

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 249

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 januari 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 27 november 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2007 over het risicovereveningssysteem (29 689, nr. 129);
- de brief van minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2007 met de aanbieding van vier rapporten over de werking van de Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 148);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2008 over borging en kennisverbreding uitvoering risicoverevening (29 689, nr. 184);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 april 2008 met de evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem (29 689, nr. 187);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 maart 2008 met het Plan van aanpak om het aantal onverzekerden terug te dringen (29 689, nr. 180);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2008 met het rapport uitvoering Zorgverzekeringswet 2006 (29 689, nr. 183);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 januari 2007 over concurrentie in de zorg (30 800 XVI, nr. 66);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 juli 2008 over de beleidsvoornemens voor 2009 inzake geneeskundige GGZ in de ZVW (25 424, nr. 73);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2008 met de verzekerdemonitor (29 689, nr. 201);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 juli 2008 met de monitor zorgverzekeringsmarkt 2008 en de monitor eigen risico van de NZa (29 589, nr. 215);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2008 met de reactie van het kabinet op het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over zorginkoop (29 689, nr. 216);

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), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouweland (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).
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), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 september 2008 over substitutie van zorg (29 247, nr. 79);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 september 2008 met het richtsnoer informatieverstrekking NZa (31 200 XVI, nr. 181);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2008 met een reactie op motie-Van Gerven (29 689, nr. 203) over de zorgverzekeringswet (29 689, nr. 223);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 november 2008 met het rapport uitvoering ZVW 2007 van de NZa (29 689, nr. 228);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 mei 2007 over zorgfraude (28 828, nr. 19);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2007 met feiten en cijfers over het jaar 2006 (28 828, nr. 20);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 november 2008 over bestrijding van fraude in de zorg (28 828, nr. 21).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

Voorzitter: Smeets

Griffier: Teunissen

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De **voorzitter**: Ik heet iedereen van harte welkom. Wij hebben een spreektijd van vijf minuten afgesproken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De fractie van de PVV vindt het een goede zaak dat er eindelijk wat meer aandacht komt voor de aanpak van wanbetaling, onverzekerden en fraude, maar zij is niet echt onder de indruk van de urgentie en de voortvarendheid waarmee deze problemen ter hand genomen worden. De premies voor de zorgverzekering zijn niet mals: nominaal € 1074 en inkomensafhankelijk nog eens € 1323 per jaar. Het kan niet zo zijn dat die premies door profiteurgedrag van personen die zich aan hun verzekeringsplicht onttrekken, kunstmatig hoog gehouden worden. Er ligt een wetswijziging die het mogelijk zou maken, wanbetaling serieuzer aan te pakken, maar die valt buiten het bestek van dit algemeen overleg. Daarom zal ik mij nu richten op de aanpak van onverzekerden en van fraude.

Het is te gek voor woorden dat zo'n twee miljoen mensen in dit land zich ongestraft aan hun verzekeringsplicht zouden kunnen onttrekken, omdat de boete door de hoogte van hun inkomen zou uitkomen op niets of bijna niets. Deze mensen doen er alles aan om die zorgverzekeringspremie wel te betalen, maar tegelijkertijd zijn er 231 000 mensen die dat niet doen. Als er in een wettelijke regeling als de Zorgverzekeringswet een weeffout zit waardoor twee miljoen mensen die zich aan hun verzekeringsplicht zouden kunnen onttrekken, zou er al lang en breed een aanleiding hebben moeten zijn om voortvarend een reparatiemaatregel in het leven te roepen. Het is een klap in het gezicht van die goedwillende burgers die trouw hun ziektekostenpremie betalen dat getolereerd wordt dat bijna een kwart miljoen mensen zich zonder consequenties aan hun verplichtingen kunnen onttrekken. Volgens de laatste cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn dat er dus 231 000.

Nu ligt er dan eindelijk een plan van aanpak, al was daar een aansporing van de Kamer, in de vorm van een aangenomen motie, voor nodig. De

PVV kan zich in grote lijnen vinden in dit plan van aanpak. Al zou het wat ons betreft allemaal wel wat strenger en de boetes flink hoger mogen. Wat de PVV echter irriteert, is het gebrek aan urgentie. Waarom moet het tot 2010 duren, voordat er actief tot opsporing van onverzekerden zal worden overgegaan? Is er nu echt geen mogelijkheid om op korte termijn de benodigde gegevens op een rijtje te krijgen? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Zorgfraude is en blijft een ondergeschoven kindje. Uit cijfers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat over 2007 voor 58 mln. aan onterechte declaraties is opgespoord en voor 8 mln. aan doelbewuste fraude is vastgesteld. De minister gaat ervan uit dat de stijging van 16% op opgespoorde zorgfraude ten opzichte van 2006, duidelijk maakt dat de investering van de zorgverzekeraars op het gebied van fraudebestrijding zijn vruchten afwerpt. Dat zouden wij graag willen geloven, maar het is natuurlijk maar een aanname. Of betekent de daling van het bedrag aan opgespoorde fraude van 2005 op 2006 van 8,5 mln. naar 6,8 mln. dat de opsporing dat jaar juist faalde? Feit is dat wij niet zeker weten voor hoeveel geld er in totaal bij elkaar gefraudeerd wordt ten laste van de ziektekostenverzekering en hoe effectief de opsporing van die fraude precies is. Wij mogen er eigenlijk wel van uitgaan dat dit het topje van de ijsberg is.

Zorgelijk is dat de fraudeurs ook vaak zorgverlener zijn, tot ziekenhuizen aan toe, bijvoorbeeld in de vorm van ligdagfraude, waarbij voor elke patiënt die langer dan twee uur aanwezig is een opnamedag wordt geregistreerd. Daardoor kan een complete ligdag ten laste van de ziektekostenverzekering worden gebracht. Is het niet de hoogste tijd om voor de bestrijding van fraude in de zorg een plan van aanpak op te stellen en niet de hoofdverantwoordelijkheid bij de verzekeraars te laten? De verzekeraars gaan de schadelast namelijk weer verhalen op de verzekeringnemers.

Wij willen graag strengere sancties, waarmee bewezen fraude wordt bestraft. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister. Het kan namelijk niet zo zijn dat de gedetecteerde schade zorgt voor een grotere schadelast die niet van de winst van de verzekeraar af gaat, maar opgeteld wordt bij het bedrag dat wij al aan zorgpremie betalen. Ik heb het dus niet alleen over ligdagfraude, maar ook over identiteitsfraude en pasfraude. Ik was verleden jaar bij een ziekenhuis. Er is toen bloed afgenomen. Toen ik daar weer kwam, werd er weer bloed afgenomen. Ik vroeg aan de behandelend arts waarom dat was. Hij antwoordde daarop: ik moet toch zeker weten dat u nog steeds bloedgroep O heeft. Ik zei daarop: ik heb bloedgroep O en dat blijft de rest van mijn leven zo. Wat die zorgverlener mij duidelijk wilde maken, is dat hij dat elke keer weer moet doen, omdat er mensen zijn die op de pas van een ander zorg vragen en dan dus een andere bloedgroep kunnen hebben, met alle gevolgen van dien.

Als wij spreken over doelmatigheid zullen wij het over dat soort zaken moeten hebben. Wij kunnen namelijk niet van de zorgverlener een steeds grotere mate van doelmatigheid vragen als ondoelmatigheid zijn intrede doet met betrekking tot fraude. Ook de weekendtassen vol met medicijnen die de grens over gaan, verhogen de schadelast enorm. Ik wil graag van de minister een voortvarende aanpak zien met betrekking tot het bestrijden van fraude. Dit is namelijk de grootste post. De doelmatigheid kan niet verder worden vergroot. Ik had laatst iemand op bezoek die als hoofd van een operatieafdeling werkte. Een paar jaar geleden stond er voor een heupoperatie nog 95 minuten en werd dat afgewisseld met een operatie aan een hand of een neusschot. Op dit moment is er in dat ziekenhuis op die operatieafdeling een speciale dag voor heupen en dan ook nog alleen bijvoorbeeld linkerheupen en op die dag is er 35 minuten per heup. Volgens mij kan dat niet nog doelmatiger. Daarom zullen wij op andere vlakken de schadelast naar beneden moeten zien te krijgen. Dat heeft dan met name betrekking op de fraude.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De SP was, is en blijft een tegenstander van dit zorgstelsel en de SP staat daarbij niet alleen, want 60% van de mensen heeft heimwee naar het oude, vertrouwde ziekenfonds. De premies waren toen verhoudingsgewijs lager en het pakket volwaardiger. Mensen zitten niet te wachten op concurrentie tussen verzekeraars en steeds minder mensen stappen over van de ene naar de andere verzekeraar. De solidariteit die zo noodzakelijk is voor een nationaal stelsel, wordt beetje bij beetje uit de zorg gesloopt. De chronisch zieken zijn de dupe van de pakketverkleining, de invoering van het verplichte eigen risico en de steeds duurder wordende aanvullende verzekeringen. De eigen bijdragen zijn de afgelopen vier jaar verdubbeld. Daar zijn de chronisch zieken, die meestal een laag inkomen hebben, ook weer de dupe van. Kortom, als chronisch zieke heb je niet veel te verwachten van dit kabinet en deze coalitiepartijen. Ook dit jaar wordt het pakket weer verkleind, met de slaap- en kalmeringsmiddelen en met de sta-op-stoel. Ik voorspel u, goedkoop wordt duurkoop. Wat de sta-op-stoelen betreft, laten de zorgverzekeraars zich van hun kinderachtigste kant zien. Wij krijgen signalen dat zorgverzekeraars verzekerden verzoeken de sta-op-stoel voor 1 januari 2010 in te leveren. Het gaat dan om een stoel die zij vaak al zeven, acht jaar of langer gebruiken. Wat een kruideniersmentaliteit! Ik heb de polis van een van de verzekeraars, Menzis, die de mens centraal stelt, zoals wij op tv kunnen horen. Wat vindt de minister van die mentaliteit? Wat vindt de minister verder van de aanvullende verzekeringen en de premiestijgingen van 7%?

Dan het eigen risico. Lang niet alle chronisch zieken krijgen de compensatie voor het eigen risico, die € 47, waar zij recht op hebben. De SP krijgt daar veel klachten over. Ook de CG-Raad heeft binnen drie weken meer dan 1500 meldingen gekregen van mensen die klagen omdat zij niet in aanmerking komen voor die compensatie. Wat vindt de minister ervan dat mensen die langdurig kanker hebben en wekelijks chemo krijgen, geen compensatie krijgen? Vindt hij niet dat hier een oplossing voor moet komen?

De SP is een principieel tegenstander van het eigen risico. Wij vinden namelijk dat de zorgvraag niet moet worden afgeremd door financiële prikkels, maar op medisch gronden, bijvoorbeeld door de huisarts. Wij vinden het helemaal van de zotte dat mensen die niet om zorg vragen, maar die opgelegd krijgen – de zogenaamde bemoeizorg – toch een eigen risico moeten betalen. Is de minister bereid, op dit punt de regeling aan te passen? De SP overweegt op dit punt, en overigens ook op het vorige punt, een motie in te dienen.

De motie-Van Gerven gaat erover dat het eigen risico met terugwerkende kracht moet worden teruggegeven. De minister wil die motie niet uitvoeren. Waarom niet? Bij de behandeling van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (WTCG) heeft staatssecretaris Bussemaker aangegeven dat wel met terugwerkende kracht te gaan doen. Waarom daar wel en hier niet? De CG-Raad heeft ook gezegd dat niet aanvaardbaar te vinden. Het gaat om 200 000 mensen. Dat is een grote groep. Wij zouden graag een toezegging van de minister willen dat hij deze motie gaat uitvoeren.

Dan de voorkruipzorg van het Kennemer Gasthuis. Wij hebben de antwoorden van de minister nog niet ontvangen, maar misschien kan hij toch reageren. Dient niet altijd de medische urgentie het criterium te zijn, ook voor de volgorde op de wachtlijst? Is de minister bereid om, als dat nodig is, de wet hierop aan te passen? Als hij dit namelijk toestaat, krijgen wij een tweedeling in de zorg. Zorg voor de rijken die wel goed geregeld is en, als wij pech hebben, kliekjes voor de armen.

De SP vindt de risicoverevening een van de kroonjuwelen van het zorgstelsel. Die borgt namelijk in ieder geval een zekere solidariteit. Die risicoverevening moet dan ook goed bewaakt worden en gekoppeld worden aan de acceptatieplicht. Wij merken dat die verevening nog verfijning

behoeft. Er is namelijk nog steeds sprake van risicoselectie via de achterdeur, via de aanvullende verzekeringen. Dure en ongezonde patiënten lijken te worden geweigerd bij die aanvullende verzekering. Wat gaat de minister doen om de verevening te verbeteren? Ik wijs op de Zekurpolis van Univé en op CZdirect. Deze verzekeraars mikken op gezonde, jonge mensen. Vindt de minister niet dat hier eigenlijk sprake is van risicoselectie?

Ik heb ten slotte nog een vraag over het conceptbesluit voor de dyslectievergoeding. De orthopedagoog en de jeugdpsycholoog mogen geen DBC (Diagnose Behandel Combinatie) openen. De gezondheidspsycholoog, die BIG-geregistreerd is, mag dat wel. De minister zegt dat de eerste twee dat maar moeten doen via de verlengde-armconstructie. Dat is echter niet de dagelijkse praktijk. Wordt hiermee niet erg veel bureaucratie opgeroepen? Ik vraag de minister om een oplossing, want het systeem moet aangepast worden aan de werkelijkheid en niet andersom.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij zijn het zeer met de SP eens dat het risicovereveningssysteem de kern van het hele stelsel is. Het is plezierig dat de SP dat ook constateert. Ik heb een technische vraag. De heer Van Gerven geeft aan dat geselecteerd wordt via de aanvullende verzekering. Maar hoe ziet de SP de relatie tussen de aanvullende verzekering en de verbetering van het risicovereveningssysteem? Het risicovereveningssysteem heeft namelijk alleen betrekking op de basisverzekering.

De heer **Van Gerven** (SP): De beste oplossing is natuurlijk dat alles wat medisch noodzakelijk is in het basispakket zou zitten. Dan zouden wij de aanvullende verzekering alleen hebben voor wat franje en wat luxe zaken. Nu zien wij dat een noodzakelijke voorziening, zoals fysiotherapie, niet in het basispakket zit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat mij nu echt om de vraag hoe ik dat technisch moet zien.

De heer **Van Gerven** (SP): De realiteit is dat er steeds meer in de aanvullende verzekeringen wordt gestopt, waardoor de mogelijkheid van selectie toeneemt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Met het risicovereveningssysteem kan selectie bij de aanvang van de verzekering worden vermeden.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar ik geef ook al een oplossingsrichting aan, buiten het vereveningssysteem. Hoe beter het vereveningssysteem werkt, dus ook met nacalculatie, des te minder kans er is op risicoselectie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij zijn het erover eens dat het risicovereveningssysteem beter moet. Dat heeft echter betrekking op de basisverzekering. U zegt nu dat door middel van het risicovereveningssysteem selectie via de aanvullende verzekering kan worden voorkomen. Ik heb daarop een puur technische vraag. Hoe moet ik mij dat voorstellen?

De heer **Van Gerven** (SP): Dat moet natuurlijk gebeuren via een verbetering van het risicovereveningssysteem van het basispakket. Verzekeraars, zeker degenen die in een private onderneming opereren, mogen geen voordeel hebben door het trekken van jonge, gezonde klanten. De kans daarop kan worden verminderd door een zo adequaat mogelijk vereveningssysteem, met een nacalculatie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Het is een goede zaak dat wij nu eens de focus richten op de Zorgverzekeringswet zelf. Wij zien positieve ontwikkelingen. Iedereen is op dezelfde manier tegen dezelfde voorwaarden

verzekerd. Dat is een belangrijke mijlpaal in de Nederlandse gezondheidszorg. De premiestijgingen blijven beperkt. In tegenstelling tot wat mijn buurman heeft gezegd, zijn de premiestijgingen van de afgelopen drie jaren zelfs geringer geweest dan die van de laatste tien jaar van het ziekenfonds. Bovendien heeft de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) geconstateerd dat er inmiddels iets meer wordt ingekocht met het criterium kwaliteit.

Ik wil namens het CDA een paar onderwerpen uit de reeks van brieven behandelen. In de eerste plaats de risicoverevening. Het is goed dat die goed geregeld is, want die moet selectie, ook indirecte selectie, uitsluiten. Wij blijven toch bezwaren houden tegen de prikkels die uitgaan van de ex post-verevening, maar wij hebben ook oog voor het uitgangspunt van de minister, namelijk dat eerst de gewenste doelmatigheid bereikt moet worden. Wij willen echter wel graag dat het zo snel mogelijk gebeurt. Wat betreft de borging van de uitvoering van de risicoverevening zijn wij kritisch over de doorlooptijden van twee jaar. Krijgen wij dan nog wel de werkelijke kosten in beeld?

Dan de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zelf. Het risico van kruis-subsidiëring van basisverzekering en aanvullende verzekering is aanwezig, evenals vormen van koppelverkoop. Het rapport van de NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie) geeft aan dat een overstap van mensen naar een andere zorgverzekeraar vaak niet mogelijk is, gezien de voorwaarden die voor de aanvullende verzekering worden gesteld. Dat is een ongewenste ontwikkeling. De aanvullende verzekering past uiteraard niet in de systematiek van de basisverzekering, maar er zijn twee mogelijkheden. De verzekerden zouden eens moeten kijken of zij niet een te uitgebreid pakket hebben. Daar is de afgelopen dagen in de kranten al wat over verschenen. Ik denk dat bij een minder uitgebreid pakket de selectie mee zal vallen. Ik wil de minister echter ook vragen om naar die uitgebreide pakketten te kijken. Als de zorgverzekeraars zich met zorginkoop willen bezighouden en dat zo kritisch mogelijk willen doen aan de hand van de criteria voor kwaliteit, dan hoort daar, als een soort klantenbinding, toch ook bij dat zij de aanvullende verzekering aantrekkelijk maken voor mensen. Als patiëntenorganisaties collectieve contracten afsluiten, zou ik ze in overweging willen geven om ook dit punt daarbij te betrekken. Dan kan men een vuist maken. Ik krijg daar graag een reactie van de minister op.

Dan de zorginkoop. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) loopt ontzettend hard van stapel in het advies voor de selectieve inkoop. De minister stelt ons in zijn antwoord wat gerust, want hij zegt dat dit op een verantwoorde manier moet gebeuren. Maar iedereen moet daaraan wennen. Laatst zei iemand tegen mij: ik mag van Menzis niet meer naar mijn eigen dokter; ik mag alleen nog maar doen wat Menzis goed vindt. Dat is natuurlijk niet het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet. Ik denk dat wij aan moeten geven dat mensen zelf hun keuzes mogen maken en dat mensen dat ook moeten doen. De raad is nogal rigoureuus. Die wil af van het dogma van vrije artskeuze. Bereikbaarheid van een ziekenhuis is ook geen issue. Dat daardoor op het platteland alleen maar verdunning van ziekenhuizen optreedt, doet er kennelijk niet toe. Dit alles zou in het belang zijn van de verzekerden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op het ogenblik is het mogelijk – het CDA is daar ook altijd voorstander van geweest – dat het eigen risico wordt kwijtgescholden of wordt overgenomen door de zorgverzekeraar als men gebruikmaakt van een bepaalde voorziening. Wat vindt u van die ontwikkeling?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Daar ben ik op zichzelf voor. Ik kom daar verderop in mijn betoog nog op terug. Ik denk wel dat het in een bepaald plan moet passen. Ik vind dat je bij zorginkoop ook naar een bredere

context moet kijken. De NPCF gaf al aan dat het via de ketenzorg moet gebeuren. Daar zouden zorgverzekeraars naar moeten kijken, zodat er naar meer wordt gekeken dan alleen de ziekenhuiszorg. Het moet in de hele context worden bekeken. Ik vind het helemaal niet erg dat er sprake is van het kwijtschelden van het eigen risico. Mensen kunnen, als zij die polis niet willen, een andere polis kiezen. Zij kunnen dus overstappen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp het niet helemaal. Of patiënten hebben een volledige keuzevrijheid en dat betekent dan dat er ook geen financiële prikkels zijn om van de ene of de andere voorziening gebruik te maken, of er is sprake van gestuurde zorg en daar spelen financiële prikkels dan wel een rol bij. Beide kan niet.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn uitgangspunt is dat mensen vrij zorg moeten kunnen krijgen, maar zij zouden dan ook voor een restitutiepolis kunnen kiezen. Je kunt echter ook via financiële prikkels mensen sturen, maar mensen moeten dan wel weten wat precies de inhoud is van waar zij voor kiezen. Ik kom hier nog op terug.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben heel blij dat het CDA hier stelt dat de vrije artskeuze een groot goed is. De SP is daar ook groot voorstander van. Nu wordt het eigen risico echter als een financieel middel ingezet. Wij weten uit de praktijk – het kabinet heeft daar ook op gewezen – dat mensen wel eens worden gedwongen om bepaalde keuzes te maken, omdat zij niet voldoende financiële middelen hebben. Zij hebben dan dus in feite geen vrije keuze, maar moeten vanwege financiële prikkels voor iets kiezen. Vindt u dat aanvaardbaar?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben dat niet met u eens. De mensen met een smalle beurs krijgen een zorgtoeslag. Die zorgtoeslag is gebaseerd op een gemiddelde premie. Sommige zorgverzekeraars – wij hebben dat nu weer gezien met de premiestelling voor het komend jaar – blijven daar keurig op. Ik denk niet dat het als het gaat om de basisverzekering het voor mensen met een smalle beurs een probleem hoeft te zijn, want daar is de zorgtoeslag voor. Dat is nu juist het solidaire stelsel dat wij hebben opgezet.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben gezien dat de afgelopen vier jaar de eigen bijdragen zijn verdubbeld. Er vindt in toenemende mate wanbetaling plaats, ook bij de lage inkomensgroepen. Dat heeft alles te maken met het niet meer kunnen betalen van de zorgpremies. Vindt u dat niet een reëel probleem? Vindt u niet dat het eigen risico niet als instrument ingezet mag worden om met name de lagere inkomensgroepen te dwingen naar bepaalde artsen of instellingen te gaan?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij hebben het hier over de Zorgverzekeringswet en daarin zijn de eigen bijdragen helemaal niet verdubbeld. Wij hadden al een aantal jaren de no-claim en die is nu in een eigen bijdrage omgezet. Door de zorgtoeslag is de zorg voor iedereen financieel toegankelijk.

Voorzitter. Ik heb al iets gezegd over de vrije artskeuze. Zo'n keuze is altijd mogelijk met een restitutiepolis. Daarbij is van belang dat er een beperkte vergoeding. De minister stelt ook dat die vergoeding beperkt is, maar hoe beperkt is die? Dit biedt mensen namelijk een mogelijkheid om zelf een arts te kiezen. De NPCF vraagt zich af of niet de transmurale ketenzorg als leidraad voor zorginkoop moet worden gezien. Ik ben het met de NPCF eens dat zorginkoop meer is dan alleen ziekenhuiszorg. Hoe kijkt de minister daartegen aan?

De minister spreekt in zijn brief nogal genuanceerd over verticale integratie. Wij hebben daar grote problemen mee. Wij hebben in de Zorg-

verzekeringwet een soort checks and balances ingebouwd tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en verzekerden. Als een zorginstelling en een zorgverzekeraar helemaal integreren, is wat ons betreft de keuzevrijheid voor de verzekerde afwezig. Of kan hij ook kiezen voor andere zorgverleners?

Er zijn problemen met de ggz. Die betreffen dan met name de declaraties van vrij gevestigden. Daar zijn nog steeds grote problemen mee. Wij willen graag dat de minister die nu met spoed oplost. Wij vragen ons af of er nu al voorbereidingen zijn voor overheveling van bijvoorbeeld de activerende zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2010.

Ten slotte heb ik nog een vraag over de fraude. Als wij willen dat mensen kostenbewust zijn en zich actief opstellen als burgers, moeten zij een overzicht kunnen krijgen van de zorgverzekeraars, want dan kunnen zij zelf aan de bel trekken als er gedeclareerd wordt voor zorg die zij niet hebben gekregen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het begin van het betoog van mevrouw Smilde sprak mij op zichzelf wel aan, vooral toen zij begon over de premie. De premie zou lager zijn dan ten tijde van de Ziekenfondswet. Als je echter de nominale premie en het inkomensafhankelijke deel optelt, kom je op een bijdrage van zo'n € 200 per maand. Dat betreft dan alleen nog maar de basisvoorziening. Dat is nogal wat! Zij sprak op het eind nog even over de fraude. De bevordering van de doelmatigheid is er nu uit. Waar kiest het CDA nu voor? Kiest het ervoor dat de premie steeds hoger wordt of gaat het ook een prioriteit maken van het beheersen en verminderen van fraude?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik zie niet hoe u op € 200 komt. De premies bedragen ongeveer € 95 per maand voor de basisverzekering. Daar komt nog bij wat je aan aanvullende verzekering hebt afgesloten. Dat zal zo'n € 25 of € 30 zijn. Dat is totaal dan zo'n € 120. Ik kom dus niet op die € 200. U zegt dat de doelmatigheid moet worden aangegeven. Ik heb aangegeven hoe wij hierin staan. Ik denk dat er veel valt te halen – daar is men al druk mee bezig – uit het bestrijden van fraude. Ik heb een voorbeeld gegeven van iets dat ongewild kan gebeuren, maar waar toch aandacht voor moet zijn. Ik wacht op dat punt de reactie van de minister af.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het staat mooi in de begroting omschreven: 13,8 mld. voor de nominale premie en 17 mld. voor de inkomensafhankelijke bijdrage. Als je dat uitsmeert over 12,9 miljoen verzekerden, zit je op € 200 per maand. Dat is een enorm bedrag. Die schadelast moeten wij met zijn allen naar beneden zien bij te werken. Is daarin uw richting het eisen van nog meer doelmatigheid of wilt u de schadelast beperken door het bestrijden van fraude?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Natuurlijk moet fraude bestreden worden. Wij hebben brieven van de minister gekregen, waarin hij dat ook aankondigt. Doelmatigheid kan in een aantal opzichten waarschijnlijk ook nog plaatsvinden. Ik denk dat het en/en moet zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Dit is het huis van de problemen. Meestal hebben wij het hier alleen over dingen die niet goed gaan. Dat is logisch. Wij hebben nu vijf minuten spreektijd voor drie meter papier. Achter iedere brief zaten ook weer vijf rapporten. Dan is het logisch dat je je concentreert op dingen die niet goed gaan. Toch wil ik beginnen met een aantal dingen die wel goed gaan. Ik vind dat er weinig aandacht was voor twee recente internationale onderzoeken waarin het Nederlandse gezondheidszorgsysteem met glans op één uit de vergelijking is gekomen. Het Commonwealth Fund uit de Verenigde Staten heeft een aantal

systemen vergeleken. Dat hebben zij nu ook nodig, want zij gaan nu eindelijk ook iets aan hun systeem doen. Verder is de Euro Health Consumer Index 2008. Ik vind dat wij daar trots op moeten zijn. Wij moeten onze vinger leggen op dingen die niet goed gaan, maar als wij zo mooi uit internationale onderzoeken komen, vind ik dat wij dat ook moeten zeggen.

Het tweede positieve punt waarvoor ik aandacht vraag, is de conclusie die de NZa trekt over de collectiviteiten. Wij hebben hier heel veel gedebatteerd over collectiviteiten. De NZa concludeert dat de collectiviteiten een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de dynamiek en concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Er is geen sprake van afwenteling op individuele polissen en er zijn geen aanwijzingen dat verzekeraars misbruik maken van de marktmacht. Sterker nog, de NZa stelt dat door verkleining van de bandbreedte, de concurrentiedynamiek in prijzen van collectieve en individuele polissen zal verslappen. Gezien de felle debatten die hier zijn gevoerd, vind ik het belangrijk dat hier ook te constateren.

Het derde punt heeft alles te maken met de premies. Er waren al allerlei rekenvoorbeelden. Het ziekenfonds kende ook een inkomensafhankelijke premie. Verder was er een rijksbijdrage die langzaam maar zeker werd afgebouwd. De totale kosten van de zorg stijgen. Ik vind dat wij wanbetaling en fraude aan alle kanten moeten bestrijden. Toch zullen de kosten groeien en daarom moeten wij en/en/en doen. Dat is heel belangrijk. Wij zien echter wel dat de laatste drie jaar de stijging substantieel kleiner is dan in het oude systeem. Daar was de stijging de laatste drie jaar 110%. Dat is gigantisch. De afgelopen drie jaar was het 7,8%. Dat is nog een hoge stijging, maar de kosten stijgen nog veel meer. Maar het is toch een ombuiging.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb dat ook gelezen, maar ik denk dat het in een aantal gevallen ten koste gegaan is van de kwaliteit van de zorg, aangezien er meer sprake was van productiestreven en er niet echt is gekeken naar elementen van tijd en aandacht voor de mensen. Verder zijn de eigen bijdragen toegenomen en is het pakket verkleind. Op die manier kan ik er ook voor zorgen dat de collectieve lasten dalen, als je het individueel afschuift.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Weet u waar ik nu zo'n hekel aan heb? Dat is dat u zegt: ik denk dat de kwaliteit is afgenomen. Onderzoek dat dan en concludeer dan of dat het geval is! Ik vind dat er van alles kan verbeteren, maar je moet ook eens aangeven als dingen wel beter gaan. Vroeger moesten mensen die risico liepen op borstkanker drie keer naar het ziekenhuis op de tijd dat de specialisten het uitkwam. Nu staan zij in één dag met de uitslag buiten. Dat soort verbeteringen moet u ook willen zien. Als je naar iets kijkt, moet je ook de positieve kanten kunnen zien, ook als je het zelf misschien anders had willen regelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ons bereiken signalen dat mensen niet de tijd en aandacht krijgen die zij nodig hebben. U gaat niet in op mijn constatering dat de eigen bijdragen zijn toegenomen en dat het pakket is verkleind. Daardoor wordt het goedkoper. Er worden appels met peren vergeleken. Gaat u eens in op de verdubbeling van de eigen bijdrage die is geconstateerd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit kabinet trad aan en het eerste wat het deed was het pakket uitbreiden. Dat ligt dus ook al weer een stuk genuanceerder dan u stelt. In Nederland hebben wij een enorm breed basispakket, waar heel veel zorg in zit. Sterker nog, ik ben altijd van mening geweest dat wij misschien scherper naar het pakket zouden moeten kijken, zodat innovatie sneller zou kunnen worden toegepast. Ik zou liever

willen dat wij een wat smaller, maar moderner pakket hadden. Maar dat is een heel andere discussie.

Ik maak mij wel zorgen over de verticale integratie, het samengaan van zorgverzekeringen en zorgaanbod. Ik wil heel helder zijn: wij zien absoluut geen heil in deze weg. Wij hebben nu een systeem waarin sprake is van keuzevrijheid. Dat is nog lang niet naar mijn zin en het is nog lang niet voldoende. Het is nog niet eens echt van de grond gekomen of het zou al drastisch worden ingeperkt door dit soort fusies. Ik zie dat absoluut niet zitten. Ervaringen in bijvoorbeeld de Verenigde Staten voeden onze afkeer daarvan. Er moet wat ons betreft dus een verbod komen zodat de zorgplicht van zorgverzekeraars niet wordt belemmerd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Fusies hebben te maken met de markt. U bent een van de voorstanders van marktwerking. Dat partijen dan op een gegeven ogenblik coalities zoeken en gaan fuseren om hun positie op de markt te versterken, past naar mijn idee in uw filosofie rond marktwerking in de gezondheidszorg. Ik begrijp dan ook niet dat u het wilt verbieden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit vind ik toch wel een heel gekke. Als je voor marktwerking bent, ben je ook voor concurrentie en dan ben je ervoor dat de beste prestaties het beste worden beloond en dat men daardoor de meeste klanten krijgt. Als er dus iemand kritisch moet zijn op fusies, zijn dat de liberalen. Wij willen graag dat er concurrentie is en hoe meer er gefuseerd wordt, hoe minder men kan kiezen. Een goede markt heeft een strenge marktmeester nodig. Als wij gaan toestaan dat ziekenhuizen samengaan met zorgverzekeraars, zie je dat het risico op kruisbestuiving ook heel groot wordt. Hoe weet ik dan dat mijn premie-euro het best besteed wordt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Volgens mij hebben wij daar instituties voor, zoals de NMa. Ik ben het eens met uw zorg, maar ik vind het een beetje gek om dan te zeggen dat dingen verboden moeten worden. Bepalen wij hier dan wat wel of geen concurrentie is? Bepalen wij hier dan welke schaal wel of niet aanvaardbaar is? Dat lijkt mij een uiterst merkwaardige zaak.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij bepalen hier de spelregels. Dat doen wij zeker op het gebied van de gezondheidszorg, want daar zijn extra regels nodig, die er in de gewone markt, waar wij ook de spelregels bepalen, niet zijn. Ik vind dat, wil dit systeem een beetje functioneren, een strenge marktmeester nodig is. Wij hebben bij het eerste debat over de Zorgverzekeringswet al aangegeven dat wij een systeem van verticale integratie niet zien zitten. Ik houd daaraan vast. Ik zie het echt niet zitten. Ik wil daarom dat er een verbod komt. Ik wil hier in ieder geval een Kameruitspraak over vragen.

Voorzitter. De zorginkoop is heel belangrijk voor ons systeem. Het gaat er niet alleen om dat je vrij een zorgverzekeraar kunt kiezen, maar ook dat die zorgverzekeraar als intermediair de beste zorg koopt met de scherpste kwaliteit. In het rapport van de NZa staat dat er onvoldoende concurrentie is op de zorginkoopmarkt. Men heeft daar vijf oorzaken voor aangegeven. Bij de minister lijkt het gevoel van urgentie te ontbreken, maar misschien is dat niet zo. Ik wil daar graag duidelijkheid over hebben. De eerste oorzaak die de NZa noemt, is onduidelijkheid over restituering. Die kom ik in het veld ook voortdurend tegen. Daar zijn zoveel discussies over. Wat moet een verzekeraar vergoeden als iemand een naturapolis heeft en toch een eigen arts kiest, buiten de preferred provider? Dat vind ik een belangrijke vraag. In mijn ogen hebben wij het zo geregeld dat iemand met een naturapolis misschien wel bij zal moeten betalen, maar van zijn verzekeraar in ieder wel een redelijke vergoeding krijgt. Graag opheldering van de minister op dit punt.

De tweede oorzaak is natuurlijk dat er onvoldoende aanbod is. Dat constateert de NZa ook. Dat is cruciaal. Ik zie geen concrete actie van het kabinet om hier wat aan te doen. Het is ontzettend moeilijk om in de gezondheidszorg iets nieuws op te starten. Wij hebben namelijk een laag van regels, wij hebben gesloten netwerken, wij hebben allerlei voorschriften en wij hebben een numerus fixus. Wordt het niet eens tijd voor een offensief voor de beginner?

De derde constatering van de NZa is dat verzekeren die een naturapolis kopen, dat geblinddoekt moeten doen. Als ik een naturapolis koop bij een verzekeraar, is het volstrekt onduidelijk wie hij heeft gecontracteerd. Dat is een belangrijke systeemfout. De NZa onderzoekt of dit in overleg met alle andere partijen niet anders kan. Dat vind ik echter onvoldoende. Ik vind dat daar urgentie voor is. Dit moet anders en zo snel mogelijk.

Een belangrijke conclusie van de NZa betreft de ex post-correcties en de vertroebelde kosten-batenuitkomsten bij verzekeraars. Wij hebben hierover al vaker gesproken. Zorgverzekeraars Nederland heeft ons een heel pleidooi gestuurd met argumenten om niet te hard te gaan en niet te veel te schrappen. Té is nooit goed. Ik begrijp de opsomming van de argumenten van de zorgverzekeraars wel, maar wat ontbreekt is de opsomming van de nadelige effecten van de huidige situatie. Die zijn echt serieus en bedreigend voor het systeem. Ik vind het een misser als daaraan voorbij wordt gegaan.

De doorverwijzing van de huisartsen is ook een heel belangrijk en moeilijk punt. Die kent al die preferred profider-relaties van de verschillende verzekeraars niet. Gelukkig niet, zou ik voor hen denken. De huisartsen sturen vaak naar de bekende contacten door. Dat is een heel moeilijke puzzel. Ik zou wel eens willen weten hoe wij uit die puzzel kunnen komen.

Ik zie dat ik al door mijn tijd heen ben, terwijl ik pas op de helft van al mijn tekst ben!

De **voorzitter**: U hebt zelfs al meer dan vijf minuten gesproken. Het woord is nu aan mevrouw Sap.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Er staan inderdaad heel veel stukken op de agenda. Dat maakt het risico groot dat wij er allemaal verschillende dingen uit pikken en dat de minister daardoor in zijn beantwoording op zoveel facetten in moet gaan, dat wij echt niet genoeg tijd hebben.

Ik heb er ook mijn eigen dingen uitgepikt. GroenLinks is altijd voor het samenvoegen van de particuliere verzekering en het ziekenfonds geweest, maar wij hadden een andere uitvoering gewild. Wij vinden dat de zorg in handen moet zijn van sociale verzekeraars zonder winstoogmerk. Wij vinden ook dat op het punt van de marktwerking de stappen wat hard gezet zijn en dat de minister wat losjes is omgegaan met de randvoorwaarden die daarbij gelden, namelijk dat het echt het publieke belang moet dienen. Dat hebben wij in het verleden ook al goed duidelijk gemaakt.

In 2009 zullen op het punt van de marktwerking nog meer stappen worden gezet, maar het zal verder toch een jaar van relatieve rust moeten worden, zo lees ik in de stukken. Er moet een relatieve rust in het veld komen, zodat de veranderingen kunnen landen. Op dat punt maak ik mij toch grote zorgen. Ik verwijs dan naar GGZ Nederland en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Beide partijen hebben aangegeven dat zij heel grote problemen ervaren. Deels hebben zij problemen met de Zorgverzekeringswet en deels daarbuiten. Zij willen eigenlijk niet meer meewerken met de bewindspersoon van VWS om de beoogde veranderingen in te zetten. Heeft de minister wel genoeg gedaan om dit te voorkomen? Ik denk daarbij ook weer terug aan de wijze waarop de minister met ons als Kamer is omgegaan, bijvoorbeeld als het gaat om het dossier omtrent verdere stappen voor de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. Daar

was de minister al verder in zijn besluitvorming dan de Kamer dacht en dan met de Kamer was gecommuniceerd. Dat zou hier ook aan de orde kunnen zijn. Gaat de minister misschien een beetje snel en neemt hij het veld onvoldoende mee in zijn besluitvorming en zijn afwegingen? Ik maak mij daar echt zorgen over. Ik vraag hem ook wat hij gaat doen om uit die impasse te komen en hoe hij ervoor gaat zorgen dat het veld weer medewerking wil gaan verlenen aan veranderingen die in ons aller belang zijn. Het tweede punt dat ik eruit heb gepikt, is de problematiek van de onverzekerden. De hoofdlijn die de minister heeft neergelegd, vinden wij goed. Als ik het goed begrepen heb, komen er sneller, maar wel veel lagere boetes. Dat komt wat meer tegemoet aan de aard van de problematiek. Het is namelijk vaak een geval van niet kunnen betalen door verzekerden en niet zozeer van niet willen betalen. Op dat punt maken wij ons wat zorgen of er wel voldoende oog is voor het integrale karakter van de problematiek. Wij kunnen straks snel boetes opleggen en wij kunnen ook zorgen dat mensen alsnog verzekerd raken en dat de premie ingehouden wordt op hun uitkering of salaris. Maar vaak zullen de mensen die het betreft meer problemen hebben. Vaak zullen zij ook problematische schulden hebben en problemen met het vinden van werk en problemen op sociaal vlak. Is daarom niet een veel integralere aanpak geboden? Als wij die mensen dan moeten opsporen voor de Zorgverzekeringswet en weten wie die onverzekerden zijn, kunnen wij daar dan niet meteen een veel completer aanbod van hulpverlening naast zetten, met onder andere schuldhulpverlening? Het is toch niet de bedoeling dat als wij het probleem in de zorg oplossen, er op andere terreinen weer grotere problemen ontstaan.

Een volgend punt is de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Wij denken dat de huisartsen een heel belangrijke functie vervullen in het zorgstelsel en veel meer kunnen doen dan zij nu doen. De huisartsen willen die functie ook graag op zich nemen. De minister geeft zelf in zijn stukken aan dat er in de huidige financieringssysteem nog wel een aantal knelpunten zitten om die substitutie soepel te laten verlopen. Hij noemt daarbij de ex post-verrekeningen en de risicoverevening en überhaupt het financieringssysteem en het verschil tussen de bekostiging van de eerste en die van de tweede lijn. De minister zegt dat hij daar iets aan wil doen, maar mij is niet geheel helder hoe dat gaat verlopen en wat het tijdspad is. Ik vraag hem daarom, een helder stappenplan op dit punt te schetsen en daarbij ook zijn tijdspad aan te geven.

Het punt van de compensatie van het eigen risico vinden wij ook een heel belangrijk punt. Wij zijn er sterk voor dat wordt gekeken hoe die met terugwerkende kracht kan worden gegeven. Wij willen ook dat de andere problemen die daarbij geconstateerd zijn door de CG-Raad, omdat mensen niet opgespoord kunnen worden, aangezien op de facturen van de apotheken niet de juiste codes staan, worden opgelost. Het mag niet zo zijn dat mensen die hiervoor in aanmerking komen, louter door bureaucratische obstakels of tekortkomingen in onze systemen dat geld moeten gaan missen. Ik krijg op dit punt graag een reactie van de minister. Ik zou graag zien dat hij in lijn met hetgeen zijn staatssecretaris doet, aan ons toezegt dat dat geregeld gaat worden.

Dan het experiment van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Dat staat niet op de agenda, maar daar hebben wij wel verontwaardigde signalen over gekregen. Wij vinden dat experiment belangrijk, omdat daarmee de patiënt meer keuzevrijheid wordt gegeven. Wij willen daarom dat die stukken zo snel mogelijk naar de Kamer komen. Kan de minister aangeven wanneer wij die zullen krijgen?

GroenLinks ondersteunt van harte hetgeen mijn collega van de VVD, mevrouw Schippers, zei over verticale integratie. Wij vinden dat ook een heel zorgelijke ontwikkeling. Wij vinden dat de keuzevrijheid van patiënten en de betaalbaarheid voor alle patiënten voorop moet staan. Wij denken

dat er heel grote risico's zijn. Daarom wil ik haar pleidooi voor een verbod van harte ondersteunen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Dit AO betreft een tombola aan onderwerpen. Ik vraag mij ook af of het wel zinvol is om in vijf minuten de kern van het hele sturingsstelsel te bespreken. Maar goed, het is zoals het is. Ook ik zal mij beperken tot een aantal onderwerpen. Wellicht kunnen wij er in de toekomst toch eens over nadenken of wij dit niet wat zinvoller op kunnen zetten.

Wij zijn het, als het om de Zorgverzekeringswet gaat, eigenlijk allemaal wel met elkaar eens. Iedereen wil toe naar een gezondheidszorg die dicht bij de mensen georganiseerd is, goed toegankelijk is, financieel en kwalitatief op orde is, kwaliteit levert en waarbij mensen niet onnodig moeten wachten of onnodige zorg krijgen. Wij hebben het nu steeds over de weg daar naartoe. Daar kun je ruwweg twee wegen in onderscheiden. Je hebt de gelovers in het marktdenken, tot wie ik ook de minister reken. Zij gaan er op basis van een theorie van uit dat als partijen maar in evenwicht met elkaar zijn, het doel waar wij het allemaal over eens zijn, bereikt zal worden. En je hebt de mensen die absoluut niet geloven in marktdenken. Zij denken juist dat als je maar helemaal niet aan marktwerking doet, het doel bereikt zal worden. Het vervelende is dat de werkelijkheid zich niet altijd naar de theorie laat vormen en het er om die reden altijd een beetje tussenin moet zitten. Als ik dan door mijn oogbellen kijk naar de ontwikkelingen in de afgelopen jaren en naar de partijen, moet ik constateren dat de zorgverzekeraars het helemaal nog niet zo slecht doen. In de Consumentengids van deze week wordt ook aangegeven dat de tevredenheid van de verzekerden over de zorgverzekeraars groot is, zeker veel groter dan in de oude situatie met de ziekenfondsen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik word toch een beetje moe van het gezeur over marktdenkers en dergelijke. Als er iets gereguleerd is, dan is dat toch wel de zorg. Dat is ook terecht. Wij hebben daar ook met zijn allen aan meegewerkt. Er is toch niemand in deze Kamer die zegt: laten wij hier een hele vrije markt inrichten met een NMa en klaar is Kees. Ik maak er echt bezwaar tegen de karikatuur dat er in de Kamer mensen zijn die vinden dat die marktwerking plaats moet vinden, zonder dat er sprake is van overheidsregulering. Dat idee is nergens op gestoeld.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan mij niet herinneren dat ik de woorden «vrije markt» heb gebruikt. Ik heb gesproken over marktdenken. Marktdenken houdt in dat als je bepaalde prikkels toepast en zorgt dat partijen in een gelijke positie ten opzichte van elkaar staan, het algemeen belang het best gediend wordt. Voor de gezondheidszorg is sprake van een aantal borgingen, maar dat geldt voor alle markten. In Nederland is nergens sprake van een absoluut vrije markt. Hoewel, misschien wel in de onderwereld. Wat mevrouw Schippers zegt is dan ook weer een karikatuur van mijn opvatting. Het denken wordt echter geleid door het wel of niet geloven in het element marktdenken.

De zorgverzekeraars doen het dus eigenlijk helemaal niet zo gek, als je kijkt naar de verzekerden. Als je kijkt naar de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, die voor dynamiek in het stelsel moet zorgen, zie je dat selectieve contractering stap voor stap van de grond komt. Maar de financiering staat nog een aantal dingen in de weg. Ik kom daar nog op terug. Voor ons blijft de kwaliteit van de zorg het absolute uitgangspunt. Er zijn rapporten waarin staat dat de Nederlandse gezondheidszorg het heel goed doet, maar er zijn ook rapporten waarin staat dat de Nederlandse gezondheidszorg het niet goed doet. Ik hoor graag van de minister waaruit blijkt dat de weg die wij nu inslaan structureel aanleiding geeft tot verbetering van de zorg. Wij constateren wel dat een aantal

dingen incidenteel heel goed worden gedaan, maar het gaat ons met name om de structurele relatie.

Collega De Vries heeft bij de begrotingsbehandeling naar ons idee terecht gewezen op de economisering van de zorg. Met andere woorden, de financiële prikkels geven aanleiding tot bepaald gedrag bij hulpverleners. Dat leidt tot inkomstenfraude en wat minder aandacht voor de zorg. Wij hebben die zorg zelf ook al een aantal keren uitgesproken. Als wij naar het huisartsendossier kijken, zien wij dit ook. Wij zien dat het budget voor de huisartsen nogal overschreden is. Er zijn aanwijzingen dat dat te maken heeft met de veranderde financieringsstructuur. Wij weten dat huisartsen daar zelf ook de nodige vraagtekens bij zetten. Al eerder is gesproken over het conflict tussen de minister en de huisartsen. Ik wil de minister in overweging geven om samen met de huisartsen na te denken over een zodanige verandering van de financieringssysteem – misschien moeten wij weer voor een groot deel terug naar een abonnementshonorarium – waardoor een prikkel die tegengesteld heeft gewerkt, wellicht ongedaan gemaakt kan worden.

Dan de substitutie. De minister heeft in Buitenhof aangegeven dat in 2010 rond een aantal chronische aandoeningen de ketenzorg moet zijn geregeld en dat duidelijk moet zijn wie verantwoordelijk is voor die ketenzorg. Zo heb ik het in ieder geval vertaald. Dat is iets dat ons heel erg aanspreekt, maar wij willen ook graag van de minister horen hoe dat dan gaat. Wij hebben daar wel een suggestie voor. Wij zouden ons kunnen voorstellen dat nog eens gekeken wordt naar bepaalde DBC's, waar chronische ziekten een onderdeel van uitmaken, en te kijken of het niet mogelijk is om de zorgverzekeraars 100% risicodragend te laten zijn voor de ziekenhuiszorg. Dan is de risicodragendheid voor de huisartsen en de ziekenhuizen gelijk. Ik kan niet helemaal overzien wat dat in de administratieve uitvoering betekent, maar ik vind dat daar serieus naar moet worden gekeken, omdat dat een belangrijke impuls zou zijn, ook voor de verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Op die manier zouden ook financiële drempels weggenomen kunnen worden. Dat laat onverlet dat de motie-Omzigt/Van der Veen haar waarde blijft behouden.

Ik wil nog een paar korte opmerkingen maken. Ik wil graag van de minister horen in hoeverre een eventuele winstuitkering economisering van de zorg zou kunnen stimuleren. Wij zouden dat niet wenselijk vinden. Verder willen wij graag helder hebben hoe voorkruipzorg voorkomen kan worden en welke criteria daarvoor aangelegd kunnen worden. Ik wil ook de aandacht van de minister vragen voor de ooglidcorrecties. Dat is eerder al aan de orde geweest toen wij spraken over het basispakket. Uit de praktijk blijkt dat die ooglidcorrecties in een aantal gevallen heel verantwoord in het basispakket zouden kunnen komen.

Tot slot de dyslexie. De merkwaardige toestand doet zich voor dat als je niet BIG-geregistreerd bent, je in een heel andere situatie komt te zitten als je betrokken bent bij de dyslectische zorg. Ik sluit mij zeer aan bij de woorden die de heer Van Gerven op dit punt heeft uitgesproken.

Mevrouw **Agema** (PVV): U spreekt lovend over de zorgverzekeraars. Maar op een bedrag van 34 mld. wordt maar voor het minuscule bedrag van 8 mln. aan fraude gedetecteerd en opgespoord. Wij moeten er dan ook van uitgaan dat dat het topje van de ijsberg is. De verzekeraars hebben eigenlijk te weinig prikkels om daar voortvarend mee aan de slag te gaan. Als de fraude niet opgespoord wordt, plussen zij dat grote bedrag, waar zij niet eens zicht op hebben, maar bovenop het bedrag en daardoor betalen wij met zijn allen een veel hogere schadelast. Vindt u ook niet dat er een veel effectievere opsporing moet zijn en dat er een plan van aanpak moet komen om van hier uit de verzekeraars aan te sporen tot een veel grotere fraudebestrijding?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan niet helemaal overzien of zorgverzekeraars niet alles uit de kast halen om zorgfraude te voorkomen. Mijn beeld is dat men daar heel fors aan trekt, met alle ingewikkeldheden van dien. Als het gaat om fraude, zowel door de hulpverleners als door de verzekerden, hebben wij steeds aangegeven dat het niet zo kan zijn dat mensen die een premie betalen, dat ook voor een deel moeten doen voor mensen die hun premie bewust niet willen betalen. Ik zeg wel duidelijk «bewust niet». Dat daar een krachtig beleid op moet worden gevoerd, onderstrepen wij zeer.

De heer **Van Gerven** (SP): Kunt u nog ingaan op het niet uitvoeren van de motie over het met terugwerkende kracht compenseren van het eigen risico? Wat vindt de PvdA van het antwoord van de minister?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij hebben de reactie van de minister aangehoord.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar wat vindt u daarvan? Dit ook in het licht van wat mevrouw Bussemaker heeft gezegd over de WTCG. Waar een wil is, is een weg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er zijn vele uitspraken waar allemaal een antwoord op gevraagd kan worden. Wij hebben daarop gereageerd, zoals wij daarop gereageerd hebben.

De **voorzitter**: Ik heb aan de minister gevraagd of hij direct op de vragen in wil gaan. Er zijn namelijk veel verschillende vragen gesteld. Dat heeft uiteraard ook te maken met de veelheid van brieven die op de agenda staan. Ik wil per woordvoerder twee interrupties toestaan, want ik wil u graag een tweede termijn geven.

Antwoord van de minister

Minister **Klink**: Voorzitter. Gelet op de beperkte tijd en de diversiteit van vragen, ga ik inderdaad geen al te lange algemene inleiding houden. Toch wil ik een enkel algemeen punt naar voren brengen, waarbij ik meteen aanhaak bij vragen van de heer Van der Veen en mevrouw Sap. Dat heeft te maken met de huisartsen. Daar kom ik via een klein omweggetje op terug. Bij het zorgverzekeringsstelsel is van meet af aan sterk de nadruk gelegd – dat was overigens terecht – op het betaalbaar houden van de zorg, ook op de langere termijn. Wij constateren voorzichtige schreden in die richting, die erop lijken te wijzen dat dat wel zal lukken. Mevrouw Schippers verwees daar ook naar. Van de zijde van de staatssecretaris en mij is daar bij het begin van deze kabinetsperiode het probleem van de arbeidsmarkt aan toegevoegd. Wij hebben daar al verschillende keren over gesproken en de getallen zijn zo langzamerhand wel duidelijk. Dat vergt veel innovatie, want de productiviteit moet omhoog, omdat wij anders wachtlijsten krijgen vanwege het gebrek aan handen aan het bed. Het derde punt vind ik eigenlijk een tweede revolutie. Zo heb ik dat afgelopen zondag in Buitenhof ook genoemd. Behalve de betaalbaarheid en de haalbaarheid van het stelsel, gaat het er ook om, de herijking van het zorgverzekeringsstelsel te gebruiken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De heer Van der Veen heeft gesproken over de internationale rapporten, waarin staat waar wij goed in zijn en waarin niet. Waar wij minder goed in zijn, is het verlenen van samenhangende zorg. Dat kwam ook naar buiten in de Verenigde Staten toen het Commonwealth Fund met zijn rapportages kwam. Wij zijn verder slecht in het gebruik van internet, e-health, en de communicatie tussen de artsen. Dat hangt dan natuurlijk ook weer samen met die samenhangende zorg. Ik denk dat het stelsel als zodanig ons wel een goede uitgangspositie verschaft – dat vergt wel de

nodige stappen in de sfeer van de risicoverevening en het herijken van de bekostiging, zowel in de eerste als in de tweede lijn – om daar met name voor chronisch zieken, die een andere zorgvraag hebben, in de komende jaren werk van te maken. In die zin dat zij dicht bij huis, bij voorkeur in de eerste lijn, samenhangende zorg krijgen, die minder op crisisinterventie gericht is – als er iets mis gaat, ga je naar de huisarts of naar het ziekenhuis – maar juist op preventie, op begeleiding. Uit internationale voorbeelden blijkt dat dat heel veel gezondheidswinst oplevert en tegelijkertijd ook veel winst in termen van financiën, want de eerste lijn is nu eenmaal effectiever en goedkoper dan de tweede lijn. Die slag wil ik de komende jaren gaan maken. Dat lijkt mij in het kader van de Zorgverzekeringswet een van de belangrijkste punten die aan de orde is.

Wij hebben het vaak over techniek. In de gezondheidszorg is ook veel techniek. Het is ook buitengewoon complex. Verevening en het bekostigingsstelsel, FB-budget (functiegerichte budgettering) omvormen in meer vrije prijsvorming, voor zover dat verantwoord is, en het herijken van de bekostiging in de eerste lijn, dat is allemaal techniek, maar de uitkomst moet zijn dat er betere en samenhangende zorg komt voor een zorgvraag die aan het veranderen is en die zich met name op chronisch zieken zal moeten richten.

Het tweede algemene punt betreft het punt dat de heer Van der Veen ook naar voren heeft gebracht. Elke markt vraagt om een ordening. Het is niet of/of. Het zit altijd tussen regulering en marktwerking in. Daarvoor moet telkens weer gekeken worden naar nieuwe fenomenen, waaronder de voorkruipzorg. In hoeverre is dat gerechtvaardigd? Wanneer is dat gerechtvaardigd? Welke regels kunnen daar eventueel in ordenende zin bij worden gesteld? Dat geldt ook voor de fraudebestrijding en de innovaties. Al die zaken vragen voortdurend aandacht van onze kant.

Ik zal nu de vragen gaan beantwoorden. Ik hanteer daarbij de volgorde van de sprekers. Mevrouw Agema heeft gevraagd waarom wij pas in 2010 met de actieve opsporing van onverzekerden gaan beginnen. Het wetsvoorstel dat de ambtshalve verzekering van de onverzekerden met zich mee zal gaan brengen, zal in de loop van het voorjaar van volgend jaar naar de Kamer gaan. Ondertussen zijn wij echter al wel bezig met doelgroepgerichte voorlichting, ten einde mensen met bijvoorbeeld jonge kinderen erop te wijzen dat men die jonge kinderen gratis kan verzekeren. Verder zijn wij op dit moment in beeld aan het brengen wie de onverzekerden zijn. Dat loopt dus parallel. Aan de ene kant bereiden wij een wetsvoorstel voor en geven wij doelgroepgerichte voorlichting en aan de andere kant brengen wij in beeld wie er onverzekerd zijn. Voor dat laatste zijn wij afhankelijk van het AWBZ-verzekerdenbestand van de Sociale Verzekeringsbank. De SVB heeft aangegeven dat dat bestand op 1 januari 2010 operationeel kan zijn. Pas dan kunnen wij dus daadwerkelijk zicht krijgen op degenen die het betreft. Wij kunnen echter niet zonder een wettelijke grondslag mensen ambtshalve gaan verzekeren. De wetgeving die daarvoor nodig is, zullen wij dus zo snel mogelijk voorbereiden, maar daar hebben wij het samenspel tussen parlement en regering bij nodig. Verder heeft mevrouw Agema nog gevraagd in hoeverre de sancties bij fraude voldoende zijn. Ik kom straks nog even terug op de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars in het kader van de fraudebestrijding. Nu eerst de sancties. De verzekeraars proberen altijd eerst het onterecht uitgekeerde geldbedrag terug te krijgen. Verder kunnen zij sancties opleggen aan frauderende zorgverleners. In die sancties zit een variatie. De modaliteiten kunnen dus uiteenlopen. Men kan waarschuwingen geven en men kan de zorgverlener opnemen in het interne en externe verwijzingsregister. In het laatste geval kunnen ook andere zorgverzekeraars zien dat bepaalde zorgverleners frauderen. Daar gaat hopelijk een preventieve werking van uit. Het is ook altijd mogelijk om de strafrechtelijke weg van de aangifte te volgen. Dat is in 2007 in 57 gevallen ook gebeurd. Vervolgens kan men – dat zit in privaatrechtelijke sfeer – het

contract opzeggen. Alsdan niet mogelijk is, kan men de zorgverlener onder controle plaatsen. De NZa kan bestuursrechtelijk optreden krachtens de WMG (Wet marktordening gezondheidszorg) en eventueel een bestuurlijke sanctie opleggen.

Voordat je een sanctie oplegt, moet je natuurlijk eerst weten of er gefraudeerd is. De fraudebestrijding bij de zorgverzekeraars bestaat uit twee onderdelen: het voorkomen van fraude, onder andere door het toetsen van nieuwe polissen en het intern voorlichten van collega's, en het daadwerkelijk opsporen van die gepleegde fraude. Daarvoor is voor alle verzekeraars één centraal aanspreekpunt aangesteld. Dat is de fraudecoördinator. Onjuiste declaraties en fraude worden steeds eerder in het proces opgespoord door de samenwerking tussen controleafdelingen en die coördinatoren.

Men voert drie vormen van controle uit. De eerste is de formele controle. Dat betreft de afwijzing van een declaratie op formele gronden. De verzekerde is niet bekend of de code en het bedrag kloppen met elkaar. Dat betreft op dit moment 77% van alle afwijzingen. De tweede is de materiële controle. Dan wordt gekeken of de zorg daadwerkelijk is geleverd. Als dat niet is gebeurd, worden nota's niet uitbetaald of worden ten onrechte uitgekeerde bedragen teruggevorderd. In 2007 ging het om 58 mln. De derde is het fraudeonderzoek dat plaatsvindt bij een vermoeden van opzettelijk onjuist declareren. Dat vond in 2007 in ruim 3700 gevallen plaats. In 1200 gevallen is daadwerkelijk fraude vastgesteld; twee derde van die 1200 gevallen door de zorgaanbieder en een derde door de verzekeren. Vervolgens wordt nog een risicoanalyse uitgevoerd om te kijken waar je je op moet richten als je daar de vinger achter wilt krijgen.

De NZa houdt op grond van de WMG dus toezicht op verzekeraars en op instellingen. Verder zijn belangrijke taken van de NZa bij het houden van toezicht op onterechte declaraties, het systeemtoezicht en het feitelijk toezicht. Bij het systeemtoezicht kijkt de NZa in hoeverre de zorgverzekeraar en de zorgkantoren voldoende controle houden op declaraties. Daarnaast voert het NZa zelf meer actief toezicht uit naar aanleiding van signalen. Dat gebeurt in samenspel met het Openbaar Ministerie en de FIOD-ECD, als er een vermoeden is van bewust en opzettelijk misbruik. In het verlengde daarvan vroeg mevrouw Agema nog naar pasfraude. In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat iemand die ten laste van de Zorgverzekeringswet zorg nodig heeft, zich moet identificeren. Die verplichting is in de zorgpolis van de verzekeraar ook nadrukkelijk opgenomen. Die identificatieplicht is nu juist om zorgpasfraude te voorkomen. Het ziekenhuis controleert bij de inschrijving van een patiënt de identiteit van die patiënt. De Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg maakt dat in feite nog hanteerbaarder, in die zin dat er gekeken wordt naar het BSN-nummer van betrokkene. Eén ding kun je echter niet uitsluiten. Dat is dat iemand met een pas van een ander komt waar wel zijn pasfoto op zit. Dan word je bij de identificatie op een verkeerd been gezet, zeker als het BSN-nummer dan ook nog blijkt te corresponderen met de documenten. Er is dan sprake van fraude, maar dat is niet te voorkomen, anders dan via de reguliere weg van het bestrijden van paspoortfraude.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is niets nieuws wat de minister nu allemaal opnoemt. Het gaat er echter om dat iedereen op zijn sokken aan kan voelen dat als er voor 58 mln. aan onterechte declaraties worden ingediend en voor 8 mln. aan doelbewuste fraude, op een bedrag van zo'n 34 mld., dit maar het topje van de ijsberg is. Er is voor verzekeraars echter onvoldoende prikkel om fraude veel harder te gaan bestrijden, aangezien zij het bedrag gewoon verrekenen met de zorgpremie. Als wij die schadelast en de zorgpremie naar beneden willen brengen, zullen wij actiever moeten zijn. Het gaat erom dat de uitkomst van de fraude beter door de overheid wordt aangestuurd.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV): Als je nu naar het ziekenhuis gaat, kan het gebeuren dat iedere keer weer je bloed geprikt moet worden, alleen maar omdat artsen niet weten wat voor bloedgroep je hebt. Wij zouden de omvang van die pasfraude eens in kaart moeten brengen en er zou ook een plan van aanpak moeten komen om die fraude veel harder te bestrijden. Dit is namelijk te gek voor woorden.

Minister **Klink**: Ik ben blij dat u zegt dat er uit al die dikke stukken een keur aan maatregelen is genomen om fraude te bestrijden. De algemene conclusie dat 57 mln. gecontrasteerd met zo'n 30 mld. die omgaat in de Zorgverzekeringswet het topje van de ijsberg moet zijn, kan twee dingen aantonen. Ten eerste kan het betekenen dat er veel minder fraude is dan u vermoedt en dat de opsporing redelijk effectief is. Naar analogie van datgene wat u zegt, zou ik ook kunnen zeggen: als het aantal diefstallen van fietsen daalt, zal de handhaving wel tekortschieten. Je kunt dus twee kanten op redeneren. Ten tweede is niet onbelangrijk dat verzekeraars wel degelijk een van binnenuit komend en gerechtvaardigd belang hebben bij een goede opsporing. Immers, als er meer wordt gefraudeerd bij hen, moet de zorgpremie omhoog. Er zit dus niet alleen een belang van ons in, het publieke belang dat de premies in algemene zin niet moeten stijgen, terwijl fraude nooit mag lonen. Er is ook een gerechtvaardigd eigenbelang in economische zin van verzekeraars.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is ook precies wat ik bedoel. Er is onvoldoende prikkel voor de verzekeraars om effectief iets aan fraudebestrijding te doen, want zij gooien het gewoon bovenop het basisbedrag. Dat is het probleem. Eigenlijk zou er vanuit de overheid, vanuit u, veel meer initiatief moeten zijn om de fraude te bestrijden, zodat wij uiteindelijk een lagere zorgpremie krijgen.

Minister **Klink**: Het zijn zorgkosten die een verzekeraar moet betalen; die komen uiteindelijk in zijn premie terug. Naarmate de ene effectiever is dan de andere, zal dat in de premie blijken. Bovendien wijzen de stappen rondom de fraudecoördinatie enzovoort erop dat de verzekeraars zich er steeds meer van bewust zijn. Daar ligt ook een plan van aanpak van ZN onder.

De heer Van Gerven vraagt in hoeverre wij de werking van het risicovereveningssysteem gaan verbeteren. Wij onderzoeken op dit moment in hoeverre hulpmiddelenkostengroepen nog een aanknopingspunt zijn om de verschillende kostenpatronen aan de verzekerdenkenmerken te relateren. In de komende jaren gaan wij onderzoek laten uitvoeren naar de vormgeving van de hoge risicoverevening – het gaat om een bedrag van €12 000 – en de meerjarige hoge en meerjarige lage schades als vereeningscriteria. Wij hebben in een eerdere brief een uiteenzetting gegeven over dit onderwerp en aangegeven dat de wijzigingen voor zover die handzaam zijn zich in 2012 zullen aftekenen. Voorts loopt een onderzoek naar het onderhoud van de diagnose kostengroepen (DKG's) en de farmaceutische kostengroepen (FKG's). Die onderzoeken zullen wellicht leiden tot aanpassing in 2010. Daarnaast zijn er de wijzigingen binnen het systeem en niet van het systeem, bijvoorbeeld het afbouwen van de nacalculatie en de bandbreedte.

Wat de vraag over de mentaliteit van Menzis betreft, weet ik niet of ik mij direct moet uitspreken over datgene wat een afzonderlijke verzekeraar doet. Wel staat vast dat de sta-op-stoel uit het pakket is gegaan. Daartoe hebben wij bewust besloten in de afweging van het totale pakket, omdat mensen in staat zijn om de kosten van de stoel zelf te dragen.

De voorkruipzorg is een belangrijk punt. Ik heb in het vorige algemeen overleg, toen dit punt in algemene zin aan de orde kwam, op zijn minst

mijn waakzaamheid uitgesproken rondom die casus. Ik vind dat de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen gewaarborgd moet zijn. Daarom vind ik dat de NZa deze ontwikkelingen op de voet moet volgen en dat doet zij ook. Binnenkort krijgen wij een rapportage van de NZa hierover. Men is een analyse gestart van de casus van het Kennemer Gasthuis. De NZa is daartoe bevoegd op grond van het feit dat zij de wet moet handhaven. Los van het juridische aspect heb ik toch een aantal invalshoeken bij het beoordelen van die initiatieven. Voor zover sprake is van selectiviteit – die is hier des te meer in het geding – vind ik dat er reden is om daarop alert te zijn. Het is niet een verzekeraar die voor een totaalbestand aan verzekerden aan wachtlijstbemiddeling doet. Voor zover een verzekeraar dat goed doet, kan iedereen elk jaar van verzekeraar wisselen en daarvoor kiezen. Hier is sprake van een derde partij die dergelijke initiatieven heeft ontplooid, maar die niet een representant is van alle verzekerden. Daaruit kan een selectiviteit voortvloeien die wij wellicht niet moeten willen. Ook wil ik niet toe naar een situatie waarin iemand zes, zeven weken moet wachten om een zeer zware operatie te ondergaan, bijvoorbeeld bij oncologische zorg met de wachtlijsten en alle zorgen in hoeverre in de tussentijd de aandoening niet verergert, terwijl zijn of haar buurvrouw of buurman binnen een week naar het ziekenhuis kan gaan en die zorg wel tijdig kan ontvangen. Die selectiviteit wil ik gewoon niet. Ik vind de aard van de aandoeningen nogal belangrijk om te kijken in hoeverre er verschil kan worden gemaakt.

Ik vind dat in elk geval de Treeknormen nooit overschreden mogen worden. Een derde norm die ik van betekenis vind, is dat de reguliere zorg, voor zover die bijvoorbeeld in de avonden wordt aangeboden, er niet onder mag lijden. Er is wel betoogd, ook in de kranten de afgelopen weken, dat je het rechtvaardigheids criterium van John Rawls hierop zou kunnen loslaten. Een aantal mensen profiteert ervan in de avonduren, wat leidt tot een verkleining van de wachtlijst waarvan ook de reguliere zorg profiteert. In het geval van echt ernstige aandoeningen vind ik dat überhaupt al tekortschieten. Voor zover het om planbare zorg gaat bij niet-ernstige aandoeningen, wil ik dat wel bewezen zien. Met andere woorden, ik vind dat de zorg in de avond- en nachturen en in de weekenden die als het ware tegen een hogere prijs wordt vergoed niet ten koste moet gaan van de reguliere zorg. Dat vind ik een belangrijk criterium. Rawls kan wat mij betreft gehanteerd worden, mits het niet om diagnostiek en ernstige aandoeningen gaat. Maar ik wil dat dan wel bewezen zien. Wat mij betreft, is het een leidraad voor de NZa om te kijken in hoeverre dat daarbij een rol speelt. Ik wacht de rapportage van de NZa af, maar ik heb wel aangegeven wat ik belangrijke criteria vind. Betekent dit dat de wet moet worden aangepast teneinde dit te vermijden? Ook daarvoor wacht ik de rapportage van de NZa af. Maar willen wij een halt toeroepen aan dergelijke ontwikkelingen, dan sluit ik inderdaad niet uit dat de regels veranderd dienen te worden.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij wachten de nadere invulling van de minister af. Wel willen wij graag nog een reactie op het volgende. In de discussie is gezegd, ook door de directeur van het Kennemer Gasthuis, dat er eigenlijk niets aan de hand is: het is een logische consequentie van het systeem met vermarkting en de Zorgverzekeringswet, dus men moet niet zeuren; ik vat het maar zo samen. Wat mij betreft, is de kern het recht op gelijke toegang voor iedereen op basis van medisch-inhoudelijke criteria. Moet dat niet het uitgangspunt zijn? De minister spreekt over selectiviteit. Wil hij nog eens ingaan op het gegeven dat de zorgverzekeraars voor hun verzekerden als het ware ook voorrang zouden kunnen bewerkstelligen door wachtlijstbemiddeling, wat andere verzekerden kan benadelen? Dan ontstaat ook ongelijkheid op niet-medische grond. Zouden wij dat ook niet moeten vermijden?

Minister **Klink**: Het laatste geval vind ik wel een vorm van marktwerking. Als een verzekeraar erin slaagt om via snelle bemiddeling – dat hangt ook samen met contractering van ziekenhuizen – voor zijn verzekerden snel adequate zorg te krijgen, heb ik daar niet zo'n probleem mee. Er is een acceptatieplicht en iedereen kan zich bij die verzekeraar aansluiten. Er ontstaat competitie op basis van kwaliteit, waarvan uiteindelijk het hele stelsel profiteert. Het is echter denkbaar dat een derde partij selectief, bijvoorbeeld alleen voor degenen die werken, in de avonduren zorg contracteert waar mensen urgent om verlegen zitten. Dat kan betekenen dat er selectiviteit ontstaat, terwijl de zorgvraag en de medische behoefte bepalend dienen te zijn. Dan begin ik grote aarzelingen te krijgen, omdat die selectiviteit niet voor iedereen toegankelijk is en het systeem als zodanig, de totale kwaliteit van de zorg, niet wordt opgetild. Ik heb zo-even de criteria aangegeven. Daar ben ik buitengewoon serieus in. Je zou de redenering kunnen volgen: zolang je binnen de Treeknormen blijft, is de zorg voor iedereen gegarandeerd. Dat voelt bij mij in elk geval niet goed. Ik gaf het voorbeeld van iemand die lijdt aan kanker. Het zijn vaak mensen met grote zorgen bij wie een wachttijd van acht weken behoorlijk in de benen kan zitten. Dan lijkt het mij ongerechtvaardigd, als je op basis van het simpele feit dat iemand bijvoorbeeld werknemer is bij Philips of Shell – ik noem het willekeurig, want ik weet niet of het zo is – voorrang krijgt op basis van niet medisch-inhoudelijke criteria. Dat stuit mij inderdaad tegen de borst.

De **voorzitter**: Uw tweede interruptie, mijnheer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben nog een tweede termijn, maar dit is een buitengewoon wezenlijk punt van de Zorgverzekeringswet. Mag ik concluderen uit uw betoog tot dusverre dat u het fenomeen «bedrijvenpoli's» niet juist vindt? Dan is er sprake van dat vanwege een werkgever bijvoorbeeld eerder zorg wordt verkregen. Wijkt u daarmee af van het standpunt van een van uw voorgangers, mevrouw Borst, die dat mogelijk heeft gemaakt?

Minister **Klink**: Nee, ik wijk daar niet van af. Ik zeg alleen dat ik het inkader met betrekking tot de aard van de zorg die aan de orde is. Daar zit het verschil.

U vraagt of dit een logisch uitvloeisel van de marktwerking is. Ik sluit mij voor de tweede keer aan bij de heer Van der Veen. Ook hier geldt dat een markt altijd ordening verdient. Wij hebben niet voor niets een acceptatieplicht geregeld. Wij hebben niet voor niets een nominale premie met een zorgtoeslag. Wij hebben ook niet voor niets een basispakket. Op het moment dat de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg aan de orde zijn, vind ik dat medische criteria doorslaggevend dienen te zijn, zeker als het om diagnostiek en ernstige aandoeningen gaat. Ik heb ook gezegd dat ik de dynamiek niet wil blokkeren. Als het totale stelsel ervan profiteert dat dit gebeurt bijvoorbeeld bij arbeidsgerelateerde aandoeningen – daar hebben wij het vaak over bij bedrijvenpoli's – heb ik daar geen bezwaren tegen. Maar ik vind het wel een belangrijk criterium van de NZa dat er wordt gekeken in hoeverre het hele stelsel daarvan profiteert. Dat kan en er zijn ook bewijzen van.

De heer Van Gerven vraagt ook naar de premiestijgingen bij de aanvullende verzekeringen. Ik moet daarvan kennisnemen. Het is buiten mijn invloedssfeer en de derde schaderichtlijn verhindert mij om daarop actie te ondernemen. Het betekent wel dat wij telkens weer zullen moeten kijken naar het basispakket: in hoeverre zit er medisch noodzakelijke zorg in die mensen niet of wel zelf kunnen betalen? Dat laatste criterium is ook van belang. Maar ik kan niet interfereren in de premieverhoging bij de aanvullende verzekeringen. Wel wordt steeds meer zichtbaar dat die premieverhogingen met name in de wel heel zwaar opgetuigde aanvul-

lende verzekeringen zitten. Ik vind dat men dat moet weten; zorgverzekeraars moeten er volstrekt helder over zijn. Het bewustzijn bij de zorgvrager dat hier pakketten aan de orde zijn die men vaak niet eens nodig heeft, mag ook wel eens genoemd worden.

Wij hebben al verschillende keren gesproken over de Zekurpolis. De NZa heeft ernaar gekeken en geconstateerd dat die voldoet aan de eisen. Er is een voldoende zorgplicht. Acute zorg is altijd gedekt en men kan bij elke zorgaanbieder terecht. De spreiding van de gecontracteerde ziekenhuizen is toereikend. De Zekurpolis lijkt mij een voorbeeld van de dynamiek waarnaar mevrouw Schippers verwijst.

Ik kan een lang betoog houden waarom ik de motie-Van Gerven niet uitvoer, maar het heeft precies te maken met hetgeen de heer Van der Veen stelt. Wij hebben in de wet opgenomen dat het moet gaan om meerjarige onvermijdelijke zorgkosten. Uitgaande van 2009, weten wij dat over 2007 en 2008. Maar een compensatie van het eigen risico met terugwerkende kracht kan niet over 2008 worden gerealiseerd. Ik heb er uitvoerig intern binnen het departement naar laten vragen, omdat ik de vraag en het betoog van de heer Van Gerven op zichzelf wel kan plaatsen. De hoofdvraag is meer juridisch van aard: in hoeverre kan ik in begunstigde zin afwijken van de wet, als de afwijking van de wet alleen maar mensen ten goede komt? Mij is van verschillende kanten verzekerd dat dit niet kan en niet mag. Ik heb zelfs nog gespeeld met de gedachte om daarover advies aan de Raad van State te vragen teneinde te bezien of dit mogelijk is, maar van verschillende zijden is mij verzekerd dat dit een zinloze exercitie is, omdat het gewoon niet kan. De regels staan het in de weg.

De heer Van Gerven stelt dat de eigen bijdragen alleen maar zijn vergroot. Dat is de afgelopen jaren juist niet gebeurd. Gerelateerd aan de teruggaaf van de no-claim is het eigen risico dat wij hebben geïntroduceerd eerder een vooruitgang, voor zover je een vermindering van de eigen betaling een vooruitgang vindt, zeker voor de chronisch zieken. Zij krijgen het zodanig gecompenseerd dat zij nooit meer aan eigen bijdrage betalen dan de gemiddelde Nederlander. Dat verschil was bij de teruggaaf van de no-claim zo'n € 150, wat nu is teruggebracht naar nul euro.

Mevrouw Smilde heeft ook gevraagd naar de aanvullende verzekering. Ik heb er al het een en ander over gezegd. Ik zeg er toch even bij dat, voor zover de koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering wordt gelegd in die zin dat het aanvullende pakket duurder zou zijn, ik daar krachtens de derde schaderichtlijn niets aan kan doen. Vind ik het gepast dat verzekeraars dat doen? Ik laat dat oordeel maar aan verzekeren over, ook gelet op de reputatie van verzekeraars die daarmee gemoeid is.

U vraagt om elk kwartaal een overzicht van declaraties te sturen aan verzekeren teneinde op die manier fraude en onjuistheden tegen te gaan. Op 11 november jongstleden hebben wij een brief daarover geschreven en ik heb gezegd dat ik dat belangrijk vind. Mevrouw Schippers heeft er in voorgaande jaren al verschillende keren op gewezen dat het mogelijk zou moeten zijn om altijd inzicht te krijgen in de declaraties teneinde langs die weg een vinger aan de pols te houden. ZN heeft aangegeven dat nu al de helft van de zorgverzekeraars via internet de declaratiegegevens aan de verzekeren beschikbaar stelt. Ik vind het van belang dat verzekeraars actief gegevens blijven sturen aan hun verzekeren. Dat doen zij nu al samen met een jaarlijkse eindafrekening van het eigen risico. Ik ben ervan overtuigd dat zo'n actief aanbod meerwaarde biedt, maar dat hoeft niet per se per kwartaal. Ik ben bang dat er een behoorlijke administratieve last uit voortvloeit en ook kosten mee gemoeid zijn, als ik dat ga opleggen. Ook hiervoor geldt overigens dat de Europese derde schaderichtlijn op gespannen voet staat met een dergelijke verplichting. Ik hoop dat verzekeraars er van binnenuit verder mee gaan en, juist vanwege de belangen voor hun premie en daarmee hun economische positie, die lijn zullen

voortzetten. Ik heb laten uitrekenen dat een verplichting om dat per kwartaal te doen 40 tot 80 mln. kost, doordat zorgnota's toegezonden moeten worden. Dat is een heleboel geld.

In hoeverre is bereikbaarheid een kwaliteitscriterium? Bereikbaarheid van de zorg zal ook nog een rol spelen in het debat over de IJsselmeerziekenhuizen. Het is natuurlijk van buitengewoon groot belang, met name in het geval van acute zorg. Het is ook de reden waarom de NZa heeft gekeken naar de Zekurpolis, de contractering en de mate van dekking zijn van het aanbod. Maar als je dat zomaar als een criterium zou opnemen, zou dat een enorme nuancering en specificatie van normen met zich brengen. Je moet dan ook de aard van de zorg en de aandoeningen beoordelen. Dat lijkt mij niet juist. Wel is het juist – dat speelt met name bij naturapolissen – dat verzekeraars er volstrekt helder over zijn wie zij gecontracteerd hebben, zodat verzekerden dat ook weten als men een afweging gaat maken. De NZa let daar op dit moment ook op vanwege de richtlijn en de handleiding die men daarvoor heeft ontwikkeld. Ik zal mede naar aanleiding van de casus van de IJsselmeerziekenhuizen terugkomen op de bereikbaarheidsdiscussie en op de vraag hoe wij dat gaan verankeren. Dat geldt ook voor de early warning-systemen, de kwaliteit van zorg en het tijdig kunnen signaleren van eventuele problemen die zich bij een ziekenhuis aftekenen. Dat geldt met name voor ziekenhuizen die ik naar analogie van de bancaire sector «systeemziekenhuizen» noem, die echt noodzakelijk zijn om acute zorg te kunnen garanderen. Dit heeft volop de aandacht.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn opmerkingen waren er meer op gericht dat het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bereikbaarheid volstrekt aan de kant schuift, zeker bij electieve zorg. Uw opmerkingen zie ik dan ook in het verlengde van datgene wat u tijdens de begrotingsbehandeling hebt gezegd over de beschikbaarheid van kleinere ziekenhuizen. Mijn opmerking was dat het wel een rol speelt, maar dat verzekerden precies moeten weten waar zij aan toe zijn. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg vond dat echter volstrekt niet meer aan de orde.

Minister **Klink**: Ik vind dat wel aan de orde. De bereikbaarheid van de zorg speelt met name bij de acute zorg. Wij zijn daar in eerste aanleg voor verantwoordelijk. Maar achter die acute zorg komen weer specialismen vandaan die daaromheen gegroepeerd dienen te zijn, dus in die zin biedt het al een ankerpunt. Als het om hooggespecialiseerde zorg gaat, kan ik mij concentratie buitengewoon goed voorstellen. Daar zijn mensen alleen maar bij gebaat. Je haalt de dynamiek er heel snel uit, als je met normen zou komen die spreiding zouden verzekeren. Als de RVZ dat bedoelt, ben ik het daarmee eens. Nogmaals, de inzichtelijkheid voor de verzekerden dient optimaal te zijn.

Ik kom bij de verticale integratie. Voor zover er fusies en marktmacht mee gemoeid zijn, toetsen de NMa en de NZa daarop. Wij zullen daar niet van afwijken. Voor zover ik heb kunnen nagaan, was de verticale integratie in Amerika via de HMO's in de jaren negentig buitengewoon populair, omdat men daarvan een kostenreductie verwachtte. Die vlieger is echter niet opgegaan. Aanvankelijk was er een kostenreductie, maar gaandeweg zie je dat die verticale integratie leidt tot weinig kritische zin aan de kant van de verzekeraar in de richting van de zorgaanbieders, ook in termen van kosten, en zie je die kosten weer omhoog gaan. Het ei van Columbus in de zin van kostenbeheersing vloeit dus niet voort uit de verticale integratie. In het Nederlandse systeem, waarin je gehouden bent om toereikend te contracteren – daar let de NZa immers op; ook rondom de Zekurpolis speelde dat – moet je als zorgverzekeraar voor zover je verticaal wilt integreren ook een landelijk dekking netwerk van zorgaanbieders hebben. De discussie over de verticale integratie is in die zin wat academisch, want ik zie een zorgverzekeraar dat nog niet voor elkaar krijgen. Voor zover het al

lukt, loopt hij in organisatorische zin heel snel tegen de fusietoetsen en tegen een aanmerkelijke marktmacht op. Het is precies het probleem waar Kaiser Permanente tegen aanloopt, die ruim vertegenwoordigd is in een aantal staten in Amerika, waaronder Californië. Maar die lukt het zeer moeizaam en eigenlijk niet om in andere staten verticaal geïntegreerde zorg van de grond te krijgen. Men moet dan een statelijk dekkend netwerk realiseren, wat gewoon onmogelijk is. Ik zie dat in Nederland ook niet zo snel gebeuren. Maar als het gebeurt en als het binnen de grenzen van de fusietoetsen en de aanmerkelijke marktmacht is, dan is er op zichzelf geen bezwaar tegen als een zorgverzekeraar en een aanbieder daar toch marktwaarde aan denken te ontleen in termen van prijs en kwaliteit. Kwaliteitswinst weet bijvoorbeeld Kaiser Permanente wel degelijk te realiseren tegen een goede prijs. Ik heb er geen principiële bezwaren tegen, maar ik zie een aantal praktische overwegingen die mij aanleiding geven tot de opmerking dat het niet zo'n vaart zal lopen. Voor zover dat wel gebeurt, zal het altijd aan de voorwaarden van de aanmerkelijke marktmacht en de fusietoetsen dienen te voldoen. Voldoende competitie moet dus gegarandeerd zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het punt van het landelijk dekkend netwerk begrijp ik wel. Maar als een prominente zorgverzekeraar in een gebied fuseert met een ziekenhuis, waardoor men de facto nauwelijks een mogelijkheid heeft om ergens anders heen te gaan, is er toch een ongewenste situatie. Waar ligt dan nog de keuzevrijheid voor de patiënten? Waar liggen dan de checks and balances die wij in de Zorgverzekeringswet hebben willen inbouwen voor de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders?

Minister **Klink**: Voor zover die zorgverzekeraar exclusiviteit voor zijn verzekerden claimt van dat ziekenhuis, gaat spelen in hoeverre er marktmacht of een monopolie ontstaat. Die toets hebben wij op dat moment. Voor zover er wel mogelijkheden zijn voor verzekerden om al dan niet voor die polis en daarmee voor dat ziekenhuis te kiezen, zie ik nog niet zo snel bezwaren, behalve op het moment dat er een monopoliepositie en exclusiviteit ontstaan. Bedenklijk zou het ook zijn, als een verzekeraar in een regio waar wel voldoende aanbod is met één ziekenhuis een fusie zou aangaan en zelfs verticaal zou integreren en vervolgens via contractering van andere ziekenhuizen middelen als het ware worden overgeheveld naar dat desbetreffende ziekenhuis. Ik ben daar ook niet zo beducht voor, omdat die ziekenhuizen dan in feite met een lagere prijs geconfronteerd zouden moeten worden, waaruit die verzekeraar winst haalt die hij vervolgens doorschuift naar zijn eigen ziekenhuis. Dat zou ten koste gaan van de overige gecontracteerde ziekenhuizen, maar die zijn er zelf bij en spelen in die onderhandelingen zelf een rol. Het is wel een punt om goed te volgen, maar ik voorzie dat de risico's die wij nu inventariseren vooralsnog een beetje theoretisch zijn. Dat neemt niet weg dat wij ze wel zullen moeten volgen. Nogmaals, ik heb zelf gezien hoeveel moeite Kaiser Permanente ermee heeft om überhaupt over de staatsgrenzen heen iets te realiseren. Het lijkt mij sterk dat wij dat in Nederland wel zomaar van de grond krijgen.

U hebt gevraagd naar de overheveling van de reactiveringszorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De staatssecretaris heeft toegezegd daarover met een plan van aanpak te komen. Op korte termijn komt er een brief van haar kant.

Op de transmurale ketenzorg wil ik graag ingaan naar aanleiding van vragen van mevrouw Sap en de heer Van der Veen.

Mevrouw Schippers vroeg naar de kortingen die worden gegeven bij een polis met gecontracteerde zorg. De NZa heeft in het rapport «Richting geven aan keuzes» van mei 2007 gezegd dat een lagere vergoeding acceptabel is, als een verzekeraar voldoet aan de zorgplicht en vervolgens aan verzekerden duidelijk heeft gemaakt welke vergoeding wordt gegeven. Die

vergoeding die in het kader van een naturapolis wordt gegeven op het moment dat je toch voor een andere zorgaanbieder kiest, ligt op dit moment in de regel tussen de 80% en 90%. Het is altijd een vrije keuze voor verzekerden om al dan niet voor een naturapolis en een restitutiepolis te kiezen. Maar als je voor de naturapolis kiest, is het zo'n 70% à 80%. De verzekeraar moet duidelijk maken hoeveel er wordt verstrekt aan de verzekerde. De NZa-richtsnoer informatieverstrekking, waarnaar ik zo-even al heb verwezen, verplicht ook tot die duidelijkheid. Als mevrouw Schippers casussen heeft die zij toch zorgelijk vindt, zal ik mij graag daarvan op de hoogte stellen. Wij hebben die signalen tot nog toe niet gekregen, maar dat neemt niet weg dat bij ons niet alles binnen hoeft te komen wat er misgaat.

Mevrouw Smilde had nog een punt rond de ggz. U spreekt over een aantal inloopp problemen met bevoorschotting. Opnieuw is overleg gevoerd met ZN, in dit geval omdat de problematiek zich lijkt te concentreren rond UVIT. Ons is verzekerd, voor de zoveelste keer, dat er daadwerkelijk wordt bevoorschot. Wij laten een quickscan uitvoeren naar de financiële situatie van ggz-instellingen op dit moment, mede vanwege de liquiditeitsproblemen die vanwege de bevoorschotting kunnen ontstaan, tegen de achtergrond van de bancaire crisis. U zult daarover begin december worden geïnformeerd.

U vroeg in hoeverre de declaraties van vrijgevestigden inmiddels op orde zijn. Het declaratieverkeer loopt steeds beter. Gisteren hebben partijen afgesproken dat de gezamenlijke taskforce die was ingericht om technische problemen te verhelpen, beëindigd kan worden. Voor een deel worden de liquiditeitsproblemen veroorzaakt door de lange gemiddelde doorlooptijd van DBC's, waarop de heer Van Gerven overigens in eerdere debatten al heeft gewezen. Wij kijken op dit moment hoe wij uitvoering kunnen geven aan de motie van de heer Van Gerven voor het invoeren van deeldeclaraties voor de curatieve ggz. Mogelijk is dat een structurele oplossing voor de financiering van het zogenaamde «onderhanden werk». Wel willen wij voorkomen dat er extra administratieve lasten uit voortvloeien. Wij kijken op dit moment in hoeverre de oplossing die in de motie-Van Gerven is aangedragen daadwerkelijk kan worden geïmplementeerd.

Mevrouw Schippers vroeg naar de innovaties in de zorg. In hoeverre krijgt innovatief aanbod de kans? Het is zijdelings van belang, maar toch hebben die systemen ermee te maken als wij kijken naar de risicodragendheid van verzekeraars, de kwaliteitscriteria en het inzicht daarin. Op het moment dat een nieuwe aanbieder meer kwaliteit voor een lagere prijs kan bieden, zijn die randvoorwaarden in ons systeem van belang. In het kader van het Zorginnovatieplatform krijgen die innovaties en de mate waarin die versneld aan bod kunnen komen binnen ons stelsel prioriteit nummer een. Het is een van de twee hoofdthema's die wij daar behandelen. Wij gaan systematisch na waardoor innovaties vastlopen dan wel vertraging ondervinden. Die systematische analyse zullen wij uw Kamer doen toekomen in de loop van komend jaar. Wij willen het totale stelsel met name daarop bezien in hoeverre innovaties gefrustreerd dan wel belemmerd worden door de werkwijze van bijvoorbeeld het CVZ, DBC-Onderhoud en verzekeraars. Dat gaan wij systematisch analyseren. Overigens is het aantal ZBC's dat zich ontwikkelt een indicatie dat er innovaties ontstaan. Maar nogmaals, het heeft volledig onze aandacht. In de vergadering van het Zorginnovatieplatform anderhalve maand geleden hebben wij met name dit naar boven getild. Daarnaast zijn wij in het kader van het Zorginnovatieplatform bezig om experimenten een bedrag te geven – soms zijn het aanzienlijke bedragen; het kan in de miljoenen lopen – die vooruitlopen op systeemwijzigingen die wij willen, waaronder de zorg voor chronisch zieken. Wij maken daarbij gebruik van innovatievouchers om een impuls te geven aan innovatie.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind innovatie een heel belangrijk punt, maar ik heb vandaag met name een punt gemaakt van de nieuwe toetreders. Die zijn ongelooflijk belangrijk als je dynamiek in een systeem wilt. Hoeveel nieuwe toetreders hebben wij op de verzekeringsmarkt? Hoeveel nieuwe verzekeraars vestigen zich daar? Hoeveel nieuwe toetreders hebben wij eigenlijk in het zorgaanbod? Als je een dynamisch systeem wilt, een systeem dat doet wat wij beogen, dan moet er toch veel meer aan gedaan worden? Als dat niet gebeurt, moeten er toch alarmbellen afgaan? De NZa concludeert ook met zoveel woorden dat er problemen zijn. Ik vraag de minister hoe wij dat gaan oplossen.

Minister **Klink**: Bij de verzekeraars zien wij de innovatie die zich aftekent binnen de clusters die wij nu kennen. Er zijn in mijn beleving toereikende mogelijkheden. Het zal niet heel makkelijk zijn om als nieuwe zorgverzekeraar die markt te betreden, maar de competitie tussen hen biedt voldoende dynamiek. Bij het zorgaanbod kennen wij de toetreding van de zelfstandige behandelcentra. Ik zie ook tal van initiatieven in de ziekenhuizen van maatschappen die zich concentreren op zeer gespecialiseerde zorg en daaruit een strategisch marktaandeel en voordeel willen halen. Voor zover dat niet in de NZa-stukken zit – ik heb er op dit moment geen zicht op – wil ik nog een overzicht maken van de nieuwe toetreders in de loop van de jaren. In het kader van het Zorginnovatieplatform verkennen wij waar belemmeringen zich kunnen voordoen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De NZa concludeert dat onvoldoende zorgaanbod een grote belemmering is voor de werking van het systeem. Verder concludeert de NZa dat er een afnemende dynamiek is in de zorgverzekeraarsmarkt. Dat is niet gek, want 88% van de mensen zit bij vier grote zorgverzekeraars. Er zijn geen nieuwe toetreders. Ik verwacht dan een reactie van de minister, maar ik lees er helemaal niets over. Ik lees niet dat het zorgelijk is dat het zorgaanbod onvoldoende is, ik lees niet wat wij eraan gaan doen, ik lees niet dat het zorgelijk is dat de dynamiek op de zorgverzekeraarsmarkt afneemt. Daarom heb ik er naar gevraagd.

Minister **Klink**: Het aantal overstappers, dat in het begin bij de introductie van de Zorgverzekeringswet vrij groot was, is behoorlijk gedaald. Dat hoeft op zichzelf geen probleem te zijn. De dreiging dat men overstapt is op zichzelf al reden voor zorgverzekeraars om zich daadwerkelijk te profileren, bijvoorbeeld op het punt van de zorginkoop. Ik verwijs naar Achmea, dat mede op basis van de kwaliteitsindicatoren zegt: wij gaan de top van de markt met betrekking tot kwaliteit contracteren. Die dynamiek zie ik daar wel ontstaan. Wat het zorgaanbod betreft, vind ik om die reden de vrije prijsvorming van belang, want op die manier komt er weer een open markt voor nieuwe zorgaanbieders. Nogmaals, ik wil in kaart brengen hoe het in de afgelopen jaren is verlopen, maar in het Zorginnovatieplatform verkennen wij systematisch welke belemmeringen zich op dit moment nog aftekenen. De uitkomsten daarvan zult u moeten afwachten.

Bij de substitutie spelen drie dingen een rol. Het eerste is de risicoverevening, waarbij in de eerste lijn wel een risico wordt gelopen door de verzekeraars en in de tweede lijn in de ziekenhuiswereld niet. Wij hebben nu een stap gezet door rond de B-DBC's, die dit jaar B-DBC waren, de nacalculatie af te bouwen tot 15%. Ik denk dat het een belangrijke stap is, omdat dan het risico wordt verevend tussen de eerste en de tweede lijn. De meeste DBC's in de eerste lijn, met name betreffende de zorg voor chronisch zieken voor zover die in DBC's besloten ligt, zijn naar het vrije B-segment overgegaan behoudens COPD, als ik het mij goed herinner. Dat lijkt mij een belangrijk criterium om, voor zover wij tot uitbreiding van het B-segment overgaan, als leidraad te nemen. Naast de afbouw van de

risicoverevening in termen van nacalculatie is er een tweede stap, te weten het feit dat wij naar vrije prijsvorming toe gaan. De derde stap is dat het FB-budget, dat altijd nagecalculeerd werd, met de vrije prijsvorming verdwijnt. Als er gesubstitueerd werd naar de eerste lijn, werden er altijd nog extra kosten gemaakt door de verzekeraar; hij betaalde in feite twee keer. Dat biedt mij het aanknopingspunt om van die systeemwijziging gebruik te maken om de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg te verbeteren. Daarmee krijg je vanuit het bekostigingsstelsel in elk geval geen belemmering meer om het zwaartepunt te leggen in de eerste lijn wat betreft de samenhangende zorg voor chronisch zieken. Dat vergt verder – daarover zal ik nog voor het einde van het jaar een brief sturen – dat je de aanspraken op zorg meer functioneel gaat definiëren. Dat betekent dat niet meer bepalend is of een huisarts, een ziekenhuis of een fysiotherapeut de zorg levert. Een functionele beschrijving betekent dat je de zorginhoud beschrijft en dat je openlaat wie het doet. Vervolgens kan een zorgverzekeraar diegene contracteren die de beste kwaliteit en de beste prijs levert, natuurlijk met de randvoorwaarden van BIG-registratie enzovoort.

Dat zijn de stappen die ik wil zetten. Om die reden wil ik in 2010 graag beginnen met een vijftal modules, gericht op die zorg voor chronisch zieken. Via die modules wil ik de samenhang waarborgen zodat het niet meer de zorgvrager is die de samenhang moet aanbrengen, maar die samenhang vanuit het zorgaanbod wordt gerealiseerd. Vervolgens kan de verzekeraar kijken wie hij gaat contracteren in de eerste of tweede lijn of een netwerk van zorgaanbieders tussen de eerste en tweede lijn. Daarbij heb je die aanpassingen in het bekostigingsstelsel nodig en daarmee liggen wij op koers. In die zin levert de zorgstelselvernieuwing die wij hebben geëntameerd niet alleen winst op, hopelijk althans, in termen van prijs, haalbaarheid, innovatie en arbeidsmarkt, maar ook in termen van kwaliteit en samenhang van de zorg. Dat heb ik een soort tweede revolutie genoemd: na eerst het verzekeringsstelsel te hebben gemoderniseerd, volgt nu het zorgstelsel. Voor het einde van het jaar krijgt u een brief hierover. Ik mik erop dit in 2010 te implementeren voor die modules. Ik weet dat de LHV er ook buitengewoon in geïnteresseerd is. De huisartsen zeggen tegen mij: wij hebben meer gepresteerd, maar u gaat nu bezuinigen terwijl wij voor substitutie hebben gezorgd. Op dit moment is heel moeilijk na te gaan in hoeverre dat daadwerkelijk substitutie was. Huisartsen worden langs wel vier, vijf verschillende lijnen bekostigd; ik noem de consulttarieven, de M&I-modules en de geïntegreerde eerste lijn. Het is nauwelijks uit elkaar te halen waarvan specifiek welke zorg is bekostigd. Met de modules kun je veel beter nagaan in hoeverre die samenhangende zorg zich heeft verplaatst van de tweede lijn naar de eerste lijn dan wel dat er zorgvraag is vermeden voor de tweede lijn doordat je, bijvoorbeeld bij mensen met hartfalen, er tijdig bij bent op het moment dat er hartinfarcten en dergelijke ontstaan en op die manier allerlei crisisinterventies weet te vermijden. Bij dat laatste zat de grote winst bij AOK in Duitsland. Dat heeft gezondheidswinst en financiële winst opgeleverd. Dat wil ik graag in 2010 implementeren met een spilpositie voor de eerste lijn. Wellicht ligt daar een aanknopingspunt om te kijken in hoeverre wij dan beter dan nu kunnen nagaan in hoeverre er daadwerkelijk substitutie heeft plaatsgevonden.

Ik heb nog een punt rondom de ombuigingen. Het zijn niet zozeer bezuinigingen, maar het is een trend die zich heeft afgetekend rondom de inkomsten van de huisartsen: die buigen wij voor een deel om. Je moet eigenlijk onderscheid maken tussen de zorg die wordt verstrekt via de inschrijftarieven en de consulttarieven, de modules die wij hebben gecreëerd teneinde bijvoorbeeld diabeteszorg in de eerste lijn te realiseren en de avond-, nacht- en weekenddiensten. De modules zijn in feite een open einde waarmee zo'n 170 mln. per jaar gemoeid is die binnen het BKZ bekostigd dient te worden en dus in mindering wordt gebracht op ofwel

het geneesmiddelenkader ofwel de ziekenhuiszorg. Die modules blijven in stand; dat blijft een open einde. Dit is al een forse handreiking. Over de ongeveer 170 mln. die met name is gemoeid met de consulttarieven en inschrijftarieven hebben wij gezegd, gemeten aan het Vogelaarakkoord, dat het echt noodzakelijk is om de afgesproken kaders wel te hanteren. Dat doen wij via een aanwijzing aan de NZa. Daarin zitten allerlei mogelijkheden tot arbeidsproductiviteitswinst die wij de afgelopen tijd hebben benoemd, bijvoorbeeld met betrekking tot herhaalrecepten. Dat kan efficiënter, doelmatiger. Dit lijkt ons een aangrijpingspunt om te zeggen dat de ombuigingen daar kunnen worden gerealiseerd.

Mevrouw Sap vroeg naar de evaluatie van het PGB en de Zorgverzekeringswet. Op 12 november is de evaluatie uitgebracht door de NZa. Op korte termijn zullen wij u informeren over ons standpunt naar aanleiding van de evaluatie. Dat zullen wij doen in samenspraak met Per Saldo, die ik graag hierbij wil betrekken. Het experiment met de PGB's loopt per 1 januari 2010 af. Wij hebben dus nog tijd om ernaar te kijken. Wij zien op basis van de NZa-rapportage wel dat er buitengewoon weinig gebruik wordt gemaakt van het PGB. Dat kan alles te maken hebben met het feit dat wij ook een restitutiestelsel kennen en dat men al allerlei mogelijkheden heeft om zelf te kiezen op basis van het bedrag dat met zorg is gemoeid. Ik kom er binnenkort uitvoerig op terug in reactie op de NZa-evaluatie.

Ik zal kijken in hoeverre ik een tijdelijke oplossing kan realiseren voor een aantal beroepsgroepen die dyslexie en het ondervangen ervan ter hand nemen, maar niet BIG-geregistreerd zijn, zodat zij dat alsnog kunnen doen. Ik leg wel de nadruk op de tijdelijkheid, omdat het gaat om een DBC die geopend moet worden. Voor het openen van een DBC dien je BIG-geregistreerd te zijn. Beide zijn van belang: zowel de DBC's vanwege de prijsvorming en de transparantie van de kwaliteit als de BIG-registratie vanwege het afbakenen van de groepen die in aanmerking kunnen komen voor vergoeding. Dat is dan ook de reden waarom ik het een tijdelijke oplossing wil laten zijn. Ik wil de DBC's, de structuur om te kunnen declareren, sowieso niet verliezen. En ik wil de BIG-registratie niet verliezen teneinde te kunnen afbakenen welke groepen in aanmerking komen voor bekostiging.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik ben blij dat de minister snel met een reactie komt op het experiment persoonsgebonden budget en dat hij zal samenwerken met Per Saldo. Hij wijst erop dat het vanwege de mogelijkheid tot restitutie niet zoveel extra kansen biedt. Ons bereiken ook signalen dat verzekeraars uitdrukkelijk hebben tegengewerkt. Ik vraag hem om er goed aandacht aan te besteden en de verzekeraars te vragen om voor de resterende looptijd van het experiment volledige medewerking te verlenen.

Rondom de ggz en de huisartsen heb ik gevraagd hoe de communicatie nu verloopt. Op dat punt zou ik de minister graag nog horen. Ik begrijp dat er op het punt van de ggz overleg is geweest met Zorgverzekeraars Nederland, maar ik vraag mij af of de minister met de sectoren zelf, de ggz en de huisartsen, voldoende overleg voert om uit de ontstane impasse te komen.

Minister **Klink**: Ik zal meenemen in hoeverre de verzekeraars PGB-vorming hebben tegengewerkt. Als er weinig vraag is, ondervinden verzekeraars ook weinig prikkel om er voluit op in te zetten, maar dat kan kip en ei zijn. Ik wil wel eens kijken wie de kip en wie het ei is.

De huisartsen hebben inderdaad het overleg met mij opgeschort. Dat betekent ook dat men bijvoorbeeld niet meer bij de overleggen komt over het EPD. Zoals ik verschillende keren heb aangegeven, ook bij de opening van hun beurs – die mocht ik verrichten – ligt er wat mij betreft bij de modules en de spilpositie van de eerste lijn een aanknopingspunt om het

gesprek te heropenen. Dat wil ik van harte doen. Voor zover ik deze bühne kan gebruiken om dat nog eens te onderstrepen, laat ik dat mede naar aanleiding van uw interventie niet na. Met de ggz hebben wij inderdaad reguliere gesprekken, met name over de bevoorschotting, het declaratieverkeer en de ontwikkelingen die zich aftekenen, onder andere de eigen bijdrage in de ggz. Die thema's lopen wij telkens weer langs en er is intensief verkeer over.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik krijg toch graag een reactie van de minister krijgen op de opmerking van mijn CDA-collega de heer De Vries tijdens de begrotingsbehandeling dat er sprake is van economisering van de zorg: hulpverleners gaan zich economisch gedragen en richten zich op omzet en winst. Ik vond dat een heel vergaande constatering. In hoeverre is de minister het eens met deze constatering van de heer De Vries?

Minister **Klink**: Voor zover ik onder economisering moet verstaan dat men ook zicht houdt op de eigen positie ten overstaan van elkaar en van anderen, bijvoorbeeld verzekeraars en zorgaanbieders, is er niet zoveel mis mee. Bijvoorbeeld in Dordrecht en Ridderkerk zie je dat specialisten op locatie met huisartsen gaan samenwerken teneinde marktaandeel te kunnen behouden. Dat zijn alleen maar goede aansporingen. Als financiële prikkels hen daartoe aansporen, is de uitkomst meer dan prima. Voor zover met economisering wordt bedoeld dat het prijskaartje zodanig belangrijk wordt dat het in mindering wordt gebracht op de kwaliteit van de zorg, zie ik nog geen aanleiding om die conclusie te onderschrijven. Dat neemt niet weg dat wij er wel alert op moeten zijn. Ook van uw kant is gevraagd, met name rondom de vrije prijsvorming, om volgend jaar een stevige vinger aan de pols te houden, bijvoorbeeld wat betreft het volume van zorg, overindicering, overbehandeling en dergelijke. Ik blijf daar buitengewoon alert op. Ook voor artsen geldt wat voor ons allemaal geldt, namelijk dat wij altijd alert dienen te blijven op eventuele bijeffecten, bijbedoelingen enzovoort. Maar ik heb nu geen aanleiding om te veronderstellen dat dit dominant wordt in de zorg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat de minister het in ieder geval niet eens is met de constatering van de heer De Vries. Ik heb gevraagd of het mogelijk is, ook gelet op die economisering, om met de huisartsen na te gaan of een herstel van het abonnementshonorarium, waardoor die financiële prikkels ook anders gericht zijn, een mogelijkheid is.

Minister **Klink**: Een van de punten die rondom de modules aan de orde komen, is de vraag hoe je dat gaat bekostigen. Ik stel mij daarbij voor – dat moeten wij nog wel uitwerken; dat komt onder andere aan de orde in de brief en volgend jaar zal het nader uitgewerkt worden in samenspraak met de NZa – dat er per patiënt die aan een chronische aandoening lijdt een bepaalde prijs komt. Dat betekent dat je niet meer gefragmenteerd bekostigt, maar samenhangend. In die zin hanteer ik voor mijzelf een drieslag: samenhangende zorg vergt samenhangende bekostiging en vergt een samenhang in communicatie. Daarbij is het EPD weer buitengewoon belangrijk. Ten eerste is er de samenhang in de zorg die wordt ondersteund via zorgstandaarden, die min of meer definiëren welke samenhang er moet zijn. Ten tweede is er de samenhang in de bekostiging: je krijgt niet meer geïsoleerd per verrichting betaald, maar het moet een samenhangend pakket zijn. Ten derde is er de samenhang in de communicatie, waarvoor het EPD nodig is. Dit zijn drie belangrijke pijlers van de nieuwe manier van werken die in 2010 zijn intrede zal moeten doen. Ik zal niet direct de terminologie van een soort inschrijftarief of abonnementstarief overnemen, maar in die samenhangende bekostiging zit wel meer cohesie dan in de afzonderlijke betaling van verrichtingen.

Daarmee kom ik tegemoet aan uw punt in hoeverre een verrichtingentarieft niet kan leiden tot een productieopdrijvende kracht. Dat wordt daarmee ondervangen.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik heb nog een paar punten, te beginnen met de compensatie van het eigen risico. Hij is niet ingegaan op de problemen met de afbakening van de groep en de onrechtvaardigheid die er nu in zit, bijvoorbeeld als het gaat om de farmaceutische kostengroep. Mensen die bijvoorbeeld kanker hebben, krijgen geen tegemoetkoming. Is het niet een oplossing dat mensen zelf op een soort handmatige wijze richting het CAK kunnen aangeven dat zij daar recht op hebben? Wil de minister er nog eens naar kijken en hierop reageren? Dat 60% van de mensen die reuma hebben kennelijk niet gecompenseerd wordt, is toch niet goed uit te leggen.

De zwaar opgetuigde aanvullende pakketten kennen een enorme stijging en worden waarschijnlijk relatief vaak benut. Vooral fysiotherapie is een probleem. Graag krijg ik een reactie van de minister of toch niet bijvoorbeeld artrose en andere indicaties voor fysiotherapie in het pakket moeten worden ondergebracht.

Wat vindt de minister van het aanbod van Achmea dat verzekerden bij hen € 650 korting krijgen op de aanschaf van een sta-op-stoel, gelet op zijn opmerking dat een sta-op-stoel gemiddeld maar € 400 kost?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Het is essentieel dat de informatievoorziening aan verzekerden goed is. Ik heb daarover een motie ingediend in verband met de Zekurpolis; de minister is er druk mee bezig. Het geldt zowel voor de inkoop als voor de aanvullende verzekering.

Ik ben het met de minister eens dat de verzekeraars niet een verplichting moet worden opgelegd om elk kwartaal een overzicht van declaraties aan verzekerden te sturen. Ik ben wel verheugd dat steeds meer verzekeraars dat doen, want het is een goede zaak als verzekerden actief kijken of de goede zorg wordt vergoed.

Ik heb een opmerking over de ggz-deeldeclaraties. In het algemeen overleg in juni heb ik aangegeven dat mijn fractie daarvoor pleit. De minister heeft mij toen toegezegd dat hij in het najaar met plannen kwam. Later heeft de heer Van Gerven dat onderstreept in een motie. Nu hoor ik de minister weer zeggen: wij zijn bezig ernaar te kijken. Ik dacht dat het proces van kijken van juni tot nu was en dat wij er nu concreter over zouden spreken.

Er is een heel kleine groep mensen die alles zelf betalen, die anoniem willen blijven en die toch op de een of andere manier moeten worden geregistreerd in het DBC-declaratiesysteem. Moet dat beslist?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ik heb vijf problemen bij de zorginkoop aangemeld. Ik vind dat wij er onvoldoende over hebben kunnen spreken en dat wij er dan ook op terug moeten komen.

De minister zegt dat de selectiviteit van het aan de beurt zijn ook samenhangt met de aard van de aandoening. Als de aard van de aandoening dusdanig is dat je niet kunt wachten, moeten wij er gewoon voor zorgen dat er geen wachtlijsten zijn. Mensen met geld kunnen namelijk altijd zorg kopen. Het gaat altijd over modaal en minder. De oplossing lijkt mij dan ook voor de hand te liggen.

Ik kom bij de verticale integratie. Stel u voor dat er in Nederland vier grote zorgverzekeraars zijn die 88% van de markt hebben. De NMa grijpt niet in, want die zegt dat er genoeg dynamiek is. Stel u voor dat die vier grote zorgverzekeraars gaan fuseren met het aanbod, zodat wij vier grote klonten krijgen in dit land. Nog meer rampspoed: zij gaan dat ook met

woningbouwverenigingen doen. Het worden dus giganten. Waar blijft mijn euro premie eigenlijk? Waar blijft de nieuwe toetreding? De minister heeft zelf gezegd dat het niet zo gemakkelijk is om toe te treden tot deze markt, dus van die nieuwe toetreding moeten wij niet al te veel verwachten. Ik heb op 31 oktober jongstleden, nog geen vier weken geleden, schriftelijke vragen hierover gesteld, maar nog geen antwoord gekregen. Ik ben hier dus mordicus tegen. Het systeem werkt nog niet eens naar behoren en wij voorkomen dit niet. Ik zou graag in een VAO een motie hierover indienen dat er echt een verbod komt.

Tot slot sluit ik mij aan bij mijn collega van GroenLinks over het PGB. Ook mij bereiken signalen dat het met name gaat om medewerking van zorgverzekeraars. Ik stel het dan ook zeer op prijs als de minister dat expliciet wil nagaan.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Ik heb een aantal vragen over de onverzekerden. De minister heeft nader toegelicht dat hij in beeld gaat brengen wie de doelgroep is en tegelijkertijd al de doelgroepgerichte voorlichting start. Dat roept bij mij toch wat vragen op. Hoe kunnen wij een goede en effectieve doelgroepgerichte voorlichting starten, als wij nog niet goed weten wie de doelgroep is? Hoe ziet de minister de relatie tussen die twee?

Ik heb op dit punt gevraagd naar een meer integrale aanpak die het terrein van VWS overstijgt. Ik heb de minister hierover niet gehoord in zijn beantwoording.

Een volgend punt is de compensatie van het eigen risico. De minister zegt dat terugwerkende kracht binnen de bestaande regels niet mogelijk is. Ik proef uit zijn beantwoording dat hij dat toch wel belangrijk vindt, zo belangrijk dat hij het eigenlijk aan de Raad van State had willen voorleggen. Als wij het belangrijk vinden om iets te doen voor die groep die tussen wal en schip dreigt te vallen, is er dan niet een nieuw regeltje te verzinnen zodat wij alsnog daar iets terecht kunnen laten komen, bijvoorbeeld door mensen zelf hun rekeningen te laten indienen om hen op die basis alsnog in aanmerking te laten komen? Als het met de bestaande regels niet kan, kunnen wij er dan niet een nieuwe regel voor maken? Ik heb met belangstelling geluisterd naar de criteria die de minister noemde in verband met de voorkruipzorg of het risico van een steeds grotere tweedeling in de zorg. Het baart mij zorgen dat, als je al die criteria naloopt – aard, aandoening en Treeknormen; de reguliere zorg mag er niet onder lijden en het criterium van Rawls kan daarin leidend zijn – er toch een steeds grotere en scherpere tweedeling kan komen, maar dat wij die tweedeling niet erg zouden vinden. De minister zou dat niet erg vinden, als maar verzekerd is dat iedereen er minimaal een beetje op vooruitgaat. Dat zou toch een breuk zijn met ons Europese systeem, waarin wij de gelijkheid en de gelijke toegang belangrijk vinden. Moet aan dat rijtje criteria niet ook een criterium worden toegevoegd dat de verschillen binnen de grenzen blijven?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn uitvoerige beantwoording. Hij citeert mij wat selectief wat betreft de opmerkingen die ik over de markt heb gemaakt. Ik heb het met name gehad over een te lang vasthouden aan een theorie met alle gevolgen van dien. Datgene wat de VVD net heeft geuit, onderstreept mijn zorg in hoge mate.

Ik dank de minister voor de criteria die hij wil stellen voor de voorkruipzorg. Het spreekt zeer aan.

Op het punt van de huisartsen, zowel wat de substitutie als de eventuele mogelijkheden voor een soort abonnementshonorarium betreft, overwegen wij een VAO aan te vragen.

Ik heb gevraagd om bepaalde vormen van ooglidcorrecties opnieuw te bekijken.

Ook de PvdA heeft altijd sterk gepleit voor sociaal zorgverzekeraarschap binnen de huidige constructie. Ik denk dat dit altijd een goede zaak is geweest.

Minister **Klink**: Voorzitter. Wellicht zal ik het CVZ nog eens om advies vragen in hoeverre er onderscheiden criteria kunnen worden gehanteerd voor ooglidcorrecties. Wij zullen ernaar kijken.

De heer Van der Veen sprak over de LHV, substitutie en het abonnements-honorarium. Ik heb zo-even aangegeven dat ik daar groot belang aan hecht. Voor zover dat door u wordt onderstreept dan wel toegespitst, is mij dat zeer welkom.

Ik kom bij de criteria voor de voorkruipzorg. De NZa gaat er nog naar kijken, zo zeg ik in de richting van de heer Van der Veen en mevrouw Sap. Ik neem daarbij zeker mee dat verschillen binnen grenzen blijven.

Mevrouw Sap zegt dat de minister een grotere en scherpere tweedeling kennelijk acceptabel vindt. Dat vind ik zeker in die bewoordingen niet acceptabel. Voor zover er onderscheid is – ik heb daarvoor een aantal criteria gegeven – moet iedereen er uiteindelijk van kunnen profiteren. Het moet niet ten nadele van een ander zijn. Dat lijkt mij een belangrijk aanknopingspunt naast de overige criteria.

Wat de compensatie van het eigen risico betreft, heb ik aangegeven dat die twee jaren belangrijk zijn. Dat staat ook in de wet; wij kunnen er niet van afwijken. Een ander punt is de mate waarin de FKG's, DKG's en dergelijke toereikend zijn om de totale groep die zich aftekent te bereiken. Bij de behandeling van het wetsvoorstel, ook in de Eerste Kamer, heb ik gemeld dat wij er nog voortdurend naar kijken. Ook van uw kant zijn er groepen aan toegevoegd, onder anderen degenen die een halfjaar in een AWBZ-instelling verblijven; dat is een aanvullend criterium van uw kant geweest. Desalniettemin is het nog niet volledig dekkend. Wij kijken op dit moment nog in hoeverre er extra criteria aan toegevoegd kunnen worden. Dat neemt niet weg dat degenen die vinden dat zij ervoor in aanmerking komen en dat zij aan de criteria voldoen zich kunnen melden bij het CAK. Daar wordt er goed naar gekeken. Nogmaals, wij hebben de dure plicht om ons in te spannen om met dekkende criteria te komen. Op dit moment gelden de in de wetgeving verankerde criteria uiteraard.

Ik kom bij het punt van de onverzekerden. Wij kennen de doelgroepen wel. Maar wanneer wij ertoe overgaan om ambtshalve te verzekeren, moet je niet alleen de doelgroep kennen, die je met gerichte informatie kunt bedienen, maar moet je ook identificeerbaar kunnen achterhalen welke persoon uiteindelijk onverzekerd is. Daarvoor hebben wij de AWBZ-bestanden nodig. De SVB is daarmee bezig. Wij hopen dat per 1 januari 2010 gerealiseerd te hebben.

Mevrouw Schippers zegt dat er geen wachtlijsten zouden moeten zijn. Je ziet in het B-segment dat de wachtlijsten sterk in tijdsduur verminderen, zo niet afwezig zijn. Daar ligt helemaal het ei van Columbus, want dan heb je ook geen competitie meer op wachtlijsten; dan zijn ze er simpelweg niet. Maar zo ver zijn wij op dit moment nog niet.

Wat de verticale integratie betreft, heb ik aangegeven dat het zo'n vaart niet zal lopen. Ik zie die vier grote klonten nog niet ontstaan. Mocht dat wel gebeuren en de marktdynamiek daardoor verdwijnen, dan zal ik niet schromen om op te treden.

Wat het PGB betreft, zullen wij kijken in hoeverre van de kant van de verzekeraars blokkerend is opgetreden. Daarom lijkt het mij van betekenis om dit in overleg met Per Saldo te doen, want zij zullen er zonder meer buitengewoon alert op geweest zijn en nog steeds zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als je een ernstige aandoening hebt, bijvoorbeeld kanker en acht weken moet wachten, is dat erg. Het is net zo erg als je buurvrouw maar een week hoeft te wachten. Ik haakte daarop in. Als u

dat argument gebruikt, moet u er gewoon voor zorgen dat niemand acht weken hoeft te wachten.

Minister **Klink**: Ik heb ook aangegeven dat het streven daarop gericht is. Maar laten wij elkaar niets wijsmaken. Wij hebben op dit moment niet zozeer wachtlijsten die de Treeknormen overschrijden, maar wij hebben nog wel wachtperiodes. Aanhakend op datgene wat de heer Van Gerven heeft gezegd, heb ik er grote bezwaren tegen als je, afhankelijk van de vraag of je een werknemer bent of niet, als het ware binnen een week of binnen zeven weken wordt geholpen. Dat vind ik te ver gaan als het om ernstige aandoeningen of diagnostiek gaat.

Ik zal u schriftelijk antwoorden hoe het staat met de deeldeclaraties en wat onze uiteindelijke termijn is. U hebt gelijk dat wij niet kunnen blijven zeggen dat het in de maak is om er in elk AO in dezelfde zin op terug te komen.

Ik wil nog kijken naar het anoniem blijven van personen. Het lijkt mij wel buitengewoon lastig, want wij garanderen de privacy van mensen. Uiteindelijk zul je, in verband met de fraudebestrijding, op een gegeven moment moeten kunnen achterhalen in hoeverre een behandeling daadwerkelijk is gegeven. Dat is die materiële controle. Als er twijfels over bestaan, moet je dat kunnen achterhalen. Wij kennen de code van de verzekeraars om de privacy te beschermen. Het College bescherming persoonsgegevens kijkt er op dit moment ook opnieuw naar. Maar anonimiteit is in mijn beleving heel lastig. Mocht het wel kunnen, dan laat ik dat nog weten. Maar gaat u er maar van uit dat het niet kan.

Ik ken de casus van de sta-op-stoel van de heer Van Gerven niet. Voor zover men € 650 geeft voor een sta-op-stoel die je vervolgens via internet kunt kopen, lijkt mij dat een mooie subsidie in het kader van de aanvullende verzekering. Ik ken de casus niet en neem er kennis van.

Op eerdere vragen van de heer Van Gerven hebben wij aangegeven dat wij kijken in hoeverre fysiotherapie voor bijvoorbeeld artrose in het zorgverzekeringspakket moet worden meegenomen. In het pakketadvies dat het CVZ in het voorjaar uitbrengt, wordt dat dan ook meegenomen. Er moet natuurlijk wel financiële ruimte voor zijn, maar dat geldt voor alle pakketadviezen.

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

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