kwalitatief goede zorg geven en erop kunnen vertrouwen dat het basispakket voor iedereen betaalbaar blijft.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Waar ging het bij de huidige Zorgverzekeringswet ook alweer om? Het ging onder andere om het bewerkstelligen van een omslag van een overheidgestuurde naar een meer marktgestuurde situatie. Het ging om dynamiek in het systeem. Men moet steeds meer met elkaar concurreren op prijs en in toenemende mate ook op kwaliteit. De evaluaties tonen aan dat we op de goede weg zitten, maar dat er nog forse knelpunten zijn. Mijn collega's hebben deze ook genoemd; ik zal mijn steentje daaraan bijdragen. Een goed functionerend risicovereveningssysteem is van essentieel belang voor het functioneren van ons zorgstelsel. Als de risicoverevening goed functioneert, kunnen de vruchten van de marktwerking worden geplukt. Maar als deze niet goed functioneert, is risicoselectie een lonende strategie. Het is daarom van cruciaal belang dat zorgverzekeraars via het risicovereveningssysteem adequaat worden gecompenseerd voor groepen verzekerden met hoge zorgkosten en omgekeerd. Nederland kent een geavanceerd vereveningssysteem, maar dat is bij lange na nog niet uitgekristalliseerd. Kijk naar de discussie over de ex ante en de ex post.

Wat zijn de plannen van de minister om de macrona calculatie af te bouwen? Dit kan namelijk grote onzekerheid met zich meebrengen voor het gelijke speelveld tussen verzekeraars. Zal de afschaffing naar de inschatting van de minister leiden tot verhoging van de solvabiliteitseisen en hoe beoordeelt hij dit dan? Erkent de minister dat zorgverzekeraars door dat afbouwen mogelijk hogere premies gaan rekenen om met de onzekerheden rekening te houden en om zich daarvoor af te dekken? Wat is de beleidsreactie van de minister hierop?

De compensatieregelingen zijn ook al langs gekomen. Er is een veelheid aan tegemoetkomingsregelingen. Er is een overlap tussen de compensatieregeling eigen risico en de verbetervoorstellen van de Taskforce Linschoten voor de Wtgc. Gaan de voor de Wtgc aangepaste medicijnlijsten en aangepaste dagdoseringen ook gelden voor de compensatie van het eigen risico? Hoe gaat de minister om met mensen die in 2010 wel, maar in 2009 niet gevonden worden?

Dan kom ik bij het meer fundamentele vraagstuk dat hieronder ligt. Hoe moet de beleidsreactie zijn op die wirwar aan tegemoetkomingsregelingen, waarbij niemand zo langzamerhand weet wat er gebeurt? Ook mijn partij denkt na over de omslag van het toewerken naar een meer inkomensafhankelijke zorgpremie, maar is daar nog niet aan toe. Zij doet daar nog geen voorstellen over en wacht met anderen de voorstellen af van de ambtelijke werkgroep en de beleidsvoorstellen die daarop volgen. Elke zichzelf respecterende partij zal in dit proces aan het denken geslagen zijn; het is binnen mijn partij ook een issue dat steeds hoger in beeld geraakt. Het heeft geweldige inkomenseffecten en wat dies meer zij. Die moet je in een geïntegreerd macrobeeld projecteren. Dat is best complex. Daarom zijn wij nog niet aan een conclusie toe.

De onderzoekers constateren dat de beschikbaarheid van gegevens over de kwaliteit van zorg een absolute voorwaarde is voor het goed functioneren van het systeem, maar ze constateren tegelijkertijd dat de infor-

matie over de kwaliteit nog lang niet altijd voorhanden is. De minister heeft verschillende projecten lopen om deze problematiek op te lossen. Ziet hij mogelijkheden om zorgaanbieders de geleverde zorgprestaties transparanter naar de cliënt toe te laten communiceren, inclusief de kwaliteitsgegevens van de eventuele behandelingen?

Het is mogelijk dat zorgverzekeraars kruissubsidiëring toepassen vanuit de aanvullende verzekering naar de basisverzekering. De premies van de basisverzekering worden laag gehouden en meegefinancierd door winsten op de aanvullende verzekering, waar hogere premies gelden. De minister geeft aan dat de NZa tot nu toe geen aanleiding heeft gezien om onderzoek te doen naar kruissubsidie. Vindt de regering het principe van kruissubsidiëring wenselijk? Kan de NZa onderzoek doen naar deze praktijken? Hoe vaak komt dit voor en hoe zuiver is die praktijk eigenlijk? Verder wil ik aandacht vragen voor de situatie dat ziekenhuisverplaatste zorg voor pgb-houders (persoonsgebonden budget) op lange termijn nog niet goed is geregeld. De regering geeft in de brief van 18 december jongstleden aan dat met restitutie een situatie ontstaat die overeenstemt met het pgb. Erkent de minister dat het pgb een aantal voordelen biedt ten opzichte van restitutie? Het zijn toch geen equivalenten? Een budget wordt vooraf betaald; een budgethouder is vrij in de keuze van de hulpverlener. Wil de minister bevorderen dat meer zorgverzekeraars pgb's overwegen binnen de Zorgverzekeringswet? Is het mogelijk zorgverzekeraars te verplichten om een pgb voor ziekenhuisverplaatste zorg op te nemen in het basispakket?

In zijn brief van 25 januari jongstleden geeft de minister zijn reactie op de motie over het niet toestaan van fusies van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er zijn voors en tegens; dat ziet mijn fractie ook wel. De minister beschrijft dat met name de doorverwijsfunctie van de eerste naar de tweede lijn zijn aandacht heeft. Welke problemen constateert hij daarbij? Moet de pil wel of niet in het basispakket? In de NRC heeft het CVZ aangekondigd het kabinet te gaan adviseren de pil uit het basispakket te halen. Dat sluit wel aan bij de lijn die mijn fractie daarbij altijd heeft gehad. Niet in de laatste plaats wordt die gemotiveerd doordat uit statistieken blijkt dat het effect van de pil in de basisverzekering op het aantal ongewenste zwangerschappen en abortussen nihil is. Mevrouw Agema noemde dat zo-even. Maar dat argument, dat in deze Kamer verschillende keren is aangevoerd, blijkt dus helemaal niet te bestaan, na scherper onderzoek. Daarom denk ik dat de minister er goed aan doet dit voorstel, dat 58 mln. om de hakken heeft, ernstig in overweging te nemen. Het geldt dan wel voor de leeftijd boven 21 jaar.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Het valt me altijd op dat er nooit partijen zijn die graag iets uit het pakket willen halen. Er moet altijd iets in blijven, of er moet iets bij. Dat is de uitdaging van dit stelsel: hoe houden we de kosten beheersbaar? Voor deze uitdaging staat de minister, maar ook de hele Kamer. Een van de hoofdredenen waarom wij de Zorgverzekeringswet hebben ingevoerd, is om ervoor te zorgen dat ons ziektekostenstelsel in de toekomst beheersbaar blijft. We moeten het in de klauwen kunnen houden qua kwaliteit en qua kosten. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is het laatste klassenverschil in Nederland weggenomen. Voor die tijd waren er particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden. De mensen die dat hebben meegemaakt, weten ongetwijfeld nog dat een particulier verzekerde onmiddellijk bij de tandarts of arts naar binnen kon en snel werd geholpen. Een ziekenfondsverzekerde moest dat nog maar afwachten. Laten we ook kijken naar deze aspecten, die een enorme verbetering zijn geweest. In de evaluatie wordt niet voor niets geconstateerd dat de solidariteit van het zorgverzekeringsstelsel is toegenomen. Hetzelfde basispakket is er voor iedereen, met een scherpe premiestelling. Natuurlijk zijn de premies de afgelopen tijd gestegen. Maar de zorgvraag is ook enorm gestegen. De vergrijzing is een groeiend

probleem. Ik luister met enige verbazing naar partijen die net doen alsof dat soort factoren niet bestaat. Een premiestijging van 12% is relatief gering, als je kijkt naar de enorm toegenomen zorgvraag. Daar vraag ik aandacht voor.

Nog even terug naar de door de heer Van Gerven geïdealiseerde oude situatie. In die situatie kon je als chronisch zieke een overstap naar een andere verzekeraar gewoon vergeten. Dat zat er gewoon niet in. Dus: lang leve de nieuwe Zorgverzekeringswet. Maar er zijn nog heel veel haken en ogen; die zien wij ook.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik weet niet waar de VVD het vandaan haalt dat je niet van ziekenfonds kon veranderen in die tijd. De vaste premies zijn met 28% gestegen, inclusief het eigen risico. Tegelijkertijd explodeert de zorgtoeslag. De uitgaven hiervan nemen steeds verder toe. Is dat niet het bewijs dat het financieringsstelsel zoals de VVD dat voorstaat, met die hoge vaste premies om te kunnen concurreren, eigenlijk failliet is?

De heer **Zijlstra** (VVD): Nee. Ik geef onmiddellijk toe dat er sprake is van een duidelijke premiestijging. Maar dat heeft vooral te maken met een enorm toegenomen zorgvraag. Mevrouw Smilde gaf dit ook al aan. De kostenstijging van de ziekenfondsverzekering was, voordat dit stelsel werd ingevoerd, veel hoger, terwijl de zorgvraagtoename veel lager was. Over de AWBZ hoor ik niemand. Met de premies die men hiervoor betaalt, kunnen we de kosten niet dekken. De AWBZ kost € 7000 per werkende Nederlander. Bijna niemand heeft het door, maar dat is wel wat erin gaat. Dat toont wel aan dat we het eigenlijk heel erg goed doen. Ik kom nog wel met een aantal opmerkingen over wat er niet lekker gaat. Maar grosso modo kent het stelsel een aantal zegeningen. De heer Van Gerven kan er wel een vat zuur overheen willen gieten, maar als we dit niet gedaan hadden, hadden we nu moeten korten op uitkeringen of op salarissen van leraren. Dan zouden we het geld er niet meer voor hebben. Het is namelijk niet oneindig. We kunnen natuurlijk de belasting op 100% zetten, zoals de SP af en toe wil, maar dan wordt het ook niet echt leuk in dit land.

De heer **Van Gerven** (SP): De cijfers laten zien dat de kosten die gemoeid zijn met de Zorgverzekeringswet zijn gestegen. De illusie werd gewekt dat het met de marktwerking en het concurrentiestelsel goedkoper zou worden, maar dat is niet bewaarheid geworden.

Wij zien dat die kosten oplopen. Wij zien dat de lastendruk met de vaste premies steeds meer toeneemt. Wij hebben een veiligheidsklep van 5% ingebouwd. Daarom moeten steeds meer mensen een beroep doen op de zorgtoeslag. Het systeem zoals het nu functioneert, werkt niet meer. Als bijna iedereen een zorgtoeslag moet krijgen, is het dan niet veel verstandiger om over te gaan tot een inkomensafhankelijk, meer solidair stelsel, met minder bureaucratie?

De heer **Zijlstra** (VVD): Nee. De kosten zouden bij uw stelsel nog veel meer gestegen zijn. Ik ontken niet dat de kosten stijgen. Er zijn ook steeds meer mensen die aanspraak doen op de zorg. Ik ben het helemaal met u eens dat die zorgtoeslag afgeschaft moet worden. Maar de solidariteit in dit stelsel zit hem in het feit dat gezonde mensen premies betalen voor zieke mensen. Op die manier gaat het. Dan moeten we dit niet inkomensafhankelijk maken. Het is niet de beste vergelijking, ik geef het toe, maar alle andere verzekeringen in dit land zijn ook niet inkomensafhankelijk, terwijl je je ook voor risico's verzekert. Bij een autoverzekering gaat het erom of je schade hebt of niet. De solidariteit zit hem in het indekken van het risico. Uiteindelijk, hoe plat dat ook klinkt, geldt dat ook voor een ziektekostenverzekering. Het is namelijk een verzekering. De solidariteit zit hem erin dat een gezond iemand premie betaalt voor degene die wel ziek

is. Ik ben gelukkig niet ziek, en ik betaal met genoeg mijn premie voor degenen die ziek zijn.

Ik constateer dat het stelsel nog lang niet volwassen is; dat staat ook in alle evaluaties. Ik zeg wel eens dat er bij dit stelsel sprake is van kapitalisme als het goed gaat en van socialisme als het slecht gaat. Als het goed gaat, hoor je niemand; als het slecht gaat, hebben we een spoeddebat en moet de minister weer een ziekenhuis overeind houden met overheids-geld. Dat soort capriolen dus. Wij moeten wel door met het stelsel. Anders blijven wij in deze tussensituatie hangen en dat is geen goede situatie, erken ik onmiddellijk. De vraag is wel wat de weg voorwaarts is en hoe snel we deze moeten volgen.

Dan kom ik op de ex post- en de ex-antevereveningen. We hebben onlangs een brief gekregen. Daarin zegt de minister dat hij de macronacalculatie per 2011 wil afschaffen. Dat lijkt de VVD niet zo'n goed plan. Wij zijn ingenomen met het feit dat de minister in dezelfde brief aangeeft dat hij andere ex-postmechanismen gefaseerd, afhankelijk van de ex-anteberekening, wil afschaffen. Dus de ex-anteberekening moet eerst goed zijn, voordat hij overgaat tot afschaffing van het ex-postmechanisme. Prima. Hij maakt een uitzondering voor de ex post macronacalculatie. Dat is heel gek, want die heeft niets te maken met inkoopverschillen en met hoe efficiënt ziektekostenverzekeraars opereren. Deze heeft te maken met het feit dat inputvariabelen onjuist blijken te zijn en er achteraf dus breed moet worden herberekend over de zorgverzekeraars. Ik denk dat dit de minister is opgelegd door Financiën; het is gewoon een botte bezuiniging. Als je denkt dat je een bedrag van 100 mln. moet uitgeven aan de zorg en je boekt een bedrag van 90 mln. in, is het risico van 10 mln. niet meer voor de Staat, maar voor de zorgverzekeraars en daarmee voor de premiebetaler. Kan de minister ingaan op wat volgens hem de effecten op de premies zijn? Wat zijn volgens hem de risico's op het risicoprofiel van zorgverzekeraars? Wat betekent dit voor de solvabiliteitseisen die DNB zal stellen? Wat betekent dit voor betaalde rente op aangetrokken kapitaal? Wat zal dit, wederom, betekenen voor de premies? Gaan we daarmee niet juist het paard achter de wagen spannen? Ik heb het vermoeden dat dit bij Financiën vandaan komt, maar toch verbaast het mij. Dit is namelijk een essentieel onderdeel van de solidariteit in dit stelsel om ervoor te zorgen dat verzekeraars niet gaan selecteren op de goedkoopste klant. Eigenlijk schaft Financiën, in de persoon van minister Bos, de solidariteit van dit stelsel af. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Dan kijk ik ook even naar mijn PvdA-collega.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil niet zozeer reageren op de laatste opmerking; die laat ik bij de afdeling «politieke lol».

Ik wil nog even naar de ex-anteverevening. De heer Zijlstra wil de ex post pas afschaffen nadat de ex ante is verbeterd. Daar ben ik het zeer meer eens; dat heb ik net ook aangegeven. Wat is zijn beoordeling van het ex-antesysteem? Functioneert het zodanig dat we verdere stappen kunnen zetten?

De heer **Zijlstra** (VVD): Als ik geen zorgen had, had ik mijn betoog niet gehouden. Ik vind dat dus onvoldoende. Onlangs is de afrekening van 2006 bekend geworden, met verschillen van € 204 per verzekerde tussen de verschillende zorgverzekeraars, terwijl de bandbreedte plus of min € 22,50 is, oftewel € 45. Dat is een dermate groot verschil dat we kunnen stellen dat er ex ante nog wel het nodige mis is. Wij hebben geen fatsoenlijke historische reeks, waardoor zorgverzekeraars in het hele ex-anteberekeningsmodel niet in staat zijn om op basis van historische waarden een goede inschatting te maken. Daar komt straks nog de DOT-structuur overheen. Het is onzekerheid op onzekerheid op onzekerheid. We zien dat de ex ante nog onvolledig is. Dus ben ik het helemaal

met u eens: op dit moment is het ex-antemodel nog niet stevig en solide genoeg om tot die afschaffing over te gaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De vraag is dan vervolgens wat dit uiteindelijk voor consequenties heeft voor de voortgang van de ontwikkelingen. De heer Zijlstra komt nog met een aantal bezwaren, begrijp ik uit zijn betoog.

De heer **Zijlstra** (VVD): Volgens mij heb ik dat al aangegeven. Volgens ons moet je nooit aan de macronacalculatie komen. De overige ex-postmechanismen, zoals de bandbreedte en de ziekenhuisnacalculatie, moet je pas beginnen af te bouwen op het moment dat het ex-antemodel een dermate goede voorspelling geeft, dat je kunt zeggen dat de ex-postafwegingen ook hoofdzakelijk te wijten zijn aan het gedrag van de zorgverzekeraars. Dat is de volgorde der dingen.

Er wordt ook geconstateerd dat de NZa, de NMa en de IGZ nog steeds problemen hebben met hun onderlinge rolverdeling. Dat hebben we hier wel vaker geconstateerd. Dat ligt niet aan wetgeving of aan regels, maar aan onderlinge communicatie. Dat is fijn om te weten. Dan kunnen we de minister snoeihard aanspreken op het feit dat deze niet lekker loopt, want er is geen regeltje dat aangepast moet worden. Zijn zinsnede in de brief dat hij aan een communicatieverbetering gaat werken, vond ik wat aan de magere kant. Hoe gaat hij ervoor zorgen dat de onrust onder veldpartijen over hoe de NZa, de NMa en de IGZ hun rol invullen, wordt weggenomen? Hoe gaat dat onder zijn regie beter lopen? Dat is namelijk blijkbaar noodzakelijk.

Ik constateer dat de rol van de NZa teruggeschroefd gaat worden. Er komt een informatiestatuut over budgettaire consequenties als zij bepaalde besluiten zou willen nemen. Bovendien komt er een complete beperking op het aantal ongevraagde rapportages van de NZa. Kan de minister nog eens helder aangeven waarom hij dit noodzakelijk vond? De rolverdeling was toch zo helder?

In de stukken staat dat iedereen vrij is om zich te verzekeren. Het is ieders eigen verantwoordelijkheid om een verzekeraar te zoeken, want men moet verplicht verzekerd zijn. Als men niet verplicht verzekerd is en naar een zorgverzekeraar gaat, krijgt men een boete, omdat men de wet heeft overtreden. Die boete wordt opgelegd door de zorgverzekeraar en gaat vervolgens voor inning naar het CVZ. Dit scheldt de boete in negen van de tien gevallen kwijt. Dat lijkt ons geen goed signaal. Of de minister gaat dat proces verbeteren of hij moet een ander boetestelsel verzinnen. Dat eerste heeft onze voorkeur, maar hoe gaat hij dat doen? Het zorgt voor veel administratieve druk bij zorgverzekeraars. Uiteindelijk is het niet effectief, want de consequentie wordt heel weinig opgelegd.

Wij hebben zorg over het collectieve versus het individuele in de Zorgverzekeringwet. Zorgverzekeraars richten zich steeds meer bijna volledig op collectief verzekeren. Zij krijgen lagere premies. Daarover wordt strijd gevoerd. Dat gaat ten koste van de individuele verzekerde, die meer premie betaalt en steeds minder behoefte heeft om op basis van informatie van zorgverzekeraars een keuze te maken. Hoe gaat de minister dit verbeteren?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De verschillende evaluaties die vandaag voorliggen, laten over het algemeen een positief beeld zien. Door de Zorgverzekeringwet is bijvoorbeeld de solidariteit toegenomen. Uit de verschillende reacties in het land maak ik wel op dat er verschillen zijn in beleving. Ik kan me voorstellen dat een grote groep chronisch zieken en gehandicapten met negatieve ervaringen te maken heeft. Gisteren las ik in een verslag van een bijeenkomst over zorg aan ouderen dat de zorg als ingewikkeld wordt ervaren,

iets wat meer als een extra zorgpunt erbij komt, dan dat deze verlicht, vanwege al het geregel en papierwerk.

De centrale vraag van vandaag is: heeft de Zorgverzekeringswet gebracht wat we ervan verwacht hadden? Voor de ChristenUnie gold destijds een aantal principes. Ten eerste het principe dat zorg geen gewone markt is. De ChristenUnie wil marktwerking niet categorisch uitsluiten, maar zorgvuldig per deelmarkt afwegen of en in welke vorm concurrentie kan worden geïntroduceerd. De ChristenUnie ziet inkomenssolidariteit binnen het stelsel, niet via een moeizame weg van allerlei toeslagen. Voor ons is het een optie om een deel van de premie inkomensafhankelijk te maken. We zien nu dat inkomenssolidariteit wordt uitbesteed aan de fiscus. Dat is vooral bureaucratisch en kosteninefficiënt.

Ten tweede geldt het principe dat het zorgstelsel niet alleen betaalbaar, maar ook solidair en toegankelijk moet blijven. Ten derde is voor de ChristenUnie het principe van speciale aandacht voor chronisch zieken, gehandicapten en mensen die geen keuze hebben of minder goed in staat zijn om weloverwogen keuzen te maken tussen zorgverzekeraars belangrijk. Als ik vanuit die principes kijk naar wat voorligt, zie ik veel positiefs in de evaluatie. Maar ik vraag wel aandacht voor de kwetsbare mensen in de samenleving, die door een handicap of door een chronische ziekte nog te vaak in een hoek zitten waar de klappen het ergst gevoeld worden, ook door een samenloop van beleid.

Ik ben blij om in de brieven van het kabinet te lezen dat er aan veel van de negatieve punten in de evaluaties inmiddels wordt gewerkt. Ik wil een paar aandachtspunten meegeven. De compensatie van het eigen risico verloopt nog altijd onbevredigend. Er zijn nog steeds problemen om tot een goede afbakening te komen. Er liggen inmiddels aanbevelingen met betrekking tot de Wtcg. Hiermee gaat de staatssecretaris aan de slag. Kan de minister op basis van deze gegevens al van start gaan met het aanbrengen van verbeteringen op korte termijn bij de compensatieregeling?

Voor de lange termijn liggen er goede aanbevelingen voor het traject van heroverwegingen, waaronder het verlagen van de nominale premie en het rekening houden met de inkomenssituatie. De ChristenUnie is ervan overtuigd dat het in ieder geval eenvoudiger en eerlijker kan, maar we moeten wel opletten dat we de goede ervaringen, met de principes van solidariteit in de Zorgverzekeringswet, weten vast te houden. We moeten niet in de toekomst een nieuwe tweedeling veroorzaken. De toeslagen zijn onderdeel van de heroverweging. Wat betekent dit mogelijk voor de zorgtoeslag? Moeten we niet meer naar een gedeeltelijk inkomensafhankelijk stelsel, om dit probleem te ondervangen?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik luister met interesse naar het betoog van de ChristenUnie. Mag ik het zo samenvatten dat zij sympathiek staat tegenover het voorstel uit het rapport van ZonMw om de vaste premies tot een derde te verlagen, waardoor de zorgtoeslag afgeschaft kan worden? Steunt zij dit voorstel?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb het idee dat er nog geen concrete voorstellen liggen, maar dat er wel goede suggesties worden gedaan. Het lijkt me ontzettend waardevol dat deze worden meegenomen in de heroverweging, juist ook omdat deze aansluiten bij de principes die de ChristenUnie heeft neergelegd. We moeten opletten hoe we solidariteit hebben vormgegeven en ingewikkeld hebben gemaakt. Als we het langs een andere weg eenvoudiger en beter kunnen maken, lijkt me dat van belang.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vat het maar samen in mijn woorden. U hebt er wel oren naar en u staat er sympathiek tegenover. We zullen dat zien bij

de brede heroverwegingen. Dan kom ik tot de conclusie dat er binnen de coalitie een meerderheid tendeert naar het voorstel van de SP.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Deze conclusie gaat mij iets te snel. Laat ik het maar gewoon even houden bij de principes van mijn eigen partij. De discussie in onze fractie was boeiend. Eerst waren we gefocust op de Zorgverzekeringswet. Het is goed om dingen in de breedte te zien en te kijken naar ons complete fiscale stelsel. Wat kunnen we langs die weg allemaal aan inkomenssolidariteit doen? Het is wel eens ingewikkeld en we kunnen ook andere keuzen maken.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Voordat we heel creatief gaan boekhouden, lijkt mij dit een heel essentieel punt. Hoe gaan we de solidariteit vormgeven? Straks hebben we de brede heroverwegingen. Dat wordt nog een heel akelige operatie. Zijn de inkomensafhankelijke premie en het afschaffen van de zorgtoeslag voor u belangrijke punten en gaat u daar samen met de PvdA voor liggen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik weet niet precies waar ik voor moet gaan liggen. In de evaluaties worden een paar suggesties gedaan. Deze suggesties leven ook binnen mijn fractie. We zeggen dat deze meegenomen moeten worden in de brede heroverweging, met de nadruk op brede. Ik vind dat deze bij het complete fiscale stelsel betrokken moeten worden. De vraag is aan welke knop we dan het beste kunnen draaien. Dan wordt het misschien even ingewikkeld, misschien zelfs pijnlijk, maar ik denk ook dat we goede winsten kunnen boeken en het allemaal wat minder pijnlijk kunnen maken.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Het hele leven is ingewikkeld, ook als een coalitiepartij praat met meel in de mond. Ik vraag het nogmaals. Straks krijgen we de brede heroverweging. Er ligt een motie van de Partij van de Arbeid. De heer Van der Veen heeft er net iets over gezegd. Solidariteit betekent ook keuzen maken. We kunnen dat de minister nu meegeven. Dat snapt u toch ook wel? Vindt u een inkomensafhankelijke premie en het afschaffen van de zorgtoeslag belangrijke elementen in de brede heroverweging? Hebben deze elementen uw voorkeur?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik vind het heel belangrijke suggesties, maar ik ga niet vooruitlopen op het eindbeeld dat ik uiteindelijk van die heroverwegingen verwacht. Er zijn allerlei werkgroepen bezig. Ik ga nu niet alvast zeggen wat daar uit moet komen. Dat vind ik niet handig. Ik denk dat we heel helder zijn geweest. Wat ons betreft zijn er geen taboes. Vanaf het begin, nog voordat de Zorgverzekeringswet werd geïntroduceerd, hebben we gezegd dat het belangrijk is om goed te kijken naar de principes van inkomensafhankelijkheid. Daar zijn wij niet vies van.

In de evaluaties gaat alle aandacht uit naar wat er binnen de Zorgverzekeringswet gebeurt. Het valt mij op dat er vooral nog problemen en vragen zitten op de snijvlakken, van bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Ik denk bijvoorbeeld aan de ziekenhuisverplaatste zorg. Zo nu en dan krijg ik wel eens vragen binnen van transferverpleegkundigen, die zich afvragen waar ze moeten zijn als de zorg verplaatst wordt, bij de zorgverzekeraar, de AWBZ of bij de Zorgverzekeringswet. Ze vragen zich af wie erover gaat, de huisarts of de medische specialist. Het is ontzettend belangrijk dat hierover absolute duidelijkheid is, ook bij alle zorgverzekeraars.

Collega Van de Vlies ging al in op de mogelijkheden van het persoonsgebonden budget. Ik wil daarbij in het bijzonder noemen ziekenhuisverplaatste zorg aan kinderen. Als deze zorg niet in de AWBZ geborgd is,

zouden zorgverzekeraars verplicht moeten worden een pgb voor ziekenhuisverplaatste zorg op te nemen in het basispakket. Dat lijkt mij van grote waarde.

De ChristenUnie heeft zorg over de keuzemogelijkheden. De afgelopen jaren hebben geleid tot een beperkt aantal zorgverzekeraars; soms spelen zorgverzekeraars een dominante regionale rol. Vanuit het oogpunt van de NZa is dit misschien op dit moment nog allemaal acceptabel, maar ik denk dat er vanuit het perspectief van de premiebetaler meer over te zeggen valt. Een ander aandachtspunt is het principe dat de polis gaat voor het inkoopcontract. Ik heb begrepen dat zorgaanbieders nog wel eens de neiging hebben hun afspraken met een zorgverzekeraar gelijk te stellen met de aanspraken van een verzekerde, maar de verhouding is dus andersom. Dit vraagt aandacht. Misschien kan de NZa hier aandacht aan besteden.

Een belangrijke onbeantwoorde vraag blijkt nog steeds te zijn: wat is kwaliteit? Die vraag hangt nog steeds levensgroot boven ons hoofd. Ik ben erg benieuwd wat de minister op dit punt verder gaat ondernemen. Ook de vraag over de taakverdeling tussen de toezichhouders springt in het oog, een vraag die in het traject tot het komen van «good governance» wordt opgepakt. Vandaag wil ik het ook met nadruk noemen. Er worden goede woorden gesproken in de evaluatie over de NZa, maar we zijn er nog niet. Dat moet ons scherp houden.

Ik wil vandaag ook het preferentiebeleid aanstippen. Op zich is het een goed principe, maar er moeten in korte tijd niet te veel veranderingen plaatsvinden in de te vergoeden en te verstrekken medicijnen. Dit kan therapieëntrouw onder druk zetten bij de patiënt. Je krijgt ook de gekke situatie dat de apotheker met voorraden blijft zitten die hij niet kwijt kan. Wat is dan echt doelmatig?

Minister Klink: Voorzitter. Ik heb vorige week geleerd dat ik allemaal omstreden opmerkingen moet maken en dan heb ik vervolgens vrij baan, maar dat zal ik niet doen.

De evaluatie strookte met de ervaringen en het idee dat ik had. Ongeacht alle discussies over de zorgtoeslag en een inkomensafhankelijke premie is duidelijk dat wij een buitengewoon solidair systeem hebben, dat ook internationaal in dat opzicht aan de top staat. Ik noem de acceptatieplicht, het feit dat we een basispakket kennen, de zorgtoeslag waardoor het systeem voor iedereen financieel toegankelijk is. Dat neemt niet weg dat we nog gaan kijken naar de inkomensafhankelijke premie. Deze toezegging heb ik gedaan aan de Kamer in het kader van de heroverweging. Maar deze discussie mag niet onder het tapijt doen verdwijnen dat wij op dit moment een buitengewoon solidair stelsel kennen. Daar zijn wij trots op en dat is ook terecht. Ik neem tenminste aan dat we er allemaal trots op zijn en trots op moeten blijven. Dat betekent ook dat de zorgkosten in de toekomst betaalbaar moeten blijven.

De zorgpremies zijn de afgelopen jaren, zeker als je kijkt naar het eigen risico, behoorlijk gestegen, overigens wel in lijn met de patronen die we daaraan voorafgaand kenden. Er werd een stijging van 30% genoemd, maar ik wil er wel op wijzen dat er in 2008 een enorme slag gemaakt is. Die had vooral te maken met het feit dat de verzekeraars in het begin van de stelselherziening hun premies wat kunstmatig laag hebben gehouden. Dat blijkt, als ik het me goed herinner, ook uit de CPB-gegevens. Het is dus nog te vroeg om te concluderen dat het ontwikkelen van een zekere mate van premiecompetitie in de Zorgverzekeringwet niet heeft gewerkt. Het is ook te vroeg omdat er nog een paar kwalitatieve slagen gemaakt dienen te worden. We zitten nog, zoals de heer Zijlstra terecht zei, in een tussenfase.

Voor mij is van meet af aan een aantal dingen van groot belang geweest. Allereerst het inzicht dat wij nog steeds in hoge mate een functioneel budget kennen van ziekenhuizen. Er wordt weliswaar op basis van dbc's

betaald, maar dat zijn declaraties, geen prestaties. Dat haalt toch een grote prikkel om kosten inzichtelijk te maken bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars weg. Het lijkt me belangrijk om van een declaratiestelsel naar een prestatiestelsel te gaan. Daarom moet er goed gekeken worden naar de functionele budgetten.

Het tweede punt is dat de prijzen, voor zover er gedeclareerd wordt op basis van dbc's, zijn vastgesteld en gereguleerd door de overheid. De tarieven komen dus niet tot stand via onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit geeft ook direct een prikkel om de kosten inzichtelijk te krijgen aan de kant van verzekeraars en zorgaanbieders.

Het derde punt is dat we met een structuur zitten van 30 000 dbc's in plaats van 2800, zoals in het zogenaamde DOT-traject de bedoeling is om in 2011 te implementeren. Er zijn dus nog de nodige slagen te maken om de kosten inzichtelijk en hanteerbaar te krijgen voor zorginstellingen en voor verzekeraars, willen we daadwerkelijk een conclusie kunnen trekken over de stelselherziening die is ingezet.

Wellicht nog belangrijker is het dat de kwaliteit ook nog niet inzichtelijk is. We zijn bezig met het traject Zichtbare Zorg. Op dit moment worden via kiesBeter.nl de eerste inzichten van de tranches gegeven rondom de uitkomsten en de procesindicatoren die met de 80 aandoeningen gemeoid zijn. Dat inzicht komt er dus gaandeweg. Dat is voor mij van groot belang. De ex-antierisicovereeniging is nog niet helemaal op peil en dus hebben we de afbouw de afgelopen jaren slechts mondjesmaat kunnen realiseren. Niet helemaal mondjesmaat, we hebben toch wel een aantal behoorlijke stappen gezet, met name in het vrije B-segment, waar de nacalculatie tot nul is teruggebracht. Dat is wel belangrijk, willen de verzekeraars daadwerkelijk een prikkel aanvaarden om goed te kijken naar de kwaliteit en prijsverhouding. Dat is van grote betekenis.

Het is van groot belang dat we volumeontwikkelingen meer inzichtelijk krijgen. Dat gaan wij doen door praktijkvariatie in beeld te krijgen. Er zijn verschillen tussen regio's en instellingen als het gaat om galblaasoperaties, amandelen of COPD, die je op basis van de standaarden en de protocollen niet kunt verklaren. Dat is allemaal over- dan wel onderbehandeling. Met beide zijn kosten gemeoid. Die moeten we in beeld brengen. Daarin hebben verzekeraars een belangrijke rol.

Misschien nog belangrijker is een slag die ik toch een soort tweede revolutie noem, namelijk dat wij afstappen van het idee dat we betalen voor volume, contacten, dbc's, receptregelvergoeding of consulten. Dat is allemaal in feite kwantitatief. Er zit geen kwalitatief element in, terwijl het juist zo ontzettend belangrijk is om via die kwaliteitsinvalshoek de kosten te gaan bestrijden. Ik herhaal nog maar een keer wat Obama zei: «saving lifes and costs». Daar is een grote mate van winst te behalen. Ik noem een paar voorbeelden. De richtlijnen bij darmkanker geven aan dat men bij iemand waarvan een deel van de darm is verwijderd, kijkt of de lymfeklieren zijn aangetast of niet. Dat wordt nog te veel nagelaten, volgens deskundigen die met deze registratie bezig zijn. Dat betekent dat een niet onbelangrijk aantal mensen te maken krijgt met radiotherapie of chemotherapie terwijl het niet nodig is. Er wordt dan onnodige gezondheidsschade of in ieder geval gezondheidshinder toegevoegd. Er zijn ook kosten mee gemeoid. Dat moeten we zien te vermijden en verhinderen. In Noorwegen heeft men met een inwonersaantal van 4 mln. een besparing op jaarbasis van 15 mln. bereikt. Dat zou in Nederland neerkomen op 60 mln., voor zover die verhoudingsgetallen kloppen.

In Michigan, dat met 120 ziekenhuizen ongeveer vergelijkbaar is met Nederland, heeft men goed gekeken naar het protocol rondom de centrale intraveneuze lijn. Via een simpel protocol, waarbij handen worden gewassen en waarbij de huid en de apparatuur worden gedesinfecteerd, is er een besparing gerealiseerd van 170 mln. Daarnaast zijn er 1500 doden minder. Daar zie je dus een combinatie van «saving lifes, saving costs».

Dan heb ik nog een voorbeeld van dicht bij huis. ParkinsonNet, opgericht vanuit het Radboudziekenhuis, bespaart op jaarbasis 70 mln. door betere zorg aan Parkinsonpatiënten te bieden. Ik vind dat belangrijk, niet om deze voorbeelden tot de maat te verheffen, maar om aan te geven wat we nu eigenlijk betalen in Nederland. Wij betalen vooral voor volume, niet voor kwaliteit en samenhang. Dat is een operatie die we de komende jaren moeten gaan uitvoeren.

Mevrouw Tonkens schreef in haar column dat ik een kruising was tussen een marktdeft en Calvijn en dat deze zich niet tot elkaar verhielden. Sociologisch gezien verhouden deze zich juist heel goed. In de boeken van Max Weber over de protestantse ethiek zien we geen tegenstelling tussen Calvijn en de markt, maar juist een grote mate van verbintenis. Toch voel ik me noch door de een noch door de ander gevleid, eerlijk gezegd. Ik voel me er ook niet door getypeerd. Ik voel me eerlijk gezegd meer thuis bij de slogan «saving lifes, saving costs». Het moet niet gaan om de kosten, het moet gaan om de kwaliteit van zorg. Die kosten en de kosteneffectiviteit komen daar vanzelfsprekend in mee. Dat is de dure opdracht die we voor de komende jaren hebben. Dat kan via de lijn van verbetering van de zorg. Anders gaan we namelijk puur over naar rantsoenering. Via die lijn kunnen we met elkaar realiseren dat de kwaliteit verbetert.

Ik heb nog een voorbeeld. Ik was onlangs in het midden van het land bij een apotheker. Hij liet mij zien hoeveel moeite, kosten en tijd hij steekt in therapietrouw en het begeleiden van mensen die te maken hebben met meerdere medicijnen, «medication review». Dat wordt niet betaald. Het enige wat betaald wordt, is het doosje dat gegeven wordt. Daar wordt € 8 voor neergelegd. Dat ontmoedigt kwaliteit. Het moedigt in ieder geval niet aan. Met een goede therapietrouw en met een goede medication review kun je mensen voor medicatiefouten behoeden. Daarmee verhinder je complicaties en vermijd je dus ook kosten. Daar is onwaarschijnlijk veel winst te halen. In die zin is het geen schraalhans keukenmeester. Het heeft ook niets te maken met een marktwerking waarbij men lekker losgaat op het concurreren met prijzen, maar de kwaliteit achter de horizon laat verdwijnen. Het gaat er juist om dat we moeten excelleren met kwaliteit. Ik heb nog een voorbeeld uit het buitenland. The Veterans Health Administration legde de nadruk op kwaliteit. De medicatiefouten gingen binnen tien jaar naar 0,05%, omdat men daar veel energie in stak. De premie ging van \$3700 naar \$2900 op jaarbasis. Tegelijkertijd nam de kwaliteit met sprongen toe in een periode van tien jaar. Dus het kan wel. Het ging met name langs de lijnen die ik net bij het voorbeeld van darmkanker noemde, namelijk door het inzichtelijk maken wat de kwaliteit is en daarop aansturen, weten hoe de kostprijzen zich daartoe verhouden en vervolgens de ruimte geven aan de zorginstellingen. Daarmee wilde ik maar afstappen van het beeld van Calvijn. Ik ben ervan overtuigd dat wij het niet gaan redden, als wij puur en alleen op prijzen, volumes of budgettering inzetten. Je bent er nog niet als je met budgetten werkt. Ik noem het voorbeeld van het azM. Overigens is de academische component een budget. Als prijs een rol speelt, zal het dit ook doen onder een budgetstelsel. Dan heb je een vast budget, en dan probeer je op basis van een vast budget dat zorgaanbod te vermijden dat hoge kosten met zich brengt. Dan kun je vervolgens investeren in innovatie en in andere leuke dingen. Of het nu gaat om ruwe marktwerking of om budgetteren, met beide lopen we het gevaar dat het zorgaanbod op een gegeven moment door geld wordt gestuurd in plaats van door kwaliteit. Dat moeten we verhinderen. Althans dat vind ik een belangrijk aandachtspunt om te gaan verhinderen. Dan kom ik terug bij de evaluatie. De solidariteit en de toegankelijkheid krijgen een positieve beoordeling. Gelukkig zijn de veronderstellingen dat het met een chaos gepaard zou gaan, niet waar gebleken. Dat geeft tegelijkertijd ook aan dat grote operaties in dit land wel degelijk af en toe ook heel goed kunnen gaan. De kwaliteit van de zorg heeft er uiteindelijk ook niet onder geleden. Dat het relatief geruisloos heeft kunnen plaatsvinden,

is echt een compliment voor de sector, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, die dit geheel hebben doen slagen.

Dan kom ik bij een punt dat zo-even niet direct aan de orde kwam, maar dat wel van belang is. Een verbod op premiedifferentiatie zou Europeesrechtelijk kwetsbaar zijn. De risicoverevening is het hart van ons zorgverzekeringsstelsel. Eén ding moge duidelijk zijn: dat is door Europa niet gekwalificeerd als oneigenlijke staatssteun. Er is wel uitdrukkelijk naar gevraagd bij de operatie die in gang is gezet. De Zorgverzekeringswet is zelfs ingebed in de Europese Code. In dat proces was er ook niet de minste twijfel over het feit dat de risicoverevening niet gezien kon worden als een oneigenlijke vorm van staatssteun. Hierdoor kan premiedifferentiatie vermeden worden. Dat is heel belangrijk, want anders komt de risicoselectie in het kielzog van de premiedifferentiatie.

Ik ga nu over tot de gestelde vragen. Mevrouw Smilde vroeg in hoeverre we een onwetende consument kennen. Ik ben met haar van mening dat de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de zorginkoop inzichtelijker moeten worden. Zeker vanuit het traject Zichtbare Zorg is dit van groot belang. De NZa zal erop moeten toezien dat consumenten, patiënten, verzekerden goed worden ingelicht. Ik vind dat ook van betekenis met betrekking tot de overstap. Binnenkort krijgen we nieuwe gegevens. We vermoeden dat het aantal is toegenomen van iets boven de 3% naar 5%. Wij vinden dat er nog wel een tandje bij kan. Het is van betekenis om de kwaliteit inzichtelijk te maken en om ervoor te zorgen dat de polisvoorwaarden voor verzekerden en potentiële kopers volstrekt helder zijn. Mevrouw Smilde vroeg of de NZa bovenop de koppelverkoop kan zitten. Ik vind ook dat koppelverkoop niet mag leiden tot ongewenste effecten. De NZa heeft dit recent onderzocht en geconstateerd dat er op dit moment via de aanvullende verzekering nauwelijks wordt geselecteerd. De NZa kon er althans niet de vinger op leggen. Er worden juist minder vragen gesteld. Medische selectie met betrekking tot die aanvullende verzekeringen vindt nu minder plaats dan in het recente verleden, waarin deze ook al niet breed aanwezig was. Voor zover die selectie plaatsvindt, gebeurt die op de echt luxe, aanvullende verzekeringen. De NZa heeft in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 aangegeven dat zij in 2010 dit punt extra in beeld wil brengen en aandacht zal geven. Wij wachten die uitkomsten af.

Mevrouw Smilde vroeg waarom verzekeraars uiteindelijk niet tot risicoselectie zouden overgaan. Ten eerste proberen we dat natuurlijk te ondervangen door verzekerdenkenmerken en de schadelast die daarmee gemoeid is, te koppelen aan de ex-antecoverevening. Voor zover dat nog niet helemaal lukt, doen we dat via de ex-postrisicoverevening. Desalniettemin kunnen er bij bepaalde patiëntencategorieën meer kosten uit voortvloeien dan men direct via de ex ante kan ondervangen. Ik ben ervan overtuigd dat als verzekerden risicoselectie toepassen, zij heel snel te maken zullen krijgen met reputatieschade. Daarin gaat een belangrijke ontmoediging schuil om die richting op te gaan. Bovendien speelt ook mee dat men, om die risicogroepen in beeld te krijgen en om er beleid op te voeren, strategieën moet toepassen, die ook geld kosten. Voor zover men dat al wil, zal men ook die afweging maken onderaan de streep of dat daadwerkelijk iets oplevert. Maar nogmaals, imagoschade wil niemand oplopen, zeker niet in deze sector.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb de risicoverevening de crux van de solidariteit van de Zorgverzekeringswet genoemd. Zolang de ex-antecoverevening nog niet goed up to date is, zit er een behoorlijk risico in het al afbouwen van de ex-postcompensatie. Hoe kunnen we voorkomen dat de acceptatieplicht ondermijnd wordt? Ik snap wel dat er prikkels zijn voor inkoop, maar het risico dat er meer premie wordt gevraagd voor solvabiliteitsisen, zal voor alle verzekeraars gelden. Dan is het argument van de reputatieschade betrekkelijk.

Minister **Klink**: U maakt een terecht punt, dat ook genoemd wordt in het kader van het voornemen om de macronacalculatie af te bouwen, dus niet af te schaffen maar af te bouwen van 100% naar 70%. De bewijslast ligt wel aan die kant, maar wij hebben in de brief gewezen op het feit dat ook wij daarbij zullen letten op de mate waarin dat uitloopt op risicoselectie, juist op grond van het feit dat de ex-antericoverevening, de verzekerdenkenmerken gekoppeld aan de schadelast, nog niet over de hele linie werkt. Ik zeg dit mede tegen de achtergrond dat we naar een nieuwe productstructuur gaan die de schadelastcijfers weer kan veranderen, waardoor er in de verzekerdenkenmerken die we nu in beeld hebben, gekoppeld aan de schadelast, weer ontwikkelingen plaatsvinden. Tegen die achtergrond gaan we kijken naar de vraag in hoeverre het afbouwen van de macronacalculatie kan leiden tot risicoselectie of tot het ophogen van de premies. Hier zijn koopkrachteffecten mee gemoeid, omdat de Nederlandsche Bank hogere solvabiliteitseisen zou stellen. Dat zijn voor ons punten van aandacht, die we voor de zomer in beeld zullen brengen om beslissingen te kunnen nemen over de afbouw van de macronacalculatie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat betekent dus dat dit allemaal eerst bekeken wordt voordat de minister definitief een besluit neemt over de vraag hoe de afbouw van de ex post en de nacalculatie eruit komt te zien?

Minister **Klink**: Jazeker, maar ik plaats er wel een kanttekening bij. We doen die afbouw naar 70% natuurlijk niet voor niets. Dat heeft niet alleen te maken met de minister van Financiën, die daar wel of geen voorstander van is, maar heeft ook met het gegeven dat wij in het risicodragend laten zijn van de verzekeraars een aangrijpingspunt vinden om meer werk te maken van de zorginkoop en het letten op de kosten, zeker nu de kosten inzichtelijker worden. Dat doen we niet voor onze lol, maar dat is met name om voor de toekomst een bestendig zorgverzekeringsstelsel te handhaven. Door het deels ondervangen of deels afschaffen of gaandeweg afschaffen van de macronacalculatie prikkelen we verzekeraars om de premiestelling goed in de benen te krijgen, teneinde langs die weg een bron van inkomsten te realiseren waarmee we de zorgvraag kunnen betalen. Op het moment dat zij dit uit eigen vermogen moeten halen, zullen zij kritischer zijn, zowel op de premiestelling als op de inkoop. Maar als zij weten dat de zorgvraag op een gegeven moment toch wel stijgt, in de wetenschap dat zij een macro nagecalculeerd krijgen, zullen ze minder kritisch zijn. Ik ben het met mevrouw Smilde eens dat de macronacalculatie plaatsvindt op basis van een vergelijking tussen de inschatting van de zorgkosten die we macro gaan maken en de feitelijk gerealiseerde kosten die we macro gemaakt hebben. Dat ondervangt gelukkig niet alle concurrentie, want anders zou de macronacalculatie alle prikkels hebben weggenomen. Dat is niet zo; de relatieve verschillen blijven wel bestaan. Bij het afbouwen van de macronacalculatie komt er meer risico bij de verzekeraars te liggen. Dan gaat het vliegwieleffect werken. Het CPB zegt dat dit ook belangrijk is, om de door ons geraamde inkomsten van rond de 500 of 600 mln. te realiseren. Wij willen dus die kant op, maar wel met de kanttekening dat die ex ante dan dusdanig moet zijn, dat risicoselectie en oneigenlijke koopkrachteffecten worden vermeden.

Mevrouw Smilde vroeg vervolgens naar de hoge risicoverevening als onderdeel van de ex-antecompensatie. Achterliggende gedachte bij de hoge risicoverevening is dat voorafgaand aan het nieuwe jaar verzekerden worden geïdentificeerd die hoge kosten kennen. De vormgeving van deze vorm van ex-antecompensatie is niet eenvoudig. Dat heb ik overigens al aan de Kamer gemeld. We doen nu nader onderzoek naar de vraag hoe die vormgeving eruit moet zien en zullen de consequenties daarvan hierbij betrekken.

Dan kom ik bij de relatie tussen kwaliteit en prijs en de rol van de NZa. De inspectie let op de kwaliteit van de zorg. De NZa kan er wel indirect naar

kijken door te bezien in hoeverre deze een rol speelt in het gedrag tussen partijen, tussen patiënten en organisaties en tussen verzekeraars en ziekenhuizen. De NZa en het CPB wijzen er overigens al jaren op dat de kwaliteit meer inzichtelijk moet worden. Daarin spelen ze wel een rol, maar dan meer op het niveau van het stelsel, dan op het niveau van het afzonderlijke hulpaanbod.

Mevrouw Smilde vroeg naar de verdeling van de opleidingsplaatsen van medisch specialisten en in hoeverre de NZa daarin tekortschiet. We nemen die vraag mee als we in het algemeen overleg spreken over de NZa en over de WMG. Dan kom ik daar graag op terug.

Als laatste wil ik tegen mevrouw Smilde zeggen dat wij het leeftijds criterium niet willen introduceren. Ik zie namelijk niet in dat een leeftijds criterium bij het eigen risico ertoe zal leiden dat we daarmee de chronische aandoeningen ondervangen. Dat is te gespreid over de verschillende leeftijdsgroepen. Dan krijgen we een raar criterium, dat misschien uit bureaucratisch oogpunt handig zou zijn, maar niet zou leiden tot het doel, de chronisch zieken proberen te vrijwaren van overmatige meerjarige zorgkosten.

De heer Van der Veen vroeg of de kleine verzekeraars in de knel komen door de risicoverevening. Uit onderzoek blijkt dat zowel de grote als de kleine verzekeraars op dit moment positieve en negatieve resultaten behalen. Bij een verbetering van de ex-antiserisicoverevening in de toekomst blijf ik me richten op het compenseren van gezondheidsverschillen die te maken hebben met de verzekerdensmerken en de daaruit voortvloeiende schadelast en natuurlijk niet op de omvang van de verzekeraars. Dat zal de heer Van der Veen ook niet hebben bedoeld. Hij maakt zich waarschijnlijk zorgen over het moment waarop we de risicoverevening niet zodanig in de benen hebben dat deze de verzekerdensmerken en de schadelast die daarmee is gemoeid volledig ondervangt, waardoor de kleine verzekeraars in de problemen zouden kunnen komen, gegeven het feit dat zij niet binnen hun verzekerdensbestand naar het gemiddelde kunnen tenderen. Daar zouden risico's uit kunnen voortvloeien. Ik ben het met hem eens dat ook dit een reden is om de ex ante goed in de benen te krijgen, om te vermijden dat we de concentratie van verzekeraars niet nog een extra impuls geven.

De heer Van der Veen vroeg ook naar nieuwe toetreders. Voor zover wij weten en hebben geanalyseerd, heeft het feit dat er geen nieuwe, commerciële toetreders waren vooral te maken met het gegeven dat wij het stelsel zo hebben ingericht, dat dit voor hen of voor buitenlandse partijen niet al te aantrekkelijk is om toe te treden. Wij kennen een acceptatieplicht, we hebben geen premiedifferentiatie, we hebben lage winstmarges enzovoort. Het feit dat er weinig toetreders zijn heeft dus niet zoveel te maken met het gegeven dat de structuur van het stelsel niet zou deugen, maar met het gegeven dat wij het zo hebben willen inrichten om de solidariteit te waarborgen.

Hebben wij indicaties dat de collectiviteiten via de gemeenten in problemen zouden kunnen komen als wij de ex-antiserisicoverevening nog niet voldoende in de benen hebben? Hierdoor zouden deze groepen via risicoselectie niet meer interessant kunnen zijn. Bijstandsgerechtigden zijn als kenmerk opgenomen in het ex-antemodel. Uit onderzoek blijkt dat verzekeraars met verzekerdens met inkomens tot 110% van het bijstandsniveau door dit model adequaat worden verevend. Voor zover dat deze collectiviteiten bij de gemeenten ontstaan op grond van het feit dat men bijstandsgerechtigden via die collectiviteit een handreiking wil doen door een lagere premie aan te bieden, wordt dit door de ex-antiserisicoverevening ondervangen, ervan uitgaande dat zij uit andere hoofde niet interessant mochten zijn voor verzekeraars, vanwege de verzekerdensmerken en de kosten die daarmee samenhangen. Over het postcodebeleid spreken wij vanmiddag, maar één ding moge duidelijk zijn: dat hoort gewoon niet. Dat vindt het academisch ziekenhuis

Maastricht inmiddels zelf ook. Dat is wat anders dan dat men op een gegeven moment vanwege zijn capaciteit te maken krijgt met wachtlijsten en men vervolgens bemiddelt. De continuïteit van de zorg dient gewoon voorop te staan. Het kan echt niet dat men mensen wegstuurt met de mededeling: wij doen het niet meer, maar ergens anders is vast nog wel ruimte. Daar zit de inspectie op dit moment bovenop. Men heeft de steven gewend. Binnenkort zal ik een gesprek hebben met het ziekenhuis om dit voor de toekomst te vermijden. Ik zal ook bezien in hoeverre de academische component voor Maastricht toereikend is.

De **voorzitter**: We hebben hier straks een debat over dus verzoek ik de minister dit straks in de plenaire zaal te bespreken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb nog maar een prangende vraag. Als deze beantwoord wordt, hoeft dat hele spoeddebat niet meer.

De **voorzitter**: Het wordt wel heel gecompliceerd als we dat debat hier gaan voeren. Het gaat bovendien van de tijd af voor het eigenlijke onderwerp. Ik geef het woord aan mevrouw Agema, als aanvrager van het debat van vanmiddag.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik teken daarbij wel aan dat het voortouw bij de heer Van Gerven ligt.

De **voorzitter**: Dan heb ik een procedurele opmerking. Ik ben op het verkeerde been gezet. Ik herinner me nu inderdaad dat de heer Van Gerven dit heeft aangevraagd en dat mevrouw Agema dit heeft ondersteund. Ik ga ervan uit dat de heer Van Gerven persisteert in het aanhouden van het debat?

De heer **Van Gerven** (SP): Jazeker voorzitter. Ik vond dat dit debat plenair gehouden moest worden, vanwege het belang. Het staat ook niet hier op de agenda. We hebben hier genoeg te bespreken.

De **voorzitter**: Mijn excuses. Ik wil dit onderwerp nu afsluiten. Ik verzoek de minister in te gaan op alle gestelde vragen, want ik wil graag ruim baan geven aan de Kamer om in tweede termijn in te gaan op een aantal zaken.

Minister **Klink**: De heer Van der Veen had het over fuseren om te overleven, breed worden om de competitie te kunnen weerstaan. Ik zie net als hij een serieus risico. Daarom moeten we de aanmerkelijke marktmacht en de beleidsregels die daaruit voortvloeien veel beter gaan preciseren de komende tijd. Als men risico's afwendt door maar groter te groeien, vervolgens meer marktaandeel krijgt en zich daarmee onkwetsbaar maakt voor de ander, is dat een slechte ontwikkeling. Dat zou echt de dood in de pot zijn.

De heer Van der Veen pleitte voor de inkomensafhankelijke premie. Daar is hij consistent in, dat staat ook in het program van de PvdA. Dat moge duidelijk zijn. Ik heb zo-even al gezegd dat de zorgtoeslag en de structuur die wij nu kennen, de solidariteit waarborgen. Dit wordt internationaal erkend en zelfs geroemd en wordt door de evaluatie ook niet van kritische kanttekeningen voorzien. Dat neemt niet weg dat ik voluit en ruitelijk zal kijken naar dit punt in het kader van de heroverwegingen, omdat ik dit beloofd heb. Dat ga ik dan ook gewoon doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag of de vragen van de VRZ op het gebied van de ex-antenacalculatie in een onderzoek beantwoord kunnen worden, is nog niet beantwoord. Maar daar gaat mijn interruptie niet over. Ik wil met name ingaan op het punt van de schaalgrootte. Ik vind het heel

logisch en heel begrijpelijk – dat heb ik ook bij de zorgverzekeraars gezien – dat zorgaanbieders, met name ziekenhuizen, als gevolg van onzekerheden, onduidelijkheid in de regelgeving en kapitaallasten die niet afkomen, gaan fuseren. Het moeilijke in de discussie is dat er allemaal regelgeving bedacht moet worden als partijen zich als markt gaan gedragen, om die natuurlijke marktneiging weer te niet te doen. Dat is de kern van mijn betoog. Is het nu zo dat er elke keer als we iets signaleren wat wie dan ook om welke reden dan ook ongewenst vindt, zoals in dit voorbeeld schaalvergroting, aanvullende regelgeving moet komen? Als dat het geval is, lopen we toch constant achter de feiten aan?

Minister **Klink**: Ik wilde de voorlaatste vraag beantwoorden met de mededeling dat ik denk dat dit zo is. Bij de laatste vraag weet ik dat niet helemaal zeker. Neem het voorbeeld van de banken. Obama houdt zich bezig met de schaalgrootte van de banken, vanwege de collectieve effecten die het heeft als banken misbruik maken van hun posities. Dat is marktregulering. Er is geen enkele markt die niet met regulering te maken heeft. Ik vind het van belang, met name voor de toekomst, dat die regulering aansluit bij de kern van de zaak waar het in de zorg om gaat. Dat is namelijk goede zorgverlening. Wij moeten dus voor een structuur kiezen die goede zorgverlening beloont, waarmee op dat domein gemeenschappelijke, gerechtvaardigde belangen ontstaan. Ik illustreer dit met het voorbeeld van de verhouding tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Als deze verhouding uitloopt op prijskopen, zoveel mogelijk rantsoeneren, kijken hoe men mensen kan afhouden van een bepaalde aandoening die al dan niet in het basispakket of in de polis zit, ontstaat er een race in de houding van de verzekeraar naar de aanbieder over de vraag wie wel of niet in aanmerking komt voor bekostiging. Als we het kantelen en niet alleen volumes betalen, maar ook kwaliteit, en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich druk maken over de verzekerden als patiënt, krijgen we een totaal ander mechanisme, dat voor een nabije toekomst zal leiden tot betere zorg en daarmee tot hoge besparingen.

Mevrouw Agema stelde uitdagend dat we leefstijl niet erbij mogen betrekken. Bij lichte depressies en angststoornissen zien we in de eerste lijn dat medicatie niet helpt, maar domweg bewegen wel, één tot drie uur per week. Dat gaan wij natuurlijk niet opleggen. Dat gaat ook een arts niet opleggen. Maar een arts kan wel mensen bij de hand nemen en zeggen dat medicatie niet helpt maar bewegen wel. Eén tot drie uur per week is aantoonbaar effectief. Het is essentieel dat verzekeraars en zorgaanbieders gaan nadenken over wat ze nu eigenlijk betalen en dat wij de uitkomsten daarvan belonen.

Het zal altijd regulering vergen. De vraag is hoe we reguleren. Ik vrees dat we voor schaalgrootte regels nodig blijven hebben. Die hebben we nu al, maar die zullen aangescherpt moeten worden via de regels van de aanmerkelijke marktmacht, zodat we kleinschaligheid blijven behouden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag is heel direct. Er vinden marktontwikkelingen plaats. De markt is gericht op omzetvergroting. Op het moment dat partijen zich om wat voor reden dan ook als markt gaan gedragen, zoals we bij de banken hebben gezien, zien we dat er achteraf regelgeving plaatsvindt. Ik heb toch niet het idee dat we bij de banken echt op tijd waren. Mijn zorg is dat we bij marktontwikkeling, die creativiteit in zich zou moeten hebben, elke keer achter de feiten aan lopen als het gaat om regelgeving. Als we met onze regelgeving achter de feiten aanlopen, betekent dat bijna een-op-een dat dit ten koste gaat van het publieke karakter van de gezondheidszorg. Daar zit een spanningsveld. Ik heb daar naar mijn idee nog onvoldoende antwoord op gekregen.

Minister **Klink**: Ik geloof dat dus niet. Ik loop vooruit op eventuele ontsporingen. Wij kennen op dit moment geen volumeontsporingen. Er is geen

enkele indicatie die daarop wijst, van de kant van de NZa. Maar ik wil het wel voorkomen. Dat wil ik doen door op voorhand zo te reguleren, dat straks niet betaald wordt voor meer omzet en volume, maar voor betere zorg.

De heer Van Gerven had een vraag over de zorgtoeslag. Het kabinet heeft al aangegeven dat het de zorgtoeslag zal herijken. Aanstaande vrijdag komen we met onze maatregelen naar buiten. Daarbij doet zich de afweging voor of we het percentage aan de voet verhogen of dat we de uitlooperpercentages verhogen. Het eerste betekent dat mensen een hoger percentage van hun inkomen, het wettelijk minimumloon, aan zorgpremie zullen betalen. Het tweede betekent dat men, naarmate men hoger boven het minimum zit, in de afbouw van de zorgtoeslag een groter deel van de premie zelf moet gaan betalen. De Kamer krijgt de uitkomsten hiervan vrijdag te horen. De inkomenseffecten zijn in ieder geval buitengewoon gering.

Gaat de pil uit het pakket? Wij krijgen nog een advies van het CVZ. Op basis daarvan zullen wij dit afwegen.

De heer Van Gerven wees op de illegalen. CVZ heeft een onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre illegale mensen naar de tweede lijn toegaan, op grond van het feit dat zij in de eerste lijn geen tandheelkundige hulp krijgen. Dit komt overigens domweg doordat deze hulp niet in het pakket zit, bij niemand boven de 21 jaar. Het zou toch raar zijn als wij ingezetenen die hun premie betalen zorgaanbod ontzeggen, maar dit wel bieden aan illegalen. Het effect kan zijn dat men naar de tweede lijn gaat, want daar wordt de hulp wel betaald. De uitkomst van het onderzoek levert niet het beeld op dat dit op grote schaal gebeurt. Ik zal het voorlezen: «Slechts incidenteel is sprake van terechte doorverwijzing van illegale mensen naar de kaakchirurgie, als gevolg van verwaarlozing van de mondzorg».

De heer Van Gerven vroeg of ik wil stoppen met de strafheffing op de SEH. Ik vind het woord «strafheffing» eigenlijk wel mooi. Het gaat om mensen met bijvoorbeeld een lichte complicatie aan de enkel of knie die naar de dure spoedeisende hulp gaan, terwijl ze eigenlijk naar de huisarts hadden moeten gaan voor een verwijzing of een behandeling. Blijkbaar ziet de heer Van Gerven alle pogingen waarbij wij met goede redenen middelen proberen te vrijwaren om niet tot bezuinigingen te moeten overgaan, als straffen. Dat ontgaat mij. Wij zullen die beleidslijn dus voortzetten. Zelfverwijzers die naar de SEH gaan, dienen alleen betaald te worden als er een verwijzing is van de huisarts of als er sprake is van echte acute nood.

De heer **Van Gerven** (SP): Nou breekt mijn klomp. Wij hebben al herhaalde malen gediscussieerd over een eigen bijdrage aan de spoedeisende hulp. De minister komt nu met de karikatuur van de enkel aan. Er zijn een heleboel andere zaken, zoals steken op de borst, waarbij het risico niet goed ingeschat kan worden. Achteraf kun je zeggen: wat een flauwekul. Maar van tevoren kun je dit niet weten. Er moet dus geen drempel zijn. In een debat heeft de minister gezegd dat de rekening uiteindelijk wordt neergelegd bij het ziekenhuis, maar nooit bij de patiënt. Het ziekenhuis krijgt het dan niet vergoed. Nu bemerk ik weer een terugtrekkende beweging bij de minister op dat terrein. Hij zegt dat hij misschien toch die strafheffing gaat opleggen aan de individuele patiënt.

Minister **Klink**: Ik ben blij dat u dit vraagt. Nu wordt voor mij duidelijk wat u met strafheffing bedoelt. Daar wil ik niet naar terug, integendeel. Het ziekenhuis zou het behandelen, krachtens de huidige wetgeving, eigenlijk al niet vergoed dienen te krijgen als er geen verwijsbrief is van de huisarts. Er moet wel een goede triage zijn, dat ben ik met u eens, zodat verwijzing naar de tweede lijn, mits medisch geïndiceerd, wel degelijk

snel plaatsvindt. Wij gaan geen drempel opwerpen voor de zorg in de vorm van een strafheffing of een eigen bijdrage die bij de patiënt terecht komt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik dank u voor deze volstrekt heldere formulering. Maar dan kom ik toch bij de analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit. Zij vraagt zich af hoe de minister gaat uitvoeren dat het ziekenhuis gekort wordt. Er zal dan gedifferentieerd moeten worden wat wel en niet reëel is. U kunt niet staande houden dat er altijd een verwijzing van de huisarts moet zijn, gezien het kenmerk «spoedeisend». Dat is niet houdbaar.

Minister **Klink**: Daarom noemde ik een goede triage. Als er echt acute spoedeisende hulp nodig is, kun je drempelloos naar de spoedeisende hulp. Dat moge duidelijk zijn.

De NZa zal erop toezien dat de verzekeraars, bij wie de eerste verantwoordelijkheid ligt, geen zorgkosten betalen die, zodra geïndiceerd, zonder verwijfsbriefje plaatsvonden. Desnoods moet maar via accountantsverklaringen en controle bekeken worden in hoeverre dat zo gebeurd is.

De heer Van Gerven vroeg ook nog of de FKG-lijsten niet aangepast zouden moeten worden in het kader van het eigen risico. De Taskforce Linschoten heeft gekeken naar de Wtcg. Deze wet beoogt een tegemoetkoming te leveren aan groepen chronisch patiënten die te maken hebben met meer kosten vanwege hun aandoening of hun handicap. Wij gaan kijken in hoeverre de uitkomsten van de taskforce behulpzaam kunnen zijn voor de criteria die wij toepassen bij de compensatie van het eigen risico. Ik wijs er wel op dat het hier om verschillende kosten gaat. Bij het eigen risico en het ondervangen van de daarmee gemoeide kosten voor chronisch zieken gaat het om feitelijk gemaakte kosten die in het kader van de basisverzekering worden gemaakt. Het gaat niet om een algemene tegemoetkoming voor het levensonderhoud van chronisch zieken. Daar ligt dus een verschillend aanknopingspunt en waarschijnlijk ook wel een verschillende uitkomst. Maar wellicht dat de Taskforce Linschoten ons inzichten kan opleveren die daar tot verbetering kunnen leiden.

De heer Van Gerven stelde dat door de invoering van het eigen risico de premie is gestegen. Hij zal hebben bedoeld dat de premie is gedaald. In combinatie vormen ze wel kosten die mensen moeten dragen, hetzij via de premie, hetzij via de nominale afdrachten die men doet.

Hij vroeg of het kabinet wil onderzoeken of een aantal noodzakelijke ingrepen weer in het pakket zouden moeten komen. Dat doen wij op basis van de pakketadviezen die wij van het CVZ krijgen. Dat zal ook dit jaar weer gebeuren.

Hij stelde dat tienduizenden mensen wachten op een compensatie voor het eigen risico. 1,9 mln. beschikkingen gaan automatisch via het CAK, op grond van het feit dat FKG-gegevens en DKG-gegevens stroken met de premieplichtigen. Een deel gaat op basis van verzoeken van mensen. Voor zover er achterstanden zijn, wordt daar op dit moment werk van gemaakt. Inmiddels kan er, als ik het me goed herinner mede op basis van rechterlijke uitspraken, snel gekeken worden of mensen wel deel uitmaken van de FKG-groep of van andere groepen. Dan zal men conform de afweging besluiten.

In het voorjaar van dit jaar zal er een eerste fase-evaluatie plaatsvinden van het eigen risico. Dan zullen we met de gegevens naar de Tweede Kamer toekomen, maar ook naar de Eerste Kamer. Die toezegging loopt daar namelijk al twee jaar.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik wil niet ongeduldig overkomen en het is natuurlijk goed om de evaluatie af te wachten die is toegezegd, maar waarom zouden we niet nu al gebruik kunnen maken van hetgeen er uit de evaluatie van de Wtcg naar voren is

gekomen? Het gaat om concrete aanbevelingen die volgens mij vrij goed, misschien zelfs een-op-een over te nemen zijn, zodat we nu direct met die verbeteringen aan de slag kunnen, in plaats van dat we moeten wachten op de evaluatie en de kabinetsbrief. Voordat we dan als Kamer bij elkaar zijn, zijn we wel minstens een halfjaar verder.

Minister **Klink**: Ik gaf antwoord op de vraag of het eigen risico überhaupt ter discussie zou moeten worden gesteld. De uitkomsten van de Taskforce Linschoten worden op dit moment bestudeerd om de verbeteringen daarvan mee te nemen. Dat loopt op dit moment.

We hebben de afgelopen jaren al dingen verbeterd. Wij zijn begonnen met de FKG's. De hulpmiddelen worden, als er een tweejaarlijks inzicht is in het gebruik van die hulpmiddelen, ook meegenomen bij de compensatie van het eigen risico. Er worden dus al stappen gezet. De uitkomsten van de Taskforce Linschoten kunnen een volgende stap zijn. Maar meer in fundamentele zin denk ik dat de discussie over het wel of niet zinvol zijn van het eigen risico terugkomt na de evaluatie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat fundamentele debat moeten we zeker voeren. Maar dit dossier loopt al vrij lang. We hebben ook wel eens gevraagd wat de mogelijkheden zijn van terugwerkende kracht. Dat is natuurlijk allemaal ingewikkeld en lastig en werkt ook niet bevredigend. We kunnen tegen de mensen uit deze kwetsbare doelgroep zeggen dat zij nog even moet afwachten en dat er nog wat gaat komen, maar zij worden hier elk jaar door geraakt. Ze komen onvoldoende in aanmerking voor tegemoetkoming. Dat vind ik ernstig. Laten we datgene wat we op korte termijn kunnen doen, ook gewoon doen. En natuurlijk gaat dat fundamentele debat er komen.

Minister **Klink**: Ik zie dit als een aansporing, haast te maken. U hebt begrip voor mijn punt, dat de aanknopingspunten om iemand als chronisch ziek te bestempelen, dus iemand die chronisch en langdurig onvermijdelijke zorgkosten maakt, niet makkelijk zijn. We kunnen daarvoor geen declaratiesysteem ontwikkelen. We hebben aanknopingspunten nodig, vandaar dat we FKG's en DKG's hebben. Daar zijn de hulpmiddelen aan toegevoegd. Als de Taskforce Linschoten ons inzichten kan opleveren, gaan we dat snel doen. We pakken een grote categorie mee, maar voor degenen die er net buiten vallen, maar wel die kosten hebben, is het inderdaad sneu.

Mevrouw Van Gent had het over overstappers. 5% is best veel, want de marges zijn behoorlijk klein voor verzekeraars. Als men een aandeel van 5% verliest, is dat wat. Ze laten het zich ook wel uit hun hoofd om premies al te hoog vast te stellen, op het moment dat ze meer dan 5% risico lopen. Er gaat dus een behoorlijke preventieve werking uit van de keuzevrijheid dat men per jaar kan wisselen van verzekeraar.

Over leefstijl heb ik al iets gezegd. Natuurlijk gaan wij er niet toe over om mensen die een aandoening krijgen te diskwalificeren. Het is juist het omgekeerde. We geven mensen inzicht in het feit dat leefstijlveranderingen kunnen leiden tot minder chronische aandoeningen en handicaps, door publieksinformatie. Dat mag door artsen best op een indringende manier gebeuren.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik heb toch het idee dat de minister duikt op een van mijn belangrijkste vragen over de zorgtoeslag en het inkomensafhankelijk maken van de premies, die ik ook heb gesteld naar aanleiding van de door ons gesteunde motie die is aangenomen. De minister zegt alleen maar iets over het herijken van de zorgtoeslag. Hij zegt dat de inkomenseffecten buitengewoon gering zullen zijn. Dat stelt mij helemaal niet gerust. Het zijn belangrijke bezwaren voor de GroenLinks-fractie met betrekking tot de structuur van de nieuwe Zorgver-

zekeringswet. De ChristenUnie zegt dat zij niet vies is van de voorstellen; de PvdA vindt ze essentieel bij de brede heroverweging. Ik wil dus weten hoe belangrijk dit is voor minister Klink. Hoe sterk gaat hij zich maken om de wens van de meerderheid van de Tweede Kamer, van twee coalitiepartijen en van GroenLinks waar te maken?

Minister **Klink**: Ik heb in de Kamer gezegd een aantal dingen gezegd. Wij kennen gelukkig een buitengewoon solidair stelsel. Daar helpt de zorgtoeslag enorm bij. Wij kennen een nominaal deel om de premieverschillen robuust inzichtelijk te maken. Dat is belangrijk om het stelsel überhaupt te laten werken. Desalniettemin sta ik open voor een verkenning van de heroverwegingsclub. Mijn finale oordeel laat ik mede van de uitkomsten hiervan afhangen. Deze zal ik met de Kamer bespreken. Als ik me niet vergis, hebben sommige fracties die u genoemd hebt in meer of mindere mate niet gezegd dat ze naar een inkomensafhankelijke premie willen overgaan. Bij de PvdA zit daar natuurlijk wel een geschiedenis achter die u en ik allemaal kennen.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Soms wil men dingen ook niet weten. Dan vindt er een soort verdringing plaats bij deze minister en, ook niet helemaal toevallig, bij de CDA-fractie. Er is geen woord Spaans bij die motie. In de motie wordt helder aangegeven wat men wil met de inkomensafhankelijke premie en met de zorgtoeslag. Er moet wel degelijk worden bezien of de zorgtoeslag kan worden afgeschaft. In de motie wordt verzocht om de voorstellen mee te nemen in de ambtelijke werkgroepen, die bezig zijn met de brede heroverweging. Ik neem dus niet aan dat de minister dit negeert. Ik vind dat hij een beetje praat met meel in de mond, maar dat komt waarschijnlijk omdat het CDA nog niet om is. Steek uw nek eens uit, minister Klink! Ik zou u prijzen.

Minister **Klink**: Ik weet niet of ik voor dat laatste per se heel gevoelig moet zijn, maar dat neemt niet weg dat wij natuurlijk die motie gaan uitvoeren. We gaan het inderdaad bezien.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het antwoord van de minister op mijn opmerking schoot echt tekort. De minister heeft in de antwoorden, zonder enige nuance, gezegd dat het algemeen bekend is dat een gezonde leefstijl het risico op kanker significant verlaagt. Dat is een klap in het gezicht van alle mensen die kanker hebben. Wat zegt de minister tegen hen? Had u maar een gezonde leefstijl moeten hebben? Er zijn ook mensen die kanker hebben gekregen terwijl ze een gezonde leefstijl hebben. Er zijn zoveel andere oorzaken van kanker, waaronder bijvoorbeeld een blootstelling aan asbest. Ik vind dat we die kant niet op moeten gaan. Ik vind dat de minister duidelijk moet maken dat een gezonde leefstijl in brede zin voor iedereen belangrijk is, maar voor het individu kan hij dit soort uitspraken niet doen.

Minister **Klink**: Nee, dat is inderdaad ook niet op individueel niveau gedaan. Daarom ben ik het volstrekt met u eens. Mevrouw Agema vroeg of het Nederlandse stelsel voldoet aan de eis dat iedereen de betaalbare zorg krijgt die hij nodig heeft. Ik durf hierop «ja» te antwoorden. Sterker nog, internationaal gezien hebben wij een buitengewoon laag eigen risico. Zij merkte op dat de zorg een kwestie is tussen patiënt en aanbieder. Waarom moet de zorgverzekeraar daartussen zitten? De relatie tussen patiënt en aanbieder is inderdaad volstrekt helder. Dat domineert. De zorgverzekeraar koopt echter wel de zorg in en zal namens de verzekerden en de patiënten op meer collectief niveau letten op de kwaliteit van zorg

en daar vervolgens zijn zorginkoop op afstemmen. Dat hoeft dus geen tegenstelling te zijn; de gerechtvaardigde belangen kunnen in elkaar overlopen.

De heer Van der Vlies vroeg waarom ik die macrona calculatie wil afbouwen. Ik heb zo-even aangegeven waarom ik dat wil en waarom het CPB en het kabinet dat willen. Ik heb wel de kanttekeningen aangebracht die ook in de brief staan. Wij zullen heel goed letten op risicoselectie en op de koopkrachteffecten die uit solvabiliteitsproblemen zouden kunnen voortkomen. Die afweging zullen wij voor de zomer maken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb dezelfde vraag gesteld. Ik hoor graag een reactie van de minister op hetgeen er op de website van VWS wordt geschreven over macrona calculatie: «Door macrona calculatie wordt voorkomen dat zorgverzekeraars te hoge nominale premies rekenen om zich in te dekken tegen onzekerheden in de macrokostenontwikkeling». De vraag is dus al door het ministerie zelf beantwoord. Als je aan de macrona calculatie komt, gaan de premies omhoog. Kan de minister nogmaals uitleggen waarom hij dan überhaupt deze route heeft ingezet, gezien het feit dat het risico allang bekend is?

Minister **Klink**: Omdat de veronderstelling is dat de premies niet omhoog, maar naar beneden zullen gaan. De verzekeraars weten op basis van de ramingen van het CPB, die een indicatie geven voor de premie en die het kabinet overneemt, met hoeveel premie men in jaar x het volgende jaar min of meer zal uitkomen. Men gaat die premie daarop afstemmen. In de regel zie je ook dat dit één op één loopt; dit jaar is het iets hoger. Op het moment dat de ramingen van het CPB en van het kabinet, voor zover het zich daarbij aansluit, te laag zijn vastgesteld, en de kosten dus hoger zijn geworden, gaan wij dit macrona calculeren. Op het moment dat we dit niet meer doen of minder gaan doen, betekent dit dat verzekeraars niet meer uit de macrona calculatie, maar uit het eigen vermogen de middelen zullen moeten bijpassen. Dat maakt hen op twee punten scherper. Ten eerste zullen ze zich afvragen of ze de goede premie in beeld hebben. Ten tweede is voor hen de vraag van belang of zij hun uitgaven zo veel mogelijk kunnen afstemmen op de premie die ze vastgesteld hebben en de daaruit voortvloeiende inkomsten. Dit zou kunnen betekenen dat ze scherper gaan inkopen. Die scherpere die we willen inbrengen, zal er op termijn toe leiden dat de premie naar beneden gaat. De scherpere zorginkooprol zal namelijk ook tot doelmatigheid gaan leiden. Dat is het vliegwielmecanisme waar het CPB op wijst. Het kabinet veronderstelt dat dit kan gaan werken, mits de ex-antecoverevening zo goed werkt dat er op basis hiervan geen prikkel is om risicoselectie te gaan toepassen. Als men namelijk meer risico loopt, loont het om meer te gaan selecteren. Bovendien is het van belang dat de ramingen goed zijn, zodat men niet met solvabiliteitsproblemen komt te zitten, waardoor DNB zal zeggen dat men het eigen vermogen moet ophogen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Volgens mij is iedereen het er wel over eens dat de ex ante eerst op orde moet zijn voordat je aan de ex post kunt komen. Ex post bestaat echter uit verschillende componenten. Ik ben het helemaal met de minister eens dat we af moeten van de na calculatie ziekenhuizen, de hoge kostenverevening en de bandbreedte. Maar het macrona calculatieonderdeel gaat bijvoorbeeld over het feit dat er een pandemie van Mexicaanse griep had kunnen uitbreken het afgelopen jaar, die tot enorm hogere kosten had kunnen leiden in de zorg, die niemand zag aankomen. Dat wordt dan generiek verevend. Dat heeft niets te maken met beter inkopen of met concurrentie tussen zorgverzekeraars. Dat is nu net de component die men niet kan beïnvloeden. Het verhaal van de minister klopt dus wel, maar net niet voor dit ene aspect. Hoe kan hij overeind houden dat juist door die macrona calculatie af te schaffen, die inkoopaf-

fecten gaan optreden? Dat gebeurt juist bij die andere aspecten van de ex-postverevening.

Minister **Klink**: Zaken waar men echt niets aan kan doen, bijvoorbeeld het niet doorgaan van de korting op de medisch specialisten, worden natuurlijk wel nagecalculeerd. Dan zitten we namelijk evident verkeerd in onze ramingen. Dat geldt dus ook voor een pandemie. Maar als wij ervan overtuigd zijn dat wij de reële groei van de zorgkosten in beeld hebben en daar een indicatie voor hebben gegeven, is dat ook indicatief voor de verzekeraars, evenals voor de zorgaanbieders. De laatste krijgen wel met ombuigingen te maken, op basis van diezelfde ramingen. Dat geldt dus nu al bij de zorgaanbieders. We gaan risico toevoegen bij de verzekeraars in de veronderstelling en ook in de wetenschap dat zorginkoop niet alleen op het niveau van de prijzen aangrijpt maar wel degelijk ook op volumes, op de mate waarin men preventie weet te realiseren en op de mate waarin men betere zorg weet te realiseren. Hierdoor ontstaan er minder complicaties en worden er dus minder zorgkosten gemaakt. Dit neemt niet de ankerpunten weg die de heer Zijlstra noemt, risicoselectie, solvabiliteit en koopkrachteffecten. Dat zijn straks belangrijke afwegingsmomenten. De heer Van der Vlies vroeg naar kruissubsidie tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. De NZa neemt deze vraag mee in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt. In 2010 wordt nader onderzoek gedaan naar de wisselwerking tussen die twee. Wij komen hier nog op terug. Overigens is het wel zo dat kruissubsidie Europeesrechtelijk nauwelijks te verbieden is, gegeven de derde schaderichtlijn. Maar wij hebben op dit moment geen indicaties dat er een groot grensverkeer plaatsvindt. Op het moment dat dit wel zo mag zijn, zal het reputatiemechanisme wellicht ook gaan werken. Daarom is zo'n monitor van belang. Vervolgens vroeg de heer Van der Vlies wat er gebeurt als iemand het ene jaar wel een ziekte heeft en het andere jaar niet. De Wtgc gaat niet uit van meerjarige onvermijdbare zorgkosten; het eigen risico doet dat wel. Wij gaan de criteria verbeteren, maar de meerjarigheid blijft wel van betekenis. Wij gaan niet iedereen compenseren die eenmalig te maken krijgt met hogere zorgkosten.

Hij had ook een vraag over pgb-houders. Een pgb in de vorm van een voorschot op restitutie is nu mogelijk, op grond van de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars kunnen dat aanbieden aan verzekerden en dat gebeurt hier en daar ook. Het wettelijk verplichten van zo'n pgb kan weer niet. Ik denk zelfs dat dit de derde schaderichtlijn zou raken. Overigens is gebleken uit een experiment met het pgb dat een wettelijke plicht niet zou werken. Dat was de conclusie van de NZa en ZN die uit het experiment voortvloeide.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb mijn interruptie zorgvuldig bewaard voor het pgb. In de praktijk zit er echt een probleem bij de ziekenhuisverplaatste zorg. Men ligt in het ziekenhuis. Op een gegeven moment is het verplegende en verzorgende niveau van zodanige aard dat de zorg ook buiten het ziekenhuis kan worden overgenomen. Dan ontstaat er voor een budgethouder een probleem. Wat hoort bij wat? Wat wordt betaald door wie? Dat moet verhelderd worden. Dat wordt opgelost als de verplichting die ik suggereerde, ingevoerd zou worden. Als dit niet kan, houdt het natuurlijk op. Dan dwingt dit wel tot volstrekte transparantie over het niveau waarop het schuurt. Dat signaal wordt ons uit de praktijk, via Per Saldo, uitdrukkelijk aangereikt. Daarom leg ik het de minister nogmaals voor.

Minister **Klink**: Ik onderken met u dat de problematiek best complex is. Ziekenhuisverplaatste zorg betekent dat deze de facto onder de verantwoordelijkheid blijft van de medisch specialist die de zorg verleent. Dan veronderstellen we ook dat de zorg onder de Zorgverzekeringswet blijft.

De vraag is alleen wanneer deze bij de AWBZ komt of wanneer deze bij de huisartsenzorg terechtkomt. De NZa heeft onlangs een beleidsregel opgesteld om dat te verduidelijken. Als een en ander onder de regie van de medisch specialist blijft, is het kennelijk Zvw-zorg. Thuisbeademing en palliatieve zorg zitten in de sfeer van de AWBZ en moeten dus daaruit betaald worden. Die duidelijkere omschrijving van de verkaveling over de domeinen heen is tot stand gekomen. Als de medisch specialist de zorg niet heeft overgedragen aan de huisarts en dus nog eindverantwoordelijke is, is er sprake van ziekenhuisverplegingszorg. Als een operatiewond thuis verzorgd moet worden, is het onderscheidende criterium of de specialist de zorg wel of niet heeft overgedragen aan de huisarts. Als een en ander onhelder blijft, wil ik best toezeggen er in een brief op terug te komen en daarin te duiden wat de NZa-beleidsregel betekent.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik dank de minister uiteraard voor dit antwoord. Voor mij is het verhelderend. Maar uit een brief van Per Saldo blijkt dat deze kwestie op patiënten-cliëntenniveau, na de nadere precisering die al verstrekt zou zijn, toch nog onhelder is. Ik denk dat de minister een inspanningsverplichting zou willen accepteren om daar nog eens even naar te kijken, in samenspraak met Per Saldo, en er eventueel nog een keer een brief over te schrijven.

Minister **Klink**: We kijken ernaar en ik bericht u daar nog over. Als we een brief schrijven, zullen we proberen het vanuit patiëntenperspectief te doen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dan heb ik een procedurele opmerking. Dat raakt namelijk ook de AWBZ. Misschien kan de minister dat dan ook meenemen.

Minister **Klink**: Het raakt in feite aan drie domeinen van bekostiging. Twee domeinen binnen de Zvw, namelijk de bekostiging van de huisartsenzorg en van de ziekenhuizen en één domein binnen de AWBZ, met twee onderdelen, extramuraal en intramuraal. Er lopen nogal wat lijnen langs elkaar. Maar ik heb veel vertrouwen in de NZa.

De heer Zijlstra vroeg naar de NZa. We komen daar binnenkort, in het kader van de WMG, nog over te spreken. Hij had het over het informatieprotocol. Een van de punten die bij de NZa zonder meer speelt, als tariefautoriteit, is dat zij de tarieven definieert, maximumtarieven of bandbreedtetarieven. Dat zien we bij de kraamzorg, bij de verloskundigen, bij de apothekers en nu bij de medisch specialisten. Dat heeft enorme budgettaire implicaties. Vandaar dat het wel van belang is dat VWS tijdig weet welke besluiten de NZa in dat opzicht gaat nemen. Ik geloof dat ik met een aanwijzing kan overrulen, maar zij heeft daar natuurlijk zeer gedocumenteerd naar gekeken.

Dat brengt mij wel, in meer algemene zin, bij een punt dat ik met de NZa zal bespreken, waarbij ook een taak ligt voor VWS. Ik noem het voorbeeld van de dbc's. Voor zover wij de tarieven reguleren van de medisch specialisten en de apothekers, zijn wij elk jaar gehouden om daar een prijs voor neer te zetten. Dat betekent dat een totaal apparaat telkens weer die tarieven moet vaststellen. Er zijn kostenonderzoeken mee gemoeid. Die worden altijd aangevochten door belangengroeperingen. Er vloeien juridische procedures uit voort. Dat is een enorme bureaucratie die we in feite realiseren. Bovendien lopen we bijna altijd, gezien de rechterlijke uitspraak van gisteren, met de tariefregulering achter de feiten aan. Kijk naar het voorbeeld van de arbeidsproductiviteitswinst bij herhaalrecepten. Dat ging vroeger telefonisch, en nu via internet. Dat kost € 3,50 per recept. Vervolgens lopen we achter de feiten aan en betalen we die € 3,50 jaar en dag, terwijl het niet meer nodig is. Bij de specialisten idem dito. Er gaan jaren overheen voor het tijdbestedingsonderzoek en voor het herijken van

de tarieven. Dat geldt ook voor de laboratoria en de diagnostiek. Er zijn jarenlang prijzen vastgesteld en we lopen achter de feiten aan. Maar we betalen wel de kosten. Het verschil tussen de door ons vastgestelde tarieven en de feitelijke kosten gaat naar de zorgaanbieder. Het wordt niet verdeeld met de zorgverzekeraar. Het komt niet ten goede aan de verzekeren. Daarom heb ik grote vraagtekens of wij wel zoveel moeten reguleren als wij nu doen, als ik kijk naar de enorme effecten die dit voortdurend met zich meebrengt. Tegen die achtergrond plaats ik ook het vraagstuk van de onderhandelbaarheid van prijzen en de macrobudgettaire beheersbaarheid. We hebben een circus opgetuigd dat enorme implicaties heeft. De rechter heeft daar gisteren ook de vinger op gelegd. Tegen die achtergrond praat ik met de NZa over het bekostigingsstelsel en over de mate waarin we dit risico kunnen ondervangen.

Dan kom ik bij het punt van de rolverdeling tussen de NMa, de NZa en IGZ. Wij komen daar nog op terug, ook in het kader van de brief over de zorgfuncties en de cruciale zorgfuncties, mede tegen de achtergrond van het College sanering over de fusies, en meer fundamenteel in het kader van de WMG.

Mevrouw Wiegman had een vraag over het preferentiebeleid. De jongste inzichten rondom het preferentiebeleid leiden ertoe dat er minder wordt gewisseld dan bij de niet-preferente middelen. Dat heeft alles te maken met het gegeven dat er inmiddels tweejarige, langdurige contracten aan ten grondslag liggen, in plaats van contracten voor drie maanden. Eerder onderzoek van de SFK was niet representatief, omdat het ging over alle geneesmiddelen. Uit onderzoek in Utrecht blijkt dat de therapietrouw bij preferente geneesmiddelen groter is dan bij de andere geneesmiddelen. De beschikbaarheid van geneesmiddelen is wel een aandachtspunt. Als zorgverzekeraars inderdaad selectief contracteren en zeggen dat zij alleen het middel van de preferente aanbieder vergoeden, moet het middel natuurlijk wel voorhanden zijn. Ik verwacht van verzekeraars een uiterste inspanning om dat te realiseren. Als dat niet mogelijk is, verwacht ik flexibiliteit bij het uitwijken naar andere middelen.

De **voorzitter**: Zijn er vragen blijven liggen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mijn belangrijkste punt is de vraag: wat is kwaliteit? Daar is nog onvoldoende antwoord op gegeven, zeker ook gezien het betoog van de minister over de tweede revolutie en het betalen voor kwaliteit. Dan zullen we wel heel goed moeten weten wat kwaliteit is en hoe we deze inzichtelijk kunnen maken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik had een vraag over de procedure rond het geven van een boete als iemand zich aanmeldt voor een verzekering en het kwijtschelden ervan door het CVZ. Daarnaast heb ik een probleem met collectief versus individueel in relatie tot bewegingen van individuen in het zorgstelsel.

De heer **Van Gerven** (SP): Er ligt nog een vraag over de continue glucosemontoring.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): De minister heeft al iets gezegd over de zorg voor illegalen. Ik heb aangegeven dat mensen worden afgewezen en dat dit niet altijd in de rapportages terugkomt door de manier van rapporteren. Ik heb graag helderheid over de vraag hoe groot dat gat is. Daar gaat het mij met name om. Mensen moeten wel noodzakelijke zorg krijgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb gevraagd om antwoorden op de vragen die door de VRZ zijn gesteld met betrekking tot de ex-anteverevening.

Minister **Klink**: Wat is kwaliteit? Ik ga dat niet definiëren, maar ik ga me wel baseren op de protocollen en de richtlijnen van de beroepsgroepen zelf. Bovendien baseer ik me op de inzichten van de inspectie. Daar valt nog heel veel te winnen. Langs lijnen van het vermijden van complicaties zijn vele honderden miljoenen te besparen, naar mijn stellige overtuiging. Dat levert een dubbele winst op, voor de patiënt, de kosten, de arbeidsmarkt en de schaarste die zich daar zal gaan aftekenen.

In de tweede termijn kom ik terug op de boete. Ik begrijp de vraag niet helemaal over individueel versus collectief. Natuurlijk krijgt men, als men tot een collectiviteit behoort, een premievermindering. Daarin zou men een aansporing kunnen voelen om zich bij een collectiviteit aan te sluiten. Maar ik zie geen drempel voor een individu om zich te verzekeren, aangezien de zorgtoeslag, voor zover er een financiële drempel zou zijn, is afgestemd op de gemiddelde premie. Dus ook als men geen deel uitmaakt van een collectief, blijft de premie toegankelijk.

Het antwoord op de vraag op de continue glucosemonitoring moet ik even schuldig blijven. Daar kom ik in tweede termijn of anders schriftelijk op terug. Dat geldt ook voor de vraag van mevrouw Van Gent.

Ik zeg de heer Van der Veen toe dat ik de ex-anteverevening zal blijven monitoren en zal bekijken in hoeverre deze toereikend is om tegemoet te komen aan eventuele tekortkomingen zoals risicoselectie. Of heb ik de vraag niet helemaal begrepen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag ging over de vragen zoals die geformuleerd zijn in de brief van de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars, die de minister al heeft of zeker kan krijgen. Het gaat om specifieke vragen die aan de orde zijn bij de ex-anteverevening.

Minister **Klink**: De antwoorden zal ik de commissie in een afschrift doen toekomen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn duidelijke antwoorden op mijn vragen. Ik ben blij dat hij heeft gezegd dat het monitoren op de mogelijke koppelverkoop een belangrijk punt is. Ik ben ook blij met zijn opmerking over de afwegingen in verband met de afbouw van de ex-postcompensatie. De risicoselectie en de solvabiliteitseisen liggen inderdaad wel zwaar op de maag. We wachten de voorstellen af.

De minister gaf aan dat de IGZ gaat voor de kwaliteit en dat de NZa vooral over de prijs gaat. Maar als wij zorgverzekeraars willen monitoren of zij inderdaad op kwaliteit inkopen, zal er op zijn minst een wisselwerking tussen beide organisaties moeten bestaan. Ik hoor graag de reactie van de minister hierop.

Ik begrijp dat er nog een brief komt van de minister over het verdelen van de opleidingsplaatsen en de NZa en de NMa. Ik zou toch graag alvast een reactie hebben van de minister over het punt van de aanmerkelijke marktmacht. Hoe kijkt de minister daartegenaan? Hoe zou hij dit willen oplossen? Als ik deze schriftelijk krijg, kunnen we ons daar alvast op voorbereiden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden op de vragen. De minister geeft aan dat er beloond zal worden op basis van kwaliteit. Dat doet mij een beetje denken aan VARA-kinderkoor De Roodborstjes. Op woensdagmiddag begon het altijd met: «Als alle mensen op aarde hand in hand tezamen gaan, krijgt het leven veel meer waarde, breekt eindelijk de vrede aan». Ik ben het dus helemaal met de minister eens dat er op kwaliteit beoordeeld moet worden, maar ik

heb het nog niet echt concreet. De minister zegt dat er nu een heleboel dingen niet goed gaan. Dat ligt volgens mij aan de zorgverleners, zoals in het voorbeeld van darmkanker. Dan zie ik nog niet hoe dit met een stelselwijziging kan plaatsvinden. Bij de apothekers bijvoorbeeld wordt er niet alleen betaald voor doosjes schuiven, maar ook voor het feit dat ze zorg verlenen. Je zou ook kunnen zeggen: de apotheker die dat doet, doet eindelijk zijn werk.

Dan heb ik nog een punt over de fusiebewegingen en de achterliggende regelgeving. Ik denk dat dit te maken heeft met het feit dat we geen goed perspectief hebben en niet goed weten hoe we de ziekenhuisvoorzieningen gespreid zouden willen hebben. We hebben niet voor niets een motie ingediend over de basisstructuur en ik wil deze nog eens bij de minister onder de aandacht brengen. Ik denk dat je pas echt met regelgeving bezig kunt gaan, als je weet wat het eindplaatje is. Nogmaals, ik ben ervan overtuigd dat we in een volgend AO, dat gaat over waardering voor betere zorg, op dit punt zullen terugkomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Allereerst heb ik nog een opmerking over het ex ante en het ex-postvereveningsstelsel. In het rapport van ZonMw staat een tabel van professor Van de Ven. Hierin staat haarfijn uitgelegd wat de kosten zijn die mensen maken, aan de hand van een bepaald profiel. Ik begrijp niet waarom dat ex-antesysteem niet op orde wordt gebracht. Waarom worden weesziekten of allerlei andere factoren daar niet in ondergebracht? Dan is het vereveningsstelsel op orde. Dan kom ik bij het ex-postvereveningsstelsel. De SP heeft een motie ingediend bij de behandeling van de begroting. Deze heeft geen meerderheid gehaald. Ik proef hier toch breed verzet tegen het voortzetten van de lijn die de minister heeft neergelegd. Ik overweeg toch om deze motie opnieuw in te dienen, wellicht met steun van enkele andere fracties. Ik zal mij zeker ook vervoegen bij de VVD, die tegen heeft gestemd, maar nu zeer kritische noten slaakt.

Wat vindt de minister van het volgende? Als er een ruzie is tussen apothekers en zorgverzekeraars en de apotheker heeft geen contract, kan het zomaar zijn dat de patiënt zijn medicijnen niet vergoed krijgt. Bij het restitutiestelsel worden deze dan maar gedeeltelijk vergoed. Ontstaat er dan niet een onaanvaardbare drempel?

Tot slot kom ik bij het punt van de zorgtoeslag. Ik begrijp dat daarvoor in de ministerraad vrijdag een voorstel komt. Mag ik daaruit concluderen dat het 5%-criterium wordt losgelaten en dat de zorgtoeslag overeind blijft? Dan is er dus wel een taboe, waaraan niet getornd wordt. Dat zou tot de conclusie moeten leiden dat de PvdA en de ChristenUnie weliswaar wikken, maar dat het CDA beschikt.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Voorzitter. Natuurlijk wil ik ook de minister bedanken voor zijn antwoorden. Wij zijn voor sociale verzekeraars zonder winstoogmerk. Dat is voor ons van belang. Daarover heb ik nog een vraag. Kan de minister zeggen of zij ook vallen onder de balkenendernorm? Daarover bestaat namelijk nogal wat mist.

Vandaag heb ik discussies gehoord over risicoselectie. Van leven ga je nu eenmaal dood. Dat is geen leuk nieuws, maar wel de realiteit. In de tussentijd moeten we ervoor zorgen dat we gelukkig zijn en zo gezond mogelijk leven. Als we gezondheidszorg nodig hebben, moet deze toegankelijk en betaalbaar zijn en zonder risicoselectie plaatsvinden. Daarom is een inkomensafhankelijke premie voor de GroenLinks-fractie van groot belang, zonder zorgtoeslag. Ik merk dat dit ook in de coalitie een heikel punt is. De minister draait om de hete brij heen en duikt ook een beetje. Maar goed, dat kan ook niet eeuwig, hij zal toch een keertje boven moeten komen. Hij zegt, als een soort Ab Obama: spaar levens, spaar kosten. De inkomensafhankelijke premie en het afschaffen van de zorgtoeslag zijn in ieder geval voor de GroenLinksfractie voor de komende tijd heel belang-

rijke punten. Het gaat om een belangrijk politiek vraagstuk, met een groot maatschappelijk belang. Als we dit herstellen, zou dat grote en grove weeffouten in het nieuwe stelsel kunnen wegnemen. Daar komen wij wel op terug.

Marktwerking is voor GroenLinks nooit een taboe geweest. Maar dan moet dit wel opleveren wat je ervan verwacht had. Er zijn op dit moment wel degelijk een aantal behoorlijke knelpunten. Wij vinden dat je niet moet doordenderen tegen beter weten in. Soms moet je pas op de plaats maken om die weeffouten te herstellen en wellicht ook om betere keuzen te maken met betrekking tot wie er wat betaalt en met betrekking tot de vraag hoe je het stelsel nog meer solidair kunt maken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Het ex-antesysteem moet in orde zijn voordat we verdere stappen zetten. Dat is eigenlijk nagenoeg Kamerbreed gesteld. Daaraan moeten in het beleid en in de uitvoering ervan consequenties verbonden worden. Dat zal duidelijk zijn. Daarbij is ook belangrijk wat de brede heroverweging gaat opleveren, zeker met betrekking tot de toeslagen en de premiestelling. Dat moeten we dus nog even afwachten. Ik dank de minister voor zijn toezegging, waaruit blijkt dat hij bereid is om nog eens te bezien hoe het zit met het instrument van het pgb in de casus van de ziekenhuisverplaatste zorg en verwante aangelegenheden, en te bezien waar het schuurt op het grensvlak van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Als het nodig is, zal hij dit uitschrijven vanuit het patiënten- en cliëntenperspectief.

Ik verbaas me altijd een beetje over de discussie over leefstijl en de toegang van mensen met een eigen gekozen patroon tot de zorg. Ik moet daarbij denken aan de toch voor de hand liggende onderscheiding tussen preventie en zorgverlening. Ik denk dan altijd aan de gelijkenis van de barmhartige Samaritaan. De man die langs de kant van de weg terechtkwam, kan best op enig moment met de vraag geconfronteerd worden: was het verstandig om die weg te kiezen? Voor de overheid is het relevant om te zeggen: had die weg niet beter beveiligd moeten zijn? Dat zijn toch heel relevante vragen? Maar als hij aan de kant van de weg ligt, is het toch voor iedereen duidelijk dat hij geholpen moet worden? Zo simpel is dat.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik kom nog even terug op de macronacalculatie. Ik zie dat we elkaar daarin kunnen benaderen. Als ik de minister goed begrijp, zegt hij dat hij de macronacalculatie wil afschaffen, als het ex-antesysteem zo goed is dat het op een goede manier een voorspelling kan doen over volumegroei. Dan kan hij bijvoorbeeld ondervangen dat de specialistenvolumes omhoog schieten. Zorgverzekeraars zullen daarnaar kijken. De minister zei iets interessants. Zaken zoals een pandemie of andere incidentele zaken die we niet konden voorzien en die dus ook verzekeraars niet konden voorzien, worden volledig nagecalculeerd. Waar dan? Als de minister alles afschaft wat hij heeft aangegeven af te schaffen, zit dat nergens in. Hoe gaat hij dat doen? Als hij namelijk dat aspect eruit haalt, zal bij een aantal zorgverzekeraars het verzet verdwijnen. Dan heeft hij ook een meer solide verhaal, dat meer aansluit bij hetgeen wij willen. Ik hoor graag een verduidelijking, want volgens mij wil de minister dit wel, maar zit het op dit moment niet in zijn plannen.

Ik hoor nog graag van de minister wat «niet op grote schaal» betekent met betrekking tot illegalen die naar de tweede lijn stromen. Op welke schaal dan? Dat mag hij ook schriftelijk beantwoorden.

Over de kwaliteit heb ik ook nog een opmerking. Ik deel de visie van de minister op dat punt. Kwaliteit zal tot kostenbesparingen gaan leiden. Maar bij het voorbeeld van het handen wassen en het ontsmetten denk ik: dat moet nu toch ook al? Als ze iets wat zo vanzelfsprekend is nu al niet doen, waarom zouden ze het dan in de toekomst wel gaan doen? Daar heb ik wel twijfels bij.

Dan heb ik nog twee onderwerpen uit de eerste termijn, waaronder de boete bij aanmelding van een niet-verzekerde. De zorgverzekeraar constateert dat iemand niet bij een andere verzekering vandaan komt en is vervolgens verplicht een boete op te leggen, omdat die persoon de wet heeft overtreden. De inning van de boete gaat naar het CVZ. Dat scheldt in heel veel gevallen de boete kwijt, vanuit de argumentatie: van een kale kip kun je niet plukken. Er wordt dus werk gedaan, dat bureaucratie oplevert en uiteindelijk wordt de consequentie vaak niet genomen. De VVD verzoekt de minister om eens naar dat proces te kijken of dit op de goede manier gaat. Als dat niet het geval is, moet de minister dat dan niet aanpassen, om ervoor te zorgen dat er niet te veel bureaucratie ontstaat? Bovendien functioneert het middel dan kennelijk niet. Het andere punt gaat over collectief versus individueel. Zorgverzekeraars richten zich eigenlijk alleen nog maar op collectieven. Ze doen aanbiedingen in prijs, maar bieden ook speciale programma's of speciale diensten aan. Zo ontstaat er een grotere scheidslijn tussen collectief verzekerden en individueel verzekerden. Daarin zien wij een probleem. Wij willen dat onderscheid niet. Hoe gaat de minister dat in de hand houden? De individuele verzekerden betalen namelijk wel voor de lagere premie van de collectief verzekerden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Dank voor de antwoorden. Het was een mooie discussie, zelfs Calvijn kwam langs. Het is jammer dat het geen Calvijjaar meer is, maar anders zou natuurlijk de vraag gesteld kunnen worden wat Calvijn zou vinden van ons huidige zorgstelsel. Misschien dat dit nog eens uitgewerkt kan worden in het licht van Arminius, die nu zoveel aandacht krijgt. We zijn het er allemaal over eens dat kwaliteit beter inzichtelijk moet worden. Gebeurt dat vanzelf als we met zijn allen hard genoeg doorwerken? Of is er meer nodig? Dan denk ik bijvoorbeeld aan de suggestie die Zorgverzekeraars Nederland bij ons heeft neergelegd. Hij stelt voor de aanlevering en de openbaarmaking van de daadwerkelijk geleverde zorgprestaties, inclusief kwaliteitsgegevens op aandoeningenniveau, wettelijk te verplichten, om de transparantie beter in beeld te krijgen. Ik sluit me aan bij de vragen van collega Van der Vlies over het pgb. Ik denk dat het probleem niet zozeer zit in het feit dat er ergens een gat zit tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. De afspraken over wie er verantwoordelijk is, de medisch specialist of huisarts of de AWBZ, zijn wel aardig helder geworden. Maar mensen houden, ook als het gaat om ziekenhuisverplaatste zorg, graag regie over de zorg thuis. Dan is het ontzettend jammer als dit vanuit de Zorgverzekeringswet niet kan. Dat is een gemiste kans.

Minister **Klink**: Voorzitter. Tegen mevrouw Smilde zeg ik dat wij het punt van de koppelverkoop gaan verkennen. Via de NZa zal de Kamer de inzichten daarvan krijgen. Dan kom ik bij het onderwerp van de kwaliteit en de wisselwerking. Ik wees er al op dat het programma Zichtbare Zorg mede ontwikkeld wordt door de inspectie. Daarin zit de wisselwerking. De inspectie kijkt op het niveau van de primaire relatie tussen patiënt en arts naar de veiligheid en kwaliteit en leidt daar eventueel structurele patronen uit af. Maar ook op stelselniveau is er een samenhang, omdat de inspectie de kwaliteitsgegevens inzichtelijk maakt via Zichtbare Zorg. Uiteindelijk zal er, ook gestut door de kwaliteitswetten die we kennen, een verplichting op de zorgaanbieders rusten om daaraan invulling te geven. Mevrouw Wiegman vroeg in hoeverre de kwaliteit een wettelijke grondslag dient te krijgen. Die wettelijke grondslag is er nu wel, maar we zitten nog in een ontwikkelfase. De reikwijdte van die verplichting strekt zich niet per se uit tot het ontwikkelen van de indicatoren, maar daar ligt wel de samenhang tussen de NZa en de IGZ. Ook als deze ontwikkeld worden door de inspectie, zal de NZa

daarna gaan toezien op de mate waarin de gegevens daadwerkelijk ook geleverd worden.

Er is een rapport van het iBMG dat voorstelt om de opleidingen onder de reikwijdte te brengen van de NZa, om op die manier belemmeringen in termen van kwaliteitsconcurrentie op te pakken. Het is de vraag of dit een lacune is in de WMG. Wij pakken die onvolkomenheden in die zin anders aan, dat wij de subsidiëring anders gaan vormgeven. Uiteindelijk zullen wij de verdeling van de middelen die met de opleidingsplaatsen gemoeid zijn aan laten haken bij de kwaliteit van de opleiding die geboden wordt. Daarin zijn nu eerste stappen gezet, op basis van naar onze begroting toegehaalde middelen. Wij verdelen namelijk die middelen. Daar moeten goede en evidente criteria aan ten grondslag liggen. Een van de criteria wordt gaandeweg de kwaliteit. We zijn in overleg met de beroepsgroepen om daar nadere invulling aan te geven. We kiezen dus een andere route, maar met hetzelfde oogmerk dat mevrouw Smilde voorstelt.

Het versje van de heer Van der Veen was leuk. Aan het einde komt alles goed. Toen moest ik even denken aan de opmerking dat de PvdA en de ChristenUnie wikken en dat het CDA beschikt. Zou de heer Van der Veen dat bedoeld kunnen hebben? Ik denk eigenlijk niet dat die situatie hem voor ogen stond.

De heer Van der Veen zegt terecht dat de apothekers hun werk moeten doen. Dat is een fundamenteel punt. De heer Zijlstra noemde bijvoorbeeld ook het handen wassen. Ik constateer dat het additioneel is dat de apothekers dit doen. Hiermee vermijden ze complicaties. Ze zouden het moeten doen, maar ze worden er niet voor betaald. Als een apotheker daar tijd voor vrij maakt en daarin investeert, doet hij dat binnen de budgetten die hij op een ander manier verwerft. Wij zijn bezig om met de NZa prestatiebeschrijvingen te maken die daarop aangrijpen, zodat een apotheker daarvoor wel betaald krijgt.

Het onderdeel handen wassen maakt deel uit van het veiligheidsprogramma waar de IGZ op dit moment mee bezig is. Er zijn vijf basisregels die men tussen de oren moet krijgen. Het gebeurt nog te vaak niet, althans niet in de ziekenhuizen die ik beschreven heb gezien. De basisregels leiden tot zo veel minder ic-opnamen, dus minder mensen die doodgaan, en tot een vermindering van de kosten. In een vergelijkbaar gebied liep de besparing op tot 170 mln. op jaarbasis. Dat zijn voor mij illustraties dat er op dat gebied nog zoveel te winnen valt. Daar mogen verzekeraars best op toezien, net als de inspectie en ziekenhuisbesturen. Deze besturen stellen we meer verantwoordelijk voor de kwaliteit. Dat zouden we in feite ook gewoon moeten betalen. Als de complicaties, die we gaan registreren op basis van de prestatie-indicatoren, ertoe leiden dat wij zien dat er te veel infecties zijn bij een bepaald ziekenhuis, zou dat niet alleen maar via de besturen of via de inspectie aangepakt moeten worden. De staatssecretaris betaalt via de AWBZ voor kwaliteit. Dat zouden we hier ook moeten doen.

De heer Van der Veen had nog een vraag over fusiebewegingen en de spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Deze vraag komt ongetwijfeld terug in het kader van de heroverwegingen. Dat heb ik ook min of meer toegezegd in een eerder debat.

De heer Van Gerven vroeg of weesziekten deel gaan uitmaken van de ex-antierisicoverevening. Wij kunnen niet alle ziekten gaan incorporeren in de ex-antierisicoverevening. Dat zou het echt onuitvoerbaar maken. Ik teken ook aan dat wij internationaal het beste risicovereveningssysteem hebben dat er maar te vinden is. Men komt van heinde en verre om dit te bekijken.

Ik weet niet precies welke motie de heer Van Gerven precies bedoelde, maar ik ga me niet uitspreken over de moties die hij opnieuw zal indienen. We hebben voldoende gesproken over de zorgtoeslag. Ik kom graag in een ander verband en schriftelijk nog een keer terug op de apothekers. Ik

zie het punt wel, maar volgens mij vergt dit een dusdanig exposé dat dit beter schriftelijk kan.

Mevrouw Van Gent zei: van leven ga je dood. Dat is een mooie uitspraak, zij het met een bittere uitkomst. Zij zegt dat ik nog allerlei fouten moet wegnemen en zij koppelt dat aan de vraag of er wel of niet sprake is van een inkomensafhankelijke premie. In de evaluatie heb ik weinig fouten gezien die op systeemniveau zouden plaatsvinden op grond van het feit dat wij werken met een zorgtoeslag. Quod non, zou ik zeggen. Zij zei: spaar levens, spaar kosten, niet door door te denderen, maar door weef-fouten te herstellen. Daar ben ik juist mee bezig. Zoals de heer Zijlstra net zei, we zijn halverwege. Daar worden de ziekenhuizen een beetje gillend gek van, met betrekking tot beheersing en tot de financiële kaders waarbinnen ze opereren. Zij willen helderheid. We kunnen de Zorgverzekeringswet eigenlijk nog nauwelijks beoordelen zolang er zulke halve maatregelen genomen zijn. We hebben de kostprijs nog niet inzichtelijk; we werken nog met 30 000 dbc's; we zitten met een risicoverevening die anders is in het A-segment dan in het B-segment en zich weer niet verhoudt tot de eerste lijn, waardoor substitutie niet van de grond komt; we hebben de kwaliteit nog niet inzichtelijk. We moeten weeffouten niet eruit halen door terughoudend te zijn, maar door stappen te maken. Dat is wat op dit moment aan de orde is.

Kan mevrouw Van Gent nog in één zin de kern van haar vraag over illegalen samenvatten?

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): De conclusies waren dat patiënten en zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van het recht op medisch noodzakelijke zorg. Daardoor zijn zorgverleners onvoldoende op de hoogte van de CVZ-regeling. Een heel grote groep mensen wordt afgewezen omdat men niet op de hoogte is van de regels. Deze groep valt ook buiten de rapportages. De aantallen die geen zorg krijgen, kunnen dus wel eens hoger zijn dan wij nu denken.

Minister **Klink**: We hebben verschillende keren over illegalen gesproken. Ze kloppen aan de deur bij de eerste lijn en bij de tweede lijn. Het CVZ contracteert de zorg die daarmee gemoeid is, in elk geval de niet direct toegankelijke zorg. Wij kunnen moeilijk inzicht krijgen in de zorgvraag die zich niet aandient, noch in de eerste lijn, noch in de tweede lijn. We hebben het CVZ gevraagd om daar inzicht in te geven, om te zien in hoeverre er signalen uit het veld komen. Ik kan me voorstellen dat iemand zegt: dit is al de tiende keer dat ik bij een arts aanklop. Dat kunnen signalen zijn dat er een grotere zorgvraag is. Het CVZ monitort dat op dit moment. We kunnen niet meer doen dan afgaan op die signalen en het CVZ laten monitoren. Als de zorgvraag zich niet aandient, weten we het niet.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Misschien kan de minister dan schriftelijk reageren. In december heeft Dokters van de Wereld de bevindingen van zijn onderzoek over de toegang van illegalen naar de Tweede Kamer gestuurd. Ik neem aan dat de minister die ook heeft ontvangen.

Minister **Klink**: Ik begrijp dat daarover al een brief onderweg is.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Dat zal dan een invallersfoutje zijn, mijn excuses.

Minister **Klink**: Er ligt nog een vraag van de heer Van Gerven over de continue glucosemeter. Het CVZ bekijkt of dit middel bewezen effectief is. Op dit moment wordt het niet vergoed, maar het CVZ beziet in hoeverre het effectief, dus werkzaam, en kosteneffectief is.

De heer Van der Vlies stelde dat er pas stappen gezet moesten worden in het afbouwen van de ex-postrisicoverevening als er genoeg inzicht is in de ex-antisicoverevening, zodat via de ex-antisicoverevening de risico's die met afbouw zijn gemoeid, ondervangen kunnen worden. Dat ben ik met hem eens. Ik heb de afwegingsmomenten en de punten rondom risicoselectie en rondom koopkrachtontwikkelingen aangegeven.

Ik kom nog terug op de ziekenhuisverplaatste zorg. Ik ben het eens met de metafoor van de heer Van der Vlies over leefstijl. We gaan inderdaad degene die langs de kant van de weg ligt niet nog eens blameren omdat hij die weg heeft genomen. Ondertussen proberen we wel te verhinderen dat iemand anders die weg eventueel ook neemt.

De heer Zijlstra noemde het punt van de macronacalculatie. Op dit moment loopt er een onderzoek naar de afbouw van de macronacalculatie. Daarin nemen we punten mee, die men evident niet kon meenemen in een voorspelling, zoals een pandemie. Dat wordt dus bij de vormgeving van buitengewoon groot belang.

Hij vroeg wat «niet op grote schaal» betekent met betrekking tot de verwijzingen van illegaal verblijvende mensen naar de tweede lijn. Er zijn in 2009 23 verwijzingen geweest van illegaal verblijvende mensen naar de tweede lijn voor de tandartszorg.

Dan kom ik bij het punt van de boete. We zijn op dit moment bezig met het wetsvoorstel inzake actieve opsporing onverzekerden, teneinde onverzekerden te voorkomen. Dan verdwijnt die problematiek ook uit beeld. Wij hopen dus dat wij dit langs die lijn kunnen gaan ondervangen.

De heer Zijlstra noemde het punt van het individu versus het collectief. Ik kan me daar veel bij voorstellen. Ik wil er wel op wijzen dat zijn collega het amendement indiende om de 10%-reductie bij collectiviteiten te realiseren. Als ik Kamerlid was geweest, had ik daarvoor gestemd. Het is niet zo dat degenen die niet tot een collectiviteit kunnen behoren, daarmee verstoken blijven van een polis. Bovendien is de kring van collectiviteiten dusdanig ruim dat eenieder die bij een collectiviteit wil horen, dat ook kan doen. Men hoeft bij wijze van spreken maar een keer een lot uit de loterij aan te schaffen en men kan al lid worden van een collectiviteit. Hiermee wil ik niet wegpoetsen wat de heer Zijlstra zegt. Maar ik weet niet in hoeverre dit een groot probleem is.

Mevrouw Wiegman maakt een punt van de kwaliteit. Ik vind dit een serieus punt. Als de indicatoren er zijn, kunnen wij krachtens de huidige wetgeving zorgaanbieders verplichten daaraan deel te nemen. In de ontwikkelfase is dat lastiger. Maar ze moeten er wel komen. Daarmee hangt onder andere samen de mate waarin we via de checklist de evidente gezondheidswens van levens sparen en tegelijkertijd kosten sparen, kunnen realiseren. Gelukkig zit er wel schot in, in die zin dat de NVZ en de Orde van Medisch Specialisten eraan meewerken. Maar er kan ook een moment komen dat we voor de vraag staan of we er niet dringender of dwingender bovenop moeten zitten, als die medewerking er niet is of als er geen tempo is. Dat zou best kunnen, omdat er nogal wat mee gemoeid is, namelijk veilige en goede zorg voor patiënten. Op het moment dat de uitkomsten van het ontwikkelen van de prestatie-indicatoren zijn gerealiseerd, kunnen we veel. In de tussentijd kijken we wat we kunnen doen in de fase daarnaar toe. Ik hoop er binnenkort in onze kwartaalrapportages op terug te komen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn opmerking over de apotheken was niet bedoeld om hen te desavoueren. Ik realiseer me dat de apotheker deze zaken doet naast zijn eigenlijke vergoeding. Mijn opmerking had vooral betrekking op het feit dat we moeten oppassen dat we betalen voor iets dat gewoon bij het beroep hoort. Het handen wassen is daarvan een mooi voorbeeld.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik heb in mijn tweede termijn nog gevraagd of de zorgverzekeraars onder de balkenendenorm vallen. Wat voor actie onderneemt het kabinet daarop?

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister geeft aan dat er een wetsvoorstel aankomt over de opsporing van onverzekerden. Wanneer komt dit? Op dit moment is er sprake van een bureaucratisch boetesysteem dat niet werkt. Hoe wil de minister het handen wassen tussen de oren krijgen bij degenen die dit moeten doen? Gaat bij het personeel van een afdeling met veel infecties het salaris omlaag? Hoe heeft de minister dit in gedachten?

Minister **Klink**: Mevrouw Van Gent vroeg naar de balkenendenorm bij zorgverzekeraars. We hebben de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars gecategoriseerd, op basis van de voorstellen van de commissie-Dijkstal. Mijn collega van Binnenlandse Zaken heeft de Kamer daarover verwittigd. In de loop van het voorjaar komt hierover nog een debat. Daar wil ik graag naar verwijzen. Bij de zorgverzekeraars hebben we geen balkenendenorm. We hebben een transparantieregime. Bij de zorgaanbieders hebben we gekozen voor de code die men aan het ontwikkelen is, met die kanttekening dat wij, de staatssecretaris en ik, uiteindelijk mede het plafond van die code zullen bepalen. Dat debat komt nog.

Dan kom ik bij het punt van de boetes. Binnenkort komt er een nota naar aanleiding van het verslag over het wetsvoorstel inzake actieve opsporing onverzekerden. Daarin zal ik dit punt meenemen. Dat komt echt vrij binnenkort.

De heer Zijlstra vroeg hoe ik het punt van de beloning in gedachten heb. Een verzekeraar kan met name in het B-segment, maar ook in het A-segment waar men met maximumtarieven zit, zeggen dat hij veel te veel complicaties ziet. Dat kan meegenomen worden in de prijsafspraken. Bovendien kan men een appel doen op de reputatie van het ziekenhuis, en eventueel selectief gaan contracteren. Daarom is het belangrijk om die punten inzichtelijk te krijgen. Het is overigens geen novum. Ik wijs erop dat een van de grotere verzekeraars in Amerika op dit moment bezig is om het bekostigingsstelsel te herijken in de zin van kwaliteit. We moeten betalen voor samenhang en niet alleen voor de contracten.