

6

Wet marktordening gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

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

De **voorzitter**:

Vandaag vindt de eerste termijn van de zijde van de Kamer plaats. Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom. Het woord is aan mevrouw Leijten.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. "Ik heb een eed gezworen. Die houdt in dat ik alles doe in het belang van de patiënt. Ik wil niet in de knel komen en straks niet doen wat weliswaar niet goed is voor de patiënt maar wat de zorgverzekeraar nu eenmaal wil." Deze woorden zijn niet van mij, ik ben namelijk geen arts. Deze woorden zijn mevrouw Vogelpoel, arts in het Waterlandziekenhuis te Purmerend. Afgelopen maandag deed zij tijdens een alternatieve hoorzitting van deze Kamer een beroep op ons, een oproep aan de politiek, om niet te kiezen voor het geven van macht aan de zorgverzekeraar, maar om de vrije keus van de patiënt te eerbiedigen.

Toen ik haar vroeg of het klopte dat zij deze oproep eigenlijk alleen deed om op te komen voor haar broodwinning, zoals cynici beweren als artsen dit soort dingen zeggen, zei ze: ik handel in het belang van mijn patiënt en als het niet in zijn of haar belang is om te behandelen, dan behandel ik ook niet maar verwijs ik door; dat vertrouwen moeten patiënten kunnen hebben in mij en in mijn collega's, en dat vertrouwen is geschaad als de zorgverzekeraar straks beslist waar de patiënt naartoe moet.

Afgelopen maandag hoorden we ook Lijnre Reijers, orthopedagoog. "Op het schoolplein sprak een moeder van een kind met gedragsproblemen mij aan. Het is geen ADD, geen PDD-NOS, geen ODD; ze weten het niet precies. Maar gelukkig heeft haar kind een fijne relatie met de gedragstherapeut. Wat moet ze nu toch, vroeg ze mij. Ze moet of de zorg zelf gaan betalen of naar een ander, omdat de zorgverzekeraar daar niet heeft ingekocht. Beste politiek, mag ik dit soort wanhopige ouders naar u doorsturen als ik ze spreek?" Mogen deze mensen zich melden bij de minister als Lijnre wordt aangesproken op het schoolplein?

Op de hoorzitting was ook huisarts Erik Veenhof aanwezig. Hij vertelde over zijn "niet pluis"-gevoel bij een mevrouw met een knobbel in de borst. Hij zei het volgende. "Ik doe veel op mijn 'niet pluis'-gevoel. Hoe de zorgverzekeraar dat ooit moet gaan inkopen, weet ik niet, maar ik weet wel dat het werkt. Ik wilde deze mevrouw verwijzen naar de mammopoli in het Antoni van Leeuwenhoek, maar dat mocht volgens de voorwaarden van haar goedkope budgetpolis niet. Iemand uit de tweede lijn moest doorverwijzen naar een specialistische poli. Dus ze moet eerst naar een gewoon

ziekenhuis om vervolgens te worden doorverwezen naar dezelfde mammopoli waarnaar ik haar als huisarts had willen verwijzen." Dit voorbeeld laat zien dat dit voorstel niet alleen de keuzevrijheid belemmert en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt onder druk zet, maar ook zal leiden tot hogere kosten en meer gesleep met mensen.

Afgelopen maandag zei Cobie Groenendijk het volgende. "Ik ben psychiater in een instelling en ik werk in loondienst. Wij worden geconfronteerd met inkoopplafonds. Ik mag niet verder met een behandeling van een vertrouwde patiënt of ik mag die niet starten omdat we aan een zorgplafond zitten. Onze patiënten hebben de zorg gewoon nodig. Als je een psychische ziekte hebt, dan heb je die zorg ook echt nodig. Deze mensen krijgen een behandeling, alleen niet bij mij. Ze krijgen een behandeling elders. Waar zit dan de besparing? Het enige resultaat is dat de vertrouwde relatie tussen behandelaar en patiënt niet mogelijk is omdat er een zogenaamd inkoopplafond bereikt is." Wordt het daar echt goedkoper van, zo vraag ik de minister.

Als ik naar een wetsvoorstel kijk, probeer ik altijd de vraag te beantwoorden in wiens belang het wetsvoorstel is. Wie wordt hier gediend? Wie is er gebaat bij het afschaffen van de vrije artskeuze? Dan vraag je je als ministerie van Volksgezondheid of als commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport toch af of dat wel in het belang van de patiënt is? Iemand die zorg nodig heeft, kan op dit moment zelf beslissen waar hij of zij naartoe gaat. Dat gebeurt op doorverwijzing van de huisarts op wiens oordeel je over het algemeen vertrouwt. De arts die je behandelt, heeft de eed afgelegd om jouw belang te dienen. Ben je niet tevreden, voelt er iets niet goed of heb je geen klik, dan kun je naar een ander gaan. Dat is in de toekomst echter niet meer mogelijk. Je moet dan eerst naar de polisvoorwaarden kijken van de zorgverzekeraar. Mag je wel naar het ziekenhuis waarnaar je bent doorverwezen of naar het ziekenhuis van je keuze? Mag je naar de arts of behandelaar van je keuze of naar wie je bent doorverwezen? Mag je zelf de verpleegster kiezen die bij jou thuis komt? Nee hoor, dat hangt allemaal af van je zorgpolis.

De vraag is of dit in het belang van de patiënt is. Nee, volgens de Grondwet hebben we bescherming van de lichamelijke integriteit. Als die dan al aangetast moet worden door ziekte of doordat iemand anders je moet behandelen, dan is toch wel het minste wat je mag kiezen door wie je die onaantastbaarheid van het lichaam laat schenden? Dan kies je toch zelf wie dat doet? Wil de minister nou echt beweren dat zo'n keuze beter door een zorgverzekeraar kan worden gemaakt? Ik vraag deze minister: is dat eigenlijk geen betutteling? De minister zegt dat je kunt kiezen. Je houdt een keuze, maar dat kost je dan wel geld. Het is inderdaad mogelijk om genoten zorg die niet was ingekocht, na afloop bij de balie af te rekenen, maar niet voor alle mensen. Het is inderdaad mogelijk om een hoge premie per maand te betalen voor een zorgpolis die alle zorg vergoedt, maar niet voor alle mensen. Dan vraag je je toch af welke keuzevrijheid de minister bedoelt. Doelt zij op de 800.000 mensen die op dit moment in betalingsproblemen zijn, doordat zij het hoge verplichte eigen risico niet kunnen betalen? Of bedoelt zij de 320.000 mensen die in het bestuursrechtelijke boeteregime van Zorginstituut Nederland zitten en die structureel al 30% extra premie betalen? Deze mensen, maar ook vele anderen zullen noodgedwongen voor een lage premie moeten kiezen en hebben dus niet de mogelijkheid om keuzevrijheid te kopen. Zij zullen

de integriteit van hun lichaam dus verkopen als zij een goedkope polis afsluiten. Is dit nu werkelijk het voorstel van de minister? De minister zou toch het publieke belang moeten dienen van alle mensen in Nederland? Vindt zij dat zij het publieke belang dient door mensen een fundamenteel recht, namelijk het kiezen van je eigen zorgverlener, te ontnemen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik ken mevrouw Leijten als iemand die haar stukken leest en de feiten kent. Er is een wetsvoorstel en er zijn zeven amendementen ingediend. In het wetsvoorstel staat heel duidelijk dat er een breed basispakket overblijft met voldoende keuzeaanbod. Dat is heel divers, op basis van van alles en nog wat. Is het dan niet je reinste bangmakerij om hier te roepen dat mensen hun lichaam verkopen en geen zorg meer kunnen krijgen? Die brede basispolis, dat brede, diverse pakket met voldoende te kiezen, blijft voor iedereen beschikbaar, betaalbaar en daarmee toegankelijk.

Mevrouw Leijten (SP):

Ja, dat is dan verzekerde zorg, maar je verkoopt wel waar je die verzekerde zorg krijgt. Daar gaat het hier over. Ik ben het niet heel erg met mevrouw Bouwmeester eens over dat brede basispakket, maar dat is een andere discussie. Wat ons betreft, horen daar meer dingen in. Het gaat erom dat je, als je die zorg nodig hebt — bijvoorbeeld omdat de huisarts heeft gezegd dat je naar de mammapoli van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis zou moeten gaan — daarheen kunt gaan. We zien nu echter al dat er polissen zijn waarmee je dat niet mag doen. Dat zijn nu uitzonderingen, maar straks wordt dat de regel. Daar maak ik mij grote zorgen over. Dat is geen bangmakerij; dat is gewoon wat er in het wetsvoorstel staat.

De voorzitter:

Tot slot, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Mevrouw Leijten brengt nu een belangrijke nuance aan. Dat vind ik belangrijk, want we moeten mensen niet onnodig bang maken. Ik ben het wel met mevrouw Leijten eens dat mensen van tevoren moeten weten waar zij aan toe zijn, zodat zij niet voor verrassingsrekeningen komen te staan; daar kom ik in onze eigen bijdrage op terug. We zijn het erover eens dat er een brede basispolis is.

De voorzitter:

Wat is uw vraag?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De vraag is waar de mensen de zorg precies krijgen. Dat is ook nog steeds een divers aanbod dat op basis van allerlei achtergronden en kenmerken wordt gegarandeerd. Mevrouw Leijten zegt dat mensen niets meer te kiezen hebben en van alles verkopen. Dat blijft dus een beetje bangmakerij.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb de voorliggende stukken gelezen. Daarin wordt het afschaffen van artikel 13 bepleit. Dat artikel gaat over de vrije keuze van mensen om hun zorgverlener te kiezen, waar dan een vergoeding tegenover staat. Die vergoeding gaat eraan. Je kunt dus wel je zorgverlener kiezen, maar de rekening moet je dan zelf betalen. Die keuze hebben heel veel mensen niet. Je kunt nog wel kiezen voor bijvoorbeeld een hoge zorgpolis en een restitutiepremie, maar dat moet je wel kunnen betalen. Het grote probleem vind ik — en daar kom ik nog op terug — dat de vertrouwensband tussen arts en patiënt wordt doorgesneden, maar eigenlijk ook dat het vertrouwen in de arts of behandelaar wordt doorkruist, omdat deze niet meer sec in het belang van de patiënt kan handelen; hij zal ook in het belang van de verzekeraar moeten gaan handelen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Mevrouw Leijten zegt dat zij de stukken goed heeft gelezen en dat zij daarin ziet dat de vrije artskeuze eraan gaat. Ik zou van haar willen weten op grond waarvan zij dat zegt. Er is immers een mogelijkheid voor verzekeraars om selectief te contracteren. En er is een mogelijkheid voor verzekerden om een dergelijke polis te kiezen. Waarop baseert mevrouw Leijten dat de polis waarin je meer keuze hebt en misschien ook wel meer krijgt vergoed, bijvoorbeeld de restitutiepolis, duurder wordt? En op wat uit de stukken baseert mevrouw Leijten dat de polis met selectief contracteren gaat vervangen wat er nu is?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik kom daar in mijn betoog nog op terug, maar ik zal er nu al een simpel antwoord op geven. In het afgelopen najaar is er flink reclame gemaakt met BudgetBewust-polissen, in dit geval van een verzekeraar in het noorden van het land, een van de grote vier, die aanzienlijk goedkoper was. Alleen was er de clausule dat men daarmee niet meer overal heen kan waar men zelf naartoe wil. Hoe kom ik erbij dat dat goedkoper is? Omdat dat de praktijk is. Omdat wij een brief hebben gekregen van Zorgverzekeraars Nederland, waarin werd gesteld dat mensen kunnen kiezen voor een restitutiepolis, maar dan wel moeten betalen. Omdat ik in de krant lees dat Chris Oomen zegt dat de budgetpolis gewoon een uitgekledde, goedkope polis wordt en er eigenlijk geen mid-denpolis meer zal overblijven. Mensen kiezen op dit moment niet voor een polis op basis van vermeende kwaliteit, maar op basis van de prijs. Mevrouw Dijkstra weet dat heel erg goed. Als dit wetsvoorstel doorgaat, worden heel grote groepen mensen dus in een goedkope, uitgekledde polis gedwongen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik vind dat uitkleden zo interessant. Is mevrouw Leijten het niet met mij eens dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben?

Mevrouw Leijten (SP):

Jazeker, die hebben zij. Het gaat er echter om dat je ook naar de arts van je eigen keuze kunt gaan; dat je kunt kiezen voor het ziekenhuis om de hoek, omdat de huisarts je daarnaar heeft doorverwezen of omdat je daar zelf graag naartoe gaat, of wellicht voor een ziekenhuis in de volgende

stad. Dat staat nu op de helling. Nu wordt het mogelijk dat een zorgverzekeraar zegt: u gaat daarnaartoe, en anders wordt het niet vergoed.

De heer Rutte (VVD):

Mevrouw Leijten kan met heel veel aplomb net doen alsof zij de waarheid in pacht heeft. Nu heeft ze het erover dat mensen in een goedkope polis worden "gedwongen". Waar staat het in de wet dat mensen met een laag inkomen een uitgekilde polis moeten afsluiten?

Mevrouw Leijten (SP):

Dat staat niet in de wet, maar dat is de praktijk van alledag. Ik weet niet of de heer Rutte de krant wel leest, gewoon met mensen spreekt of wellicht bij zorgverzekeraars op de thee gaat. Hij zou dan namelijk kunnen weten dat mensen kiezen voor een goedkope polis. Dat is niet omdat zij denken dat die het beste is, maar omdat zij in geldproblemen zitten. Wij waren bij de mensen van de telefoondienst van de grootste verzekeraar van het land. Die mensen zeiden dat zij niet worden gebeld met vragen over wat het beste ziekenhuis is, maar dat ze worden gebeld door mensen die het niet kunnen betalen. Zij zeiden dat ze iedere dag met mensen betalingsregelingen moeten treffen, omdat dezen de premie niet kunnen betalen of omdat het eigen risico te hoog is. In de praktijk worden mensen daardoor in budgetpolissen gedwongen. De keuzevrijheid die zogenaamd in de wet staat, is dus in de praktijk niets waard.

De heer Rutte (VVD):

Ik concludeer dat mevrouw Leijten het een slechte zaak vindt dat mensen die weinig geld hebben, kunnen kiezen voor iets wat minder geld kost.

Mevrouw Leijten (SP):

Als dat betekent dat je daarmee je rechten verkoopt, vind ik dat een heel slechte zaak, ja.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw Leijten (SP):

Voor wie is dit wetsvoorstel goed? De patiënt heb ik net besproken. De zorgverlener misschien? In de afgelopen tijd hebben wij veel mails gekregen van fysiotherapeuten, van logopedisten, van mensen in de psychiatrie en in de ggz, over de inkooppraktijken van zorgverzekeraars. Als je als fysiotherapeut geen behandeldoel voor een reumapatiënt hebt opgeschreven maar deze wel een jaar hebt behandeld, kan de zorgverzekeraar beslissen om je niet te betalen. Heb je als psychotherapeut geen bureaucratische verslaglegging ingevoerd, dan krijg je een korting op je budget of geen contract. Inkopen doen zorgverzekeraars op prijs, dat weten we allemaal. We weten ook allemaal dat kwaliteit niet iets is wat je met cijfers meet.

De hoorzitting van afgelopen maandag was om verschillende redenen interessant. Allereerst was het interessant om te zien wie er kwam en wie er niet kwam. We hadden breed uitgenodigd, maar een aantal organisaties liet zich

niet zien. Wat vooral interessant was, was dat de zorgverleners zeiden: wat ik doe, is empathie; wat ik doe, is goed luisteren. Dat zijn allemaal zaken die wetenschappelijk gezien van belang zijn voor het resultaat van de behandeling, voor het vertrouwen van de patiënt in mijn kunnen en vertrouwen is de basis voor een goede behandeling. Hoe gaat de zorgverzekeraar dat meten en inkopen? Dat komt niet voor op de lijstjes. Zorgverleners die de afgelopen jaren te maken hebben gehad met de inkoopmacht van zorgverzekeraars, zijn niet te spreken over hoe dat gaat. Ze moeten onderhandelen en moeten voldoen aan bureaucratische voorwaarden. Ze voelen zich als dansers naar de pijpen van de inkoper. "Om kwaliteit vragen ze ons niet eens", is een veelgehoorde klacht. "Ik ben bezig met bureaucratie terwijl ik patiënten wil helpen!"

Wat zal dit voorstel doen met zorgverleners die niet naar de pijpen willen dansen? Die zullen sneuvelen. Eigenzinnige zorgverleners zullen niet gecontracteerd worden. Pas je niet in het hokje van de inkoper, dan sta je buitenspel. Enerzijds zie je een problematische situatie met de professionaliteit van de zorgverlener, die niet wordt geëerbiedigd door dit wetsvoorstel, die eigenlijk niet wordt vertrouwd. Anderzijds maken we van zorgverleners makke schapen; we muilkorven ze. Niet happen naar de hand die je voedt, niet kritisch zijn! Hebben wij niet meerdere contracten gezien van zorgverleners waarin de clause stond opgenomen dat zorgverleners geen negatieve uitlatingen mochten doen over het zorginkoopbeleid van de betreffende verzekeraar? Het staat niet in de wet, zeg ik tegen de heer Rutte van de VVD, maar het is wel de praktijk. Horen wij de zorgverzekeraars niet zeggen: je moet je aansluiten op het elektronisch patiëntendossier? De minister zegt hier dat dit geen verplichting mag zijn. Het staat niet in de wet, maar in de praktijk gebeurt het wel. Wat wij hier doen, moeten we altijd toetsen aan de praktijk.

Als dit voorstel niet goed voor de patiënt is en niet voor de zorgverlener, dan moet het een voorstel zijn dat goed is voor de staatskas, maar ook daar schuurt het nogal. Mijn collega's van GroenLinks en het CDA en ik hebben de berekening opgevraagd, maar we hebben nog steeds geen berekening van dit voorstel gezien. Er is een beweerde opbrengst van een miljard en ik vraag de minister om die rekensom naar ons te sturen. Waar wordt dat behaald, hoeveel zorg moet er minder ingekocht worden om dit te behalen en hoeveel moeten de tarieven dalen? Als het bij de media bekend is dat het hier om een miljard gaat, dan kan dat toch ook naar de Kamer gestuurd worden? Doe dat! Wij hebben gisteren nog antwoorden gekregen op Kamervragen, maar daar zat dit antwoord niet bij. Vandaar dat ik er nu weer om vraag.

Als er minder wordt ingekocht en dat moet leiden tot lagere kosten, dan ontstaan de verfoeide wachtlijsten die niemand in de politiek wil zien. Als dat niet het geval is en de rekening daalt met een miljard omdat er goedkoper wordt ingekocht, waar is dan de garantie dat de kwaliteit overeind blijft? Iedereen is het erover eens dat er in de zorg voldoende geld te vinden is om aan zorgbesparing te doen; dat hoeft niet ten koste te gaan van de kwaliteit. Op het moment dat je tarieven zo naar beneden gaat bijstellen dat het wel leidt tot minder kwaliteit — er zijn bijvoorbeeld geen ondersteunende diensten meer mogelijk omdat er geen tijd meer is om de ruimte waarin je werkt schoon te maken, of om dossiers goed bij te houden — dan is de zogenaamde winst toch geen winst meer? Dat is toch juist inboeten op

kwaliteit? Als het argument echt zuiver was dat artikel 13 nodig is voor de kwaliteit, dan was er geen prijskaartje van een miljard aan gehangen. Dan moet kwalitatief inkopen door zorgverzekeraars ook kunnen betekenen dat er naar sommige zorg meer geld gaat. Soms is het nodig dat je meer uitgeeft aan bepaalde zorgverleningen, omdat je dan kunt zeggen dat de kwaliteit erbij gebaat is. Het voorbeeld dat je daarbij kunt aanhalen is dat van het advies dat er wakkere diensten nodig zijn om thuisbevellingen goed te doen. De door de beroepsgroep van gynaecologen voorgestelde norm is heel goed, maar op dit moment onbetaalbaar en onhaalbaar, dus we gaan even een tandje lager zitten. We kunnen het ons niet veroorloven om in ieder ziekenhuis een wakkere dienst stand-by te hebben. Dat is een politieke keuze en dat is prima. Dat mag, want we kunnen erover debatteren. Nu krijgen echter de zorgverzekeraars de vrije hand. Zij moeten de kosten gaan drukken. Op welke voorwaarden zij dat doen is totaal niet meer duidelijk.

Houd ik dit wetsvoorstel tegen het licht, dan kom ik maar tot een conclusie: de zorgverzekeraars houden binnenkort een feestje. Zij zullen de kurken laten knallen, want meer macht is meer winst. Acht jaar geleden is de Zorgverzekeringswet ingevoerd en de zorgverzekeraars hebben nu al de hele macht en de markt in handen. De wet zou betere, transparantere, efficiëntere en vooral goedkopere zorg opleveren, want private zorgverzekeraars kregen de hand in de ordening van onze zorgmarkt.

Laten we even evalueren. Is het beter? Dat kunnen we niet zeggen. Er zijn geen bewijzen voor. Dat is niet zo gek ook, want het stelsel van betalen en inkopen leidt niet per definitie tot betere zorg. Goede zorg wordt verleend door goede artsen en door goede samenwerking tussen deze artsen. Is het transparanter geworden? Nee, het is oneindig veel ingewikkelder geworden. Het is ingewikkeld voor de patiënt, die zogezeegd de keuze uit die verschillende polissen heeft, maar intussen door de bomen het bos niet meer kan zien, en het is ingewikkeld voor de ziekenhuizen waarvan de financiering al helemaal niet transparanter is geworden. Sinds de invoering van het zorgverzekeringsstelsel hebben de accountants die de jaarrekeningen moeten controleren, gezegd dat de controle op dbc's problematisch is. Zij zeggen al twee jaar op rij dat zij de jaarrekeningen niet kunnen goedkeuren. Verantwoordelijkheid voor een goedkeuringsverklaring van de jaarrekeningen van ziekenhuizen nemen zij niet.

Hoezo transparanter? Hoezo inzichtelijk? Ik heb het nog niet eens over alle berichten over het opwaarderen van de rekening, het zogenoemde "upcoden", waardoor je meer geld per behandeling binnenkrijgt dan nodig is. Weet je de scores goed in te vullen, dan heb je een hogere DOT, de betaaltitel in de zorg, dan wanneer je die niet goed weet in te vullen, terwijl het om dezelfde behandeling gaat.

Efficiënter? Nee, dat is een lachertje. De bureaucratie is tot absurde hoogte gestegen. De zorgverzekeraars klagen in hun brief aan ons over toenemende bureaucratie door dit wetsvoorstel, want o, o, o, zij zullen eerder moeten verantwoorden wat zij doen, stel je voor! Joep Verburg van GGZ Groep Eindhoven geeft echter aan dat in de ggz alleen al 20% van de totale kosten van 5 miljard, dus 1 miljard, op gaat aan bureaucratie! Dan heb je het alleen nog maar over de geestelijke gezondheidszorg! Wat moet het wel niet opleveren als we gewoon het mes in overbodige formulie-

ren zetten. Dan hoeven we helemaal niet over de vrije keuzen voor een arts te discussiëren. Dan hebben we meer dan een miljard binnen.

Is de zorg goedkoper geworden? Dat is de volgende vraag in deze evaluatie. De premie verdubbelde bijna, het pakket is uitgekleed, iedereen moest minder zorg gaan gebruiken en geremd worden door middel van een hoog eigen risico, maar nee, de zorg is niet goedkoper. We zagen het leger aan lobbyisten groeien. We zagen dag in, dag uit meer maatpakken komen, ten koste van of naast witte pakken. De opkomst van consultants is niet te stuiten. Zij hebben de tentakels diep in de zakken van de zorgautoriteit. En de zorgverleners? Zij zien minder collega's op de werkvloer. Zij zien protocollen waarvan zij de waarde niet inzien. Zij zien ook dat patiënten zorg mijden met alle gevolgen van dien. Zij komen binnen met ernstiger letsels. Als we daarover een discussie willen voeren met de minister, dan wacht ze evaluaties af. Maar de vraag is eigenlijk gewoon of ze daar trots op is. Is zij er trots op dat mensen afzien van noodzakelijke zorg omdat ze de rekening niet kunnen betalen?

Het afschaffen van de vrije artskeuze is problematisch. Het verstoort de relatie tussen arts en patiënt, het verstoort de werrelatie tussen zorgverleners, het zorgt voor tweedeling en het gaat in tegen je grondrecht om degene te kiezen die jouw lichamelijke integriteit mag schenden. Er zijn uitzonderingen gemaakt met een soort "bord linzen"-akkoord. Daarmee bedoel ik het akkoord van de vijf partijen. Er is een uitzondering gemaakt voor de huisarts. Er is een uitzondering gemaakt voor mensen die in de eerste lijn de zorg verlenen, omdat die, zo wordt gezegd, in een keten moeten samenwerken en omdat je de zorgrelatie met je huisarts niet op het spel moet laten zetten door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Die aanpassingen op het oorspronkelijke wetsvoorstel laten het problematische van het voorstel zien. Als je zegt dat huisartsen niet kunnen meedoen omdat ze een cruciale vertrouwensband met hun patiënten hebben, waarom doet dit dan geen opgeld voor mensen die psychotherapeut zijn en voor mensen die in een ziekenhuis werken? Waarom geldt het voor hen niet? Dat geldt dan voor hen toch ook?

Zorg is een publieke zaak en zou daarom een publieke taak moeten zijn. Waarom tuchtigen wij de zorgverzekeraars niet en maken we ze niet weer publiek? Je hebt dan geen commercieel belang en winstbelang, maar dienstbaarheid aan goede georganiseerde zorg, geen jaarlijkse verspilling van 0,5 miljard aan reclamespotjes en cadeautjes om verze-kerden te paaien, geen 1,4 miljard winst per jaar en geen 9 miljard aan reserves op de bank. Wat een geld. Dat de minister dat allemaal laat liggen! Zij laat dat liggen, maar straft de patiënt. Zij straft de patiënt voor het kunnen maken van een eigen keuze.

Het is echt heel goed mogelijk om zorg voor iedereen te organiseren. Zorgverleners kunnen samenwerken en niet elkaars concurrenten zijn. Het is niet alleen goedkoper om samen te werken in plaats van te concurreren, het is ook menselijker. Het past veel meer bij de aard van mensen die een zorgverlenend beroep hebben. Hoge eigen vermogens van ziekenhuizen zijn niet meer nodig als je ze publiek financiert. Daardoor hoeven ze geen prooi te worden van private investeerders. Als je zorgt voor een nationaal netwerk van ziekenhuizen, waarin wordt samengewerkt en

waarin ook wordt gespecialiseerd op bepaalde plekken, kun je heel goed voldoen aan de nood die er is en kun je sobere zorg organiseren voor iedereen. Dan moet je wel af van ziekenhuizen met winstbelang en omzetbelang. Dan moet je dus af van ziekenhuizen die bijvoorbeeld geen behandelingen verrichten omdat ze niets opleveren, maar vooral veel behandelingen verrichten omdat ze veel opleveren. We moeten dan regelen dat ziekenhuizen doen wat medisch noodzakelijk is. Daarom zou je artsen in loondienst moeten nemen, zodat ze geen profijt hebben van behandeling, en zou je zorgbestuurders onder een cao moeten brengen. Dan geldt niet: hoe groter de organisatie, hoe groter het salaris. Ze zijn dienstbaar, want ze zijn verantwoordelijk voor andere mensen. Dit zijn ook keuzen die de minister zou kunnen maken. Je zou kunnen kiezen voor een stabiele financiering van zorgaanbieders. Dan hoeven ze geen gekke leningen met hoge rentes af te sluiten bij banken. Als er in de zorg een contracteerplicht bestaat, is het niet nodig om gekke capriolen uit te halen met reclames om je patiënten binnen te krijgen.

Dit wetsvoorstel zorgt niet voor het vertrouwen in de professional en wat de SP-fractie betreft moet dit juist terugkeren. Geen formulier kan u vertellen of een arts goed luistert of niet. Laat artsen elkaar goed beoordelen en geef hun de tijd voor intervisie en intercollegiale toetsing. Maak artsen medeverantwoordelijk voor elkaars fouten als er structureel wordt weggekeken. Maak van artsen geen premiejagers en maak van patiënten geen verdienmodel. De uitdaging in het vak en de kans en de tijd om een goede dokter, verpleegkundige of zorgverlener te zijn, vormen uitdaging genoeg. Het is echt mogelijk om de zorg te betalen in solidariteit. We hoeven niet de patiënt te straffen met een hoog eigen risico en hoge eigen betalingen. De zorgpremies kunnen inkomensafhankelijk worden. Zo is bijvoorbeeld de zorgtoeslag niet meer nodig en hebben we de grote betalingsproblemen bij grote groepen mensen ook opgelost. Op dit moment is er sprake van omgekeerde solidariteit. Mensen met een laag inkomen betalen procentueel veel meer aan de zorg dan mensen met een hoog inkomen. Voor mensen die ziek zijn, loopt het helemaal uit de pas. Als je ziek bent, betaal je voor de goedkopere premie van mensen die niet ziek zijn. Dat is de omgekeerde solidariteit waartegen wij ons verzetten. Cynici die beweren dat mensen niet bereid zijn om voor elkaar te betalen, hebben het mis. Waarvoor mensen niet willen betalen, is gegraai, verspilling, snoepreisjes, vertrekbonussen, het wegstijven bij misstanden, voor de winsten die gemaakt worden en ook voor de huichelarij die daarover plaatsvindt. Mensen hebben daar echt tabak van. Hoezo zeggen dat je het erg vindt dat er ergens een vertrekpremie wordt gegeven als je vervolgens een bestuurder van de NZa een jaar lang de mogelijkheid geeft om betaald, op kosten van de overheid, een nieuwe baan te vinden? Mensen noemen dat huichelarij en ik begrijp dat heel goed. Het jarenlang wegstijven van het najagen van je eigenbelang als marktspeeler, maar ook als marktmeester, en het wegstijven bij het graaien en verdoezelen van feiten; wij hoeven maar te kijken naar de verhoren van de enquête over de woningbouwcorporaties om te weten waartoe dat allemaal leidt. Mensen hebben daar tabak van. Mensen hebben er ook tabak van dat deuren worden platgelopen door adviseurs, consultants, accountants en andere mensen die geen zorgverlener zijn, maar die ongebreideld mee-eten, mee-eten en mee-eten van de zorgkosten. Publieke zorg is veel soberder. Het is het zuinig zijn met geld dat door anderen is opgebracht. Je gaat dan geen winsten oppotten, je gaat dan als ziekenhuis geen vertrekbonussen geven,

maar je zorgt dat je dienstbaar bent aan de mensen die je nodig hebben.

De zorg van minister Schippers is echter niet goedkoop. Die zorg is duur, want commerciële capriolen. De SEH-dokter, de zorg aan huis, te koop voor rijke mensen, met het logo van de lachende minister met ballonnen is alweer ter ziele. De samenleving wil dat helemaal niet. De samenleving wil helemaal geen CareToGo-huisarts op het station om tussen het halen van een kopje koffie en het brood voor de volgende ochtend door eventjes naartoe te gaan. Zo werkt het niet. Ook dit voorstel is overigens alweer gesneefd voordat het is begonnen. En wat te denken van de total bodyscan, het nieuwe troetelkindje van deze minister? Dat is inspielen op de angst van mensen en vervolgens deze mensen zorg aanpraten. Alle artsen zeggen: laat gezonde mensen niet binnenstebuiten keren, want iedereen wordt dan vanzelf patiënt. De minister zegt daarover het te willen toelaten op de Nederlandse markt. "Een gezonde persoon is iemand die gewoon niet goed is onderzocht", is de uitspraak van een bestuurder van een zorgverzekeraar in het zuiden van land. Op die manier legt hij uit dat je aan iedere persoon kunt verdienen en dat dit de manier is waarop het op dit moment werkt.

De zorg van Schippers reist er ook lustig op los. Dat is niet alleen de NZa-top, zoals wij de afgelopen dagen hebben kunnen volgen, maar dat zijn ook de eigen ambtenaren. Dat is niet transparant, wel duur en ook verdacht. Gaat de minister hier een einde aan maken?

In de zorg van Schippers maken de zorgverzekeraars jaar in jaar uit winst. De minister zegt: ik ga daar niet over en ze verdedigt de winsten als noodzakelijk. De minister zegt dat de reserves van de zorgverzekeraars nodig zijn en ze laat ze oplopen. Tegelijkertijd blijft de minister zeggen dat de zorg te duur is. Welke agenda zit daar toch achter? Wat ik zo treurig vind, is dat wij zien dat de zorgverzekeraars die door de minister zo worden beschermd en die door de minister eigenlijk zo machtig worden gemaakt, lak aan haar hebben. Wij kregen gisteren een brief en daarin zeggen zij gewoon dat ze nog niet weten of die goedkope polis er komt. Van je vrienden moet je het maar hebben! De minister dacht het afschaffen van de vrije artskeuze te kunnen verkopen met een goedkope polis, waardoor er iets te kiezen valt voor de mensen. Nu zeggen de zorgverzekeraars echter dat ze nog helemaal niet weten of die goedkope polis er komt. Dat is net zoiets als wat de minister vorig jaar zei over de winsten van de zorgverzekeraars die terug moeten in de premie. Ik heb het niet gezien en ik geloof de minister ook niet. De winsten zijn nog even hoog. Ze hebben dus toch wel een beetje lak aan haar. Is het dan niet een beetje een loze belofte dat er een derde polis komt, te weten de budgetpolis? Hoe reageert zij op Chris Oomen van DSW die zegt: het is pure oplichterij? Hij zegt: het lijkt alsof verzekeren een extra polis erbij krijgen, maar de budgetpolis is gewoon een naturapolis met 0% vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Hij voorspelt dat de naturapolis uiteindelijk gewoon de budgetpolis wordt en dat de restitutiepolis ook snel zal verdwijnen, omdat zorgverzekeraars die zo duur zullen maken dat mensen er niet meer voor kiezen.

De zorg van Schippers is er een met tweedeling. Ik heb het al gezegd: hoge kosten voor mensen die ziek zijn, oud zijn en weinig mogelijkheden hebben om over te stappen, en

lage kosten voor mensen die jong en gezond zijn. We hoeven maar naar de reclamespotjes te kijken in de periode dat er overgestapt kan worden. Ze zijn gericht op hip en jong, want die mensen zijn interessant voor de verzekeraars.

Overstappen op een andere verzekeraar is als je een beperking hebt helemaal niet zo makkelijk. Dat heeft ook iedereen kunnen horen die de hoorzitting volgde. Er was een treffend voorbeeld van iemand die hulpmiddelen nodig heeft en die zei: ik kan wel overstappen, maar dan wordt me mijn op maat gemaakte rolstoel afgenomen, omdat de nieuwe zorgverzekeraar een contract heeft met een andere hulpmiddelenfabrikant; dan moet ik een nieuwe rolstoel aanvragen, daar moet toestemming voor komen, daar moet de specialist een krabbeltje voor zetten; dan moet de nieuwe rolstoel aangepast worden en voordat ik een nieuwe, aangepaste rolstoel heb, ben ik een half jaar verder, en heel veel kosten en heel veel bureaucratie. De angst dat het niet goed zou gaan, zorgt ervoor dat heel veel chronische patiënten echt niet overstappen.

Wat we hier vandaag bespreken, is eigenlijk dat keuzevrijheid te duur wordt geacht door de PvdA, de VVD, D66, de ChristenUnie en de SGP. Keuzevrijheid is te duur. Zij worden hierin gesteund door de zorgverzekeraars, want wij hebben een brief gekregen van Zorgverzekeraars Nederland waarin heel duidelijk staat: als er niet nog meer aanpassingen komen aan wat er nu ligt, kunnen wij niet de opgelegde bezuiniging halen bijvoorbeeld in de thuiszorg die we moeten gaan uitvoeren. Wij kunnen de bezuiniging van 600 miljoen niet waarmaken, zo schrijven zij, als wij de patiënt niet kunnen sturen naar de zorgverlener die wij goed vinden. Dat staat in die brief. Daarmee is dus ook heel helder wat de agenda is van artikel 13. Kleine zorgaanbieders zullen sneuvelen. Ze zullen het hoofd niet boven water kunnen houden. Als zij stoer zeggen: wij willen alleen nog mensen met een restitutiepolis, dan zullen ze dat niet lang meer volhouden. Dat zal namelijk leiden tot een inkomstenderving van 30% of 40%. Nou, dan kun je je deur wel sluiten.

Ik vond het wel interessant wat de heer Oomen van zorgverzekeraar DSW zei. Hij zei: zorgverzekeraars hebben nu al voldoende middelen om ondoelmatige zorg en dure zorg gewoon niet in te kopen of, als ze die zorg al wel ingekocht hebben, gewoon niet te vergoeden. Ze hebben al de mogelijkheid om dat te doen. Als een grote zorgverzekeraar dat niet kan, verstaat die zijn vak niet. Oomen beticht de minister ervan, in te spelen op een onderbuikargument door te zeggen dat de zorgverzekeraar straks alleen nog maar goede, niet-ondoelmatige en goedkope zorg zal inkopen. Hoe reageert de minister op deze woorden van de heer Oomen?

Oomen stelt ook dat de zorgkosten uiteindelijk zullen toenemen. Om veilig te kunnen zijn, zullen de zorgaanbieders namelijk alleen als oplossing zien om te gaan fuseren; en we weten allemaal dat fusies uiteindelijk veel kosten. Een fusie betekent immers chaos, ruzie om de macht, meer management, extra overhead, consultantkosten, kosten voor een nieuw logo. We kennen het hele circus; allemaal geld dat niet naar behandelingen en goede zorg gaat. Wat gaat de minister doen om deze fusiegolf te voorkomen?

Dit wetsvoorstel gaat ook over zorgverzekeraars die geen meerderheidsbelang zouden mogen verwerven in een zorgaanbieder. Immers, dan zou de macht van die zorgver-

zekeraar te groot worden en zou de zorgverzekeraar het beleid van de zorgaanbieder kunnen gaan beïnvloeden. Op die manier zouden dergelijke zorgverzekeraars hun marktmacht kunnen uitspelen ten opzichte van andere verzekeraars. Echter, met het aangepaste wetsvoorstel waarin artikel 13 wordt afgeschaft, is toch eigenlijk de oorspronkelijke bedoeling van dit wetsvoorstel al echt een gotspe geworden? Zorgverzekeraars hoeven namelijk helemaal geen belang in zorgaanbieders meer te kopen; ze kunnen de aanbieders gewoon de nek omdraaien met de beslissing om wel of geen contract toe te kennen. Dus waar maken we ons druk om? Als Achmea aandelen koopt in een ziekenhuis, mag dat niet, maar als Achmea zegt dat ziekenhuis om een aantal redenen niet meer te willen contracteren, mag dat wel. Dan bepaalt die zorgverzekeraar toch het beleid van dat ziekenhuis? Dat ziekenhuis zal namelijk vragen wat het moet doen om wél een contract en dus financiering te krijgen. Dan kan de zorgverzekeraar zeggen: misschien moet u die en die behandelingen niet meer aanbieden, misschien moet u zorgen dat de ligtijden verkort worden, etc. Het verkorten van de ligtijden kan overigens goed zijn, maar hoeft niet per definitie kwaliteit op te leveren.

Het is dus eigenlijk heel gek. We bespreken een wetsvoorstel dat ervoor moet zorgen dat zorgverzekeraars niet te veel macht krijgen over zorgaanbieders en vervolgens geven we ze alle macht om zorgaanbieders al dan niet te contracteren. En op basis van wat? Op basis van kwaliteit die we niet kunnen meten.

De afgelopen jaren hadden zorgverzekeraars moeten selecteren op kwaliteit. Dat is echter niet waargemaakt. In een artikel van Schut, Van Kleef en Van de Ven van afgelopen mei hebben we dat kunnen lezen. Ze noemen het een uitdaging, maar wel noodzakelijk. Konden ze maar bewijzen dat ze op kwaliteit inkochten en niet alleen op volume en prijs. Het zijn niet alleen de zorgverleners die ons zeggen dat het niet gaat om kwaliteit bij de zorgverzekeraars, ze zeggen het zelf ook. Ze zeggen het niet publiekelijk, maar iedereen die ze kent, iedereen die er weleens komt, weet dat ze zeggen: het is voor ons heel erg moeilijk; wij weten helemaal niet zo veel. En straks moeten ze dat wel gaan doen.

"Niet-geselecteerde zorg is slechte zorg": ook zo'n een drogreden die we in dit debat horen. Ik vind het eigenlijk gek dat bijvoorbeeld D66 en de VVD moord en brand schreeuwen als nieuwe aanbieders in de AWBZ-zorg, bijvoorbeeld de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg, geen kansen krijgen. Die worden dan niet gecontracteerd door de zorgkantoren die deze zorg inkopen. Nieuwe aanbieders moeten een kans krijgen, waarom wordt er dan geen ruimte geboden aan innovatie, vragen ze. Op het moment dat het aankomt op geneeskundige zorg echter, mag de zorgverzekeraar opeens alles beslissen. Maar ook dan zou toch moeten gelden dat er ruimte moet zijn voor kleine, innovatieve zorgaanbieders? Daar gaat dit niet toe leiden. Dit zal straks leiden tot grote instellingen, die proberen een machtsblok te vormen ten opzichte van grote zorgverzekeraars. Die gaan vervolgens met zijn allen op reis en bekankelen het allemaal. Zo gaat het namelijk al jaren in de zorg. Dat is niet goed voor de kleine zelfstandige. Dat hebben we overigens ook gehoord op de hoorzitting.

De afgelopen jaren hebben we veel nieuwlichterij van nieuwe aanbieders gezien: snotterpolis, grieppolis, reclamedagen in Tuschinski om maagverkleiningen te verkopen aan patiënten. En iedere keer als wij de minister vroegen wat zij daarvan vond, vond zij het eigenlijk wel goed. Meer aanbieders is meer concurrentie en is dus ook een lagere prijs, was de gedachte. Maar wat gebeurde er eigenlijk? Er kwamen meer aanbieders die allemaal meer gingen doen en die ook allemaal een boterham of een dikke boterham moesten verdienen. Daardoor steeg de prijs. Het zou logisch zijn als men daarna iets was gaan doen aan de toegang en als men hoge kwaliteitseisen was gaan stellen. Maar nee, nu moet de zorgverzekeraar gaan zorgen voor minder aanbod. Op een andere manier kan ik dit wetsvoorstel niet lezen. Ik kan in ieder geval niet zien dat dit wetsvoorstel een andere bedoeling heeft. Laat ik het zo maar formuleren, mijnheer Rutte.

Het is toch zo dat wij instrumenten hebben om verbeteringen aan te brengen als er sprake is van ondoelmatige zorg van onvoldoende kwaliteit? Als er slechte zorg wordt verleend, moet de inspectie ingrijpen. Zij moet dan verbeteringen afdwingen of de instelling sluiten. Daarover zijn wij het eens. Als het goed is, wordt er dus geen slechte zorg verleend. Daarover zijn wij het ook eens. Als er ondoelmatig zorg wordt verleend, bijvoorbeeld doordat iemand een overbodige oogoperatie moet ondergaan, dan horen mensen aan de bel te trekken. Zorgverzekeraars horen dat te zien. Daarvoor hoeft je toch niet de macht in handen van die zorgverzekeraars te leggen? Waarom zou dit de panacee zijn waardoor slechte, overbodige of ondoelmatige zorg uit de markt wordt gesneden? Welke garantie kan de minister geven dat dit op deze manier inderdaad uit de markt zal worden gesneden? Ik zie niet in dat zij die garantie kan geven.

In een van de amendementen die is geschreven door "de bende van vijf" staat dat zorgverzekeraars per 1 april transparant moeten zijn over de eisen die in hun polis staan. Toen ik dat las, dacht ik: dit moet een grap zijn. Toch is het een zeer serieus voorstel. Ik begrijp het voorstel in principe ook wel. De patiënt moet namelijk een goede keuze kunnen maken voor een polis. Daarom moet hij goed kunnen zien welke zorg hij in het komende jaar kan krijgen. Daarvoor moet volledig helder zijn hoe is geselecteerd, welke zorg is ingekocht, en waar wel zorg is ingekocht en waar niet. Moet je voor een heupoperatie naar het ene ziekenhuis en als je kanker hebt naar het andere ziekenhuis? Daarbij is het niet te hopen dat je tegelijkertijd kanker hebt en een heupoperatie nodig hebt. Dat is dus allemaal nodig per 1 april. Maar wie weet er nu al dat hij volgend jaar patiënt wordt? Die wezenlijke vraag moet je je toch ook stellen? Chronisch zieken en gehandicapten weten dat helaas wel, maar mensen die nu nog gezond zijn, weten dat niet. Hoe kunnen zij dan kiezen voor een polis die bij hen past? Hoe is dat mogelijk, vraag ik de minister.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik reageer maar even op mevrouw Leijten, die het heeft over het amendement op stuk nr. 19. Daarin worden de zorgverzekeraars gevraagd om inzichtelijk te maken wat de procedure van de zorginkoop zal zijn.

Mevrouw Leijten (SP):
Ja.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Dat zorginkoopbeleid is dus gericht op de zorgaanbieders. Die kunnen op die manier weten waar ze op moeten letten als ze gecontracteerd willen worden. Mevrouw Leijten wekt nu de indruk dat het voor de verzekerden op dat moment al helder moet zijn welke contracten er gesloten zijn. Ik wil even benadrukken dat dat niet aan de orde is.

Mevrouw Leijten (SP):

Dat is een goede toevoeging. Dat heb ik inderdaad ook gelezen. Voor degene die een polis kiest, is het uiteindelijk natuurlijk ook wel heel noodzakelijk om te weten hoe er is ingekocht. Mevrouw Dijkstra heeft gelijk als zij zegt dat het proces van inkopen dan begint. Voor aanbieders is het dan nodig om te weten waar zij aan moeten voldoen, willen zij een contract kunnen afsluiten met een zorgverzekeraar. Uiteindelijk doordenkend, is het echter natuurlijk ook nodig dat degene die de polis afsluit, weet op welke voorwaarden er is geselecteerd. Ik snap dat die helderheid op die datum nodig is voor het inkoopproces, maar er wordt uiteindelijk gesuggereerd dat het dan ook transparant zou zijn voor degene die de polis afsluit.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Het is fijn dat mevrouw Leijten dat ook ziet. Het is volgens mij goed om daarop even de nadruk te leggen, om verwarring te voorkomen. Het is inderdaad van groot belang dat de verzekerde bij de keuze voor een polis dit ook kan zien. Mevrouw Leijten vraagt vervolgens hoe je kunt weten wat je in het komende jaar zal overkomen. Nee, dat kun je inderdaad niet weten. Ook nu al weet de verzekerde die een polis afsluit echter niet wat hem in het komende jaar zal overkomen. Je kunt daarmee op verschillende manieren omgaan. Als ik nu een naturapolis afsluit, waarna mij iets overkomt waarop ik helemaal niet had gerekend, dan weet ik sowieso ook niet welke arts ik moet kiezen. Dan laat ik mij dus ook sturen naar de arts met wie de verzekeraar een band heeft, of wat dan ook. Ik snap dus niet helemaal waar de relatie ligt met de wetwijziging die wij vandaag bespreken.

Mevrouw Leijten (SP):

Die ligt erin dat er wordt gezegd dat de keuzevrijheid wordt gehandhaafd, omdat je je eigen polis kunt kiezen. Mijn stelling is dat je de arts of de zorgverlener van jouw keuze moet kunnen krijgen, ongeacht wat er in de polis staat. Dat is de vrije artskeuze. Dat je dan vaak op advies van iemand ergens naartoe gaat, is zeker waar. Maar dat heeft ook te maken met de vertrouwensband. Ik zou het niet prettig vinden als ik tegenover mijn huisarts zit, niet zeker wetend of die huisarts mij doorverwijst naar een specialist in het ene ziekenhuis omdat dat moet van de zorgverzekeraar, of dat die huisarts denkt dat dat de beste specialist voor mij is. Het bezwaar is dat, op het moment dat je bent doorverwezen en tegenover een arts zit waarvan je denkt dat het niet goed voelt, of waarbij de arts denkt dat het niet in het belang van de patiënt is dat hij die patiënt helpt, een doorverwijzing ook niet zo makkelijk is, want dan moet je eerst de polisvoorwaarden uitpluizen. Dat is het bezwaar.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik heb zoals altijd goed geluisterd naar mevrouw Leijten. Ik vroeg me nog wel af of haar bezwaren zich nu richten op de nu voorliggende wet, of ook al op de bestaande wet en op de bestaande praktijk.

Mevrouw **Leijten** (SP):

In de bestaande praktijk zou je eigenlijk uit moeten gaan van 100% vergoeding. Het is al heel tragisch dat je bij niet-gecontracteerde zorg ook een rekening gepresenteerd krijgt. Ik zie ook wel dat dat vaak niet zo hard gespeeld wordt: zorgverzekeraars zijn daar coulant mee, evenals zorgaanbieders. Maar principieel vind ik dat verzekerde zorg 100% vergoed moet zijn en dat jezelf de keuze moet kunnen maken waar jij de zorg krijgt. Met doelmatigheid en kwaliteit moet je de patiënt niet lastig vallen. Dat moeten we op een andere manier regelen via een goede inspectie en via het zorgen voor goedkopere zorg. Te dure zorg zou geen toegang meer tot de markt mogen krijgen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Als dát de definitie is van vrije artskeuze — je moet altijd 100% vergoed krijgen, gecontracteerd of niet-gecontracteerd — dan zegt mevrouw Leijten eigenlijk: dat is nu al niet in de wet geregeld, het is dus al verkeerd en daarom ben ik ook zeker tegen het nieuwe wetsvoorstel.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Sterker nog: wij hebben een amendement in voorbereiding waarin wij voorstellen een contracteerplicht in te stellen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Want dat is dan wel zo consequent.

Ik kom toe aan transparantie. Ik noemde het voorbeeld van het amendement op stuk nummer 19, waarbij mevrouw Dijkstra mij even hielp met het nummer. Per 1 april moet duidelijk zijn wat de inkoopvoorwaarden voor aanbieders zijn, zodat zo vroeg mogelijk duidelijk is voor de polisnemer, dus de verzekerde, waarvoor hij kiest. Maar hoe transparant willen we het hebben? Er zijn veel plannen rond de hervorming van de spoedeisende zorg in Nederland. Daartoe zijn verschillende regio's gevormd, waarbij de zorgverzekeraars met de ziekenhuizen kijken hoe ze de spoedeisende hulp kunnen versoberen of beter kunnen maken. We weten het niet. Want die plannen blijven onder de pet. Als wij aan zorgverzekeraar X of Y vragen of we die plannen mogen hebben dan zeggen ze: nee, die krijgt u niet, want dat kan leiden tot maatschappelijke onrust. Diezelfde verzekeraar die volledig transparant moet zijn over waar hij inkoop, onder welke voorwaarden en waarvoor hij precies kiest, hoeft niet duidelijk te maken wat zijn plannen zijn voor de spoedeisende zorg in de regio. Dat is nogal elementair, zou ik zeggen. Het gekke is dat, op het moment dat we aan de minister vragen ons die plannen te laten zien — het gaat om het publieke belang, om wat er gebeurt met onze spoedeisende hulpdiensten — deze zegt: nee, daar ga ik niet over. Dan krijgen we ook nog eens geen steun van de

meerderheid van de Kamer om dit boven tafel te krijgen. Die meerderheid wil wél dat de zorgverzekeraars volledig transparant zijn over hun poliseisen. Van tweeën een: óf je vindt dat zorgverzekeraars heel transparant moeten zijn en dan moeten ze deze plannen ook op tafel leggen óf je neemt het woord "transparant" niet meer in de mond, want dan is dat eigenlijk gewoon een excuus.

De openheid die we niet hebben als het gaat over die sluitings- of inperkingsplannen van de spoedeisende hulp is in de afgelopen jaren zeker niet afgedwongen door de Nederlandse Zorgautoriteit. De NZa hield zich de afgelopen jaren met een hoop bezig en dan vooral met het belang van concurrentie. Als het ging over de zorgzwaartepakketten in de AWBZ zei de NZa niet, als een echte marktmeester: wij kunnen het niet doen voor dit geld. Nee, de NZa rekende zo lang door aan de cijfers dat er zorgpakketjes uitkwamen die precies het budget van het ministerie omvatten. Precies ... Ik heb van de NZa nooit het signaal gehoord dat het eigenlijk helemaal niet kan. Waarom neem ik nou het voorbeeld van de AWBZ? Dat doe ik omdat de Nederlandse Zorgautoriteit ook daarop toezicht houdt en omdat we al jaren zien dat daar schrijnende dingen plaatsvinden waarvan de NZa gewoon weggijkt. Waarom doet ze dat? Het is niet sexy. Zij wil bezig zijn met inkoopmodellen, hoe er verantwoording wordt afgelegd, rondrekenen en dbc-structuren. Waar was de NZa toen tandartsen bezwaar hadden tegen het rapport dat er ligt? Waar was de NZa toen logopedisten en fysiotherapeuten zeiden dat er te weinig aan hen werd betaald om een goede, kwalitatieve behandeling aan hun patiënten te bieden? De deur zat potdicht. Ik zeg niet dat deze groepen gelijk hadden, maar om dat uit te zoeken hebben we toch juist een autoriteit. De deur zat echter dicht. Nou ja, misschien stond hij wel open, maar was er niemand thuis.

We hebben gezien dat er nogal andere belangen waren, zoals de markt, concurrentie en het wat oppoetsen van rapporten die naar de Kamer gaan. Waarom werd ons niet gemeld dat de ziekenhuizen in de rode cijfers doken? Mocht de Kamer dat niet weten? Paste de even niet in het belang? We weten het niet. Er ligt nu een heel uitgebreid dossier van een medewerker. De minister heeft dat op een heel slimme manier gevorderd. Ze heeft er een onderzoek op gezet. Ook heeft ze het dossier vertrouwelijk aan de Kamer laten zien, waardoor we er niet meer over mogen praten. Ik vind dat nou toch niet uitblinken in openheid ... Maar we zullen het rapport van de heer Borstlap afwachten.

Ik wil in elk geval van de minister weten wat zij heeft afgesproken met de heer Langejan en de heer Homan. Ze zijn hier niet om zich te verdedigen, maar zij waren tot gister de bestuurders van de NZa. De minister zegt namelijk in haar brief aan de Kamer dat beide bestuurders zijn teruggetreden. Eén van hen blijft nog wel ad-interim in dienst tot hij met pensioen gaat. De ander krijgt een andere functie: hij gaat dingen doen voor de Algemene Bestuursdienst van het Rijk en heeft een jaar lang om een baan te zoeken. Maar als je nou zelf terugtreedt, heb je daar dan recht op? Waarom betreurt de minister het vertrek van deze mensen? Ze zou het kunnen accepteren, maar waarom betreurt ze het daarnaast ook nog eens? Heeft ze zich in de afgelopen vier jaar nou nooit achter de oren gekrabbeld over het feit dat deze mensen over de wereld vlogen op kosten van de sector waarop zij zelf moesten toezien? Het kan zijn dat ze het niet geweten heeft. Ik vind dat eigenlijk sterk, want we weten dat de NZa een jaarverslag en een jaarrekening moet inle-

veren bij het ministerie. Het zou kunnen zijn dat het daar niet in staat. De zorgwereld is echter zo klein dat we allemaal wel weten wanneer er reisjes zijn. Ook zijn er toch wel vaak genoeg signalen geweest in de krant of zijn er Kamerleden geweest die er vragen over hebben gesteld. Vorig jaar was het onderwerp van debat. Toen heb ik het met de minister gehad over de zorgvernieuwingsreisjes die worden georganiseerd door een bestuurder van een zorgverzekeraar en een hoge ambtenaar van het ministerie. Die reis had vele sponsors. Wat heeft de minister daarop gezegd? Zij zei: ik vind dat we dat helemaal zelf moeten betalen, want we willen geen belangenverstrengeling. Maar, waarom gold dat dan niet voor de Nederlandse Zorgautoriteit? En waarom organiseer je als ministerie een reis, betaald door sponsors die een belang in de zorgmarkt hebben? Als je vindt dat je een zorgvernieuwingsreis moet organiseren, betaal die dan van A tot Z zelf; dan pas ben je echt onafhankelijk. Waarom is daar niet voor gekozen? Betreurt de minister het dat deze mensen moeten opstappen? Vindt ze het niet terecht dat ze moeten opstappen en vindt ze de ophef niet terecht? Of is er iets anders aan de hand? Wat mij betreft mag de minister het uitleggen.

Ik denk dat het nog weleens zo zou kunnen zijn dat het niet zo'n vrijwillig vertrek was en dat er door de minister of anderen toch wel op is aangestuurd, en dat ze daardoor tot een deal zijn gekomen. Als die deal er is, dan wil ik van de minister weten wat die deal is. Ik vind het nogal problematisch om de zorgverhoudingen zo op de kop te zetten zoals dit wetsvoorstel doet, en een toezichthoudende rol toe te bedelen aan een organisatie in verwarring. Ze heeft zich jarenlang druk gemaakt over de economische modellen van de zorg, en nu moet ze gaan toezien op kwaliteit. O jee. Ze moet gaan toezien op conflicten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ze kent eigenlijk geen zorgaanbieders. O jee. Ze weet eigenlijk niet wat er gebeurt. Ze heeft de deur niet opengesteld voor zorgverleners die willen dat de onafhankelijke scheidsrechter kijkt naar de te lage tarieven voor logopedie, fysiotherapie, tandartsen enzovoorts. Ze was niet thuis. Dat vind ik problematisch. Gezien het feit dat deze organisatie nu in verwarring is, zou je toch zeggen: eerst de boel op orde en dan pas de zorgwereld op zijn kop?

Het is allemaal heel ernstig. Dat vindt de Partij van de Arbeid ook en daarom wil zij een tussenmoment. Ik wil voorstellen om de behandeling van dit wetsvoorstel na de inbreng van de Kamer te staken om het evaluatiemoment af te wachten zodat we weten of de Nederlandse Zorgautoriteit op orde is en het aankan om de conflicten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed op te lossen als artikel 13 is afgeschaft. Zolang dat tussenmoment er niet is geweest, moeten we niet overgaan tot stemming over dit wetsvoorstel. Dat is mijn voorstel.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Als de SP namens de PvdA gaat spreken, moet je altijd een beetje alert zijn. Wij willen inderdaad een tussenmoment. Wat ons betreft is dat moment de publicatie van het rapport van de commissie-Borstlap. Die is nu bezig met een diepgaande analyse van de situatie bij de NZa. Wat moet er gebeuren om van de NZa een toezichthouder te maken die met gezag zijn werk kan uitvoeren? Hoe eerder we het rapport hebben en hoe eerder we het kunnen bespreken, hoe eerder we kunnen doorgaan. Ik hecht eraan om te zeggen dat wij niet zijn voor ellenlang uitstel. Wij gaan niet een

hele organisatie diskwalificeren, alsof de NZa nu niets meer kan. Er moet wel het een en ander verbeteren. Voor ons is het tussenmoment de publicatie van het rapport van de commissie-Borstlap. Ik denk dat mevrouw Leijten het rapport ook snel wil bespreken. Misschien is dat ook haar tussenmoment.

De voorzitter:

U hebt uw punt gemaakt.

Mevrouw Leijten (SP):

We willen serieus spreken over de analyse door Borstlap en we willen daarop ook een gedegen reactie van de minister. Misschien willen wij naar aanleiding daarvan nog wel mensen horen. Het is immers nogal wat, een toezichthouder die geen toezicht houdt op de zorg. Het is best wel interessant. Er zullen ook weer reacties komen op het rapport van Borstlap. Ik verwacht dan ook een grote discussie in de Kamer dit najaar. Dan zijn we er nog niet. De inspectie ...

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik wil graag even reageren. We hebben lang gediscussieerd over de inspectie. Die moet op een andere manier georganiseerd worden en dat duurt jaren. Wat is dan het tussenmoment? Wanneer is de NZa er klaar voor? Ik zou het niet weten. Als de NZa er op dit moment niet klaar voor is — ze wordt immers onderzocht — en zich wellicht ook nog moet reorganiseren, dan moet je dit wetsvoorstel voorlopig niet aannemen, nog even los van wat je ervan vindt. Daarover verschillen wij met elkaar van mening.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw Leijten (SP):

Al jaren hoor ik dat de zorg te duur is. Dat ligt aan de patiënt. Die vraagt te veel zorg, zoals dat dan heet. Dus een eigen risico ertegenaan. Vandaag gaat het over de vraag of de vrije artsenkeuze eigenlijk niet te duur is. Los van het feit dat er elders veel geld te halen is — ik heb gewezen op de winsten van de zorgverzekeraars en ik heb het nog niet eens gehad over de winsten elders, over upcoding — is er geen enkele garantie dat die 1 miljard die met dit wetsvoorstel zou worden bespaard, ten goede komt aan ons, aan de Staat. Het kan ook ten goede komen aan de winsten van de zorgverzekeraar.

Nog afgezien van het feit dat het niet nodig is, aangezien er elders geld te halen is, wil ik graag van de minister weten hoe zij dit wetsvoorstel juridisch onderbouwt met het oog op de relatie met artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarin staat dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg aanbiedt. Daaronder wordt verstaan: van goed niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Wat als de zorgverzekeraar belemmert dat wordt voldaan aan de reële behoefte? Is het

in het belang van de reële behoefte van een patiënt die uit financiële noodzaak gekozen heeft voor een lage premie en dus een uitgekleeft pakket, dat hij moet reizen?

Een volgende juridische vraag is hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt tot artikel 3, lid 2, van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie? Daarin staat dat mensen een vrije, geïnformeerde toestemming moeten geven als zij in het kader van geneeskunde een keus moeten maken. De vraag is: kunnen zij vrije toestemming geven als de zorgverzekeraar een andere toestemming verleent? Hoe reageert de minister op de wijziging in dit wetsvoorstel in relatie tot de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst? Het uitgangspunt van die wet is immers dat patiëntenrechten worden geëerbiedigd en dat de arts in het belang van de patiënt werkt. Wat als dat belang tegengegesteld is aan het belang van de inkomer?

Hoe verhoudt dit wetsvoorstel zich tot artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, dat recht geeft op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en, in het verlengde daarvan, op geheimhouding van die persoonlijke levenssfeer, in dit geval van de arts? Is dat nog mogelijk op het moment dat je, al dan niet als zorgverlener, moet gaan zoeken of moet gaan puzzelen waar iemand terecht moet? Kun je het recht op privacy dan nog wel eerbiedigen?

Hoe verhoudt dit wetsvoorstel zich tot artikel 11 uit het eerste hoofdstuk van de Grondwet, dat gaat over de onaantastbaarheid van het lichaam? In de memorie van toelichting van dat artikel staat dat het recht op onschendbaarheid van het eigen lichaam van de patiënt meebrengt dat medische behandelingen ten aanzien van hem slechts mogen worden verricht met (eventueel veronderstelde) toestemming en met toestemming van personen die voor hem mogen beslissen.

Een arts die een patiënt behandelt tegen diens wil, is daarom strafbaar. Het kan dus nogal problematisch zijn als de zorgverzekeraar zegt: mevrouw, u gaat daarnaartoe; mevrouw wil niet door die arts worden behandeld, maar die arts moet dat toch doen omdat de zorgverzekeraar nu eenmaal een zorgplicht heeft. In dat geval handelt die arts dus in strijd met de Grondwet. Ik hoor graag het antwoord van de minister op deze juridische vragen.

De minister heeft onderhandeld en heeft dit op bijzondere wijze gedaan. Ze heeft het eigenlijk heel slim gedaan. De verzoeken die er waren om iets meer geld aan de gemeenten te geven, omdat zij de kortingen die zij samen met de zorgtaken krijgen, echt niet aankunnen, heeft zij aangegrepen om over artikel 13 te kunnen onderhandelen. Er waren namelijk zowel bij de ChristenUnie als bij de SGP — maar voornamelijk bij de ChristenUnie — principiële bezwaren tegen artikel 13 en de winstuitkeringen voor ziekenhuizen. Nu is er een akkoord en nu zijn er geen principiële bezwaren meer tegen het opheffen van de vrije artskeuze, maar ook niet tegen de winstuitkeringen voor ziekenhuizen. Knap gedaan, minister, heel knap gedaan! Gemeenten krijgen zorgtaken met veel te weinig geld. Ze krijgen een beetje minder minder geld. De vrije artskeuze is eraan. De macht is aan de zorgverzekeraar en er mogen winsten worden uitgekeerd door ziekenhuizen. Slim gespeeld! De minister is absoluut de winnaar van de onderhandelingen. Waarom zijn de drie handlangers van de VVD en de PvdA hiermee

akkoord gegaan? Dat zal ik zeker vragen, maar ik vind dit een linzenbordakkoord. Het lijkt op "honger voor macht", maar wat krijg je ervoor terug? Niet veel. Als die drie partijen hadden gezegd dat zij dit niet doen, was het niet mogelijk dat de vrije artskeuze eraan gaat omdat de zorg te duur is en dat de winstuitkering in ziekenhuizen wordt ingevoerd omdat er blijkbaar geld te verdienen is in de zorg. Felicitaties aan de minister! Scherp onderhandelen, dat kan zij.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik doe niets af aan de felicitaties aan de minister. Als een Kamerlid dat wil, kan de minister natuurlijk altijd worden gefeliciteerd, maar ik heb een vraag ter verduidelijking. We hebben inderdaad met een aantal partijen overeenstemming bereikt over amendementen waarvoor ik mij straks zal verantwoorden. Wij hebben niet gesproken over winstuitkeringen in de zorg. Mijn standpunt over dat onderwerp is nog steeds onveranderd. Dit ter opheldering voor mevrouw Leijten, die altijd zo goed weet waar anderen staan, wat zij doen en welke borden soep zij eten. De tomatensoep smaakte vanmiddag overigens fantastisch in het Ledenrestaurant.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, dat was gewoon een verhelderende opmerking. U mag daarop reageren.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik toejuich dat dat geen onderdeel van het zorgakkoord is. Ik zal de heer Slob dan maar uitleggen dat het mij verbaasde dat de minister dit ineens wel kon behandelen, terwijl duidelijk was dat zij dit in januari niet wilde behandelen omdat zij toen geen meerderheid had. Bovendien kwam dit heel snel na het zorgakkoord en hebben wij het zorgakkoord niet gekregen, hoewel wij daar wel om hebben gevraagd: wat zijn nou precies de afspraken? Toen werd tegen ons gezegd: wacht maar af, want dat komt in amendementen te staan. Voor mij was 1 + 1 daarom 2, maar blijkbaar is die optelsom er niet. Dan zullen we dit volgende week of de week daarna zien bij de behandeling van het wetsvoorstel.

De heer Slob (ChristenUnie):

Dit is dus de werkwijze van mevrouw Leijten: heel grote woorden. Het enige wat u had kunnen doen, was: in mijn termijn even naar voren stappen en een vraag stellen. U trekt echter al conclusies, met heel grote woorden, met beoordelingen erbij, met "linzensoep" en weet ik wat u er allemaal nog bij trekt. Zo gaan we toch niet met elkaar om? Even op de inhoud concentreren! Er wordt in deze periode ergens een spelletje met een bal gespeeld. Laten we ons op de bal concentreren. Laten we het daarover hebben. Het mag best een scherp debat zijn. Daar houd ik wel van. En u kunt overigens ook scherp debatteren. Maar verliest u zich niet in dergelijke bewoordingen. Ik vind dat eigenlijk niet bij u passen, maar u deed het wel.

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij heb ik net in mijn antwoord willen zeggen dat ik me daar dan in heb vergist, maar dat voor mij één plus

één twee was omdat we dat zorgakkoord niet hadden ontvangen, terwijl we daar meerdere keren om hadden gevraagd. Echt waar, mijnheer Slob, als ik dat had ontvangen en als was gebleken dat het er niet in stond, dan had ik niet mijn eigen optelsom gemaakt en had ik het hier ook niet gezegd. U hebt het kunnen ophelderen. Volgende week behandelen we het wetsvoorstel over de winstuitkering. Dat wordt spannend, want er is geen meerderheid voor in de Eerste Kamer. We kunnen het dus ook níet behandelen volgende week. Nu stel ik vast dat er een zorgakkoord is waarbij de macht naar de zorgverzekeraar gaat en de keuzevrijheid voor de patiënt beperkt wordt voor een klein beetje extra middelen voor de gemeenten, die nog steeds tegen een enorme korting aankijken en de zorgtaken niet naar behoren kunnen uitvoeren. Ik vind die optelsom nog steeds in het voordeel van de minister.

Dit wetsvoorstel schendt mensenrechten. Dit wetsvoorstel is onnodig, omdat je de besparing die er zogenaamd onder zit, elders kunt halen en omdat dit wetsvoorstel kan leiden tot duurder zorg. Het is ook carte blanche voor de zorgverzekeraars. Laten we dit nu niet doen. We hebben in ons zorgstelsel een poortwachter. Dat is de huisarts. Ik sluit af met de huisarts van afgelopen maandag, de heer Veenhof, die het had over zijn niet-pluisgevoel: "Ik ben goed opgeleid. Ik weet wat ik moet doen. Ik ken de protocollen. Maar mijn niet-pluisgevoel is waar ik het op doe. Ik zie namelijk mijn patiënt. Ik zie en ken de omgeving. Daarop handel ik. Ik heb geen flauw idee hoe een zorgverzekeraar daarop in gaat kopen." Dat was het, voorzitter.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik heb echt een nietpluisgevoel bij het betoog van mevrouw Leijten. Wat kan ik daaraan doen?

Mevrouw Leijten (SP):

Een nietpluisgevoel? Ik ben niet voor het wetsvoorstel. Komt het misschien daardoor?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik zei: ik heb een nietpluisgevoel bij het betoog van mevrouw Leijten. Mijn conclusie is dus: het klopt niet wat zij zegt.

Mevrouw Leijten (SP):

Dan hoor ik graag van u waarom het niet klopt.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dan komen we in de kwaliteitsdiscussie. Dat is dus precies het antwoord op mensen die zeggen: ik moet mij op een niet-pluisgevoel een weg kunnen banen in de zorg. Dan zeggen we: nee, we verwachten wat meer, we verwachten argumenten en goede verhalen. Daar biedt dit wetsvoorstel een prima handvat voor.

Mevrouw Leijten (SP):

O, oké. Als de zorgverzekeraars in de afgelopen acht jaar hadden ingekocht op kwaliteit, dan was dit wetsvoorstel niet nodig geweest. Dan hadden we namelijk zinnige, doelmatige en kwalitatieve zorg die niet te duur was. Dan

had je dus niet het afschaffen van de vrije artskenning nodig, die een miljard moet opleveren. Blijkbaar moet er nog iets extra's gebeuren. Ik zie niet in waarom dat dit is. Ik heb hier moties ingediend waarin ik vroeg om iets te doen aan de winsten van de zorgverzekeraars. U, mijnheer Van der Staaij, hebt die niet gesteund. Dat mag. Dat is politiek. Die winsten bedroegen 1,5 miljard in 2013 en 1,4 miljard in 2012. En ga maar terug: alle jaren was er winst. Doe iets aan bureaucratie en verspilling. Ik zie het niet. Maar nu moeten we tegen mensen zeggen: u mag niet meer zelf kiezen waar u uw zorgverlener haalt. We weten niet of dat straks nog kan in de thuiszorg.

De voorzitter:

Mevrouw Dijkstra.

Mevrouw Leijten (SP):

We weten het allemaal niet. Ik vind dat een te drastische maatregel. Daar heb ik een nietpluisgevoel bij.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik haak even aan op wat mevrouw Leijten zegt: in de afgelopen acht jaar hebben de zorgverzekeraars nooit op kwaliteit ingekocht. Ik heb een vraag aan haar: hoe hadden ze die kwaliteit moeten weten?

Mevrouw Leijten (SP):

Dat is een heel ingewikkelde discussie. Ik denk ook dat je die vraag niet kunt beantwoorden via de inkoop. Je moet haar beantwoorden via andere waarborgen die je stelt. Daar heb ik het over gehad: een goede intercollegiale toetsing; een goede vergelijking van hoe er wordt omgegaan met doorverwijzen, het voorschrijven van medicatie, het behandelen of doorbehandelen of niet. Ik denk dat verschillende beroepsgroepen in de medische sector daar zeer serieus naar kijken, en dat we echt allemaal wel horen dat er wordt gezegd: de zorg is te duur, hoe kunnen wij zo sober mogelijk leven? Aan de andere kant zie ik dat het stelsel het uitlokt om de duurste DBC of DOT te declareren. Dat helpt niet als het erom gaat om de kwaliteitsdiscussie te bevorderen. Ik denk gewoon dat dit geen taak voor een zorgverzekeraar moet zijn.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Die laatste opmerking doet het natuurlijk. Mevrouw Leijten zegt dat dit geen taak voor de zorgverzekeraars zou moeten zijn, maar ik hoorde haar net ook bepleiten dat er veel meer sprake moet zijn van samenwerking. We zien samenwerking, we zien zorgverzekeraars die zich ervoor inzetten om ervoor te zorgen dat de kwaliteit wel in kaart komt. Je zou kunnen zeggen dat ze eigenlijk als enigen een beetje zicht hebben op kwaliteit, omdat ze zoveel gegevens hebben. Mijn vraag is echter als volgt, en dat heb ik helemaal niet in het betoog van mevrouw Leijten voorbij horen komen. Welke rol hebben die zorgprofessionals zelf gespeeld bij het inzichtelijk maken van kwaliteit? Waarvoor hebben zij inspanningen verricht? Waarom hebben wij een kwaliteitsinstituut nodig dat moet afdwingen dat de wetenschappelijke verenigingen met indicatoren komen? Ik zou ook wel die kant van het verhaal belicht willen zien, maar ik heb daarover totaal niets gehoord.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik denk dat dat zo lastig is, omdat die indicatoren moeilijk wetenschappelijk te verantwoorden zijn. Mevrouw Dijkstra weet ook dat er al heel lang discussie is over de sterftecijfers en de publicatie daarvan: wat zeggen die, kunnen ze überhaupt iets zeggen over kwaliteit of niet? Daar is wetenschappelijk heel lang over gesproken, maar ze zijn het daar nog niet over eens. Als je gaat publiceren of gaat inkopen op kwaliteitseisen, dan vind ik dat dat wel wetenschappelijk gestaafd moet zijn. Toen CZ ging inkopen op het aantal operaties dat werd gedaan, was daar direct groot bezwaar tegen. De ziekenhuizen wonnen dat uiteindelijk. Je hoort de verzekeraars aan de ene kant dus zeggen dat het niet goed is als je een x-aantal operaties doet, maar de wetenschappelijke verenigingen zeggen aan de andere kant weer iets anders. Dus wat mij betreft gaan we niet af op de kwaliteitslijstjes van de zorgverzekeraar, want dat zijn oliebol- lenlijstjes, maar laten we dit bij de beroepsgroep. Ik ben het eens met mevrouw Dijkstra dat we die wel goed moeten ondersteunen, zodat we die richtlijnen kunnen hebben en handhaven. Daarbij komt de inspectie om de hoek kijken, die dat moet doen.

□

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Voorzitter. Vanmiddag werd ons een petitie aangeboden voor het behoud van de vrije artsenukeuze. Deze is in korte tijd door een flink aantal mensen ondertekend, namelijk 130.000. Dat zie je niet vaak. Dit onderwerp leeft dus enorm, het houdt veel mensen bezig. Daardoor is er terecht een breed maatschappelijk debat ontstaan. Helaas niet omdat de keuzevrijheid van mensen in de zorg wordt uitgebreid, maar omdat zij wordt ingeperkt. Als het namelijk aan de coalitie van PvdA en VVD, en aan D66, de ChristenUnie en de SGP ligt, is die keuzevrijheid straks vooral voorbehouden aan wie deze kan kopen. Er bestaan dan straks drie polissen, met meer keuzevrijheid voor wie meer kan betalen. Was de oorspronkelijke bedoeling van dit zorgstelsel niet dat de toegang, juist voor het basispakket, voor iedereen gelijk zou zijn? Het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds verdween, en er kwam één, voor iedereen toegankelijke basisverzekering. Nu heet het niet meer "ziekenfonds" of "particulier", maar het feit blijft dat vijf partijen in deze Kamer hiermee tekenen voor een nieuwe tweedeling in de zorg.

We hebben het over een nogal schizofreen voorstel. Oorspronkelijk ging het wetsvoorstel over het inperken van de macht van de zorgverzekeraar, door het voorkomen van verticale integratie. Maar de kern van het wetsvoorstel is inmiddels flink veranderd. Naar aanleiding van de in juli 2013 gesloten hoofdlijnakoorden met het zorgveld over uitgavenbeheersing in de zorg, werd de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet in deze wet gefietst. Een wet om de macht de zorgverzekeraar aan banden te leggen, werd daarmee een wet die de macht van de zorgverzekeraar juist vergroot, ten koste van de keuzevrijheid van de patiënt. Een wet die symbool was voor de grenzen van de macht van de zorgverzekeraar, werd daarmee een wet die nu symbool staat voor het inperken van de grenzen aan eigen regie en keuzevrijheid in de zorg. Het voorstel van de minister was duidelijk. Wat haar betreft is het niet langer aan de patiënt, maar aan de zorgverzekeraar om te bepalen wie welke zorg mag leveren. Keuzevrijheid heb je wanneer je een zorgverzekering afsluit, daarna is het aan de zorgver-

zekeraar die het voor je bepaalt; of je moet de keuzevrijheid gekocht hebben middels een restitutiepolis. Oftewel, wij bepalen wel wat goed voor u is. Terecht ontstond daar ophef over. De ChristenUnie en de SGP, die toen nog keuzevrijheid hoog in het vaandel hadden, dienden terstond een amendement in om dat deel te schrappen.

Ik wil het eerst hebben over de aanpassingen van artikel 13, waarmee de vrije artsenukeuze flink wordt ingeperkt. Later zal ik het hebben over de voorstellen met betrekking tot het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Het plan van de minister om artikel 13 zo aan te passen dat zorgverzekeraars niet meer alle zorg hoeven te vergoeden, kan niet op de steun van mijn fractie rekenen. Laat ik gelijk duidelijk zijn: ook over de wijzigingen van de vijf Kamerfracties hebben wij flinke bedenkingen. Het plan van de minister is duidelijk. De zorgverzekeraar bepaalt wat goede zorg is en als je naar een andere zorgaanbieder wilt, dan kan dat, maar dan betaal je dat zelf. Je polis is dan niet meer dan een toegangkaartje voor de zorg die je zorgverzekeraar weet te contracteren. Als je het daar niet mee eens bent, dan kun je aan het eind van het jaar naar een andere zorgverzekeraar gaan, waar je een duurdere uitgebreide polis kunt afsluiten.

De voorstellen van de vijf Kamerfracties zijn geen oplossing voor dit probleem. De minister zei het bij de presentatie van dit akkoord duidelijk: er komt een polis voor mensen die niet meer willen betalen voor slechte en ondoelmatige zorg. Mijn fractie ziet dat anders. Er komt een polis voor wie niet kan of hoeft te betalen voor keuzevrijheid in de zorg. Daar zal het op neerkomen. Hoe meer keuzevrijheid er komt, is voor veel mensen een schijnkeuzevrijheid. We weten allemaal dat overstappen naar een andere zorgverzekeraar vooral gebeurt vanwege de premie. Daar zal ook dit voorstel weinig aan veranderen.

De minister zei: er komt meer te kiezen in de zorg. Dat is een mooie voorstelling van een voorstel dat aan alle kanten de echte keus in de zorg juist beperkt. De keuzevrijheid die er komt, is voor veel mensen een schijnkeuzevrijheid. Voor veel mensen met een kleine beurs — dat zijn vaker mensen met een chronische ziekte — hangt de keuze voor een zorgverzekering af van de premie. Je mag een keuze maken voor een polis, maar veel mensen zullen noodgedwongen een polis met minder keuzevrijheid afsluiten. Is keuzevrijheid dan niet voorbehouden aan wie het kan kopen?

De heer Rutte (VVD):

Ik vroeg het net aan mevrouw Leijten, maar ik vraag het ook aan mevrouw Voortman. We creëren de mogelijkheid voor mensen met een kleine beurs om een goedkopere verzekering te krijgen, een verzekering die er nu niet is: goedkoper, dus makkelijker bereikbaar. Is het dan niet vreemd dat u zich als voorvechter van mensen met een lager inkomen daartegen verzet?

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Dat is juist helemaal niet vreemd. Het gaat mij erom dat mensen met een kleinere beurs vervolgens minder keuzevrijheid hebben. Daar heb ik een probleem mee. Waarom zou iemand met een kleine portemonnee minder recht op keuzevrijheid hebben dan iemand met een dikke portemonnee?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik constateer dat deze keuze er alleen maar bijkomt. Wij verplichten mensen niet om dit te doen, maar het komt er alleen maar bij. Een gedachte-experiment. Stel, u bent wethouder in een dorp met een Albert Heijn en een Jumbo en er wordt een vergunning aangevraagd voor een Lidl. Dan zou u zich met deze argumentatie daartegen moeten verzetten. Zou dat zo zijn?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat is niet waar. Je zou in dat geval naar een andere supermarkt kunnen gaan, maar hier hebben we het niet over supermarkten. We hebben het hier over zorg. De vergelijking van de heer Rutte met een supermarkt laat zien waarom dit onderwerp hem niet zo aan het hart gaat als mij.

Voor veel mensen betekenen de voorwaarden voor aanvullende verzekeringen nu al een inperking van de keuzevrijheid. Hoezo kunnen mensen met hun voeten stemmen wanneer ze bij overstap naar een andere zorgverzekeraar geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten omdat ze als chronisch zieken veel zorg nodig hebben? Wat heeft de minister deze chronisch zieken te zeggen? Hoezo meer keuzevrijheid? Er komt misschien een nieuwe polis bij in een markt waar vier zorgverzekeraars 90% van de markt in handen hebben, maar was er behoefte aan differentiatie in het polisaanbod? Was dat bij verzekerden of bij zorgverzekeraars? Is het voorstel daarmee niet een oplossing voor een schijnprobleem? Bestaan er straks drie polissen: de "de-verzekeraar-bepaalt-polis", de naturapolis en de restitutiepolis? Of wordt de naturapolis binnenkort steeds beperkter en misschien ook wel duurder?

GroenLinks vreest dat de plannen die vandaag voorliggen, tot verdere aantasting van de solidariteit en een verdere tweedeling in de zorg zullen leiden. Concurrentie in de zorg betekent meestal nog concurrentie op prijs, ook wanneer het om premies gaat. Keuzevrijheid in de zorg is voor GroenLinks een groot goed. Er is een voor iedereen toegankelijke basisverzekering die de toegankelijkheid van de zorg waarborgt. GroenLinks vreest dat de toegankelijkheid van de zorg en de mate van keuzevrijheid inkomensafhankelijk worden. De keuzevrijheid is dan te koop. GroenLinks vreest dat die keuzevrijheid binnenkort alleen nog voorbehouden is aan mensen die het kunnen betalen. Eigen regie in de zorg is dan afhankelijk van de grootte van je portemonnee. Heb je meer te besteden, dan sluit je een uitgebreidere verzekering af, heb je minder te besteden, dan moet je je zorgverzekeraar voor je laten bepalen. Overstappen naar een andere zorgverzekeraar gaat niet zo gemakkelijk als de minister doet voorkomen, zeker niet wanneer je chronisch ziek bent en een kleinere beurs hebt. Dan is de aanvullende verzekering bij de ander zorgverzekeraar vaak helemaal niet toegankelijk. Weg keuzevrijheid, weg overstapmogelijkheden.

Binnenkort komt er een polis voor mensen die niet willen meebetalen aan slechte en ondoelmatige zorg. Dat vind ik nogal een uitspraak! Is alle niet-gecontracteerde zorg per definitie slechte zorg? Vindt de minister dat werkelijk? Ondermijnt dit soort uitspraken de solidariteit niet juist verder? Zeg je hiermee niet eigenlijk dat mensen die gebruikmaken van die zorg of die een uitgebreidere polis afsluiten, slechte en ondoelmatige zorg in stand houden?

Ik vind het nogal wat dat slechte zorg via een nieuwe polisvorm moet worden aangepakt. Hebben wij niet juist de inspectie, de Wet BIG en het toezicht van de NZa om toe te zien op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg? Laten wij dat binnenkort allemaal aan de zorgverzekeraars over?

De minister gaat voorbij aan het feit dat goede zorg valt of staat met een vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt. Besparen wij niet juist miljoenen dankzij therapietrouw? Is therapietrouw niet juist heel erg afhankelijk van het vertrouwen van mensen in de arts of de behandelaar van wie zij zorg krijgen? Dat de zorgverzekeraar vindt dat je naar deze of gene arts moet gaan, betekent toch niet gelijk dat er een goede vertrouwensband is?

De voorstellen moeten leiden tot kostenbeheersing en betere zorg. In de ogen van de minister en de vijf partijen weet de zorgverzekeraar heel goed welke zorg doelmatig is en van goede kwaliteit. Vindt de minister werkelijk dat het de zorgverzekeraars nu voldoende lukt om zorg op kwaliteit in te kopen? Het antwoord zal zijn dat de nieuwe polis meer handvatten biedt om dat te gaan doen. Daarmee zou de minister zeggen dat mensen dit zelf niet kunnen inschatten. Een dergelijk beeld van mensen heeft mijn fractie niet. Zij denkt dat mensen die de juiste informatie krijgen en worden betrokken, zelf heel goed een keuze kunnen maken voor de zorg die zij nodig hebben en voor de aanbieder die daarbij past.

Mijn fractie stelt voor om mensen meer zeggenschap in de zorg te geven. Het afsluiten van een polis en het eventueel overstappen op een andere zorgverzekeraar is de invloed op de zorg die de minister aan mensen wil geven. Toen het ging om bezuinigingen, om onzinnige zorg, deed de minister eerder een oproep om voorbeelden van zorg aan te dragen waarvan mensen vinden dat het wel wat minder kan. Daar hield het vervolgens mee op. Wij willen graag dat mensen meer stem krijgen in de zorg. Zorgverzekeraars moeten verantwoording afleggen over hun contracteerbeleid, aan toezichthouders welteverstaan, niet aan hun verzekerden. Die laatste moeten maar met hun voeten stemmen. Is de minister bereid om te kijken naar mogelijkheden om verzekerden een stem te geven binnen de verzekeraar, bijvoorbeeld via verzekerdenraden? Wil zij ook nagaan of daaraan behoefte onder verzekerden bestaat? Verzekeraars moeten dan verantwoording afleggen aan hun verzekerden, die dan dus ook meer invloed krijgen dan de invloed die ze kunnen uitoefenen door op een andere verzekeraar over te stappen. GroenLinks wil dat verzekerden of mensen die zich op een verzekering oriënteren vooraf meer informatie over het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar krijgen. Nu is het volstrekt onduidelijk waarom verzekeraars zorg inkopen bij ziekenhuis A of B. Wij verwachten van zorgaanbieders juist dat ze middels bijvoorbeeld open dagen duidelijkheid geven. Daarover hebben wij al eerder gedebatteerd. Van zorgverzekeraars zou ik niet alleen duidelijkheid willen op het moment dat de verzekerde kiest, maar ook voordat de verzekeraar inkoop. Ik zou dus willen dat de verzekeraars vooraf openheid geven over de criteria op basis waarvan ze zorg inkopen. Door vooraf die duidelijkheid te eisen, voorkom je dat mensen straks, tijdens de looptijd van hun verzekering, geconfronteerd worden met de keuze van de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dit gehoord hebbende, vraag ik mevrouw Voortman of zij dan voor het amendement, ik geloof op stuk nr. ...

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Nr. 19 is het volgens mij.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

... 19 zal stemmen, want daarin regelen we dat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik vond dat op het eerste gezicht een goed amendement, maar ik miste er wat in. Er stond in dat er transparantie moet zijn over de procedure van het inkopen. Als mevrouw Dijkstra zegt dat we ook invullen op basis van welke criteria vooraf wordt ingekocht ... Dat staat niet in het amendement. Als een verzekeraar moet zeggen wat de criteria zijn op basis waarvan hij zorgaanbieders zal beoordelen, dan zullen wij daarvoor stemmen. Maar volgens mij staat er alleen "procedure" en "inkoopbeleid" in.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het woord "criteria" wordt er ook in genoemd, maar ik raad mevrouw Voortman aan het amendement dan nog een keer goed te lezen. Fijn dat ze in elk geval steun uitspreekt voor het amendement, zoals ik hieruit begrijp. Als het voor haar niet duidelijk is of niet precies genoeg is, kunnen wij altijd nog naar de bewoordingen kijken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik dank mevrouw Dijkstra daar hartelijk voor. Voor ons is het van belang dat er vooraf duidelijkheid is voor mensen, dat ze tevoren kunnen zien waarom een verzekeraar bepaalde zorg wel of niet inkoop. Vervolgens is het ook belangrijk dat verantwoording wordt afgelegd aan verzekeren. Vandaar ook mijn voorstel voor verzekerenraden.

Hoe meer mensen kiezen voor de polis waaronder alleen gecontracteerde zorg wordt vergoed, hoe meer de niet-gecontracteerde zorg onder druk komt te staan. De positie van de zorgverzekeraar om een contract af te dwingen, wordt sterker. Veel kleinere en innovatieve zorgaanbieders voelen zich nu al onmachtig tegenover de grote zorgverzekeraar. Bieden de amendementen wel genoeg waarborgen dat zorgverzekeraars ook kleine zorgaanbieders contracteren en dat ze ruimte bieden voor vernieuwing in de zorg, of zijn het straks de mensen met een uitgebreide polis die vernieuwing moeten afdwingen?

Ik ga in op de financiële effecten. Ik zei het net al: wij vrezen dat mensen met een kleinere beurs zich gedwongen voelen te kiezen voor een polis met een lagere premie en dus voor minder keuzevrijheid. Dat doen we niet alleen omdat de verwachting is dat de premies van die verzekeringen lager zullen liggen. Ik vraag mij ook af of zorgverzekeraars straks niet vooral voor die polissen de premies lager zullen houden terwijl ze de premies voor de polissen met meer gecontracteerde zorg of toegang tot ongecontracteerde zorg straks hoger zullen maken, dus of er geen heel groot verschil ontstaat tussen de nieuwe polis en de restitutiepolis. Ik hoor daarop graag een reactie van de minister. Heeft zij de zorg

ook dat de premies voor verschillende soorten polissen verder uit elkaar zullen komen te liggen of dat de premie voor polissen met meer keuzevrijheid wordt verhoogd om te kunnen concurreren met de andere polissen? Wat is daarin voor de minister toelaatbaar? Wat vindt zij een verantwoord verschil tussen beide polissen? Wanneer gaat zij ingrijpen wanneer dit effect zich zou voordoen?

De aanpassing van artikel 13 met betrekking tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, zou 1 miljard opleveren. Dat is een enorm bedrag. Wij hebben samen met de fracties van de SP en het CDA gevraagd om meer financiële onderbouwing, maar die kwam niet. De onderbouwing bij het miljard is: dit hebben wij nu eenmaal zo afgesproken. Er is geen CPB-doorrekening, geen onderzoek, geen inschatting van artsen, verzekeraars of cliëntenorganisaties of deze besparing hiermee wordt bereikt. De onderbouwing van de opbrengsten vind ik dus echt te mager. Sterker nog, ze ontbreekt helemaal. Wat gaat de minister doen wanneer de plannen geen 1 miljard opleveren of erger nog, zelfs leiden tot duurdere zorg? Wat is er eigenlijk bekend over de gevolgen voor mensen zelf? Gaat er een tweedeling in de zorg ontstaan, met name in de keuzevrijheid? Is de keuzevrijheid straks voorbehouden aan hen die die kunnen kopen? Is er nog wel een verbetering van de keuzevrijheid? Is er dan nog wel wat te kiezen? Hoe gaan de premies zich ontwikkelen? Komt er straks een goedkope, "slik maar wat je zorgverzekeraar bepaalt"-polis en worden de premies voor de andere polissen veel duurder? En hoe strikt wordt toegezien op de contractering? Hoe wordt afgedwongen dat mensen bij het maken van een keuze voor de polis, ook een inschatting kunnen maken van de gevolgen daarvan? Hoe hebben zij inzicht in de wijze waarop de zorgverzekeraar inkoop?

Het voorstel van de vijf Kamerfracties doet mij sterk denken aan de polissen die al bestaan, zoals de ZEKUR-polis. Daarover ontstond terecht ophef, want ziekenhuiszorg in de provincie Drenthe of Flevoland was niet gecontracteerd. Kan de minister garanderen dat mevrouw Oosterveen uit Emmen met de armenpolis straks niet geconfronteerd wordt met het feit dat haar zorgverzekeraar geen contract met ziekenhuiszorg in Drenthe of Overijssel heeft afgesloten en dat ze voor die zorg dus ver zal moeten reizen?

Tot zover het deel van mijn inbreng over de inperking van keuzevrijheid in de zorg. Ik wil nu graag overgaan tot het deel van het wetsvoorstel dat wel meer keuzevrijheid in de zorg beoogt, namelijk het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet.

De discussie over de keuzevrijheid in de zorg is de afgelopen tijd flink opgelaaid. Het feit dat dit wetsvoorstel eindelijk een wettelijke basis biedt voor het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet, komt eigenlijk nauwelijks aan bod. Dat is jammer, want voor GroenLinks is dit een groot goed. Het persoonsgebonden budget is hét instrument voor meer keuzevrijheid in de zorg. GroenLinks is van mening dat keuzevrijheid in de zorg nooit mag afhangen van het geld dat mensen beschikbaar hebben, maar ook niet van de wet op basis waarvan zij de zorg nodig hebben. Zij moeten niet van tevoren hoeven nadenken over de vraag: is dit nu Wmo-zorg, AWBZ-zorg of Zorgverzekeringswet? Als je de zorg via een pgb wilt krijgen, moet dat kunnen. Wij strijden daarom al jaren voor een persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Een eerder

experiment strandde, maar nu wordt en blijft het persoonsgebonden budget toch mogelijk voor die zorg die met de hervorming van de AWBZ naar de zorgverzekeraars gaat. Dat is een goed begin, maar wat GroenLinks betreft is dit niet de enige zorg in de Zorgverzekeringswet die zich leent voor het persoonsgebonden budget. Wij vinden het dan ook erg jammer dat het invoeren van een wettelijke basis voor het persoonsgebonden budget niet een apart voorstel is, maar dat het wordt ondergebracht in een voorstel dat de keuzevrijheid juist flink inperkt. Ik hoop dat dit niet symbolisch is voor de toekomst van het pgb in de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ben het helemaal met mevrouw Voortman eens dat het feit dat wij een persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet krijgen, een stap vooruit is. Nu hebben wij daarover ook veel vragen aan de minister gesteld. Ik hoor graag de mening van mevrouw Voortman over het feit dat de minister schrijft dat bij normale verouderingsprocessen, zoals dementie, er geen sprake zal zijn van het verlenen van een persoonsgebonden budget. Wat vindt mevrouw Voortman daarvan?

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Als dat zo zou zijn, vind ik dat een slechte zaak. Ik heb echter begrepen dat juist op dit punt is gezegd dat de regeling nog zal worden aangepast. Als het zo blijft staan, vind ik dat een slechte zaak. Als het wordt aangepast, zijn wij natuurlijk allemaal blij.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ben het met mevrouw Voortman eens dat het een nog betere stap voorwaarts zou zijn als die normale verouderingsprocessen en dementie eruit worden gehaald. Ik hoor mevrouw Voortman echter nog iets anders zeggen: mensen moeten niet van tevoren betwijfelen of ze het geld wel krijgen voor een persoonsgebonden budget. Ziet mevrouw Voortman niet liever dat hier toch een voorschotregeling in komt?

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ja, dat zou inderdaad kunnen. Als mevrouw Bruins Slot daarvoor voorstellen in voorbereiding heeft, zal ik daar met zeer veel plezier naar kijken.

Zoals ik al zei: het is een begin. Hoe het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet precies gaat uitpakken, is nog afwachten en het is nog van veel afhankelijk. Het is goed dat er nu duidelijkheid is gegeven over het feit dat ouderen niet worden uitgesloten van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Wat GroenLinks betreft moet het pgb voor iedereen mogelijk zijn, ongeacht de zwaarte van de zorgvraag en ongeacht de wet op basis waarvan de zorg wordt geleverd. Wij hopen dan ook dat de toegankelijkheid van het persoonsgebonden budget in alle zorgwetten goed mogelijk wordt gemaakt, en dan niet alleen in het overgangsjaar, maar zeker ook daarna. De GroenLinksfractie maakt zich daarover wel zorgen. Hoe zit het eigenlijk met de samenloop van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet en de aanpassing van artikel 13? Kunnen zorgverzekeraars straks niet-gecontracteerd

teerde zorg uitsluiten van het pgb? Ik mag toch hopen van niet. Als het wel zo is, zou dat immers een voorbeeld zijn van keuzevrijheid geven, maar direct ook weer terugnemen.

Wat GroenLinks betreft moeten de toegang tot en de voorwaarden voor het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet zo veel mogelijk gelijk zijn voor alle verzekerden, net zoals dat geldt binnen de langdurige zorg en de Wmo. Ik begrijp dat door de aard van de Zorgverzekeringswet een geheel gelijkwaardige regeling bij alle zorgverzekeraars wat lastiger is, maar ik krijg graag een reactie van de minister op de vraag of zij met mij van mening is dat een zo veel mogelijk gelijkwaardige toegang het minste is wat wij moeten garanderen.

Die gelijkwaardige toegang staat of valt met de tarieven die zorgverzekeraars mogen stellen voor het persoonsgebonden budget. Kan de minister garanderen dat de het tarief dat zorgverzekeraars gaan hanteren, echt toereikend zal zijn om de benodigde kwaliteit van zorg in te kopen? Daarmee bedoel ik dus niet dat zorgverzekeraars barrières voor het pgb kunnen opwerpen. Wat de GroenLinksfractie betreft, is het te laat om achteraf in te grijpen via lagere regelgeving als de tarieven te laag worden vastgesteld. Dan is het kwaad immers al geschied. Voor zorg in natura zijn de tarieven toch bekend? Dan zijn er vast maatregelen te bedenken om vooraf ook daar duidelijkheid over te geven.

Een bijkomend argument is dat mensen dat kunnen meenemen in hun afweging welke polis zij willen afsluiten en met welke verzekeraar zij in zee willen gaan. Immers, hoe toegankelijk is het persoonsgebonden budget als de wijkverpleegkundige die een indicatie opstelt voor zorg in dienst is van een gecontracteerde aanbieder? Kan de minister garanderen dat het de taak is van de wijkverpleegkundige om de hulpvraag integraal vast te stellen, en dat de keuze voor een persoonsgebonden budget dus ook een volwaardige keuze moet zijn?

GroenLinks wil dat mensen meer waarborgen krijgen over de toegankelijkheid en de reikwijdte van hun aanspraak op het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. De reactie van het kabinet, de staatssecretaris, in de tweede termijn van de wetsbehandeling van de Wmo stelde mij niet gerust. Weer bleek het credo namelijk: als mensen het niet eens zijn met de manier waarop een zorgverzekeraar het invult, gaan zij wel shoppen bij een andere zorgverzekeraar. Alsof dat het enige criterium is op grond waarvan deze mensen de keuze voor een zorgverzekeraar en een polis afwegen. De hoogte van de premie, de mogelijkheden om je aanvullend te verzekeren, de vergoeding op de zorg die niet via het pgb geregeld wordt, het imago van de zorgverzekeraar: er speelt toch veel meer mee dan alleen de pgb-regeling? Alsof we het bovendien hebben over mensen die gemakkelijk de stap naar een andere zorgverzekeraar kunnen zetten. Ik heb eerder al aangegeven dat het feit dat mensen niet gemakkelijk bij een andere zorgverzekeraar een aanvullende verzekering kunnen afsluiten, hen belemmert om over te stappen naar ene andere zorgverzekeraar.

GroenLinks wil dus graag meer duidelijkheid over de manier waarop de regeling gaat werken. Is er een goede overgangsregeling? Het eerste jaar mogen zorgverzekeraars geen aanvullende kwaliteitseisen stellen, maar op welke manier wordt erop toegezien dat de eisen die zorgverzekeraars stellen, reëel zijn en dat de toegang niet onnodig wordt

ingeperkt of belemmerd? Het persoonsgebonden budget moet wat GroenLinks betreft echt een regeling zijn die mensen handvatten biedt en geen schijnkeuzevrijheid. Daarom moeten we goed toezien op de manier waarop verzekeraars hiermee omgaan.

GroenLinks wil graag meer keuzevrijheid voor mensen. Niet de gemeente of de zorgverzekeraar bepaalt wat goed voor iemand is, maar de persoon zelf.



De heer **Slob** (ChristenUnie):
Voorzitter. Er zijn wetsvoorstellen die na indiening heel lang moeten wachten op behandeling. Dit wetsvoorstel is er zo een. Ik heb even teruggekeken, maar volgens mij is het in september 2012 al ingediend. Het betreft een wetsvoorstel dat vanaf het begin heel veel heeft losgemaakt. Het ging dan om verschillende aspecten van het wetsvoorstel, met name de voornemens van het kabinet om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen.

De ChristenUnie is vanaf het begin kritisch geweest over de oorspronkelijke teksten van het wetsvoorstel. Een deel van onze kritiek hebben we verwoord in de toelichting bij een amendement dat we samen met de SGP-fractie hebben ingediend, rond artikel 13. Wij zagen dat het wetsvoorstel werd ingediend in een tijd waarin de wijze waarop de zorgverzekeraars zorg inkopen absoluut niet transparant was. Kijkend naar het regeerakkoord wisten wij ook dat het kabinet los van het wetsvoorstel nog een ander voornemen had, namelijk om de restitutiepolis af te schaffen. Dat alles bij elkaar was de reden waarom wij lange tijd zeer kritisch zijn geweest — ik zeg erbij: en nog steeds zijn — over het wetsvoorstel. Ik kan echter niet anders dan constateren dat een kleine twee jaar verder de balans die in 2012 volledig ontbrak als het gaat om goed betaalbare en ook toegankelijke zorg nu wel in zicht lijkt te komen, mede dankzij het feit dat wij samen met vier andere fracties amendementen hebben kunnen indienen die tegemoetkomen aan onze bezwaren. Ik dank de collega's voor de samenwerking waardoor wij deze amendementen uiteindelijk hebben kunnen indienen.

Ik loop een aantal zaken langs die voor ons van belang zijn en die voor een groot gedeelte ook aan de amendementen zijn gekoppeld. Ik vraag de minister om morgen in haar eerste termijn daarop in te gaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het risico bestaat dat de heer Slob daar nog op terugkomt, maar ik ben toch wel getriggerd door zijn woorden. In het begin zei hij: er was geen transparantie en daarom was ik tegen het opheffen van de vrijheid voor verzekeren om naar de arts of de behandelaar van hun keuze te gaan. Daarom heeft hij een amendement ingediend, dat overigens nog steeds staat — als het goed is, gaan wij er nog over stemmen — over het behoud van artikel 13. Hij is nu tot het inzicht gekomen dat er voldoende transparantie is, maar niet voor de eerste lijn. Wat is precies het verschil? Als er voldoende transparantie is voor de tweede lijn, de geestelijke gezondheidszorg enzovoorts om wel transparant in te kopen, waarom maakt hij dan die uitzondering voor de eerste lijn?

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Ik kom daar in het vervolg van mijn betoog op terug. Het is heel goed dat mevrouw Leijten even aandacht vraagt voor een amendement dat wij hebben ingediend, als het gaat om de uitzonderingen op de toepassing van artikel 13. Ik kom daar straks in mijn betoog nog uitgebreid op terug, want dat vraagt inderdaad een toelichting.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik was juist getriggerd door wat de heer Slob zei. Hij had aanvankelijk bezwaren. Het ging hem niet zozeer om die vrije keuze of om dat grondrecht — daar is het de SP wel om te doen, maar daarover kunnen we verschillen — als wel om die transparantie. Dan zou ik het logisch vinden dat hij gewoon zegt dat hij vertrouwen heeft in de transparantie. Dan hebben we ook geen uitzondering voor de eerste lijn nodig. Daar moet toch een antwoord op mogelijk zijn?

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Ik heb aangegeven dat wij kritisch waren over het wetsvoorstel vanwege artikel 13, gekoppeld aan het feit dat de hele wijze waarop zorginkoop plaatsvindt in onze ogen absoluut niet transparant was. Wat ons betreft, moet dat veranderen; ik zal daar straks uitgebreid op ingaan. Er zijn ook amendementen ingediend om daaraan tegemoet te komen. Ook was er indertijd het voornemen van het kabinet om de restitutiepolis te schrappen, zoals in het regeerakkoord stond. Inmiddels heeft men dat voorstel ingetrokken, zoals het regeerakkoord inmiddels op meerdere punten is herschreven. Die opeenstapeling van bezwaren tegen de aantasting van de vrije artskeuze, gekoppeld aan het niet transparant zijn van de zorginkoop en het op termijn verdwijnen van de restitutiepolis, was voor ons een reden om uitermate kritisch te zijn over dat wetsvoorstel. Die kritiek staat voor een deel nog steeds. Alleen liggen er nu amendementen om daaraan tegemoet te komen, mochten ze de eindstreep halen. Gezien de ondertekening heb ik daar wel enig vertrouwen in.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Om verwarring te voorkomen: mevrouw Leijten had het even over het amendement op stuk nr. 6 van mijzelf en de heer Slob. Dat amendement is inmiddels ingetrokken. Omdat dat niet direct zichtbaar is gemaakt, zou ik dat voor alle duidelijkheid netjes gemeld hebben in mijn termijn. Bij dezen meld ik dat het amendement op stuk nr. 6 is ingetrokken.

De **voorzitter**:

Dank voor deze toelichting.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Voordat het amendement was ingetrokken, heeft de SP ook al een soortgelijk amendement ingediend. Wat dat betreft, zijn we allemaal lekker bezig. Het komt allemaal wel goed.

Ik kom bij het functioneren van de zorgverzekeraars. Ik gaf aan dat we daar kritisch over waren en nog steeds kritisch over zijn. Wij vinden het ontzettend belangrijk dat de wijze waarop zorgverzekeraars hun werk doen en contracteren maximaal transparant is. Zowel voor de zorgaanbieders als

voor de verzekerden moet helder zijn op welke wijze men bezig is en waarom bepaalde keuzes wel of niet worden gemaakt. Dat betekent wat ons betreft dat er zowel voor grote aanbieders als voor kleine aanbieders een wat wij noemen "gelijk speelveld" moet zijn. Een en ander is uiteindelijk ook verpakt in een van de amendementen, ik meen in het amendement op stuk nr. 18. Wij mogen van zorgverzekeraars het scheppen van zo'n gelijk speelveld vragen. Zij moeten er duidelijk over zijn hoe zij ook kleine aanbieders de ruimte geven in hun contractering.

Wij vinden innovatie, nieuwe initiatieven en nieuwe ontwikkelingen ook belangrijk. Daarover is in de afgelopen jaren veel gediscussieerd. Zorgverzekeraars moeten transparant zijn over de vraag hoe zij daarmee omgaan. Ik denk met name aan bepaalde nieuwe klinieken. Het is soms heel moeilijk om die van de grond te krijgen. Men kan immers vaak nog niet echt bogen op behaalde resultaten, maar men is er soms wel op een heel innovatieve manier bezig. Daarvoor moet ruimte worden gecreëerd. Ik meen dat hiervoor ook heel nadrukkelijk aandacht wordt gevraagd in het amendement van mevrouw Dijkstra op stuk nr. 21. Dit wordt daarin ook wettelijk vastgelegd. Wij vinden het verder belangrijk dat er ruimte is voor diversiteit. Ook zorgverzekeraars moeten transparant en helder zijn over de manier waarop zij omgaan met diversiteit, ook bij hun zorginkoop.

Dit zijn punten die voor mijn fractie van belang zijn. Het doet mij deugd dat deze onderwerpen nu ook in amendementen zijn verpakt. Als er in de Kamer een meerderheid voor die amendementen zal komen, zal dit dus ook een wettelijk verankering krijgen. Ik zei zojuist al dat er, gezien de ondertekening, een behoorlijk grote kans is dat een meerderheid van de Kamer de amendementen zal steunen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Slob zegt dat zorgverzekeraars nu echt werk moeten gaan maken van innovatie. Dat kan ik alleen maar toejuichen. In het amendement van mevrouw Dijkstra staat echter alleen maar dat zorgverzekeraars openbaar moeten maken hoe zij omgaat met innovatie. De heer Slob hoor ik echter iets anders zeggen. Hem hoor ik zeggen dat zorgverzekeraars innovatie mogelijk moeten gaan maken. Hoe moet ik dit amendement nu lezen, vraag ik de heer Slob.

De heer Slob (ChristenUnie):

Zorgverzekeraars moeten werk maken van innovatie. Dat vragen we van hen. We kennen in Nederland echter geen contracteerplicht. Ik heb uit de termijn van de SP begrepen dat die partij dat wel graag zou willen, maar in Nederland bestaat zo'n plicht niet. We vragen van de zorgverzekeraars wel om maximaal inzichtelijk te maken dat ze zorgen voor een gelijk speelveld, dat ze dus zowel grote als kleine aanbieders een kans geven, dat ze ruimte bieden voor diversiteit en dat ze ook ruimte bieden voor innovatie. Ik noem alle onderwerpen nog maar even. Mevrouw Bruins Slot heeft in een van de amendementen ook kunnen lezen dat er mogelijkheden zijn om in te grijpen als een zorgverzekeraar dit soort zaken niet oppakt, en niet duidelijk maakt hoe men daarmee omgaat en hoe de keuzes worden gemaakt. Dit wordt namelijk gescand en in de gaten gehouden, en hierover wordt jaarlijks gerapporteerd.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De Nederlandse Zorgautoriteit moet inderdaad echt ingrijpen als zorgverzekeraars geen werk maken van innovatie. Dat is inderdaad het tweede punt. Ook in dat artikel van het amendement staat eigenlijk alleen dat de Nederlandse Zorgautoriteit controleert of zorgverzekeraars dit openbaar maken. Er staat niet in dat de Nederlandse Zorgautoriteit erop moet toezien dat de zorgverzekeraars daadwerkelijk werk maken van innovatie. Zou het eigenlijk niet goed zijn om de toelichting bij dat artikel toch gewoon wat steviger neer te zetten, zodat je zorgverzekeraars echt dwingt om van innovatie werk te maken?

De heer Slob (ChristenUnie):

De wetsbehandeling zelf is natuurlijk ook een onderdeel van het geheel. De dingen die wij hier met elkaar uitspreken, zijn dus ook van belang. Daarom is het van belang hoe je dit formuleert. Dit luistert ook in juridisch opzicht nauw. Ik zei zojuist al dat we in Nederland geen contracteerplicht hebben. Over de kaders waarbinnen de contractering moet plaatsvinden, kunnen wij echter wel veel duidelijk maken. Wij kunnen duidelijk maken — en dat doen wij ook, onder andere door middel van deze amendementen — welke zaken wij van belang vinden. Die zaken moeten in de praktijk echt hun werking krijgen. Daarbij hoort innovatie, daarbij hoort diversiteit en daarbij hoort ook het gelijke speelveld. Ik vind dit winst, want dit was zo niet opgenomen in het wetsvoorstel in de vorm die wij oorspronkelijk van de minister kregen. Dit komt ook tegemoet aan de bezwaren die wij hadden tegen de bestaande praktijk. Zoals het er nu naar uitziet, kan een en ander straks ook een wettelijke verankering krijgen.

Mevrouw Leijten (SP):

In artikel 18 staat dat zorgverzekeraars openbaar moeten maken dat zij non-discriminatoire inkopen. Maar er staat ook dat rekening moet worden gehouden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond. We krijgen dus de situatie dat een grote zorgverzekeraar een zorgaanbieder heeft gecontracteerd, enkel vanwege het feit dat die zorgaanbieder katholiek, islamitisch of humanistisch is. Hoe ziet de heer Slob dat voor zich?

De heer Slob (ChristenUnie):

Non-discriminatoire inkopen betekent dat je ruimte biedt aan grote en kleine aanbieders. Dat zou mevrouw Leijten toch van harte moeten toejuichen. De Nederlandse term daarvoor is "gelijk speelveld". Als het gaat om diversiteit vragen wij niet meer dan wat ook al in andere wetgeving staat, zoals de Wmo en de Jeugdwet. Wij vragen dat er ook rekening wordt gehouden met de verscheidenheid in de Nederlandse samenleving. Dan gaat het niet om een katholieke inkoper of zo, maar dat er rekening wordt gehouden met het feit dat een moslim het misschien plezierig vindt om iemand in huis te krijgen die aansluit bij zijn levensovertuiging. Hetzelfde geldt voor iemand die antroposofisch is en voor mensen met een christelijke levensovertuiging. Een zorgaanbieder moet dus aandacht besteden aan die diversiteit. Uit hun eigen brief blijkt dat ze dat lastig vinden. Het lijkt me eigenlijk helemaal niet zo lastig, want het lijkt me dat zorgverzekeraars redelijk in de gaten hebben waar hun mensen wonen en wat ze graag voor zorg willen hebben. Laat ze daarin maar transparant zijn.

De voorzitter:
Tot slot, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):
Moet ik het dan zo vertalen dat er in Staphorst andere zorg wordt ingekocht dan in Amsterdam? Dat vloeit immers voort uit uw amendement. Rekening houden met de verzekerdenpopulatie en haar achtergrond betekent dat je verschillende zorginstellingen krijgt voor verschillende gezindten. Dat lijkt mij onwenselijk. Zou het niet beter zijn om die mensen die graag willen dat religie of culturele achtergrond een rol speelt — en wellicht het geslacht van de verzorgende — dat zelf te laten kiezen? We moeten de vrije keuzemogelijkheid niet opheffen door allerlei voorwaarden te gaan maken, maar we moeten haar behouden. Zou dat niet veel simpeler zijn?

De heer Slob (ChristenUnie):
Het is toch wel bijzonder om uit de mond van mevrouw Leijten te horen dat ze het ongewenst vindt dat een zorgverzekeraar rekening houdt met de populatie in de verschillende delen van het land. Dat lijkt me zelfs niet meer dan logisch. Wij willen nadrukkelijk in de wet aangeven dat zorgverzekeraars dat inzichtelijk moeten maken. Ze moeten daarmee rekening houden bij hun zorginkoop, omdat wij graag willen dat de grauwe deken die in Nederland over de zorginkoop hangt — dat is niet altijd bewust, maar het is wel de werkelijkheid — eraf wordt gehaald zodat we goed kunnen zien welke keuzes ze maken en waarom ze dingen wel of niet doen. Niet meer en niet minder. Dat is wel belangrijk.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):
Rekening houden met je verzekerden klinkt natuurlijk heel mooi; daar zijn wij ook voor. Wat dan wel gek is, is dat dit amendement alleen gaat over godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond. Waarom is hiervoor gekozen door de ChristenUnie, de SGP, D66, de VVD en de Partij van de Arbeid? Hoe ziet de heer Slob dit praktisch voor zich? Zorgverzekeraars beginnen in het voorjaar met hun inkoop, maar pas aan het eind van het jaar stappen mensen over naar een bepaalde zorgverzekeraar. Ze kennen op het moment van inkopen dus nog niet de mensen die aan het eind van het jaar bij hen verzekerd zijn.

De heer Slob (ChristenUnie):
Dat zijn twee vragen als het gaat om godsdienstige gezindheid, levensbeschouwing en multiculturele achtergrond. Volgens mij is dat redelijk dekkend. Dat is diversiteit. Kijk eens naar Nederland: dan zie je dat ook terug. Er zijn mensen met godsdienstige overtuigingen, met soms heel specifieke levensovertuigingen en je ziet ook culturele verschillen, waarmee rekening wordt gehouden. Dat zou u vanuit de opvattingen die ik ken van GroenLinks — het kan wat veranderd zijn — moeten toejuichen. Ik weet inderdaad dat de zorgverzekeraars zeggen dat ze dat niet van iedereen persoonlijk weten, maar het gaat erom dat ze in algemene zin duidelijk maken dat ze rekening houden met diversiteit en dat ze in de wijze waarop ze hun zorg gaan inkopen en waarop straks wordt ingekocht, daarmee rekening houden. Dat lijkt me een heel mooie bepaling. Ik snap de koudwater-

vrees bij de zorgverzekeraars en ik geloof dat u zich die zorg eigen maakt, maar ik denk dat dat in de praktijk goed kan lopen.

De voorzitter:
Tot slot mevrouw Voortman.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):
De ChristenUnie heeft toch een wat beperkt beeld van diversiteit. Dat gaat over godsdienstigheid, levensovertuiging en culturele achtergrond, maar diversiteit kan veel verder gaan. Ik denk dat ik meer dan op een punt verschil met de heer Slob als het gaat om godsdienstige gezindheid. Dat kan ook gaan over allerlei andere ideeën. Dan zouden die toch ook allemaal mee moeten kunnen wegen? Waarom gaat het alleen om deze drie aspecten? Mijn tweede punt ...

De voorzitter:
Nee, u mocht één vraag stellen. U kunt niet in één interruptie ...

Mevrouw Voortman (GroenLinks):
Dan moet ik twee interrupties plaatsen. Dat is toch ook niet de bedoeling.

De voorzitter:
Nee, nee. Iedereen weet het, u bent de enige die daarvan afwijkt. Maar stel uw vraag.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):
Mijn tweede punt gaat om het er een beetje rekening mee houden door verzekeraars. Dit stelt dan eigenlijk helemaal niet zoveel voor. Als je wilt dat elke verzekerde op grond van deze aspecten bij de verzekeraar kan afdwingen dat die laatste de zorg goed inkoop, dan moet het ook echt iets voorstellen. Als de heer Slob daaronder "er een beetje rekening mee houden" verstaat, dan stelt het in de praktijk weinig voor.

De heer Slob (ChristenUnie):
Ik vind dit heel veel voorstellen. We geven met wettelijke bepalingen aan dat bij de zorginkoop een aantal principes en belangrijke waarden leidend zullen moeten zijn voor de wijze waarop de zorginkoop moet gaan plaatsvinden. Ook vragen we van de zorgverzekeraars om maximaal transparant te zijn in de manier waarop ze daarmee omgaan. Daarbij hebben we zelfs nog een soort achtervang van mogelijkheden om in te grijpen op het moment dat ze het onvoldoende doen, om ervoor te zorgen dat het wel gaat gebeuren. Ik zou dat niet kleiner willen maken dan het is. Ik vind dat waardevol en belangrijk, juist ook omdat wij in de afgelopen periode grote zorgen en twijfels hadden over de vraag hoe het eigenlijk met de zorginkoop ging. We zagen daar onvoldoende van terug. Ook van verzekerden en zorgaanbieders hoorden we dat het voor hen heel erg lastig was om precies in te kunnen schatten waarom het ene wel en het andere niet werd gecontracteerd. Daar willen we nu wat aan gaan doen. Ik zou zeggen: steun dat. Dat

vind ik een ongelooflijk winstpunt van dit wetsvoorstel; het zat er gewoon niet in en straks komt het er met een aantal heel mooie amendementen wel in.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Artikel 13 garandeert de keuzevrijheid van de patiënt. Dit artikel is in de wet gekomen omdat we dat belangrijk vonden. De hele Kamer inclusief de ChristenUnie vond dat belangrijk. De ChristenUnie heeft zelfs samen met de SGP een amendement ingediend om het te behouden, zo belangrijk vond zij het. Nu stemt de ChristenUnie kennelijk in met afschaffing van artikel 13. Waarom stemt de partij daarmee in, als zij probeert om aan de achterkant weer van alles te repareren?

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Als mevrouw Klever met de achterkant mijn betoog bedoelt van zojuist over de wijze waarop zorgverzekeraars hun zorginkopen moeten doen, dan denk ik dat zij absoluut onderschat hoe waardevol het is dat er in dit wetsvoorstel heel duidelijke bepalingen worden opgenomen. Daarmee zeggen wij richting zorgverzekeraars dat zij hier werk van moeten maken en dat zij zich moeten verantwoorden voor de wijze waarop zij er werk van maken. En als het onvoldoende gebeurt, kunnen er zelfs maatregelen genomen worden. Dat moeten ze zelfs doen voor 1 april; dat staat ook in het amendement op stuk nr. 19. Dat is ongekennd vroeg. We vragen dus echt wat van ze. Ze zullen dan al die procedure voor de zorginkoop en voor het zorginkoopbeleid duidelijk moeten maken. Dat is wat ons betreft een enorme meerwaarde van dit wetsvoorstel en het eerste dat moet gaan gebeuren. Op artikel 13 kom ik zo nog even apart terug, als ik inga op de wijze waarop wij daarmee zijn omgegaan, ook in relatie tot het eerder ingediende amendement. Mocht dit wetsvoorstel dus zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer passeren en uiteindelijk wet worden, is dit ook het eerste waarmee aan het werk moet worden gegaan. 2015 is het jaar dat er voor de verzekerden nog niet zo veel verandert — sterker nog: de huidige situatie blijft gewoon intact — maar voor de zorgverzekeraars gaat er van alles veranderen. Zij zullen vol aan de bak moeten en de transparantie gaan tonen die we nu nog onvoldoende van hen zien.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Is dat niet sowieso wat de zorgverzekeraars moeten doen? Is de heer Slob het niet met mij eens dat sowieso van de zorgverzekeraars moeten vragen, maar dat we daarvoor helemaal niet de keuzevrijheid moeten afschaffen? Ik heb nog steeds geen antwoord gehoord op de vraag waarom de keuzevrijheid dan afgeschafte moet worden.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Ik kom zo nog even apart terug op die keuzevrijheid. Als het erom gaat dat wij dit van hen vragen: ik vind het inderdaad belangrijk dat het moet gebeuren. Het zat niet in het wetsvoorstel. Als deze amendementen een meerderheid krijgen, komt het wel in het wetsvoorstel. Dat is inderdaad een duidelijke wens van ons. Wat dit soort bepalingen betreft staan wij zij aan zij. Ik wil dat het daarin wordt opgenomen. In de gesprekken die wij hebben gevoerd om tot amendementen te komen, was het ook een heel duidelijke

wens van mij om dit onderdeel te regelen. Ik kan niet anders — daar ben ik blij mee — dan constateren dat bij alle andere fracties waarmee wij gesproken hebben die wens ook nadrukkelijk aanwezig was en zelfs al amendementen in voorbereiding waren. Het is fantastisch dat wij daar straks zo Kamerbreed toe kunnen komen.

Wat wij ook belangrijk vinden, is dat als er ingegrepen moet worden als verplichtingen onvoldoende worden nagekomen en de wijze waarop gerapporteerd wordt onvoldoende is, de NZa daarvoor in een goede positie wordt gebracht. Wij weten — mevrouw Leijten heeft daar net veel woorden aan gewijd — dat er discussie is over de NZa; daarmee druk ik mij eigenlijk nog wat zachtjes uit. Nu staat en valt de NZa voor ons niet met een aantal mensen. Het instituut moet gewoon verder draaien. Ik neem aan dat de plekken die leeg zijn gevallen, straks ook weer ingevuld zullen gaan worden. Toch vraag ik de minister — wij gaan er later uitgebreider over spreken naar aanleiding van verdere rapportages — om in haar termijn in relatie tot dit wetsvoorstel en het voorliggende amendement even op de positie van de NZa in te gaan.

Ik kom op de positie van verzekerden. Wij hebben sympathie voor het amendement dat collega Bouwmeester al een aantal maanden geleden heeft ingediend, het amendement op stuk nr. 11. Ik denk dat het goed is om zorgverzekeraars bij het aanbieden van nieuwe polissen helder te laten communiceren wat de verschillen zijn ten opzichte van het voorafgaande jaar. Voor mensen is het soms heel lastig om het allemaal te volgen. Je mag op dit punt natuurlijk wel iets vragen van burgers, maar laten de verzekeraars daarover maar transparant zijn.

Wij vinden dat de verhouding tussen verzekeraars en verzekerden sowieso continu aandacht behoeft. Het is belangrijk — volgens artikel 28 van de Zorgverzekeringswet is het zelfs een wettelijke verplichting — dat verzekerden een redelijke mate van invloed dienen te hebben op het beleid van de zorgverzekeraars. De praktijk is dat zorgverzekeraars er verschillend mee omgaan. Bovendien is absoluut niet altijd helder wat ze precies doen om de verzekerden nadrukkelijk te betrekken bij de keuzes die ze maken. Kan de minister haar beoordeling geven van de manier waarop het op dit moment loopt? Is zij het met ons eens dat wij waar mogelijk moeten bevorderen dat die band steviger wordt? Ik denk dat zorgverzekeraars op dat vlak nog heel veel werk te doen hebben. Ik hoef daarbij alleen maar af te gaan op mijn gesprekken met mensen waarin ik heb geconstateerd dat de meesten niet eens weten dat daartoe mogelijkheden zijn. Ik ben ook niemand tegengekomen die actief is betrokken bij de keuzes van zorgverzekeraars. Nu zijn er wel raadplegingen, maar hoe vaak komt dat voor? Stelt dat echt wat voor? Dit is echt een onderwerp voor de komende tijd.

Ik kom op artikel 13, misschien wel het meest beladen onderdeel van deze wet. Er is veel discussie geweest over de vrije artskeuze. Ik denk dat dat terecht is. Het is een belangrijk principe. Voor mijn fractie staat voorop dat de basiszorg toegankelijk dient te blijven, voor iedereen, en dat die ook betaalbaar blijft. We weten dat dat niet vanzelfsprekend is. De kosten van de zorg zijn de afgelopen jaren explosief gestegen. Ik ben nog even nagegaan wat de kosten waren toen ik als Kamerlid begon in 2001, alweer even geleden, en wat nu de kosten zijn. Er heeft gewoon een

verdubbeling plaatsgevonden. Dan praten we over vele, vele miljarden. Het Budgettair Kader Zorg was toen 33,7 miljard. Nu, in 2014, is dat 67 miljard. De totale kosten zijn gestegen van 45 miljard in 2001 naar 93 miljard in 2014.

De afgelopen jaren heeft dat juist ook gevolgen gehad voor de basiszorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Hoe dik je portemonnee ook is, de basiszorg moet worden gegarandeerd. We hebben gezien dat juist door de stijging van de zorgkosten de basis smaller werd. Af en toe kwam er wat bij, maar er werd ook weer wat van afgehaald. We hebben ook gezien dat het eigen risico in de loop der tijd omhoog is gegaan. Dat zijn drempels. Ik constateer dat nu voor het eerst de negatieve spiraal waarin we zaten qua ontwikkeling van zorgkosten, langzaam maar zeker wordt doorbroken. Daarmee wil ik de minister complimenteren, dat is een knappe prestatie. Maar binnen de basiszorg is de keuzevrijheid van de verzekerde nog steeds een belangrijk principe. Dat valt niet opeens weg, zeker ook als het gaat om zorg dicht bij mensen.

Om die reden waren we erg blij dat het voornemen van het kabinet om de restitutiepolis te schrappen, uiteindelijk van tafel is gehaald. Daar hebben overigens verschillende partijen in het land veel druk op uitgeoefend, met resultaat. Dit biedt verzekerden altijd de mogelijkheid tot 100% keuzevrijheid. Het ging ons echter te ver om alle zorg — dat was het voornemen van het kabinet en van deze coalitie — onder de werking van het nieuwe artikel 13 te laten vallen. Uiteindelijk hebben wij ingestemd met twee domeinen. Dat is inderdaad een verschil met het oorspronkelijke amendement. Het gaat om de medisch-specialistische zorg en de ggz. Daar zijn in ieder geval twee dingen doorslaggevend bij geweest. Dat was de erkenning dat bij deze domeinen nog wel een slag kon worden gemaakt op het gebied van de kostenbeheersing, maar vooral ook — en dat is uiteindelijk voor ons ook een gegeven geweest waar we niet aan wilden morrelen — de constatering dat juist over deze twee domeinen door middel van hoofdlijnenakkoorden afspraken zijn gemaakt en dat dit niet alleen afspraken tussen de regering en zorgverzekeraars zijn, maar dat ook koepelorganisaties en patiëntenorganisaties daar een rol bij hebben gespeeld. Sterker nog: zij hebben ook hun handtekening onder deze afspraken gezet.

Dat was voor ons echter wel de uiterste grens. We hebben ervoor gestreden dat alle andere zorg dichtbij mensen, dus het basispakket en de eerstelijnszorg, uitgezonderd kon worden van de werking van artikel 13. Ik ben de collega's dankbaar voor het feit dat daar ruimte voor is gekomen. Dat is belangrijk. Het is een lange lijst geworden, zoals de Kamer ziet. Ik zal hem nu niet helemaal gaan opnoemen. In het amendement op stuk nr. 20 worden ze verwoord. Dus twee domeinen niet, vanwege de redenen die ik net heb genoemd en ook omdat de betrokkenen zelf zich daaraan verbonden hadden. Voor de andere domeinen is een uitzondering zelfs in de wet vastgelegd. Dat was voor ons een acceptabele wijze om daarmee om te gaan.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

De heer Slob wijst nu op de handtekening van onder andere patiëntenorganisaties en organisaties van zorgverleners onder het zorgakkoord. Dat was natuurlijk wel een stuk breder en daarin werden ook voorwaarden gesteld die met dit wetsvoorstel toch absoluut niet worden bereikt. Ik had

echter een vraag over iets wat de heer Slob al een hele tijd geleden zei, namelijk dat met dit voorstel het oplopen van de kosten wordt tegengegaan. De bewering die hier rondgaat, is dat het om 1 miljard gaat. Van de minister krijgen wij geen onderbouwing hiervan. Ik wil dus graag van de heer Slob horen welk bedrag hier nu mee wordt bespaard en hoe dat is opgebouwd.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik heb niet gezegd dat door dit voorstel alle kosten beheerst gaan worden. Ik heb gezegd dat de kosten in de afgelopen jaren explosief gestegen zijn. Ik heb het voorbeeld gegeven van mijn startpunt in de Kamer en van waar we nu staan. Daar kun je niet blij van worden, want dat zijn enorme stijgingen. We praten over vele miljarden. Ik heb geconstateerd dat we dit jaar voor het eerst zien dat er niet weer meer is uitgegeven dan er was begroot. Dat is eigenlijk een soort trendbreuk, want voordien was dit wel voortdurend het geval. Er gaan nu zelfs kostenbesparingen plaatsvinden. Dat werd ook wel tijd. Ik vind dat dit mede de verdienste is van deze minister. Daar heb ik haar een compliment voor gegeven. We moeten wel volhouden, want één zwaluw maakt nog geen zomer. Ik heb niet gezegd dat dit wetsvoorstel 1 miljard gaat opleveren. Als de door mij genoemde domeinen buiten artikel 13 zouden gaan vallen, zoals met de andere uitzonderingen gaat gebeuren, zou dat direct hebben geraakt aan de afgesloten hoofdlijnenakkoorden. Die hoofdlijnenakkoorden moeten op termijn inderdaad dat soort bedragen gaan opleveren. Op de korte termijn is al heel veel laaghangend fruit geplukt en hebben al besparingen plaatsgevonden. Daarbij gaat het niet alleen om de wijziging van artikel 13 en de vrije artskeuze. Er zijn bijvoorbeeld ook afspraken gemaakt met de specialisten over de medisch specialistische zorg. Er zijn ook afspraken gemaakt over het tegengaan van verspilling. In de akkoorden zijn verschillende concrete afspraken terug te vinden. Niet onbelangrijk is bijvoorbeeld het feit dat men qua volume terug moet; de groei mag dus niet onbeperkt doorgaan. Dat levert uiteindelijk — dat is natuurlijk logisch — besparingen op die noodzakelijk zijn. In het akkoord wordt artikel 13 wel genoemd. Als je dat eruit zou hebben getrokken, zou de realisatie van het akkoord ter discussie hebben gestaan en zou misschien ook de uiteindelijke opbrengst in gevaar zijn gekomen. Dat is nu voorkomen doordat deze domeinen wel onder artikel 13 blijven vallen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

De heer Slob zegt dus: omdat het in het akkoord stond, hebben we die domeinen toch maar die positie gegeven. Ik neem echter aan dat de heer Slob ook zelf een visie hierop heeft. Ik vind het ook jammer dat hij zo selectief omgaat met de handtekeningen van de partijen die hun handtekening onder het zorgakkoord hebben gezet. Verscheidene partijen hebben afgelopen maandag juist aangegeven dat aan de randvoorwaarden van dat akkoord nog niet is voldaan. Dan is het raar om deze hap er alvast uit te nemen. Wat de 1 miljard betreft, constateer ik dat de heer Slob zegt: we weten niet of dit iets oplevert, maar daar is het ook niet om te doen.

De voorzitter:

Mijnheer Slob, een korte reactie graag.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Over selectief gesproken: er wordt hier heel selectief geluisterd. Ik heb aangegeven dat er twee argumenten waren waarom wij uiteindelijk ervoor hebben gekozen om deze twee domeinen onder de werking van het nieuwe artikel 13 te laten vallen. Het ene argument was de constatering, ook vanuit de sector zelf, dat daar zeker nog winst te boeken valt door strakker te sturen op prijs en kwaliteit. Kwaliteit is natuurlijk belangrijk en blijft altijd vooropstaan, maar je moet ook zorgvuldig kijken naar kosten die gemaakt worden. Daar moet dus op gestuurd worden. Dat kan met artikel 13 in deze vorm beter dan in de oude situatie. Het tweede was dat inderdaad de betrokken partijen zelf hun handtekening hebben gezet onder het akkoord en de afspraak hebben gemaakt dat ze dat verder gaan naleven. Dat het akkoord ook nog verder moet worden uitgewerkt en moet worden toegepast, spreekt voor zich. Als je er echter al een belangrijk onderdeel uit trekt, dan weet je één ding zeker: dan stort het hele akkoord, dat zo breed, door veel partijen, gedragen was, in elkaar. Dat heb ik niet voor mijn rekening willen nemen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik ben toch een beetje in verwarring.

De **voorzitter**:

Vertel!

Mevrouw **Leijten** (SP):

In antwoord op mijn eerste vraag, de vraag waarom de eerste lijn uitzonderd moet worden, zei de heer Slob namelijk: we hadden voornamelijk problemen met het afschaffen van artikel 13 omdat niet transparant was hoe werd ingekocht, maar nu die transparantie er is, kan het weliswaar niet vervallen voor de eerste lijn, de basiszorg, maar wel voor de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Nu komen er andere redenen. Ik had hem graag willen vragen wat er dan zoveel transparanter is in de zorginkoop van de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg dan in die van de basiszorg. Dat argument is nu echter weggefallen. Daarom wil ik het toch maar hebben over het amendement dat hij heeft ingediend toen het wetsvoorstel net in de Kamer lag. Wetende dat dit de discussie was, hebben de heer Slob en de heer Van der Staaij samen een amendement ingediend met een prima toelichting, waar ik ook zo achter sta. Daarin staat dat ze het belang van keuzevrijheid van de verzekerden een belangrijke effectieve prikkel vinden om goede zorg te leveren. Waarom geldt dat nu wel voor de basiszorg in de eerste lijn maar niet voor de geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg?

De **voorzitter**:

Doelt u op het amendement op stuk nr. 6, dat ingetrokken is?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja, maar de toelichting is ooit in volle overtuiging door de heer Slob en de heer Van der Staaij geschreven. Wat is er dan veranderd als het gaat over het belang van die keuzevrijheid juist bij het bepalen van kwaliteit?

De **voorzitter**:

Helder. Het amendement maakt echter geen deel uit van de beraadslaging.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Nee, maar ik heb zelf de toelichting op het amendement gebruikt om aan te geven hoe we in de beginsituatie naar het wetsvoorstel keken. Keuzevrijheid is voor ons inderdaad belangrijk. Dat was toen zo, maar dat is het ook nu. Daarnaast hadden we ook zorgen bij dit wetsvoorstel. In de eerste plaats zou de restitutiepolis worden afgeschaft, wat een behoorlijke inbreuk ... Mevrouw Leijten roept dat het van tafel was, maar het stond in het regeerakkoord en het was dus nog niet van tafel. Als we zo moeten discussiëren, mevrouw de voorzitter ... U bepaalt hier de orde.

De **voorzitter**:

Precies.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

De restitutiepolis zou dus worden afgeschaft. In de onderbouwing van het amendement van mijzelf en de heer Van der Staaij die mevrouw Leijten zo volwaardig ondersteunt, staat dat er zelfs letterlijk in. Dat vonden wij een probleem, want dat zou inderdaad gevolgen hebben gehad voor de keuzevrijheid. In de tweede plaats vonden wij dat de zorginkoop niet transparant verliep. Dat vind ik tot de dag van vandaag nog steeds. Hopelijk gaan we daar wat aan doen, ook door middel van amendementen. Die zaken bij elkaar opgeteld gaven ons geen reden om enthousiast te zijn over het wetsvoorstel en daarom hebben we dat amendement ook ingediend. Nu zijn we sinds de indiening van het wetsvoorstel een jaar en negen maanden verder. Het amendement kwam na vijf maanden. We zitten nu dus ruim een jaar na de indiening van het amendement. Ik constateer dat er nu beweging lijkt te komen — bij de stemming zal dat definitief blijken — wat betreft de wijze waarop de zorgverzekeraars hun inkoop moeten doen. Ik constateer dat het onzalige plan uit het regeerakkoord om de restitutiepolis te schrappen, inmiddels van tafel is. Ik constateer ook dat de partijen die zijn betrokken bij de medisch-specialistische zorg en de ggz, zichzelf via hoofdlijnenakkoorden hebben verbonden aan een aantal activiteiten, waarvan ook artikel 13 een onderdeel is. Er is dus wel even een heel ander speelveld ontstaan. Is dat voor ons reden geweest om te zeggen: oké, doe dan alles maar? Nee! Dat blijkt toch ook? Ik snap best dat mevrouw Leijten, die al tegen de huidige situatie is, hier niet voor is, maar het minste wat ze zou kunnen zeggen, is: fijn dat dan in ieder geval de zorg dicht bij mensen buiten artikel 13 blijft, dat is in ieder geval iets. Nou ja, "in ieder geval iets"? Het is een enorme lijst geworden en die is niet als vanzelfsprekend tot stand gekomen. Uiteindelijk staat het er echter wel, en als het straks een meerderheid krijgt, dan wordt het ook in de wet opgenomen. Daarvoor hebben we geknokt. We hebben het inderdaad losgelaten voor de medisch-specialistische zorg en de ggz, maar daarvoor hadden we ook argumenten. Wat mij betreft is dat te verantwoorden, ook in het licht van al die andere afspraken die we hebben kunnen maken en de afspraken die in het veld gemaakt zijn.

Mevrouw Leijten (SP):

Het is in ieder geval iets, en daar wil de heer Slob een compliment voor. Ik wil hem er gewoon aan herinneren dat, als hij zijn handtekening er niet onder had gezet, het schrappen van artikel 13 voor de medisch-specialistische zorg en de ggz niet zou plaatsvinden. Als hij dus had gezegd dat die keuzevrijheid een grondrecht is, een basisrecht is voor iedereen ... Ik wil het graag iedere dag met de heer Slob hebben over besparingen in de zorg. Ik heb ook de miljarden genoemd. Ik ben ervan overtuigd dat dit kan, maar daarvoor hoef je niet het basisrecht, het grondrecht van de keuzevrijheid, te offeren. Ik vind het zo gek dat er wordt gezegd: we hebben een bord linzen, te weten de basiszorg en de eerstelijnszorg, waarvoor wel keuzevrijheid is; maar de rest hebben we toch verkocht. Is dat nu werkelijk de overwinning van de heer Slob, namelijk dat er iets overblijft, terwijl de minister niets had gehad als hij niet had getekend?

De heer Slob (ChristenUnie):

Mevrouw Leijten neemt in haar eigen argumentatie niet de werkelijkheid mee die in Nederland al aanwezig was, namelijk dat in dat zorgveld de betrokken partijen zich er met elkaar aan hadden verbonden dat de zorgkosten zouden worden beheerst. Dus dat er besparingen zouden komen, in plaats van dat de zorgkosten ieder jaar opnieuw zouden oplopen, terwijl we allemaal weten dat die rekening uiteindelijk ook bij de verzekerden zal terechtkomen, via een kleiner basispakket waardoor men zich moet bijverzekeren – wat niet iedereen kan – of via een heel hoog eigen risico. Als mevrouw Leijten dat soort akkoorden achteloos als niet van belang aan de kant schuift, is dat haar politieke keuze. Ik zeg eerlijk dat ze me zwaar op de maag lagen, omdat het principe van de vrije artskenkeuze inderdaad heel belangrijk is. Ik vind dat we deze op deze wijze nog behoorlijk goed hebben kunnen borgen, als het gaat om de zorg dicht bij mensen. Ik druk me daarmee nog zachtjes uit, want straks is dit gewoon wettelijk bepaald. Als die hoofdlijnenakkoorden, waar zo veel partijen hun handtekening onder hadden gezet, aan gruzelementen waren gegaan, had dat behoorlijk wat gevolgen gehad. Dat wilde ik niet voor mijn rekening nemen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Slob gaf net aan dat het criterium voor het amendement op stuk nr. 20 de zorg dicht bij huis is. Een aantal vormen van zorg is uitgezonderd. Dat is eigenlijk bijna gelijk aan de eerstelijnszorg. Ik mis daarbij echter wel een aantal spelers: de mondhygiënist, de huidtherapeuten, de ergotherapeuten en de podotherapeuten. Kan de heer Slob mij uitleggen waarom die vier beroepsgroepen geen onderdeel uitmaken van het amendement op stuk nr. 20?

De heer Slob (ChristenUnie):

Ergotherapie staat er gewoon in. Als u nog even het amendement erbij pakt, ziet u dat mondzorg er ook in staat. De opmerking over de huidtherapeuten klopt. Ik ben daar zelf later nog over benaderd door de sector zelf, door een enthousiaste voorzitter die haar taak met verve vervult. Ik ben het met haar nagegaan: de zaken die onder de basiszorg vallen, vallen onder het kopje "fysiotherapie". Dat is dus op die manier afgedekt. Er is geen enkele reden geweest om bepaalde specialismen buiten het basispakket en de eerste

lijnszorg te houden. Volgens ons zijn we dus compleet geweest, maar dit staat iedereen vrij. Ik geleid deze vraag ook maar even door naar de minister. Zij kan misschien duidelijk maken hoe zij, vanuit haar specialiteit, aankijkt tegen een aantal onderdelen waarvan wij misschien denken dat deze niet helemaal worden meegepakt. Het is echter wel de bedoeling geweest om volledig dekkend te zijn.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het is goed om te horen dat het de bedoeling was om volledig dekkend te zijn. Ik versprak me inderdaad over de ergotherapeuten. Ik kan nu concluderen dat de mondhygiënist vallen onder de mondzorg. Ik heb nog geen antwoord gehoord over de podotherapeuten. Van de huidtherapeuten hoor ik vooral dat zij technisch declareren, onder de noemer van de fysiotherapeuten. Dat is een risico, omdat zij niet apart worden genoemd en die vrijheid hun straks misschien niet meer apart wordt toegekend.

De heer Slob (ChristenUnie):

Uiteindelijk is de vraag belangrijk of iets wel of niet onder het basispakket valt. De huidtherapie valt sec niet onder het basispakket, maar bepaalde onderdelen ervan vallen onder fysiotherapie en mij is uitgelegd dat die in ieder geval door huidtherapeuten worden toegepast. Op het gebied van de mondzorg zijn wij volgens mij dekkend geweest met betrekking tot hetgeen waarop recht is vanuit de basiszorg. Maar nogmaals, laten we de vraag over de onderdelen waarvan u misschien vindt dat die er ook onder zouden moeten vallen, maar waarvan u dat niet heeft kunnen constateren, even doorgeleiden naar de minister. Er is geen reden geweest om er bewust zaken buiten te houden. We hebben geprobeerd om volledig dekkend te zijn. Ik heb de indruk dat we dat ook zijn geweest. Als dat niet zo is, gaan we er gewoon nog even naar kijken.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik heb de heer Slob horen zeggen dat een belangrijke reden om in te stemmen met de afschaffing van de keuzevrijheid en met wijziging van artikel 13, het blijven behouden van de restitutiepolis is. Kan de heer Slob aangeven welke garanties hij heeft dat zorgverzekeraars deze restitutiepolis ook daadwerkelijk zullen blijven aanbieden en dat die restitutiepolis niet onbetaalbaar wordt?

De heer Slob (ChristenUnie):

Als we zo de discussie met elkaar moeten voeren: de restitutiepolis wordt niet afgeschaft, die is er nog steeds. Het voornemen van het kabinet om dat te doen, is ingetrokken. Dat is de werkelijkheid. Natuurlijk kan ik altijd allerlei scenario's los gaan laten op dingen die we nu afspreken te gaan doen en die misschien over een jaar of twee jaar niet zo gedaan worden, maar dit is de werkelijkheid waarmee we te maken hebben, ook als het gaat om wetteksten, zaken waar het kabinet voor staat en zaken die het kabinet wel of niet gaat uitvoeren en die het uit het regeerakkoord heeft gehaald of er juist in wil voegen. Dat is wat mij betreft de werkelijkheid waarmee we te maken hebben. Wat betreft het beeld als zou de vrije artskenkeuze worden afgeschaft: de basiszorg blijft maximaal voor iedereen toegankelijk. De vrije artskenkeuze is ook volledig van toepassing maar dat hangt dan wel af van de polis die men heeft. Wat er straks

wel kan gaan veranderen is dat als men niet gecontracteerd is, men nu nog wel een behoorlijk percentage vergoed krijgt en dat dit straks wat lastiger kan worden; het zou dan nog kunnen blijven bestaan maar het zou zelfs ook naar nul kunnen gaan. Daar praten we met elkaar over. Dat is de discussie die we moeten voeren. Laten we wel even proberen recht te doen aan de feiten.

Mevrouw Klever (PVV):

Keuzevrijheid bestaat natuurlijk niet alleen uit het kiezen van je eigen huisarts maar ook uit het kiezen van je eigen specialist, je eigen ziekenhuis of je eigen secondopinionarts. De werkelijkheid waar de heer Slob naar verwijst is natuurlijk ook dat met dit wetsvoorstel de zorgverzekeraars nog veel meer macht krijgen. Er is geen enkele garantie dat die zorgverzekeraars die zo graag deze vrije artskeuze willen afschaffen, niet straks de restitutiepolis onbetaalbaar maken. Ik vind het echt teleurstellend dat de ChristenUnie dit gevaar niet onder ogen wil zien en dat zij gewoon de handtekening zet onder afschaffing van die keuzevrijheid.

De heer Slob (ChristenUnie):

De handtekening zetten onder afschaffing van de keuzevrijheid ... De keuzevrijheid blijft overeind. Alleen, er zullen inderdaad wel een paar zaken gaan veranderen. Als wij vanuit de Kamer de hoogtes van polissen en de vraag "welke polissen wel of niet" tot in de wet moeten gaan vastleggen, dan gaat dat wel heel erg ver. Dat hebben we nooit gedaan. We spreken altijd wel intenties en wensen uit. Ik weet nog dat vorig jaar bijvoorbeeld er een enorme zorg was dat de premies omhoog zouden gaan. Uiteindelijk is gebleken dat dit niet gebeurde. Daar waren we volgens mij allemaal blij mee. Dus ik kijk ook uit naar de nieuwe ronde. Ik hoop dat die trend zich voortzet of in ieder geval dat we het huidige niveau kunnen vasthouden, maar dat weten we niet, dat zullen we moeten afwachten. Je zult ook de onderscheiden verantwoordelijkheden serieus moeten nemen. De uitzonderingen waarover ik zo-even sprak, waren voor ons van groot belang. Daar hebben we nu ook een amendement voor gecreëerd waarin ze ook worden genoemd. Daar horen overigens ook de wijkverpleegkundigen bij. Dat vonden wij belangrijk, met name omdat door de decentralisatie van zorgtaken naar de gemeenten, in de wijken de huisarts, de wijkverpleegkundige en de apotheker duidelijk zullen moeten gaan samenwerken. Het is dus van belang om ook de keuzevrijheid daarbij te behouden.

De voorzitter:

Ik stel voor dat u verdergaat.

De heer Slob (ChristenUnie):

Mevrouw de voorzitter. Voor ons was ook belangrijk dat er een goed overgangsrecht zou komen. Het zou inderdaad vervelend zijn dat waar het gaat om die terreinen waar we artikel 13 in nieuwe vorm wel op loslaten, mensen die met een behandeling bezig zijn, opeens vanwege de contractkeuze van hun zorgverzekeraar ergens anders hun behandeling moeten vervolgen. Er zijn duidelijke afspraken over gemaakt, ook waar het gaat om een aaneengesloten behandeling, hetgeen is verwoord in het amendement op stuk nr. 16, waarvan, naar ik meen, de heer Van der Staaij de eerste indiener is. Dat is erg belangrijk voor mensen die

langdurig bepaalde behandelingen ondergaan waarbij het vervelend zou zijn als die behandelingen zouden moeten worden onderbroken. Dat voorkomen we op deze manier dus ook. Ik hoop dat dat amendement ook brede steun vanuit de Kamer zal krijgen, meer dan alleen van de ondertekenaars.

Tot slot het persoonsgebonden budget, nogal een apart onderdeel. Mevrouw Voortman heeft daar ook aandacht aan besteed. Dat begrijp ik ook, gezien haar betrokkenheid bij dat onderwerp. Het was mijn fractiegenote Carla Dik die mede-indiener was van een motie die er uiteindelijk toe heeft geleid dat de pgb in de Zorgverzekeringswet is terechtgekomen. Het spreekt voor zich dat we daar blij mee zijn.

We zullen nog verder over de uitwerkingen moeten gaan praten. Inderdaad hebben wij er ook wel vragen bij hoe dit uiteindelijk in de praktijk zal verlopen. Ik leg een vraag hier neer, die we ook al schriftelijk hadden gesteld en waarop wij het antwoord van de minister kregen dat zorgverzekeraars niet categoriaal mogen uitsluiten dat niet-professionals worden ingezet bij het pgb in de Zorgverzekeringswet. Maar als je aan de andere kant wel weet dat ze toch allerlei voorwaarden kunnen stellen en als je ook weet dat de administratieve last daaromheen voor mensen ook wel erg hoog is, dan is mijn vraag aan de minister of die ruimte er in de praktijk ook daadwerkelijk zal komen. Of zijn de drempels zo hoog dat het haast onmogelijk wordt voor mensen om daar gebruik van te kunnen maken? Dat zouden wij heel vervelend vinden. Daarom willen wij er ook verder over doorpraten, omdat die pgb waardevol is. Daar is in de Kamer keihard voor geknokt door heel veel fracties. Uiteindelijk is dit van oorsprong volgens mij zelfs nog een liberaal idee. Ik geloof zelfs dat deze minister er als woordvoerder ook al een groot voorstander van was. Maar dan moet het straks niet een dode letter in de wet zijn, dan moet het in de praktijk ook iets gaan voorstellen. Daarover wil ik toch ook wel duidelijkheid van deze minister. Die kan zij hopelijk geven.

De voorzitter:

U was klaar, neem ik aan?

De heer Slob (ChristenUnie):

Ja, één punt nog, over verticale integratie.

De voorzitter:

Ik stel voor dat u dat inbrengt. Dan geef ik ruimte voor interrupties.

De heer Slob (ChristenUnie):

Daarover zeg ik niet meer dan dat wij het eens zijn met wat hier in de wet staat. We hebben gezien dat de zorgverzekeraars behoorlijk blazen als het om dit onderdeel gaat, maar wij vinden het heel goed dat dat in de wet gewoon netjes wordt geregeld. Dat heeft onze hartelijke steun.

Mevrouw Leijten (SP):

Zorgverzekeraars blazen, zeker. We hebben een brief gekregen van Zorgverzekeraars Nederland, die er een aardig

inkijkje in geeft hoe zij aankijken tegen het opheffen van artikel 13 en tegen de besparingen die zij vooral daarop moeten binnenhalen. De heer Slob maakte mij net in zijn antwoord aan mij bijna het verwijt dat ik akkoorden naast mij zou neerleggen. Ik heb niet zo veel met akkoorden als ik zie dat 130.000 mensen in korte tijd een petitie tekenen tegen het opheffen van de vrije artskeuze en als 85% van de bevolking zegt: niet doen. Dan vind ik dat belangrijker dan een akkoord van een paar bobo's. Maar als die akkoorden nu zo belangrijk zijn voor de ChristenUnie, waarom blaast de heer Slob dat dan wel op als het gaat over de wijkverpleging? De zorgverzekeraars zeggen dat zij niet de taakstelling kunnen halen als artikel 13 niet geldt voor de wijkverpleging.

De heer Slob (ChristenUnie):

Dit betreft een ander akkoord dan waar wij het net over hadden. Toen hadden wij het over de medisch specialistische zorg en over de ggz. Dit is een akkoord dat zorgverzekeraars en gemeenten met het Rijk hebben afgesloten. Wij komen niet aan de afspraak die daar is gemaakt, dat zorgverzekeraars ook een verantwoordelijkheid blijven houden, ook voor de wijkverpleegkundigen. Dat wordt zelfs in het amendement ook nog heel duidelijk genoemd. Maar omdat wij wel zeer hechten aan het feit dat de samenwerking die in de wijken moet gaan plaatsvinden tussen huisarts en apotheker met de wijkverpleegkundige en dat die goed verloopt en uiteindelijk goed wordt ingepast in de wijk, hebben wij voor de wijkverpleegkundige inderdaad ook deze bepaling in dit amendement opgenomen.

Mevrouw Leijten (SP):

Daarover ben ik geheel eens met de heer Slob.

De heer Slob (ChristenUnie):

Voorzitter, dit is een mooi moment in het debat. Wij zijn het eens!

De voorzitter:

Het staat in de Handelingen!

Mevrouw Leijten (SP):

Maar dit laat zien dat je bij amendement moet regelen dat de samenwerking geborgd wordt en dat dat niet wordt doorkruist door een zorgverzekeraar die beslist over de hoofden van patiënten en zorgverleners heen en dus essentieel is voor de rest van de zorg. Want wat is er nu desasteuzer dan de huisarts die de heer Slob of de voorzitter wellicht doorverwijst naar een arts waar hij of zij graag heen wil maar niet heen mag? Is dan niet ook de samenwerking doorkruist? Is dat niet ook een probleem? Is de terechte argumentatie die de heer Slob gebruikt om de wijkverpleegkundige en de eerste lijn buiten artikel 13 te laten niet de argumentatie om hier niet aan te beginnen, maar om te zeggen: we behouden de keuzevrijheid van de mensen?

De heer Slob (ChristenUnie):

Wij hebben daarin een andere afweging gemaakt, die wij net uitgebreid beargumenteerd hebben. Straks zal er samenwerking in de wijken plaatsvinden en zal de zorg

letterlijk dicht bij mensen komen; het komt zelfs het huis in. Wij hebben dit onderscheid in het amendement opgenomen. Daarmee hebben wij tevens recht willen doen aan een amendement met betrekking tot de maatschappelijke positie van de zorgverzekeraar dat bij de behandeling van de Wmo is aangenomen. Volgens mij was dat een amendement van de heer Otwin van Dijk. Daarin stond dat er tussen gemeenten en zorgverzekeraars moet worden samengewerkt. Ik heb het idee dat we daar volledig recht aan hebben gedaan. Ik ben zeer benieuwd hoe dit zich de komende jaren gaat voltrekken, want dit is iets nieuws met de wijkverpleegkundige en alles wat er gaat gebeuren. We zullen met belangstelling kijken naar de evaluatie die over twee jaar gaat komen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Net als de heer Slob ben ik heel erg blij met het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Ik maak mij wel zorgen hoe dat past bij de wijzigingen die verder in artikel 13 worden voorgesteld. Zoals ik het lees, kan het gebeuren dat een verzekeraar zegt: wanneer iemand ervoor kiest om via een pgb bepaalde zorg te nemen, dan vergoeden we daar minder voor dan wanneer hij die zorg bij een door ons gecontracteerde zorgverlener betreft. Het kan natuurlijk ook gebeuren dat na een, twee of drie jaar het tarief voor het pgb wordt verlaagd. Deelt de heer Slob het standpunt van GroenLinks dat dat in elk geval niet mag gebeuren? Daarmee zou je het pgb namelijk uithollen.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik deel die zorg. Inderdaad, we moeten nog bezien hoe dit in de praktijk zal gaan werken. Ik heb zelf ook vragen aan de minister gesteld over de toegankelijkheid om van het pgb gebruik te maken. In onze richting is door collega's, maar ook door mensen buiten de Kamer gezegd dat met het pgb de keuzevrijheid ook volledig is geborgd. Wij moeten in de praktijk gaan zien hoe dit uiteindelijk gaat werken, maar wij vonden het wel belangrijk om in de uitzonderingen voor de eerste lijn de wijkverpleegkundige onderdeel te laten uitmaken. Daarmee is de keuzevrijheid voor de wijkverpleegkundige beter geborgd dan wanneer je alleen de route van het pgb zou volgen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik vraag hiernaar omdat de staatssecretaris in het debat over de Wmo aangaf dat het goed was dat de ene verzekeraar 60% van de pgb-zorg vergoedt en de andere verzekeraar 80%. Ik begrijp dat de ChristenUnie zegt dat dat in elk geval niet kan. Het moet niet zo zijn dat mensen op een gegeven moment wel voor zorg in natura moeten kiezen, omdat het pgb duurder zou zijn.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik ga over mijn eigen woorden, maar wij vinden het inderdaad belangrijk dat de keuzevrijheid voor de wijkverpleegkundige zo veel mogelijk aanwezig is. Er zijn nu zelfs varianten en dat is mooi. Wat mensen willen, kunnen zij straks en dat is echt een winstpunt waar deze Kamer hard voor heeft geknokt. Zij kunnen voor een pgb kiezen, maar dan moet het niet alleen een letter in de wet zijn, maar ook in de praktijk functioneren. Daarover hebben wij nog vervolgdiscussies. De andere route is dat mensen een beroep

kunnen doen op keuzevrijheid en zelf voor een wijkverpleegkundige kunnen kiezen. Uiteraard moet daarvoor wel getekend worden, want anders zouden we de samenwerking in de gemeente doorkruisen. Het moet wel passen in wat er in de wijken gebeurt en op het aanbod dat er is. Daar is het amendement volgens mij heel helder over, en ook de toelichting die daarbij gegeven is.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb nog een vraag over de toelichting op het amendement op stuk nr. 20 van de heer Slob. Daarin staat heel mooi dat ook zorg uitgezonderd wordt zoals huisartsen die plegen te bieden. Lees ik goed dat het bij de zorg die huisartsen plegen te bieden niet alleen gaat om de zorg die door de huisarts zelf wordt verleend, maar ook om de zorg die wordt verleend door bijvoorbeeld praktijkondersteuning? Ik doel op de POH-GGZ, de POH Somatiek en de POH Ouderenzorg. Lees ik het goed dat de heer Slob dat daarmee bedoelt?

De voorzitter:

Kan het kort, mijnheer Slob?

De heer Slob (ChristenUnie):

Het kan heel kort. Zoals in het amendement staat: huisartsenzorg is uitgezonderd van de werking van artikel 13, zoals die wel bij de medisch specialistische zorg en bij de GGZ zal gelden.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat betekent dat de zorg van de praktijkondersteuner somatiek en ouderenzorg, of de verpleegkundige specialist ggz ook onder de uitzondering valt, omdat dat wordt gezien als huisartsenzorg. Begrijp ik dat goed?

De heer Slob (ChristenUnie):

De zorgverzekeraar sluit een contract af met een huisarts. Het aanbod dat de huisarts biedt aan de mensen die naar hem of haar toekomen, valt daar gewoon onder.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Maar dit gaat om niet-gecontracteerde zorg.

De heer Slob (ChristenUnie):

Jawel, maar mensen mogen gebruikmaken van alles wat een huisarts aanbiedt. Een zorgverzekeraar mag niet zeggen dat mensen maar drie, vier straten verder naar de huisarts moeten gaan in plaats van naar de huisarts om de hoek. Nee, dan mogen mensen gewoon naar de huisarts om de hoek met het aanbod dat die huisarts daar ook doet.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. Dit wetsvoorstel is inmiddels een allegaartje geworden, want het regelt dat zorgverzekeraars geen eigen zorgaanbieders mogen oprichten, dat een deel van de niet-gecontracteerde zorg niet langer hoeft te worden vergoed, dat er een persoonsgebonden budget voor een selecte

groep mensen in de Zorgverzekeringswet komt en dat iedereen een aanvullende verzekering moet afsluiten. Bovendien ligt er een vijfpartijendeal om de beperking van de keuzevrijheid, zo inmiddels in de volksmond genoemd, te wijzigen. Het CDA stelt aan al die veranderingen de eis dat kwaliteit van zorg leidend is. Zorgvuldigheid bij deze grote veranderingen is ook heel erg belangrijk. Haastige spoed is zelden goed. Bovendien dient duidelijk te zijn wat de effecten van de maatregelen zijn. Het CDA hoopt hierover tijdens deze plenaire behandeling meer duidelijkheid te krijgen.

Als eerste ga ik in op de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Het CDA kan zich indenken dat zorgverzekeraars scherper gaan inkopen. Daaraan kan een wijziging van de Zorgverzekeringswet bijdragen. In het verkiezingsprogramma van het CDA staat wel dat het CDA daaraan randvoorwaarden stelt. Kwaliteit van zorg moet leidend zijn en de artskeuze moet zo veel mogelijk gewaarborgd worden. De aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet is dus mogelijk als kwaliteit van zorg leidend is en als de vrije artskeuze zo veel mogelijk wordt gewaarborgd. Die twee voorwaarden zijn belangrijk voor het CDA.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in zijn Monitor Zorginkoop over inkopen op kwaliteit het volgende geschreven: "er is een ongelijkwaardige positie tussen zorgverzekeraars en aanbieders als het gaat om contractering. Financiële belangen zijn leidend in het onderhandelingsproces, terwijl belangrijke aspecten zoals kwaliteit, innovatie en service van ondergeschikt belang lijken. Zorgverzekeraars zijn vaak onvoldoende toegerust op een inkoop op grote schaal, doordat zij werken met tamelijk kleine en gescheiden inkoopafdelingen met weinig medische adviseurs". Het CDA is van deze constatering nogal geschrokken. De wetswijziging vergroot natuurlijk de inkoopmacht van de zorgverzekeraars. Wat vindt de minister van de constatering van de NZa? Hoe gaat zij ervoor zorgen dat alle zorgverzekeraars per 1 januari 2015 zorg naar gelang van kwaliteit inkopen voor alle onderdelen van de zorg? Hoe zorgt zij ervoor dat de inkoopafdelingen van de zorgverzekeraars uiteindelijk de kwaliteit krijgen die de NZa eist?

Meer inkoopmacht voor de zorgverzekeraars betekent meer en beter toezicht. Die discussie is op dit moment natuurlijk lastig. De Nederlandse Zorgautoriteit ligt onder vuur, zoals meerdere collega's hier al hebben gezegd. Hun gezag in de zorgsector brokkelt af. Dat betekent aan de ene kant dat er snel werk moet worden gemaakt van het onderzoek van de heer Borstlap en aan de andere kant dat de Tweede Kamer wetgeving moet opstellen die voor de komende jaren geldt. Zij moet dus vooruitkijken.

We zien dat de Nederlandse Zorgautoriteit op dit moment wel de zorginkoop monitort, maar dat de zorgverzekeraar of zorgaanbieder in geval van problemen toch maar naar de rechter moet gaan, zoals de minister zelf aangeeft. Moet de Nederlandse Zorgautoriteit niet toch vanwege artikel 13 en het door de vijf partijen ingediende amendement tot invoeging van artikel 13a van de Zorgverzekeringswet, wel handhavingsbevoegdheden krijgen? Dan hoeft een individuele zorgaanbieder niet telkens naar de rechter te gaan, maar kan de NZa, zodra hij in de praktijk ziet gebeuren dat er bijvoorbeeld nooit over kwaliteit wordt gesproken, daarvan direct werk maken en zorgverzekeraars op dat punt echt aanpakken.

Het is nog onduidelijk voor het CDA hoe groot het aandeel niet-gecontracteerde zorg op dit moment is en hoeveel besparing het kan opleveren. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen vraagt zich dit ook af. Zij zegt dat de zorgvraag van de patiënt sowieso blijft bestaan. Ik heb daarom vier vragen aan de minister.

De eerste vraag is hoeveel zorgverzekeraars op dit moment jaarlijks betalen aan vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg. De tweede vraag is hoe groot de omvang is van niet-gecontracteerde zorg in de eerstelijnszorg, dus bijvoorbeeld fysiotherapie en huisartsenzorg — de heer Slob heeft prima uitgelegd welke dit zijn — de ziekenhuizen, de tweedelijns-ggz-instellingen en de zelfstandige klinieken. De derde vraag is hoe groot het bedrag is dat met de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet sec bespaard gaat worden. Deze vraag is al door meer collega's gesteld. Dan de vierde vraag. We hebben nu een aantal amendementen die een wijziging op dit wetsvoorstel inhouden. Wat betekent dit voor de hoogte van het bedrag dat we van plan zijn op te halen met artikel 13 Zorgverzekeringswet? Wat kosten die amendementen eigenlijk?

Ook vraag ik mij af waar de patiënt in dit verhaal staat. Wat schiet die met deze wetswijziging op? Het is voor patiënten vaak heel lastig om het complexe zorglandschap te overzien en te weten te komen waar zij terecht kunnen met hun vragen. De Landelijke Huisartsen Vereniging geeft aan dat huisartsen straks niet meer kunnen doorverwijzen naar de specialisten die zij vertrouwen en kennen. Hoe kijkt de minister aan tegen deze constatering van de Landelijke Huisartsen Vereniging?

Per 1 januari 2015 verandert er veel in de zorg. Er komt een nieuwe huisartsenbesteding. De Nederlandse Zorgautoriteit blijkt niet op tijd klaar te zijn met alle voorwaarden, segment 3 staat nog in de steigers, maar de besteding begint per 1 januari per 2015 wel. Voor de wijkverpleegkunde geldt eigenlijk hetzelfde. Ook start per 1 januari 2015 de integrale besteding in de ziekenhuizen. Dat is ook een megaverandering. Tegelijkertijd krijgen ziekenhuizen op dit moment niet al hun jaarverslagen goedgekeurd. Ook gaat per 1 januari 2015 de behandeling gericht op de langdurige geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet over. De minister heeft aangegeven: pas op, pas op; we hebben de onafhankelijke, objectieve criteria op dit moment nog niet klaar, maar er komt een overgangssysteem, waarbij we werken met een termijn van drie jaar. Als laatste gaat nog per 1 januari 2015 de verpleging en verzorging over. We proberen het natuurlijk te voorkomen, maar dit alles gaat waarschijnlijk gepaard met de nodige afstemmingsproblemen tussen de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Is het, gezien de vele veranderingen die we per 1 januari 2015 krijgen, verstandig om ook de voorliggende wetswijziging per 1 januari 2015 in te laten gaan? Zou het niet goed zijn om eerst het stof te laten neerdalen van de wijzigingen per 1 januari 2015 die bovenstaande vijf onderwerpen betreffen?

In de vijfpartijendeal valt op dat de geestelijke gezondheidszorg niet onder de uitzonderingen valt. Zorgverzekeraars kunnen straks voor alle geestelijke gezondheidszorg de niet-gecontracteerde zorg op nul zetten als zij dat willen. Dat betekent dat je van tevoren heel goed moet bekijken of de jouw vertrouwde psycholoog een contract met de zorgver-

zekeraar heeft. In de geestelijke gezondheidszorg is natuurlijk ook het vertrouwen in de zorgverlener enorm belangrijk. Tijdens de hoorzitting van afgelopen maandag bleek dat veel psychologen geen contract hebben. Daarover heb ik twee vragen aan de minister. Wat vindt zij ervan dat de geestelijke gezondheidszorg niet onder de uitzonderingen valt? Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt namelijk dat vertrouwen vooraf in de behandelaar vaak 30% van het resultaat van de behandeling bepaalt. Veel cliënten in de geestelijke gezondheidszorg hebben een kleine beurs, weinig inkomen, waardoor het vaak lastig is om de eigen bijdrage op te brengen die extra moet betalen als je niet-gecontracteerde zorg hebt. Hoe kunnen deze cliënten nog voldoende zorg bij de psycholoog of psychotherapeut van hun keuze krijgen?

Wat betreft de generalistische basis-ggz is het CDA aan het nadenken of het misschien noodzakelijk is om die toevoeging nog aan het amendement op stuk nr. 20 van de heer Slob c.s. toe te voegen, vanwege de argumenten die ik zojuist noemde. Ook bleek uit een eerder debat dat wij hadden, en wat vorige week ook ter sprake kwam, dat zorgverzekeraars ggz-aanbieders dwongen om de stoornis van de patiënt verplicht op de rekening te zetten. Zij zeiden tegen de zorgaanbieders: als u dat niet doet, verlenen wij u geen contract. Dat is tegen de wet en wij mogen dan ook nooit accepteren dat dit gebeurt. Hoe voorkomt de minister dat dit in de toekomst nog een keer gebeurt? Nu hadden de zorgaanbieders nog de ontsnappingsroute van artikel 13, maar straks is die er natuurlijk niet meer.

Verder heb ik zonet ook vragen gesteld aan de heer Slob over de positie van de huidtherapie en de podotherapeut. Vindt de minister het niet natuurlijk dat die twee ook onder de basiszorg vallen? De heer Slob zei dat eigenlijk wel goed. Hij zei namelijk dat die uitzondering ook bedoeld is om de zorg in de buurt te versterken. Een van de doelstellingen die wij hier Kamerbreed hebben, is om substitutie voor elkaar te krijgen. Substitutie houdt in dat de tweedelijnszorg naar de eerste lijn gaat en dat wij de zorg dichter bij de mensen aanbieden, vaak ook voor lagere kosten. In de afgelopen jaren is daar goede vooruitgang in te zien en dat zie je vooral in de anderhalvelijnszorg en de ketenzorg. Dit sluit ook aan bij de groeiende zorgbehoefte van mensen die chronisch ziek zijn. Waarom is er nu echter niet voor gekozen om die ketenzorg en die anderhalvelijnszorg ook onderdeel te laten uitmaken van die uitzondering? Ziet de minister niet dat dit wel goed zou zijn, omdat dit juist ook een nieuwe vorm van basiszorg is? En dat wij daarmee ook een ontwikkeling kunnen bevorderen om die kant op te gaan? Dit is wel iets waar het CDA enthousiast tegen aankijkt.

Uit de amendementen blijkt ook dat de zorgverzekeraars de plicht krijgen om openbaar te maken op welke wijze zij omgaan met de inkoop van zorg op basis van godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond. Daar is het CDA natuurlijk veel aan gelegen. Het behelst echter geen plicht om deze zorg in te kopen. Hoe ziet de minister erop toe dat er wel voldoende zorg op basis van godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond wordt ingekocht? Kan zij mij ook het verschil uitleggen met artikel 2.3.5 van de Wet maatschappelijke ondersteuning die heel erg duidelijk stelt dat de maatwerkvoorziening van de zorg die je krijgt, afgestemd moet zijn op godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond? In het amendement dat er nu ligt, lijkt het net

alsof dat zwakker is dan de bepaling die in de Wet maatschappelijke ondersteuning staat. Ik kan mij niet indenken dat dit de bedoeling is. Ik krijg op dit punt graag een uitleg van de minister over hoe zij dat interpreteert.

Het is ook de bedoeling dat ziekenhuizen selectiever worden ingekocht. Zorgverzekeraars zullen niet meer automatisch alle ziekenhuizen inkopen. Het zal dus vaker voorkomen dat patiënten, zeker uit krimpregio's, verder moeten reizen. Gezien deze wijzigingen is het voor mij nog onduidelijk welke compenserende maatregelen er voor patiënten getroffen zullen worden. Het is wel al bekend dat patiënten langer willen reizen voor complexe zorg; die investering willen zij doen. Zij hebben echter ook voor- en nazorg nodig. Het is belangrijk dat die voor- en nazorg dicht in de buurt worden geleverd. Je wilt niet dat mensen weer naar het ziekenhuis in Rotterdam moeten reizen, terwijl ze in Twente wonen. Hoe wordt ervoor gezorgd dat die waarborg voor voldoende voor- en nazorg in de wijziging van artikel 13 stevig staat en geregeld wordt? Voor patiënten moet het in de toekomst klip-en-klaar zijn welke zorg zorgverzekeraars hebben gecontracteerd. Het CDA wil dan ook dat zorgverzekeraars een actueel overzicht op hun website publiceren waardoor zorgverzekerden snel inzicht kunnen krijgen, maar vooral ook om daaraan rechten te kunnen ontnemen. In de amendementen die ik nu heb gezien, zie ik wel dat er inzicht moet worden geboden, maar niet dat een patiënt kan zeggen: een week geleden stond zorgaanbieder Jansen er nog op en die staat er nu niet meer op. Ik heb toen met de zorgverzekeraar contact opgenomen. Op basis van dat vorige overzicht kan ik er toch wel het recht aan ontnemen dat ik ook van de heer Jansen, omdat die gecontracteerd is, zorg kan krijgen? Kan de minister daarop ingaan en uitleggen hoe zij dat ziet? Je ziet nu vaker dat de zorgverzekeraar gedurende het jaar het contract wijzigt. Daarbij kan het natuurlijk zo zijn dat de zorgverzekeraar het contract ten nadele van de verzekerde wijzigt. Kan de patiënt overstappen naar een restitutiepolis als dat gebeurt? Het CDA zou dat wel graag willen, omdat je dan ook verzekert dat men zorg van de gecontracteerde aanbieder of een andere aanbieder naar keuze krijgt. Het CDA vindt dat dit eigenlijk ook moet kunnen als het zorgplafond van een gecontracteerde aanbieder bereikt is. Mijn fractie denkt aan een amendement maar hoort graag ook een reactie van de minister op dit punt.

Ik duik nu wat dieper de juristerij in. Er zit namelijk ook een Europese dimensie aan de aanpassing van artikel 13 Zorgverzekeringswet. De CDA-fractie in Europa heeft bij monde van mevrouw Ria Oomen, die inmiddels niet meer in het parlement zit, hierover eerder schriftelijke vragen gesteld, ook over dit wetsvoorstel. Het antwoord van Eurocommissaris Borg van de Commissie was het volgende. Zorgverzekeraars mogen de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg niet beperken; zij mogen niet terugbetaling weigeren op grond van het feit dat zij geen contract hebben met een bepaalde zorgaanbieder in een andere lidstaat van de Europese Unie. Ook is discriminatie met betrekking tot de hoogte van de vergoeding verboden. Die mag daarom niet van de status van de zorgaanbieder afhankelijk zijn. De Eurocommissaris zegt: een dergelijk wetsvoorstel zou niet met de rechtspraak van het Hof van Justitie in overeenstemming zijn. Betekent dit dat dit wetsvoorstel in strijd is met Europese richtlijnen? Is de kans groot dat als een zorgaanbieder straks een zaak begint bij het Europese Hof van Justitie, de Nederlandse Staat bakzeil haalt? Ik hoor hierop graag een nadere uitleg van de minister.

Ik gaf al aan: dit wetsvoorstel is een allegaartje van alles. Er zitten heel veel verschillende onderdelen in en daarom wil ik overgaan op het onderdeel persoonsgebonden budget. Het CDA vindt het goed dat er een persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet komt. Dat komt er echter alleen voor de verpleging en de verzorging.

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Bruins Slot heeft gelijk: er staat meer in de wet dan alleen artikel 13 Zorgverzekeringswet. Als zij overgaat op het volgende onderwerp, wil ik daarover toch een vraag stellen. Ik hoor mevrouw Bruins Slot heel veel vragen stellen aan de minister over het wetsvoorstel. Zij gebruikt de term klip-en-klaar. Mij is niet helemaal klip-en-klaar wat het standpunt is van het CDA ten aanzien van artikel 13 Zorgverzekeringswet. Is het CDA voor, tegen of onder voorwaarden voor of tegen? Kan mevrouw Bruins Slot dat duidelijk maken?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb zo goed geprobeerd om aan het begin van mijn betoog aan te geven wat de afweging van het CDA is. Aan het begin zei ik dat we aan de ene kant heel goed inzien dat een zorgverzekeraar scherper moet inkopen. Daaraan zitten evenwel twee aspecten; dat staat ook in ons verkiezingsprogramma. Ten eerste moet de kwaliteit van zorg leidend zijn en ten tweede moet de vrije artskeuze zo goed mogelijk geborgd worden. Ik heb een aantal vragen gesteld aan de minister om als fractie een goede weging te kunnen maken.

De heer **Rutte** (VVD):

Dat is mooi. Dat betekent dat het nog open is. Het betekent ook dat mevrouw Bruins Slot nog steeds achter de woorden in haar verkiezingsprogramma staat: de Zorgverzekeringswet wordt zo aangepast dat verzekeraars bij voldoende gecontracteerde zorg verzekerden niet hoeven te vergoeden als zij de keuze maken om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dat staat volgens mij in artikel 13 Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Als de heer Rutte goed verder leest, dan leest hij op pagina 53 van het verkiezingsprogramma dat de kwaliteit van zorg leidend moet zijn en dat de vrije artskeuze zo veel mogelijk gewaarborgd dient te worden. Dat is meteen de uitleg van de wijze waarop de weging zal plaatsvinden van de antwoorden van de minister door het CDA.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Ik had het over het persoonsgebonden budget. Met teleurstelling in mijn stem zei ik dat het alleen voor de verpleging en de verzorging geregeld moet worden. De vraag die ik op dit punt heb, is ook door de heer Slob gesteld: is hier nu sprake van een echt persoonsgebonden budget of van een soort restitutie-systeem? Deze minister heeft ooit samen met de fracties van het CDA en de PvdA een aantal jaren geleden een voorstel gedaan voor een persoonsgebonden budget voor alle zorg op basis van de

Zorgverzekeringswet. De reden om dat amendement in te dienen, was de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. In de toelichting van dat amendement stond ter ondersteuning: het persoonsgebonden budget is niet alleen een instrument om de keuzevrijheid te garanderen, maar het bevordert ook de innovatie en de toetreding van nieuwe aanbieders. Dat was eigenlijk een ijzersterk voorstel van deze minister. Mevrouw Smilde van het CDA had toentertijd ook haar handtekening daaronder gezet. Waarom kiest de minister er nu niet voor, net als toen bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, om een persoonsgebonden budget voor de gehele Zorgverzekeringswet in te stellen?

In dit voorstel over het persoonsgebonden budget, in de afspraken die daaronder staan, staat dat zorgverzekeraars mensen met normale ouderdomsverschijnselen een persoonsgebonden budget kunnen weigeren. Het begrip "normale ouderdomsverschijnselen" kun je op vele manieren uitleggen. Het CDA wil graag weten wat de minister bedoelt met "normale ouderdomsverschijnselen".

Het lijkt alsof mensen met dementie straks geen persoonsgebonden budget meer kunnen krijgen. De minister schrijft dit ook letterlijk in de antwoorden die wij hebben gekregen. Zij zegt dat mensen met dementie niet meer actief participeren in de maatschappij. Misschien zijn zij niet meer zo actief — vaak zijn zij dat wel in de dagbesteding en op andere manieren — maar hun partner of mantelzorger is in toenemende mate wel nog steeds actief in de maatschappij. Je werkt bijvoorbeeld als verpleegkundige met onregelmatige diensten en je hebt een partner met dementie. Dementie begint namelijk op steeds vroegere leeftijd en we mogen hier steeds langer doorwerken. Daarom zou er een persoonsgebonden budget moeten kunnen zijn voor mensen met dementie, misschien niet om die mensen, maar wel om de mantelzorgers en om de partners die dat wel nodig hebben. Nu sluit de minister dit expliciet uit. Ik wil graag een reactie van de minister op dit punt.

De minister vindt het niet nodig om met een trekkingsrecht te werken. Volgens haar betaalt de zorgverzekeraar de rekeningen altijd op tijd uit. Ik hoor toch veel andere geluiden uit de praktijk, namelijk dat je best vaak moet wachten op de afrekening. De rekeningen voor de persoonlijke verzorging en de verpleging zijn enorm. Dat kan soms oplopen tot €10.000 en een gemiddeld gezin kan dat echt niet zomaar ophoesten. Ik vraag de minister om toch te overwegen om met een trekkingsrecht of met een voorschot te gaan werken. Volgens mij kunnen wij op die punten het persoonsgebonden budget echt nog versterken.

Onderdeel van dit wetsvoorstel is ook dat zorgverzekeraars geen eigen zorgaanbieder meer mogen oprichten. De minister regelt dat nu ook wettelijk, maar er zijn ook enkele uitzonderingen. Nu zeggen de gelearde commissie van mevrouw Baarsma en de Raad van State eigenlijk dat deze wetgeving niet nodig is. Zij zijn echt zeer kritisch. Het gebeurt niet gauw dat de Raad van State het oordeel vier van zes geeft. De hoofdpunten van kritiek zijn dat het probleem te beperkt is en dat er al voldoende andere instrumenten dan wetgeving zijn om dit op te lossen. Zij zeggen eigenlijk: minister, dit is overbodige wetgeving. Ik zou graag nog een keer een uitvoerige en gedegen uitleg van de minister krijgen waarom zij het advies van de gelearde commissie van mevrouw Baarsma en de Raad van State

minder zwaar weegt en toch voor deze wetgeving heeft gekozen.

In een van de nota's van wijzigingen die wij hebben gehad, kwam weer een nieuw voorstel dit wetsvoorstel binnenzeilen, namelijk het voorstel om niet-gecontracteerde zorg in het buitenland niet langer te vergoeden. Ik heb er eens over nagedacht wat dat betekent. Ik ga weleens op vakantie in de Dolomieten en ga daar wandelen. Stel, ik maak een bergwandeling — ik ben vast en zeker niet de enige — en breek mijn arm, maar kan zelf nog van de berg af komen. Moet ik dan eerst mijn zorgverzekeraar bellen om te vragen in welk ziekenhuis ik terecht kan? Als men zegt dat het in Milaan is, moet ik dan eerst een aantal honderden kilometers met de trein rijden om daarnaartoe te gaan? Klopt dat? Graag krijg ik heel scherp uitgelegd hoe dat precies zit.

De minister zegt in de antwoorden op mijn vragen dat iedere Nederlander prima een aanvullende reisverzekering kan afsluiten. Als je op vakantie gaat, dan heb je er het geld ook wel voor om een aanvullende reisverzekering af te sluiten en dat is de eigen verantwoordelijkheid van mensen, zegt deze minister. Hoe groot is het bedrag dat elk jaar moet worden betaald, omdat wij deze afspraak nog hebben? Waarom wil de minister dit nu al regelen, terwijl wij nog wachten op het interdepartementaal beleidsonderzoek naar grensoverschrijdende zorg? Loopt de minister niet op de troepen vooruit? Klopt het dat verzekeraars mensen een aanvullende reisverzekering kunnen weigeren, dus dat zij aanvragen voor een aanvullende reisverzekering kunnen afwijzen? Is er een acceptatieplicht voor aanvullende verzekeringen? Daarbij is het punt weer dat ook we de European Health Insurance Card hebben. In hoeverre is er samenhang tussen de European Health Insurance Card en de wijziging die de minister voorstelt? Bijten deze twee elkaar niet?

Ik kom tot een afsluiting. Wat zijn de gevolgen van al deze maatregelen? De minister had het al over de komst van een derde polis. Meerdere mensen uit de praktijk hebben gisteren gezegd dat zij vrezen voor die verschillende soorten polissen. Er komt namelijk niet alleen een derde polis, maar er komen een heleboel polissen bij. Men noemt ze minima-polis of armoedepolis. Ik heb al allerlei termen voorbij horen komen. Alleen mensen met een kleine beurs komen voor die polissen in aanmerking en zij krijgen een beperkte keuze voor zorg. Dat hebben mensen tijdens de hoorzitting gezegd. Wat vindt de minister van deze uitspraak?

Echte vrije keuze hou je eigenlijk alleen als je een polis neemt met volledige keuzevrijheid, de zogenaamde restitutiepolis. Ik hoor meerdere geluiden uit het veld, van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, dat de prijs voor de restitutiepolis enorm gaat stijgen. Het CDA vindt dat de restitutiepolis voor mensen met een middeninkomen en met een minimuminkomen toegankelijk moet blijven. We hebben het immers niet alleen over vandaag maar ook over de toekomst. Om de toegankelijkheid te waarborgen, hebben wij een amendement in voorbereiding. De Eerste Kamer heeft bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet een duidelijke uitspraak hierover gedaan. Ze vindt dat de verhouding tussen de restitutiepolis en de overige polissen niet zo groot mag zijn dat mensen met een laag inkomen straks niet meer kunnen kiezen voor een polis met volledige keuzevrijheid, omdat ze deze polis niet kunnen betalen. Het voorstel van het CDA is om een soort bandbreedte te maken voor de verschillen in prijs tussen de restitutiepolis en de

goedkoopste budgetpolissen. Wij stellen voor om dat prijsverschil op 5% te zetten, zodat het voor anderen nog te betalen is. We zijn bezig met de voorbereiding van het amendement. De tekst is nog niet beschikbaar. Dat komt doordat de amendementen van de collega's kort geleden gereed zijn gekomen, zo'n anderhalve week geleden en de behandeling vrij snel geagendeerd is. Dit is technisch een zeer complex onderwerp. Daarom ligt het amendement er nog niet, maar heb ik wel even de tijd genomen om goed toe te lichten wat onze bedoeling is.

Kortom, het CDA ziet in dat scherper inkopen een bruikbaar instrument in de zorg is. Daarvoor is het echter noodzakelijk dat de inkoop van zorg op basis van kwaliteit plaatsvindt, en dat de keuzevrijheid voor patiënten blijft bestaan. Ik wacht de antwoorden van de minister in eerste termijn met belangstelling af.

De voorzitter:

Voordat ik mevrouw Klever het woord geef, wil ik voor enkele ogenblikken de vergadering schorsen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



Mevrouw Klever (PVV):

Voorzitter. Hoe oefenen we invloed uit op zorgaanbieders? Deze vraag staat op de website van de grootste zorgverzekeraar van Nederland. Die vraag is typerend voor alle zorgverzekeraars, want door invloed uit te oefenen, verdienen zij geld. Al hebben zij geen winstookmerk, zij streven wel winst na. Veel winst. Het antwoord op de vraag is dus simpel: via macht. Meer macht betekent immers meer invloed en dat is precies wat de voorliggende wetsvoorstel doen. Zij brengen de zorgverzekeraar meer macht, de zorgaanbieder minder en de patiënt wordt monddood gemaakt met de wijziging van artikel 13.

Dit kabinet loopt aan de leiband van de zorgverzekeraars, een andere conclusie is niet mogelijk. Het schuift daarmee alle eerdere principes aan de kant. De VVD diende tot twee keer toe een motie in om fusies van zorgaanbieders en zorgverzekeraars te voorkomen. De PvdA steunde zelfs een VVD-motie om desnoods een proefproces tot aan het Europees Hof te voeren om verticale fusie te voorkomen. Waar is deze ferme taal gebleven? In plaats van een vuist te maken tegen Brussel, zijn er slappe handjes geschud. Dat krijg je van gepolder zonder echte discussie, zonder zoektocht naar alternatieven en zonder oog voor de patiënt, maar wel met alle aandacht voor de grootste lobbyisten van dit zorgstelsel, de zorgverzekeraars.

De heer Rutte (VVD):

Dat zijn allemaal heel grote woorden van mevrouw Klever. Daar zijn wij wel een beetje mee bekend, ook met die tegen mijn eigen partij. In het wetsvoorstel staat toch een verbod op verticale integratie, wat volledig in lijn is met de motie van de VVD? Hoe komt mevrouw Klever erbij dat er niet in lijn met die motie wordt gehandeld?

Mevrouw Klever (PVV):

In plaats van een verticale fusie te verbieden, maakt de minister het mogelijk. Zij maakt een minderheidsbelang mogelijk. Met een minderheidsbelang heeft de zorgverzekeraar er ook alle belang bij om het ziekenhuis waar hij dat belang in heeft aan te bevelen.

De heer Rutte (VVD):

Ik vraag mij toch werkelijk af sinds wanneer een minderheidsbelang hetzelfde is als een fusie.

Mevrouw Klever (PVV):

Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk, in plaats van dat het verbiedt dat zorgverzekeraars een belang nemen in zorgaanbieders. De VVD is daar altijd tegenstander van geweest. Ik zei net al dat de VVD in het verleden zelfs een motie heeft ingediend om fusies van zorgverzekeraars en zorgaanbieders te voorkomen.

Niet alleen komt door verticale fusie de onafhankelijke inkooprol van de zorgverzekeraars in het gedrang, die zal ook de keuzevrijheid van de patiënten drastisch beperken. Deze laatste constatering kwam in 2008 van het toenmalige Kamerlid Schippers. Wij zijn een paar jaar verder en minister Schippers staat op het punt om precies het tegenovergestelde te bereiken: zorgverzekeraars mogen fuseren met zorgaanbieders en de keuzevrijheid voor patiënten wordt nog verder ingeperkt. Het belangrijkste argument dat daarbij wordt gebruikt, is dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit om daarmee de patiënt te behoeden voor slechte zorg. Ik mis hier toch echt een goede onderbouwing voor. Vorig jaar nog stelde de Algemene Rekenkamer vast dat er te weinig kwaliteitsindicatoren zijn om selectief in te kopen en dat zorgverzekeraars niet kunnen sturen op basis van kwaliteit. Het enige waar zorgverzekeraars zicht op hebben, is de prijs.

Ik heb een paar vragen aan de minister. Mijn eerste vraag is hoe zij erbij komt dat zorgverzekeraars inkopen op basis van kwaliteit. Uit welk onafhankelijk onderzoek blijkt dat en welke voorbeelden kan zij geven? Mijn tweede vraag is waar die slechte zorg uit bestaat en wie die levert. Kan zij daar voorbeelden van geven? Waarom grijpt de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet in als er sprake is van slechte zorg? Moet alle zorg in Nederland niet gewoon aan minimumeisen voldoen? Welke garantie biedt de minister dat zorgverzekeraars de restitutiepolis blijven aanbieden straks en dat deze polis betaalbaar blijft? De Zorgverzekeringswet kan alleen goed werken als er een evenwicht is tussen de drie spelers: de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de patiënten. Met de voorliggende wetswijzigingen wordt dit evenwicht drastisch aangetast. Bij verticale fusies, ook die met slechts een minderheidsbelang, is het duidelijk waar de macht komt te liggen. Achmea noemt zichzelf een actieve aandeelhouder, die meer wil inbrengen dan het verschaffen van risicodragend vermogen alleen. Deze zorgverzekeraar wil participeren, het zorglandschap veranderen en zelfs bestaande behandelmethodes veranderen. Ik wil van de minister weten of dat laatste zijn taak is. Is het zijn taak om op de stoel van de arts te gaan zitten? Dat is immers precies wat de minister hiermee bewerkstelligt. Door met de wijziging van artikel 13 de vrije artsenkeuze te beperken, zet de minister de patiënt, de derde speler in de zorgmarkt, buitenspel. "Wij van Achmea bevelen de Achmea kliniek aan",

krijgt de patiënt straks te horen als het aan deze minister ligt.

Hoe moet het nu verder met kiesBeter.nl, de website van het Kwaliteitsinstituut? Ik citeer van de website: "KiesBeter.nl wijst u de weg naar kwaliteitsinformatie over de zorg in Nederland". Wat betekent dit dan nog? Kan de minister hierop reageren? Wat heeft het zoeken naar de beste zorgverlener nog voor zin als een zorgverzekeraar vervolgens geen contract met hem heeft? Had de patiënt de zorgverzekeraar dan maar beter moeten uitzoeken? Wat heb je eraan als je halverwege het jaar ziek wordt of als er halverwege het jaar een nieuwe, innovatieve behandelingsmethode op de markt komt, waarvan je zorgverzekeraar niet op de hoogte is? Daar heb je helemaal niets aan. De zelfbewuste, participerende patiënt, die door deze overheid gestimuleerd wordt om mee te denken over zijn kwalen en behandelingen wordt teruggestuurd in zijn hok, omdat de zorgverzekeraar het beter weet.

Wie dan toch nog waarde aan keuzevrijheid blijft hechten, mag daarvoor gaan betalen. Hetzij omdat hij de behandeling uit eigen zak moet betalen, hetzij in de vorm van een duurdere polis. Volgens mij stond dat ons niet voor ogen bij het invoeren van dit zorgstelsel. Toen stond ons keuzevrijheid voor ogen, die gewaarborgd was via artikel 13. Nu wordt er van de keuzevrijheid een karikatuur gemaakt. In plaats van een zorgaanbieder te kiezen, mag de patiënt één keer per jaar een polis kiezen.

De wetsvoorstellen zorgen niet alleen voor onevenwichtige verhoudingen, maar raken ook de kern van de Zorgverzekeringwet. Meer marktwerking zou patiënten meer keuzevrijheid geven middels zichtbare prijs-kwaliteitsverhoudingen. Door de macht nu exclusief bij de zorgverzekeraars te leggen, is er van marktwerking geen sprake meer. Kwaliteit noch prijs zijn voor patiënten inzichtelijk, en keuzevrijheid is er alleen nog maar voor de patiënt met een goed gevulde portemonnee. De regeringspartijen, maar ook D66 en de SGP, verloochenen hiermee hun handtekening die zij in 2005 zetten onder een motie in de Eerste Kamer, waarin werd opgeroepen om de keuzevrijheid te garanderen zonder extra premiebetalingen.

Ik sluit af met een opmerking over de NZa en het vertrouwen in deze toezichthouder. Het opstappen van het bestuur herstelt dit vertrouwen niet. Het feit dat de minister hun de hand boven het hoofd houdt helpt al helemaal niet. Dat opstappen hadden ze gelijk moeten doen, na het uitlekken van het Gottlieb-dossier. De minister had ook afstand moeten bewaren in plaats van haar netwerk in te schakelen om nog een baantje voor ze te vinden. Slechte bestuurders moeten niet worden beloofd maar berecht. Hoe is het NZa-advies om tot afschaffing van artikel 13 over te gaan tot stand gekomen? Waren het niet de zorgverzekeraars die dit op een feestje in Zuid-Frankrijk met het bestuur van de NZa beklonken hebben? Zij zijn immers de enige partij die artikel 13 wil afschaffen. De minister leunt op aanbevelingen waarvan de herkomst op zijn minst dubieus is. Ook de minister moet boven iedere twijfel verheven zijn.

Er gaat veel geld om in de zorg en er zijn dus ook veel mensen die veel geld verdienen zonder dat dit leidt tot betere zorg. De vraag is of de zorg duur is of dat het systeem duur is. We hebben ambtenaren die feestend over straat gingen in het Apollo Netwerk. Wij hebben een toe-

zichthouder die zich laat fêteren door partijen waarop hij toezicht moet houden. Ook is er een eindeloze stroom aan afskoopsommen voor falende bestuurders.

De PVV komt tot de conclusie dat niet de zorg duur is maar dat het systeem duur is. Dit is de kern van wat de PVV al jaren zegt: we moeten het systeem goedkoper maken; niet snijden in de zorg, maar snijden in het systeem van de zorg. Alleen dan kan de minister op onze steun rekenen.



De heer **Van der Staaij** (SGP):

Mevrouw de voorzitter. Er zijn van die artikelen waarbij mensen, als je hen jaren later daarover nog eens aanspreekt, nog weten waarover het ging. Dat heb je niet zo vaak, want er zijn zo veel wetsvoorstellen en zo veel artikelen die we behandelen. Ik weet echter zeker dat, als ik over een aantal jaren "artikel 13" zeg tegen de mensen hier in de zaal, ze het allemaal nog weten: o ja, dat ging over de Zorgverzekeringswet, over de mate van vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Tenminste, dat zou ik dan zeggen. Anderen zouden er misschien weer een andere term bij gebruiken. Er is veel aandacht uitgegaan naar artikel 13; daarover zijn heel veel debatten gevoerd. In het belangrijke wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, worden echter ook nog andere belangrijke zaken geregeld. Het is begonnen — daar ging in eerste instantie ook de meeste aandacht naar uit — met het verbod op verticale integratie. Daarnaast is later bij nota van wijziging ook nog een artikel aan de wet toegevoegd dat betrekking heeft op het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Ook dat is een heel belangrijke stap. Ik wil op alle drie onderwerpen kort ingaan.

Het eerste is het verbod op verticale integratie. De bedoeling daarvan vinden we zonder meer sympathiek. Het gaat juist ook om het behartigen van de belangen van de verzekerden, omdat zij de zwakkere partij zijn. We begrijpen de redenering dus. Aan de andere kant is ons ook opgevallen dat de kritiek van onder meer de Raad van State vrij fors is. Hij vraagt zich af of dit zijn doel niet voorbij schiet, althans of het niet een te zwaar middel is. De problematiek is maar beperkt en het middel dat erbij wordt gehaald, dat wordt ingezet, is heel zwaar. Vindt de minister dat de Raad van State de problemen onderschat? Zo ja, op welke manier? De minister geeft verder ook aan: we weten natuurlijk niet precies hoe het uitpakt, en bij de evaluatie van de maatregel zullen we ook bekijken welke waardevolle initiatieven niet van de grond zijn gekomen als gevolg van het verbod op verticale integratie. Het klinkt heel evenwichtig en reëel om te zeggen: laten we bij de evaluatie bekijken of het inderdaad goed uitpakt heeft. Maar als je een verbod op verticale integratie afkondigt, kun je dan nog wel spreken, tot een afgewogen oordeel komen over winst en verlies als gevolg van dat verbod? Je kunt dan namelijk heel moeilijk zeggen wat er niet van de grond is gekomen. Ook in het licht van de kritische reacties op dit onderdeel krijg ik graag nog een nadere reflectie van de minister.

Het tweede onderwerp is het onderwerp dat vandaag begrijpelijkerwijs de meeste aandacht heeft gekregen, namelijk de discussie rond artikel 13. Het wetsvoorstel is op dit onderdeel ook door onze fractie kritisch onthaald. Dat was niet omdat we vonden dat hiermee principieel een verkeerde stap werd gezet. Veel meer was de vraag: is dit het goede moment, loopt het kabinet hiermee niet te hard

van stapel, is de tijd er wel rijp voor? Dat was eigenlijk de belangrijkste zorg die bij ons leefde, juist ook in het licht van de dreigende afschaffing van de restitutiepolis. Collega Slob heeft daar ook al duidelijk op gewezen. We hadden zorgen over keuzevrijheid en een gelijk speelveld. Samen met een aantal andere partijen, namelijk de VVD, de PvdA, D66 en de ChristenUnie, hebben we erover nagedacht om de wetwijziging zodanig vorm te geven dat zowel de doelmatigheid wordt vergroot als een aantal randvoorwaarden goed wordt geregeld waarmee aan die zorgen tegemoet kan worden gekomen, waarmee extra waarborgen tot stand kunnen worden gebracht.

De SGP-fractie is — ik zeg het maar heel helder — zeer tevreden over het resultaat. Tussen alles en niets zit heel veel, zo laten juist deze amendementen zien. Ik noem meer waarborgen voor de transparantie en extra eisen voor een soepele overgang. Ten aanzien van de transparantie verplichten de ingediende amendementen de zorgverzekeraars om meer transparantie te bieden richting zowel de verzekerden als de zorgaanbieders. Zo wordt de zorgverzekeraar verplicht om al voor 1 april informatie te geven over de criteria die hij hanteert bij het inkopen van zorg, en moeten gelijke zorgaanbieders gelijke kansen krijgen. Een goede behandelrelatie tussen arts en patiënt is van groot belang voor de effectiviteit van de behandeling. We willen voorkomen dat mensen de behandeling die ze zijn begonnen, per 1 januari plotseling niet langer meer vergoed krijgen of dat ze veel minder krijgen betaald. Het levert onnodige verspilling en irritatie op als de behandeling elders moet worden voortgezet. In het amendement op stuk nr. 16 is daarom het overgangsrecht uitgebreider vastgelegd. Er is in opgenomen dat niet alleen gecontracteerde zorg die niet door gaat, maar ook niet-gecontracteerde zorg, onverminderd vergoed moet worden als de zorgverzekeraar tijdens een aaneengesloten behandeling de vergoeding wijzigt.

Het is belangrijk dat de zorgverzekeraars aangeven hoe zij zorg dragen voor een gelijk speelveld. Dit heeft te maken met ruimte voor grote en kleine aanbieders. De SGP-fractie vindt het heel belangrijk dat bij het inkopen van de zorg rekening wordt gehouden met de wensen van de verzekerden. Er wordt wettelijk vastgelegd dat zorgverzekeraars oog moeten hebben voor de behoefte aan identiteitsgebonden zorg. De formulering die daarvoor is gekozen in het amendement op stuk nr. 18 sluit aan op wat wij al kennen en wat in de Kamer is gesteund op het terrein van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Mevrouw Leijten (SP):

Het amendement gaat natuurlijk een beetje over de religieuze zorginkoop of de inkoop van religieuze zorg. Ik weet niet hoe ik dat precies moet zien. Blijkbaar is de wens van de verzekerde op het moment dat hij gelovig is vast te leggen in een amendement, maar is de wens van de verzekerde die naar een arts van zijn keuze wil, niets meer waard. Artikel 13 kan eraan, wat de SGP betreft. Kan de heer Van der Staaij uitleggen waarom daarin een verschil zit?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik houd van scherpe vragen, maar als er zo veel misverstanden in één zin zitten opgesloten, is de discussie een stuk lastiger. Mevrouw Leijten zegt dat het amendement beperkt is tot religie, maar dit is simpelweg niet waar. Zij kan toch ook lezen dat het gaat over godsdienstige gezindheid,

levensovertuiging en culturele achtergrond? Het is niet correct wat zij aangeeft. Het is een formulering die ook in andere wetgeving is gebruikt, ook met steun van de SP. Het is ingewikkeld genoeg. Laten wij het niet met allerlei misverstanden nog ingewikkelder maken.

Mevrouw Leijten (SP):

Kan iemand die tegenover een behandelaar zit die, vanwege de culturele achtergrond, niet de behandelaar van zijn keuze is, dus overstappen naar een andere behandelaar? Of kan dit toch niet?

De heer Van der Staaij (SGP):

Het amendement is heel duidelijk. Wij hebben het over de eisen die aan de zorginkoop worden gesteld. Daarvoor geldt dat inderdaad rekening moet worden gehouden met de godsdienstige gezindheid, levensbeschouwing en culturele achtergrond van de verzekerde. Dit is een taak van de verzekeraars.

De voorzitter:

Mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Leijten (SP):

Er is dus geen garantie.

De heer Van der Staaij (SGP):

De staatszorg van de SP met contracteerplicht is niet het systeem van dit wetsvoorstel en ook niet het systeem van het amendement.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Ik word aangesproken.

De voorzitter:

U wordt altijd aangesproken als u in debat gaat. Mevrouw Leijten, u hebt evenveel recht als iedereen. Mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Van der Staaij heeft het over het feit — het CDA vindt dat belangrijk — dat er rekening wordt gehouden met godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond. De heer Van der Staaij spreekt over "rekening houden met". In het artikel staat echter "informatie openbaar maken". Hoe moet ik het precies lezen?

De heer Van der Staaij (SGP):

Zorgverzekeraars maken informatie openbaar over de manier waarop zij daarmee rekening houden. De formulering "de wijze waarop zij rekening houden met" geeft aan dat zij de plicht hebben om daarmee rekening te houden en dat zij daarover vervolgens informatie moeten geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik vind deze uitleg verhelderend. Ik vind dat het nog niet zo helder in de toelichting staat. Ik begrijp uit de woorden van de heer Van der Staaij dat het dezelfde reikwijdte heeft als datgene wat in artikel 235 van de Wet maatschappelijke ondersteuning staat, want daar staat dat de maatwerkvoorziening is afgestemd op godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond. Mijn vraag aan de heer Van der Staaij is dus: als er behoefte aan is, krijgt men het dan ook?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Het gaat hier niet om een maatwerkvoorziening waaraan een keukentafelgesprek is voorafgegaan, zoals dit in het kader van de Wmo het geval is. In de Jeugdwet met een individueel hulpaanbod is dat weer een andere kwestie. Het is dezelfde strekking en bedoeling, maar rekening houdend met de eigenheid en de eigen structuur van de Zorgverzekeringswet.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dat was wat ik op het gebied van diversiteit wilde zeggen. De zorgverzekeraars hebben gezegd dat het voor hen lastig is, omdat zij niet weten hoe het zit op het niveau van de individuele verzekerde. Dat is volgens mij echter ook niet wat van de zorgverzekeraars wordt verlangd. Er zijn ook andere manieren. In de toelichting spreken wij over contacten met vertegenwoordigende organisaties. Zij kunnen bij hun verzekerden vragen wat de behoefte aan identiteitsgebonden zorg is. Er zijn allerlei manieren om op een goede manier invulling te geven aan deze wetsbepaling.

Een belangrijk punt bij zorg dichtbij is dat de keuze voor de zorg dicht bij mensen, zoals geregeld in een groot aantal uitzonderingen voor de eerstelijnszorg, overeind blijft. Daar moeten geen spookbeelden ontstaan. Dat is in ieder geval een duidelijke winst van de uitzondering dat het nieuwe artikel 13 daarop geen betrekking heeft. Wij kunnen goed zien hoe dit artikel uitpakt voor de medisch-specialistische zorg, voor de ggz-zorg. Zo hebben wij geen onrust op het gebied van de eerstelijnszorg, de zorg dicht bij de mensen.

Wij vinden het ook heel belangrijk dat er een goede monitoring is. Wij moeten waarborgen dat de ontwikkelingen rond de zorginkoop naar aanleiding van de wijziging van artikel 13 worden gemonitord door de NZa en twee jaar na de inwerkingtreding worden geëvalueerd, ook op de diversiteit aan polissen die dan kan ontstaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De heer Van der Staaij sprak zojuist over de staatsinrichting van de gezondheidszorg van de SP. Ik kreeg toen geen gelegenheid om daar iets op te zeggen. De heer Van der Staaij wil dat de macht naar de zorgverzekeraar gaat. Die gaat de zorg inrichten zoals het hem goeddunkt. Hij heeft verschillende amendementen ingediend over openbaarheid en transparantie met als doel dat degene die een verzekering afsluit, moet weten waar hij aan toe is. Kan de heer Van der Staaij uitleggen waarom hij een uitzondering maakt

voor de basiszorg? Hij zegt dat daar de keuzevrijheid gegarandeerd moet zijn en dat de samenwerking daar niet doorkruist moet worden door een almachtige zorgverzekeraar. Dat zijn weliswaar mijn woorden, maar het is de achtergrond van het amendement. Waarom geldt dat nu niet voor de medisch-specialistische zorg of de geestelijke gezondheidszorg?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik kan er een lang antwoord op geven of een kort antwoord. Het korte antwoord is dat ik mij volledig kan vinden in wat de heer Slob eerder op soortgelijke interrupties heeft geantwoord.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik kan mij voorstellen dat het te kort dag was en dat het niet lukte, maar als de heer Van der Staaij de moeite had genomen om afgelopen maandag naar onze hoorzitting te komen, had hij uitgebreid kunnen horen wat de bezwaren zijn van medici, juist in de eerste lijn. Zij zeggen dat het geven van macht en sturing aan de zorgverzekeraar leidt tot een schade aan de vertrouwensband, ook in de eerste lijn. Bovendien leidt het niet tot goedkopere zorg. Er waren heel veel argumenten. Het argument van de drie gedogers van dit kabinet is dat er een akkoord was. Maar die akkoorden waren misschien niet goed. Waarom heeft de heer Van der Staaij niet geluisterd naar de argumenten die hulpverleners en zorgverleners hebben gebruikt, namelijk dat de vertrouwensband die zij hebben ook wat waard is en dat die wordt doorkruist door zorgverzekeraars?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Wij hebben de hoorzittingen nauwgezet gevolgd. Een medewerker heeft meegeluisterd en gerapporteerd. Ik kon er zelf helaas niet bij zijn. Het leverde geen nieuwe informatie op ten opzichte van wat al in zo veel position papers en dergelijke naar voren was gebracht. Het was goed om te horen dat wij met elkaar een goed beeld hebben van de zorgen die er leven rond dit onderwerp. Het punt van de akkoorden die zijn gesloten, is een zwaarwegend argument. Er is immers goed gekeken waar juist de doelmatigheids-winst te behalen was. De medisch-specialisten en de ziekenhuizen hebben gezegd: daar tekenen wij voor. Als je een steen uit het bouwwerk van die akkoorden trekt, betekent dit dat ook de besparing die men daarbij berekend heeft weer volledig tussen haken staat. We moeten er dan rekening mee houden dat je het op een andere manier weer op je bordje krijgt, in de vorm van juist een extra verhoging van premies of een verkleining van het pakket. Het zal namelijk wel ergens vandaan moeten komen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik heb al aangegeven dat wat ons betreft met deze amendementen tegemoet is gekomen aan de belangrijkste zorgen die we bij de wijziging van artikel 13 hadden. Voor ons is ook een positief punt dat de restitutiepolis behouden is, zodat een volwaardig alternatief voor de naturapolis blijft

bestaan en verzekerden kunnen blijven kiezen voor volledige keuzevrijheid.

Zoals ik al aangaf, weegt ook de werkelijkheid van gesloten akkoorden mee. Voor zowel de medisch-specialistische zorg als de ggz zijn hoofdlijnenakkoorden ondertekend door de relevante zorgaanbieders, waarin de wijziging van artikel 13 als voorwaarde is opgenomen voor het realiseren van de doelstellingen. Naast een aantal uitzonderingen zijn ook extra waarborgen ingebouwd. In het licht daarvan hebben we ons amendement op stuk nr. 6 over het terugdraaien van de wijziging van artikel 13 ingetrokken, zoals ik bij interruptie al eerder aangaf.

Ik heb op dit terrein nog twee vragen aan de minister. Ten eerste: hoe staat het nu eigenlijk met de rechtszaken die nog betrekking hebben op het oude artikel 13? Er is namelijk een groot verschil tussen de tekst zoals deze simpelweg luidt en in eerste instantie werd toegepast enerzijds, waarbij ervan uit werd gegaan dat de vergoeding bij wijze van spreken ook nul zou kunnen zijn en een veel hoger percentage, en de interpretatie die er soms door lagere rechters aan is gegeven anderzijds. Hoe staat het daar eigenlijk precies mee? Wat is nou de stand van zaken?

Ten tweede: zijn er ook zorgverzekeraars die op dit moment of in de toekomst van plan zijn om zich uitsluitend met restitutiepolissen bezig te gaan houden, en die daarom zeggen dat het onterecht is als de eisen aan het inkoopproces ook op hen van toepassing zijn?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

We kunnen als wetgevende macht natuurlijk voor een deel ook zelf een uitspraak doen over de geldigheid van jurisprudentie bij de nieuwe artikelen. Is de heer Van der Staaij aangaande het amendement op stuk nr. 20 van de heer Slob van mening dat de huidige jurisprudentie die geldt voor het hinderpaalcriterium ook een-op-een moet gelden voor dit nieuwe artikel?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik denk dat heel helder is dat daar de oude situatie blijft bestaan. We zouden het ingewikkeld gaan maken als we zeggen: voor die uitgezonderde domeinen geldt weer een ander soort regeling. Daarvoor geldt de oude tekst. Die is volgens mij ook zorgvuldig in het amendement opgenomen, om daar niet weer nieuwe misverstanden of discussies over te laten ontstaan.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het is inderdaad gebruikelijk dat, als de oude tekst er staat en als het een oude situatie is, de huidige jurisprudentie geldt en dus dat de vergoeding ten minste 75% tot 80% moet zijn. Deelt de heer Van der Staaij die conclusie, die ik uit zijn woorden trek?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik gaf al aan dat dit nog niet helemaal uitgekristalliseerd is. Er lopen nog rechtszaken over wat dat in welke situatie betekent. Dat geldt op basis van de oude wet, inclusief jurisprudentie.

Het laatste onderdeel is het pgb, het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Wij vinden het aanvaard van de motie-Bergkamp een heel belangrijke stap. Daaraan is ook door het kabinet gehoor en gevolg gegeven. Dit wordt ook verankerd in deze wet, maar dat staat of valt bij de vraag of deze mooie stap ook een goede uitwerking krijgt in de AMvB en in de praktijk van de zorgverzekeraars. Dat zou betekenen dat wat we ermee beogen, ook bereikt wordt: dat het inderdaad een volwaardig en toegankelijk alternatief is.

Het is een nogal open geformuleerd artikel. Op zichzelf kunnen we daar prima mee leven, maar we vinden het wel van belang dat dit zo wordt ingevuld dat er redelijke eisen worden gesteld. Die moeten niet zodanig hoog zijn dat dit in feite een ondermijning van het pgb zou kunnen opleveren. Ik hoor graag van de minister of zij ook vindt dat dit in de praktijk zo ingevuld moet worden dat de keuzevrijheid en eigen regie van mensen zo veel mogelijk de ruimte krijgen.



Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Voorzitter. Wij bespreken vandaag een wetsvoorstel waarmee wij de Zorgverzekeringswet zodanig aanpassen dat wij de stijgende zorguitgaven verder beperken, de kwaliteit van de zorg versterken en de transparantie vergroten, onder meer via een wijziging van artikel 13. Dit doen wij voor een goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor de patiënt; dat is het uitgangspunt. D66 vindt het een goede zaak dat wij hierover afspraken hebben kunnen maken met de VVD, de PvdA, de ChristenUnie en de SP. Over die afspraken bereikte de minister in 2013 al een hoofdlijnenakkoord met de organisaties van patiënten, artsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De nieuwe politieke afspraken bouwen voort op het akkoord dat wij in april van dit jaar met elkaar sloten over de hervormingen in de langdurige zorg en in de jeugdzorg. Daardoor komt er straks extra geld vrij voor de zorg voor en de ondersteuning van ouderen en mensen met een beperking, en voor de jeugdhulp. Bovendien krijgen cliënten straks via het persoonsgebonden budget de mogelijkheid van verpleging en verzorging thuis. Daarmee wordt de motie van mijn fractiegenoot Vera Bergkamp uitgevoerd. Op het pgb kom ik straks nog terug. Ik zal mijn betoog eindigen met een aantal vragen over het verbod op verticale integratie.

Wij hebben afgesproken dat zorgverzekeraars straks scherper moeten inkopen op kwaliteit en prijs. Er kunnen polissen bij komen die dure zorg van slechte of ondoelmattige kwaliteit niet meer vergoeden. Die polissen kunnen dan ook goedkoper zijn. Verzekerden krijgen dus straks de keuze tussen naturapolissen met gecontracteerde aanbieders, naturapolissen met deels gecontracteerde aanbieders en restitutiepolissen; eigenlijk zijn alle variaties mogelijk. De restitutiepolis blijft, in tegenstelling tot wat de VVD en de PvdA in het regeerakkoord afspraken, bestaan. Dit is ook in lijn met mijn motie uit 2013. Bij alle polissen blijft het recht op zorg volledig gegarandeerd. Verzekerden kunnen vanaf volgend jaar dus afwegen welke polis voor hen de beste balans biedt tussen prijs, kwaliteit en keuzevrijheid. Zorgverzekeraars zullen een zorgvuldige afweging moeten maken bij het samenstellen van de polissen en de hoogte van de vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden kunnen immers jaarlijks een andere polis of zorgverzekeraar kiezen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Kan mevrouw Dijkstra zeggen of een polis met volledige vergoeding van de zorg en volledige keuzevrijheid duurder of goedkoper zal zijn dan een polis die de keuzevrijheid beperkt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik ga ervan uit — dat is ook de bedoeling van de wijziging van artikel 13 — dat het voor verzekeraars die selectief contracteren mogelijk is om meer te sturen op kwaliteit en op prijs, waardoor zij een goedkopere polis kunnen aanbieden.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het antwoord is dus dat de polis met volledige keuzevrijheid duurder is, want anders zou het niet goedkoper kunnen. Daarmee vindt D66 het dus een goed idee dat dat keuzevrijheid verband houdt met de dikte van je portemonnee. Ik vraag D66 of dat niet gek is. D66 strijdt aan de ene kant voor keuzevrijheid, bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget, maar aan de andere kant zegt zij: als u in het ziekenhuis komt, bepaalt uw zorgverzekeraar wie u behandelen kan; anders koopt u uw recht maar terug. Dan betuttelt D66 de mensen dus wel.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het is altijd een kwestie van de woorden die je kiest. Ik vind het jammer dat in de afgelopen periode een soort strijd is ontstaan tussen twee vijanden die tegenover elkaar staan — dat bleek vandaag weer bij de aanbieding van de petitie en ook mevrouw Leijten doet dit nu weer — waarbij de verzekeraar de vijand is van de patiënt en de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor goede zorg voor de patiënt en heeft ook een zorgplicht. Wij willen regelen dat de zorgverzekeraar in staat is om die zorg op een zo goed en voordelig mogelijke manier aan te bieden. Ik zou dus niet willen zeggen dat je betaalt voor je keuzevrijheid. Nee, je hebt de keuzevrijheid om ook te kiezen voor een polis waarbij je zorgverzekeraar goede afspraken heeft kunnen maken met die aanbieders waarmee contracten zijn gesloten.

Mevrouw **Baay-Timmerman** (50PLUS/Baay-Timmerman):

Ik wil nog even terugkomen op het amendement op stuk nr. 20 dat mevrouw Dijkstra mede heeft ondertekend. In de toelichting staat een opsomming van vormen van zorg die worden uitgesloten voor de afschaffing van artikel 13. Mevrouw Bruins Slot vroeg zojuist ook al aan de heer Slob of dit een volledige opsomming is. Nu vraag ik aan mevrouw Dijkstra of de audicien, de gehoorspecialist dus, er wel of niet onder valt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het lastige daarvan is dat dat geen BIG-geregistreerde zorgaanbieder is. Ik vind wel dat we even goed moeten kijken. Het is al aan de orde geweest dat enkele eerstelijnsaanbieders hier niet onder vallen. Ik denk dat we heel goed moeten bekijken hoe dat met die audiciens wordt opgelost. Maar in feite vallen ze hier niet onder.

Mevrouw **Baay-Timmerman** (50PLUS/Baay-Timmerman): Tijdens de hoorzitting van afgelopen maandag gaf de heer Valk van de Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven het voorbeeld dat ouderen, van wie het gehoor natuurlijk alleen maar achteruitgaat in de loop der jaren en die vaak een jarenlange relatie hebben met hun audicien, daar straks wellicht niet meer terecht kunnen. Dat zou toch uitermate kwalijk zijn. Wat vindt mevrouw Dijkstra daarvan?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik vind in alle opzichten dat de angst van mensen dat ze straks niet meer terecht kunnen bij de zorgaanbieder waarmee ze nu te maken hebben, niet terecht is. Je kunt daarvoor kiezen. Je kunt echter ook kiezen voor een andere mogelijkheid waarbij je wel die zorg daar kunt blijven krijgen. Je kunt ook altijd nog naar een andere verzekeraar kijken waar die zorgaanbieder waarbij jij graag wilt blijven, wel is gecontracteerd, als die niet meer door je eigen verzekeraar wordt vergoed en je wel een polis met selectieve contractering wilt. Er is dus heel veel keuze. Dat vergt wel dat je het bestudeert, maar ik denk dat dit ook heel erg goed is. Ik denk dat het ook voor patiënten die een polis uitzoeken van groot belang is dat zij daar kritisch naar kijken. Dat vind ik een heel belangrijk onderdeel van de eigen regie.

De voorzitter:

Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dan kom ik op de randvoorwaarden voor de wijziging van artikel 13. Ook D66 heeft ingezet op belangrijke randvoorwaarden om de aanpassing van artikel 13 zorgvuldig te laten verlopen. Dat zien we ook terug in de verschillende amendementen die door de vijf partijen gezamenlijk zijn ingediend. Ten eerste wordt de hele eerstelijnszorg uitgezonderd, zoals net ook al aan de orde is geweest. Onder andere de huisarts, fysiotherapeut en kraamhulp vallen niet onder de wijzigingen. Dat geldt ook voor de wijkverpleegkundige. Voorwaarde daarbij is wel dat die in een sociaal wijkteam moet zitten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

In de passage in het amendement op stuk nr. 20 stond "zorg zoals huisartsen die dienen te geven". Vallen onder zie uitzondering ook de POH-ggz, de ouderenzorg en de psychologen die in dienst zijn bij de huisarts?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ja, dat is allemaal huisartsenzorg, dus dat valt daaronder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dus de psycholoog en de verpleegkundig specialist voor de geestelijke gezondheidszorg vallen daar toch onder?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ja. Die vallen daaronder. POH-zorg is huisartsenzorg.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Aan mevrouw Dijkstra wil ik dezelfde vraag stellen die ik aan de heren Slob en Van der Staaij heb gesteld. Als de keuzevrijheid en de samenwerking in de eerste lijn zo van belang is dat het wordt uitgesloten van de selectieve inkoop door de zorgverzekeraars, waarin verschilt dat dan van de medisch specialisten en de geestelijke gezondheidszorg? Waarom kunnen patiënten daar niet vrij kiezen terwijl zij dat wel kunnen in de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Opnieuw: het is niet zo dat patiënten daar per definitie niet vrij kunnen kiezen. Zij kunnen ervoor kiezen om zo'n polis af te sluiten. Dat is een. Ten tweede komt er met de substitutie vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn, heel veel terecht in de eerste lijn, bij de ketenzorg en de integrale zorg, waarin je de samenwerking juist wilt bevorderen. Dan is het heel belangrijk dat het dicht bij mensen is. Wat mijn fractie betreft moet je die keuzevrijheid behouden.

Overigens wil ik benadrukken dat je nu in de eerste lijn natuurlijk vaak ook geen heel grote vrijheid hebt bij de keuze van je huisarts. Als je op postcode moet kiezen, kun je niet een huisarts uitkiezen die tien kilometer verderop woont. Die komt immers geen visite rijden naar je. Daar is het dus veel meer van belang dat de samenwerking in de buurt in stand blijft.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De keuzevrijheid voor een goede of een uitgekleepte polis is volgens mij niet aanwezig voor mensen die geen dikke beurs hebben. Je neemt die mensen eerst de keuzevrijheid af en daarna zeg je: koop maar terug. Dat is een gekke vorm van keuzevrijheid.

Mijn vraag spitst zich toe op de samenwerking en op de integrale zorg. Zagen we niet, toen het St Jansdalziekenhuis aankondigde te gaan fuseren met de Isala Klinieken in Zwolle, dat dit in no time teruggedraaid werd? Weet u waarom? Omdat de huisartsen zeiden: ho, stop, wij willen niet dat het ziekenhuis uit de omgeving vertrekt, wij willen dat het blijft; het is een heel belangrijke schakel in de zorg voor mensen. Ik vind het gek dat D66 daar oog voor lijkt te hebben in de eerste lijn. Dan zegt deze fractie dat het integraal en dichtbij moet. Als je echter de stap zet naar het ziekenhuis, hoeft het opeens niet meer integraal en dichtbij, en hoeft er ook geen keuzevrijheid meer te zijn. Ik snap dat onderscheid niet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Mevrouw Leijten snapt het onderscheid niet. Ik denk dat het onderscheid helemaal niet zo moeilijk is. Ik heb zojuist al uitgelegd wat het verschil is. Daarnaast moeten we vaststellen dat juist als er samenwerking is tussen de huisartsen en de ziekenhuizen in de buurt, de zorgverzekeraars over het algemeen, gezien hun zorgplicht waarin ze ook voor basiszorg de zorg in de buurt moeten inkopen, niet kunnen zeggen: ga jij maar 200 kilometer verderop voor je ingreep, want we contracteren die hier niet. Daar is natuurlijk geen sprake van. Ik vind het koudwatervrees die niet aan de orde is.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. De wijkverpleegkundige moet in een sociaal wijkteam zitten. De zorgverzekeraar moet bij niet-gecontracteerde zorg daarop toetsen en de verzekerde toestemming verlenen. Ik vind het wel belangrijk dat dit proces niet te veel tijd in beslag neemt. Ik vraag graag aan de minister of zij straks hierover afspraken wil maken met de zorgverzekeraars.

Verder hebben we afgesproken dat er een overgangsrecht komt voor mensen die in een langdurige behandeling zitten. Als er sprake is van een aaneengesloten behandeling en de zorgverzekeraar de zorgaanbieder een jaar later niet contracteert, wordt de vergoeding toch volledig voortgezet.

Transparantie over het zorgaanbod is voor patiënten belangrijk om een verzekering en zorg te kunnen kiezen die bij hen past. Daarom zijn zorgverzekeraars straks verplicht om zes weken voor aanvang van het nieuwe jaar hun zorgaanbod bekend te maken. Dan heb je als verzekerde ruim de tijd om een afgewogen keuze voor je zorgverzekeraar te maken. Daarbij is het belangrijk dat verzekeraars op een begrijpelijke manier helderheid bieden over het verschil tussen de polissen. Er ligt een amendement van mevrouw Bouwmeester op dit punt dat ik zeer interessant vind. Patiënten moeten ook wat D66 betreft een gemakkelijk overzicht krijgen, waarop zij op een eenvoudige manier kunnen zien bij welke aanbieders zij terecht kunnen met hun polissen. Ik vraag de minister of zij expliciet onder de aandacht wil brengen dat dit een makkelijk overzicht moet worden. Ik vraag hier ook naar de uitvoering van de aangenomen motie van D66 en GroenLinks om meer zorgdata openbaar beschikbaar te stellen; de motie over open data. Zou de minister de laatste stand van zaken daarvan kunnen geven?

Transparantie is ook belangrijk voor de zorgaanbieders. Ik heb daarom, samen met de andere partijen, een amendement ingediend. Daarmee worden zorgverzekeraars verplicht om jaarlijks, voor 1 april, informatie te geven over de criteria en de termijnen die zij hanteren bij het inkopen van zorg. Ik wil hiermee benadrukken dat zorgverzekeraars dus echt aan het werk moeten.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Ik hoor allemaal voorstellen van D66 om de nadelige gevolgen van de wijziging van artikel 13, het afschaffen van de keuzevrijheid, wat te verzachten. Ik heb hier voor mij een motie uit de Eerste Kamer uit 2005 liggen waar ook de handtekening van D66 onder staat. In die motie wordt de regering verzocht erop toe te zien dat de keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van artsen en andere zorgaanbieders daadwerkelijk gegarandeerd blijft, zonder extra premiebetalingen. Indertijd was dat een expliciete voorwaarde van D66 om in te stemmen met dit zorgstelsel. Wat is er in de tussentijd gebeurd dat D66 die keuzevrijheid nu zomaar overboord zet?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik wil daarover twee dingen zeggen. Ten eerste zetten wij de keuzevrijheid niet overboord en ten tweede was 2005

het begin van de inwerkingtreding van het zorgstelsel. Het is nu 2014, dus wij zijn negen jaar verder. Wij hebben gezien dat het stelsel zoals het zich ontwikkelt, wat ons betreft niet snel genoeg werkt. Ik heb daarvoor al vaak aandacht gevraagd. Aan de ene kant kunnen de zorgverzekeraars niet voldoende op kwaliteit contracteren en aan de andere kant hebben de zorgaanbieders niet voldoende snelheid gemaakt met het inzicht geven in wat zij aan kwaliteit en zorg kunnen leveren. Duidelijk is dat dit ingewikkeld is. Duidelijk is ook dat dit langzaam is gegaan. Wij moeten dit een push geven; er moet sprake zijn van een vliegwielerwerking. Als je kijkt naar de situatie nu, waarin wij te maken hebben met snel stijgende zorgkosten en waarin wij toegankelijke en kwalitatief goede zorg ook in de toekomst voor mensen betaalbaar willen houden, moeten wij daarop ingrijpen. Dit is een van de maatregelen daartoe. Het is eigenlijk het afmaken van het stelsel waarin de zorgverzekeraars een bepaalde rol hebben gekregen en die zij ook moeten kunnen vervullen. Het wijzigen van artikel 13 is daar een onderdeel van. Het is dus een ontwikkeling waarin wij zijn meegegaan en waarin wij op dit moment de opstelling kiezen die stelt dat dit ook mogelijk moet zijn. Nogmaals, de keuzevrijheid blijft behouden.

Mevrouw Klever (PVV):

De keuzevrijheid om je eigen polis te kiezen blijft behouden, maar niet de keuzevrijheid om je eigen specialist of je eigen ziekenhuis te kiezen. Dat wordt gewoon afgeschaft door D66. Ik ben het wel eens met D66 dat wij inzicht moeten hebben in de kwaliteit. Wij vragen, net zoals D66, de minister al jaren om ons kwaliteitsindicatoren te geven. Elke keer krijgen wij van de minister te horen dat zij die niet heeft en dat die er niet zijn. Hoe denkt mevrouw Dijkstra dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit kunnen inkopen als wij helemaal geen gegevens hebben over kwaliteit?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Het interessante is dat het tot nu toe ook niet uitmaakte voor de zorgverzekeraar of hij wel of niet op kwaliteit inkocht, omdat hij toch gewoon alles moest vergoeden. Daar veranderen wij dus iets aan. Er is voor een deel inzicht, maar voor een heel groot deel is er nog geen inzicht. Wat mijn verwachting is, en wat ook de bedoeling is van deze wetswijziging, is dat zorgverzekeraars veel meer van zorgaanbieders kunnen vragen om helderheid te verschaffen in de kwaliteit die ze bieden. Dat betreft echter niet alleen de zorgaanbieders. Ook de patiënten en de cliënten moeten daarin een belangrijke rol spelen. D66 heeft steeds bepleit, ook met het Kwaliteitsinstituut, dat patiënten, maar ook zorgverzekeraars, daar een belangrijke rol in moeten hebben, en dat iedereen die een rol speelt in die zorgmarkt, daar inzicht in verschaft. Dat moet door deze wetswijziging een versnelling krijgen wat mij betreft.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Dijkstra zei zonet: zorgverzekeraars moeten aan het werk. Zij moeten dat doen op basis van de amendementen die zij onder andere heeft ingediend. Die zorgverzekeraars hebben ons inmiddels een brief gestuurd. Daarin zeggen zij heel duidelijk: wij kunnen dit niet uitvoeren, dit gaat heel veel geld kosten. Wat is de reactie van mevrouw Dijkstra op het antwoord dat de zorgverzekeraars al hebben

gegeven op de oproep dat de zorgverzekeraars aan het werk moeten?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik denk dat de zorgverzekeraars toch aan de slag moeten. Er is heel goed overleg met de zorgverzekeraars nodig om te kijken op welke wijze de bedoelde besparing gehaald kan worden. In het akkoord dat gesloten is over de langdurige zorg maakt de wijkverpleegkundige echt onderdeel uit van het sociaal wijkteam. Dat hebben wij veilig gesteld met het amendement. Er is eerst een machtiging nodig om zorg te krijgen van een wijkverpleegkundige. Aan die voorwaarde moet worden voldaan. Ik denk dat de zorgverzekeraars nu schrikken van het feit dat sprake kan zijn van machtigingen. Als dat even goed vormgegeven is, dan is dat naar mijn idee helemaal niet zo ingewikkeld.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Als ik mevrouw Dijkstra vraag wat de financiële consequenties zijn van deze amendementen, wat is haar antwoord dan?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Als het goed is, dan is de afgesproken besparing nog steeds te halen.

Ik heb de minister gevraagd om de laatste stand van zaken te geven over open data en de transparantie die belangrijk is voor de zorgaanbieders. Ik heb gesproken over de zorgverzekeraars die aan het werk moeten. Het is belangrijk dat nieuwe, innovatieve aanbieders de mogelijkheid krijgen om zorg te leveren, zodat er een gelijk speelveld is. Ik heb daarom een amendement ingediend waarmee wordt beoogd dat zorgverzekeraars verplicht worden om duidelijk te maken op welke manier zij bij de zorginkoop ruimte bieden aan starters. We regelen ook dat kleine aanbieders een eerlijke kans krijgen. Zo creëren we een gelijk speelveld. Naast deze randvoorwaarden houden we goed de vinger aan de pols. De NZa gaat er jaarlijks op toezien dat zorgverzekeraars de wetswijziging naleven. Na twee jaar komt er een grote evaluatie.

In deze wet regelen we ook dat mensen gebruik kunnen maken van een persoonsgebonden budget als zij verpleging en verzorging nodig hebben. Die zorg valt nu nog onder de AWBZ maar vanaf volgend jaar onder de Zorgverzekeringswet. D66 is heel blij dat het pgb voor deze zorg mogelijk blijft en dat we dit in de wet verankeren. Hiermee geeft het kabinet uitvoering aan de in deze Kamer breed gedragen en gesteunde motie van mijn collega Vera Bergkamp. D66 is tevreden dat het kabinet met de zorgverzekeraars en Per Saldo tot overeenstemming is gekomen en dat het straks ook in de Zorgverzekeringswet mogelijk is om eigen regie te voeren. Ik merk echter wel dat er ruis is in relatie tot de vraag of ouderen al dan niet gebruik kunnen maken van het Zvw pgb. Het kabinet stelt dat het gewoon kan. Ik zie het dan ook als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, Per Saldo en het kabinet om daarover duidelijk te zijn. Ik wil van de minister weten wat zij gaat doen om de onduidelijkheid en zorgen weg te nemen.

De voorzitter:

Komt u al toe aan een afronding?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik heb nog een klein stukje tekst over het pgb. Zal ik dat even afmaken? Mevrouw Bruins Slot kan dan gewoon aan de interruptiemicrofoon blijven staan.

D66 vindt het erg belangrijk dat verpleging en verzorging kunnen worden ingekocht met een pgb, ook als een mantelzorger die geeft, dus niet alleen BIG-geregistreerden. Ik hoor graag of de minister nog een keer kan bevestigen dat ook voorbehouden handelingen die worden gedaan door een familielid of een mantelzorger met een pgb kunnen worden ingekocht.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Dijkstra stelt zeer terecht dat er sprake is van ruis over het straks toekennen van het persoonsgebonden budget. De minister schrijft er in de antwoorden iets heel helder over waarover ik graag de mening van mevrouw Dijkstra wil weten, namelijk dat er bij normale verouderingsprocessen zoals bijvoorbeeld dementie geen sprake zal zijn van een afgesproken voorwaarde om dan zo'n persoonsgebonden budget te krijgen. Hoe kijkt mevrouw Dijkstra ertegenaan dat je klaarblijkelijk straks geen pgb krijgt als je dementie hebt?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik viel daar ook over, maar ik heb dat anders gelezen. Ik begrijp dat iedereen die aan de voorwaarden voldoet toegang heeft tot het pgb, ook ouderen en dementerenden, dat er geen leeftijdsgrens is en dat er geen ziekten worden uitgesloten. Daarom vraag ik de minister om dat op te helderen. Lees ik dat goed of vergis ik mij daarin? Mevrouw Bruins Slot merkte zelf op dat dementie op steeds jongere leeftijd voorkomt. Ik vind dan ook dat je dementie niet alleen als ouderdomsziekte kunt bestempelen. Het zou heel ernstig zijn als behalve de zorg thuis ook de kleinschalige wooninitiatieven die vanuit het pgb worden bekostigd niet meer kunnen voortbestaan.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mensen met dementie hebben vaak nog een partner die misschien wel moeten werken en dergelijke. De minister schijnt te zeggen dat actieve participatie in de maatschappij een soort harde voorwaarde is om een persoonsgebonden budget te krijgen. Geldt die actieve participatie dan voor degene met dat verouderingsproces? Of kunnen we zeggen dat actieve participatie van de partner in de maatschappij ook een reden is voor het toekennen van een persoonsgebonden budget?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Voor D66 geldt dat op die manier. Ik ben ook erg benieuwd naar het antwoord van de minister daarop.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dus dat men als partner actief participeert?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ja.

Naast de aanpassing van artikel 13 en het verankeren van het pgb gaat dit wetsvoorstel over het verbod op verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Verzekeraars mogen straks geen zeggenschap meer hebben in zorgaanbieders. Ik ben het met de minister eens dat patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat hun verzekeraar objectief te werk gaat bij de zorginkoop. Een verzekeraar mag een ziekenhuis niet voortrekken bij de inkoop omdat hij er een belang in heeft. Ik vraag mij wel af hoe noodzakelijk het is om verticale integratie wettelijk te verbieden; het is al eerder aan de orde gesteld. Patiënten kunnen ook naar een andere verzekeraar gaan, als zij geen vertrouwen hebben in de eigen verzekeraar. Daarnaast komt verticale integratie niet of nauwelijks voor, voor zover ik dat heb begrepen. Kan de minister aangeven hoeveel gevallen van verticale integratie er op dit moment zijn? D66 vindt wel dat je voor extra regels of een verbod moet kiezen als dat echt nodig is, maar anders leidt het alleen maar tot overbodige administratieve lasten.

Verzekeraars kunnen in twee uitzonderingsgevallen een ontheffing aanvragen. Dat kan als het noodzakelijk is om aan de zorgplicht te voldoen of als het noodzakelijk is om zorginnovaties van de grond te laten komen. Die ontheffing geldt voor vier jaar en kan maar één keer verlengd worden. Ik zou mij in sommige gevallen kunnen voorstellen dat je voor een innovatieproject meer tijd nodig hebt. Ziet de minister daar ook mogelijkheden voor?

Het mag duidelijk zijn dat D66 het heel verstandig vindt dat de minister om de vijf jaar een evaluatie doet om te bekijken of het verbod nog wel noodzakelijk is. Wil de minister in die evaluatie in ieder geval meenemen hoeveel extra administratieve lasten dit wettelijk verbod met zich meebrengt en in hoeverre de strikte uitzonderingstermijnen noodzakelijk zijn? Daarnaast hoor ik graag hoe zij na die vijf jaar bepaalt of het verbod al dan niet wordt doorgezet. Wat zijn de criteria daarvoor? Denkt zij dat we überhaupt weer van dit verbod af kunnen? Voorzitter. Dat was het.



De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. De VVD vindt het essentieel dat kwalitatief hoogwaardige zorg beschikbaar en betaalbaar is voor iedereen. Wij staan pal voor de solidariteit tussen gezond en ziek. Daarom zijn wij grote pleitbezorgers voor onze Zorgverzekeringswet, omdat die het fundament vormt onder ons solidaire stelsel. Het stelsel is nog niet volmaakt, maar trekt wel positieve aandacht van over de hele wereld. Niet voor niets is ons stelsel afgelopen jaar door de Euro Health Consumer Index opnieuw uitgeroepen tot het beste van Europa.

Voordat ik over de inhoud van het voorliggende wetsvoorstel spreek, wil ik graag even terugkijken op de periode van voor het huidige zorgstelsel dat in 2006 werd ingevoerd. Het is de periode van ziekenfonds en particulier, van de peperdure en uitgeklede standaardpakketpolis voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Het is de periode van de budgettering en de aanbodregulering waardoor ziekenhuizen in oktober behandelstops invoerden en minister Els Borst week na week naar de Kamer werd

geroepen vanwege de ellenlange wachtlijsten. Het is ook de periode waarin er nauwelijks zicht was op de kwaliteit van zorg. Het mag duidelijk zijn dat het vroeger niet beter was maar slechter, veel slechter.

In 2006 werd onder leiding van minister Hans Hoogervorst de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Bij die wet werd in de curatieve zorg de gereguleerde marktwerking geïntroduceerd. De zorgverzekeraar onderhandelt namens haar verzekerden met zorgaanbieders over de kwaliteit en de prijs. Tijdens de eerste jaren van het huidige stelsel hebben we gezien dat wachtlijsten in snel tempo zijn afgenomen. De kosten van de zorg stegen echter mee, doordat de verzekeraars onvoldoende hun rol pakten als onderhandelaar. De VVD heeft daar meerdere keren aandacht voor gevraagd.

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet is er stap voor stap meer inzicht in de kwaliteit van zorg gekomen. Het veld komt zelf tot kwaliteitsnormen en weet deze steeds beter te ontsluiten voor de patiënten. Denk bijvoorbeeld aan de Kwaliteitsvensters die de niet-academische ziekenhuizen sinds kort op hun websites hebben staan. Daar waar het inzichtelijk maken van kwaliteit nog onvoldoende vooruitgang boekt, hebben we tegenwoordig het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO om het proces te versnellen. Met het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, zet ons curatieve zorgstelsel een belangrijke stap richting volwassenheid. We versterken de rol van de zorgverzekeraar als inkoper, waardoor ondoelmatige zorg kan worden teruggedrongen. De wet creëert de mogelijkheid om ongecontracteerde zorg niet langer te vergoeden. De trend richting meer specialisatie zal worden versneld. Daardoor neemt de kwaliteit van de behandelingen toe, neemt de kans op complicaties af en kan de behandeling voor een goede prijs worden aangeboden. Door de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet zal daarom de prijs-kwaliteitverhouding in de zorg verder verbeteren.

De wetswijziging zorgt ook voor meer transparantie in het inkoopproces, waardoor de zorgaanbieders beter en sneller kunnen inspelen op de eisen en de wensen van de verzekeraar. Er komt ruimte voor een breder aanbod aan polissen met meer inzicht in het gecontracteerde zorgaanbod, waardoor verzekerden meer keuze hebben en beter onderbouwd hun keuze voor een zorgpolis en een zorgaanbieder kunnen bepalen. De VVD is daar blij mee. De aanpassing van artikel 13 stond niet voor niets al in ons verkiezingsprogramma. Het is een noodzakelijke stap om te komen tot een nog beter functionerend zorgstelsel.

Mevrouw Leijten (SP):

Het afschaffen van artikel 13 is een belangrijke stap in de volwassenwording van ons zorgstelsel. Ik heb de verslagen van de behandeling van de Zorgverzekeringswet er eens op nagelezen en daarin is Kamerlid Schippers heel duidelijk. Ze vindt dat het moet leiden tot keuzevrijheid, maar de keuzevrijheid van de VVD is de vrijheid om een zorgverzekeraar te kiezen. Dat mag. Dat kan. Wij hebben dit in het interruptiedebat al gewisseld. Maar als de keuzevrijheid niet voor een arts is, maar wel voor een verzekeraar en deze verzaakt in jouw ogen, mag je dan gewoon dagelijks veranderen van zorgverzekeraar? Zou dat geen goed idee zijn?

De heer Rutte (VVD):

Wij stellen, onder andere in amendementen, allereerste aanvullende eisen ten aanzien van de manier waarop de verzekeraar moet contracteren. Die moet zich echt rekenenschap geven van kwaliteit en moet daar ook inzicht in geven. De NZa ziet daarop toe. Mevrouw Leijten vindt van alles van de NZa. Ik overigens ook. Er moet echt wat gebeuren. Daar zijn wij het volgens mij voor een deel over eens. De NZa moet daar toezicht op houden en moet ervoor zorgen dat er adequaat wordt gecontracteerd. Als er niet adequaat wordt gecontracteerd, moet de NZa ingrijpen. Wat mevrouw Leijten hier schetst, kan zich dus alleen in hypothetische gevallen voordoen.

Mevrouw Leijten (SP):

Wij zijn het oneens over dit wetsvoorstel en wij zijn het oneens over de manier waarop de zorg geordend is. Dat is voor iedereen hartstikke duidelijk. De VVD en de SP kunnen wat zorg betreft niet door één deur. Ik probeer echter in de redenering van de heer Rutte door te gaan. Stel dat de verzekeraar doet wat de verzekerde wil, dat hij alles transparant gaat maken en dat de verzekerde toch in een situatie komt waarin hij niet daarheen kan waar hij wil, terwijl de zorgverzekeraar eigenlijk zou moeten doen wat de verzekerde wil. Dan moet het toch mogelijk worden om per dag de polis te veranderen? Dat zou toch ook juist in de liberale gedachte van de VVD geen enkel probleem zijn, omdat de zorgverzekeraar immers altijd doet wat de verzekerde graag wil? Zou de heer Rutte een voorstel van de SP om het mogelijk te maken om iedere dag van zorgverzekeraar te veranderen, een amendement in te dienen bij dit wetsvoorstel, steunen?

De heer Rutte (VVD):

De SP mag het voorstel indienen, maar wij gaan dat niet steunen. Zoals ik net al zei, bouwen wij allereerste waarborgen in om ervoor te zorgen dat er adequaat wordt gecontracteerd. Dat is wat wij willen. Als wij doen wat de SP voorstelt, komt er een enorm circus waarin iedere keer als het een patiënt niet aanstaat wat er gebeurt, hij zijn verzekering gaat opzeggen. Dan krijgen wij een enorme administratieve bewijslast over of dat nu mag of niet en over of dat het akkoord is of niet. Ik wil dat het vooraf goed geregeld is. De waarborgen daarvoor staan in de amendementen en in de wet.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik hoor de heer Rutte zeggen dat het inzichtelijk maken van kwaliteit onvoldoende van de grond komt. Eén zin later zegt hij echter dat de zorgverzekeraars gaan inkopen op basis van kwaliteit en prijs. Hoe gaan zij dat dan doen? Als wij de kwaliteit niet inzichtelijk hebben, hoe kunnen zij dan op kwaliteit inkopen?

De heer Rutte (VVD):

Als mevrouw Klever echt goed had geluisterd, had ze mij horen zeggen dat de kwaliteit meer en meer inzichtelijk wordt. Dat gebeurt steeds meer. Artsen zijn, samen met patiënten, hard bezig met het opstellen van medische richtlijnen, daar waar zij er nog niet zijn. Het Kwaliteitsinstituut is daarbij, zoals mevrouw Dijkstra zei, stok achter de deur om dat proces te versnellen. Het is dus niet waar dat

er nog geen inzicht is in de kwaliteit. Het is wel waar dat het proces steeds sneller moet. Deze wet helpt ook om dat proces verder te versnellen.

Mevrouw Klever (PVV):

Wij hebben een minister en wij hebben een Inspectie voor de Gezondheidszorg. Is de heer Rutte het niet met mij eens dat het bewaken van de kwaliteit voornamelijk een taak is van de minister en haar Inspectie voor de Gezondheidszorg, en niet van de zorgverzekeraars?

De heer Rutte (VVD):

De minister en de IGZ bewaken vooral de minimumnormen voor kwaliteit. Door die bodem mogen wij nooit zakken. Dan praten wij over niet-adequate zorg, zorg die echt niet voldoet. Daar hebben wij het hier niet over. Ik wil hier een stap vooruitzetten in kwaliteit, ervoor zorgen dat wij echt goede kwaliteit kunnen gaan contracteren en belonen. Er zijn meer dan voldoende voorbeelden van gevallen waarin dat al gebeurt, maar er moeten er nog veel meer van gaan komen.

Naast de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringwet, introduceren wij ook, in elk geval voor de komende vijf jaar, een verbod op verticale integratie. Nu wij de positie van de zorgverzekeraar versterken, is het verstandig om te voorkomen dat de verzekeraar bij de zorginkoop andere belangen dan kwaliteit en prijs van de zorg laat prevaleren. Daarom willen wij niet dat verzekeraars zelf een aanmerkelijk belang in zorgaanbieders hebben. Zo blijven de verhoudingen zuiver.

De voorzitter:

Hebt u dit punt afgerond, mijnheer Rutte?

De heer Rutte (VVD):

Ja. Ik zie dat ik de alinea heb afgesloten. Ik ben helemaal klaar voor de vragen van mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Rutte ging in een sneltreinvaart door de wijziging van artikel 13 heen. Hij maakte aan het begin de opmerking dat het een instrument is om beter te kunnen sturen en dat dat van belang is. Ik heb een vraag aan mevrouw Dijkstra gesteld en die stel ik ook aan de heer Rutte: leiden de amendementen die nu zijn ingediend, dus ook het amendement op stuk nr. 20 van de heer Slob, ertoe dat de opbrengst van artikel 13 minder groot is?

De heer Rutte (VVD):

De opbrengst van artikel 13 in financiële zin hangt vooral samen met de hoofdlijnenakkoorden die zijn gesloten, die over de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg gaan. Die hebben wij nadrukkelijk niet uitgezonderd van de werking van artikel 13. Dus de financiële opbrengst is naar mijn verwachting dezelfde.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Rutte vond ook dat zorgverzekeraars contracten beter openbaar moeten maken. Dat ze beter inzichtelijk zijn, is een van de neveneisen. Vindt hij dan ook dat de verzekerde rechten te ontlenen heeft aan dat overzicht en dat de verzekerde ook mag verwachten dat hij die zorg door de verzekeraar krijgt aangeboden als dat overzicht eenmaal gepubliceerd is?

De heer Rutte (VVD):

Dat lijkt mij logisch. Als je vindt dat het gecontracteerde aanbod heel nadrukkelijk deel uitmaakt van de polis en dat het onderscheidende criterium moet kunnen zijn om te kiezen voor een bepaalde verzekeraar en te kiezen voor de desbetreffende polis, dan moet je daar ook rechten aan kunnen ontlenen.

Mevrouw Leijten (SP):

Excuus dat ik toch ook nog even doorga op artikel 13. Het ging mij erg snel. De heer Rutte zegt: het zorgstelsel wordt afgemaakt doordat de zorgverzekeraar gaat contracteren en gaat sturen op de zorginkoop. Maar nu hebben wij een wetsvoorstel voorliggen dat amendementen kent die daar een uitzondering op maken. Het geldt namelijk niet voor de basiszorg, de wijkverpleging en de eerste lijn.

De voorzitter:

Uw vraag?

Mevrouw Leijten (SP):

Is het zorgstelsel dan nog niet af in de ogen van de VVD? Kunnen wij van de VVD in de toekomst in het verkiezingsprogramma voorstellen verwachten om de werking van artikel 13 nog verder te beperken?

De heer Rutte (VVD):

De VVD is in gesprek gegaan met een aantal andere partijen om brede steun te krijgen voor dit wetsvoorstel. Dat heeft geleid tot een aantal amendementen, waarin een aantal wijzigingen zijn aangebracht. De kern van het wetsvoorstel is gewoon overeind gebleven. Het gaat over de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Die kern moet gaan werken. Over twee jaar evalueren wij opnieuw. Als blijkt dat wat wij nu hebben adequaat is, dan is het klaar. Als blijkt dat het verstandig is om andere stappen te zetten, dan sluit ik dat niet bij voorbaat uit, maar ik zeg ook niet bij voorbaat dat wij dat zouden moeten doen. Ik wil die evaluatie nadrukkelijk afwachten.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, tot slot.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik vind het niet zo consequent van de VVD. Het zorgstelsel moet afgemaakt worden door de zorgverzekeraars de macht te geven om te contracteren en op die manier de verzekerde te sturen. Dat geldt alleen voor een aantal zorgsoorten niet. Wat de SP betreft, is het goed dat die worden uitgezonderd en is het slecht om de stap van het afschaffen van artikel

13 te maken voor medisch-specialistische zorg en de ggz. Maar ik hoor heel erg goed dat, wat de VVD betreft, eigenlijk het model zou moeten zijn voor de hele zorg: de zorgverzekeraar koopt in en beslist voor de verzekerde waar hij heen gaat. Dat heb ik goed gehoord.

De voorzitter:

Dat was geen vraag. Gaat u verder.

De heer Rutte (VVD):

Dat is een constatering, zoals ik ook constateer dat in het huidige stelsel, als wij rare dingen hebben zoals het oprichten van een ggz-kliniek door de Volkskrant, de zorg die daar wordt geleverd, nog steeds voor 80% moet worden vergoed. Mevrouw Leijten steunt dat nog steeds, ook al steunt zij niet dat op zo'n eenvoudige manier een nieuwe kliniek zou kunnen worden opgericht. Daar wil zij ook aanvullende eisen aan stellen. Dat weet ik. Maar dat die situatie blijft bestaan, steunt zij nog doordat zij deze wetswijziging niet wil.

Mevrouw Leijten (SP):

Hoho.

De voorzitter:

Korte reactie.

Mevrouw Leijten (SP):

Wij zijn nooit voorstander geweest van het opengooien van de zorgmarkt zodat men daar zomaar aanbieder op kan worden. Daar hebben wij altijd van gezegd: stel daar paal en perk aan. Dat heb ik in mijn termijn ook gezegd. Het is alleen de omgekeerde weg om vervolgens de patiënt te gaan beperken als je slechte aanbieders toelaat. Dat moet je andersom doen.

De heer Rutte (VVD):

Ik schets de situatie zoals die zich in de praktijk voordoet en die door de opstelling van de SP in dit debat gewoon kan blijven bestaan. Daar kiezen wij niet voor.

Tot slot introduceren wij in de Zorgverzekeringswet een pgb voor de verpleging en verzorging. Op die manier maken wij onder voorwaarden eigen regie voor verpleging en verzorging mogelijk, zoals dat nu ook in de AWBZ mogelijk is. Het is goed dat voor de voorwaarden van dit persoonsgebonden budget zo veel mogelijk is aangesloten bij de formulering in andere wetten, zoals de nieuwe Wmo en de toekomstige wet langdurige zorg.

Ik krijg een vraag.

De voorzitter:

Als u klaar bent, dan eh ...

De heer Rutte (VVD):

Nee, ik heb nog een alineaatje.

De voorzitter:

Ik zou het eerst afmaken. Dat lijkt mij verstandig.

De heer Rutte (VVD):

Ik rond af. Zoals ik in mijn inleiding al aangaf, zet de VVD zich ervoor in dat kwalitatief hoogwaardige zorg beschikbaar en betaalbaar is voor iedereen, niet alleen nu maar ook in de toekomst. Met de wetswijziging van vandaag zetten wij een essentiële stap om dit te borgen. Ik ben ervan overtuigd dat wij mede dankzij deze wetswijziging nog vele jaren bovenaan zullen prijken in de Europese ranglijsten van de Euro Health Consumers Index.

Mevrouw Klever (PVV):

De heer Rutte gaat er in sneltreinvaart doorheen. Ik had nog een vraag over de fusies. In 2008 heeft Kamerlid Schippers samen met mijn collega Agema een motie ingediend om de regering te verzoeken het fuseren van zorgverzekeraars en zorgaanbieders te verbieden, omdat de keuzevrijheid van de patiënt daarmee ingeperkt zou worden. In de wet staat de minister toe dat een zorgverzekeraar een belang van 30% kan nemen in een zorgaanbieder. Samen met het feit dat een zorgverzekeraar de patiëntenstroom kan sturen, is dit de facto dus een grote zeggenschap van de zorgverzekeraar over de zorgaanbieder. Is dat niet volledig tegenstrijdig met het feit dat de VVD altijd samen met de PVV heeft gezegd dat we dat niet willen?

De heer Rutte (VVD):

Volgens mij is het wetsvoorstel volledig in lijn met het verbod voor zorgverzekeraars om te fuseren met zorgaanbieders. Daar gaat de motie over; het mag ook niet. De wet regelt heel nadrukkelijk dat een verzekeraar geen sturend belang mag krijgen in een zorgaanbieder. Dat is ook heel terecht, omdat we de positie van de zorgverzekeraar versterken. Die moet geen ander belang hebben dan het inkopen van kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs.

Mevrouw Klever (PVV):

Als een zorgverzekeraar een belang van 30% heeft in een zorgaanbieder en hij ook nog de patiëntenstroom kan sturen, heeft hij de facto de zeggenschap over een ziekenhuis of zorgaanbieder. Als hij zijn geld terugtrekt en zijn patiënten terugtrekt, kan het ziekenhuis immers wel inpakken, want dat is dan in één keer een grote financier en een groot deel van zijn patiënten kwijt. Het ziekenhuis heeft dan helemaal niets meer te zeggen.

De voorzitter:

Ook dat was een constatering, constateer ik.

De heer Rutte (VVD):

Ik kan er nog wel een reactie op geven. In het wetsvoorstel is heel nadrukkelijk geregeld dat een doorslaggevende zeggenschap in een organisatie niet is toegestaan bij een belang in combinatie met de manier van zorginkoop. Het is dus een schimmig verhaal, een angstbeeld dat simpelweg niet klopt. Het wordt in de wet uitgesloten en over angstbeelden moeten we maar niet verder debatteren. Daarom rond ik hierbij af.



Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter. Kwaliteit van zorg is voor patiënten het belangrijkste goed. Daarom hebben patiënten recht op kwalitatief goede of eigenlijk de beste zorg en op informatie om te kunnen weten wat de kwaliteit van zorg is. Dat moet informatie zijn die gaat over alle aspecten die de kwaliteit van zorg bepalen, op een begrijpelijk niveau. Ook heeft de patiënt het recht om te weten hoe een zorgverzekeraar deze zorg inkoop. Een patiënt heeft recht op de beste zorg die geleverd wordt door een arts. Een zorgverzekeraar moet hierop inkopen. De zorgverzekeraar en de zorgverlener moeten dus in het belang van de patiënt handelen en ervoor zorgen dat die patiënt nu eindelijk kan kiezen op basis van kwaliteit.

Ik geloof dat de zorgverleners en de patiënten samen de kwaliteit van zorg inzichtelijk kunnen maken, zodat de zorgverzekeraars deze aantoonbare kwaliteit wel moeten inkopen. Mijn oproep is dan ook aan zorgverleners en zorgverzekeraars om die handschoenen op te pakken. Pak die handschoenen op, in het belang van de patiënt. De afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet in het meten van kwaliteit, bijvoorbeeld door het DICA ten aanzien van de oncologie. Door meten en registreren wordt aantoonbaar betere zorg geboden en onnodige zorg voorkomen, omdat patiënten bijvoorbeeld nog maar één keer onder het mes hoeven.

Door het succes zijn er proeven gestart met nog eens zestien ziektes, zoals huidkanker, longaandoeningen en de ziekte van Parkinson. De Partij van de Arbeid vindt het van essentieel belang dat de patiënten ook inzicht krijgen in deze gegevens. Juist dit soort stappen maakt dat de Partij van de Arbeid gelooft dat kwaliteit meten dus wel kan, en dat zorgverleners dit verder moeten ontwikkelen. De kwaliteit is echter niet alleen objectief, gemeten door de uitkomst van behandeling. Zij is ook subjectief. De ervaring van patiënten speelt mee, zoals de bejegening en de vertrouwensband. De NPCF is via de Zorgkaart Nederland gestart met het meten van het transparant maken van kwaliteit door een combinatie te maken van objectieve en subjectieve gegevens over kwaliteit. Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft een voorzichtige start gemaakt met het transparant maken van kwaliteit door middel van kwaliteitsvensters.

Het kan dus wel. Deze initiatieven verbeteren het inzicht in de kwaliteit, wat wederom de kwaliteit zelf kan bevorderen. Maar, zorgverleners — excuus: zorgverzekeraars; dat is een belangrijk verschil — moeten dit dan dus ook belonen. De bewijslast ligt zo meteen bij hen. Op de schouders van de zorgverzekeraars rust dus een belangrijke verantwoordelijkheid. Laat maar zien hoe je inkoop op kwaliteit en toon ook aan hoe de keuzes worden gemaakt. Met deze wetswijziging worden de zorgverzekeraars gedwongen om op een transparante manier op kwaliteit in te kopen en deze keuze toe te lichten. Dat is een belangrijke nieuwe eis aan de zorgverzekeraars, die in de wet komt te staan.

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij wordt het met deze wet niet verplicht om op kwaliteit in te kopen. Volgens mij wordt het met deze wet verplicht om transparant te maken hoe je inkoop. Het is dus niet: verplicht op kwaliteit inkopen. Ik heb een vraag aan mevrouw Bouwmeester. Er wordt nu heel hard gewerkt

aan kwaliteitsnormen, aan openheid wat dat betreft. Mevrouw Bouwmeester zei net: er is een klein stapje gezet met het DICA als het gaat over kankerbehandeling. Dat is een klein stapje. We zijn er nog niet. Is het dan niet nog veel te vroeg om te zeggen: dan gooien we artikel 13 maar overboord? Zou het niet veel beter zijn om pas als alles openbaar is, als de kwaliteitseisen echt optimaal kunnen worden weergegeven — als dat überhaupt al kan — over te gaan tot het in handen van de zorgverzekeraars leggen van de macht?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Nee.

Mevrouw Leijten (SP):

Oké, dus de patiënt mag wel meedoen aan allerlei evaluaties maar hij mag straks niet meer kiezen voor zijn eigen arts. Dat vind ik inconsequent.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Daar kan ik ook nee op zeggen. Ik kan dus snel verdergaan met mijn betoog. Daarbij kan ik nog wel iets anders zeggen. Het probleem is nu dat de kwaliteit niet inzichtelijk is voor de patiënt. We kunnen wachten totdat dat gebeurt, maar dan kunnen we wachten tot sint-juttemis. Je hebt dus een vliegwiel nodig. De strijd gaat er niet om of een arts altijd wordt vergoed, of dat hij altijd voor eigen parochie preekt. Het gaat er ook niet om of de patiënt voor eigen parochie preekt, of dat de zorgverzekeraar dat doet. Het gaat ons erom hoe je partijen in hun kracht kunt zetten, hoe het gelijkwaardige partijen kunnen worden. Het moet weer gaan om de kwaliteit van zorg. Het systeem moet weer draaien om wie het zou moeten draaien: de patiënt. Als wij de kant kiezen van de zorgverzekeraar, want die moeten wel iets willen, dan worden de patiënten weer vermalen. Ons doel met deze wet — ik kom er straks uitgebreid op terug — is het vergroten van het inzicht in de kwaliteit. Als je als patiënt en als arts goede kwaliteit vaststelt, dan kun je een vuist maken tegen de zorgverzekeraar, want die moet wel degelijk inkopen op kwaliteit. Zolang je dat vaststelt — mevrouw Leijten luistert niet meer; dat is jammer — kun je een vuist maken tegen de zorgverzekeraar. Die moet van heel goeden huize komen om, als patiënten en artsen bij borstkanker zeggen dat iets kwaliteit is, te zeggen: ik koop er niet op in. Dan heeft hij dus wat uit te leggen. Wij zijn dus bezig met een stap voorwaarts, die de kwaliteit ten goede komt en in de eerste plaats de patiënt ten goede komt.

De voorzitter:

Dat was een heel lang antwoord, maar goed. Mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het CDA deelt de mening van de PvdA dat de zorgverzekeraar op kwaliteit moet inkopen. Uit de Monitor Zorginkoop 2014 van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat zorgverzekeraars nog lang niet zover zijn. In het amendement van mevrouw Bouwmeester staat echter niet letterlijk dat zorgverzekeraars op kwaliteit moeten inkopen. Het enige wat ze moeten doen is inzicht geven in het beleid dat ze hante-

ren bij de zorginkoop. Kan mevrouw Bouwmeester uitleggen hoe zij dan tot de conclusie komt dat zorgverzekeraars op basis van dit amendement op kwaliteit moeten inkopen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ze hebben de verplichting om het toe te lichten. Nu hebben ze carte blanche, maar straks niet meer.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ben een zorgverzekeraar en in mijn kwaliteitsbeleid heb ik opgeschreven dat kwaliteit niet de belangrijkste rol speelt, maar dat ik vooral contracteer op prijs. Dat kan in het kwaliteitsbeleid staan. Dat kan dus ook op grond van dit amendement in het kwaliteitsbeleid staan. Hoe voorkomt mevrouw Bouwmeester dat de zorgverzekeraar straks in zijn kwaliteitsbeleid gewoon concludeert: we kopen in op prijs?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat is een terechte vraag. Nu is het als volgt. Zorgverzekeraars kopen in, en dat doen ze aantoonbaar niet op kwaliteit. Dat heeft de NZa vastgesteld. En dan gaan ze gewoon verder. Dat is niet in het patiëntenbelang. Straks moet een zorgverzekeraar zich verantwoorden over wat hij met kwaliteit doet. Hij heeft dan dus een verantwoordingsplicht, die hij nu niet heeft. Er wordt iets vastgelegd en dat wordt getoetst.

De voorzitter:

Gaat u verder. O nee, mevrouw Klever heeft nog een vraag.

Mevrouw Klever (PVV):

Enkele maanden geleden kwam de Algemene Rekenkamer met een rapport waarin staat dat zorgverzekeraars helemaal niet op kwaliteit kunnen inkopen, omdat de informatie er niet is. Hoe komt mevrouw Bouwmeester er dan bij dat ze op kwaliteit gaan inkopen als ze dat niet eens kunnen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ze doen het nu niet. Straks worden ze er wel toe verplicht. Dan worden ze er ook toe verplicht om zich erover te verantwoorden.

Mevrouw Klever (PVV):

Dus zorgverzekeraars worden verplicht om iets te gaan doen wat ze helemaal niet kunnen doen, want de Algemene Rekenkamer heeft geconcludeerd dat het helemaal niet kan. Is dat wat mevrouw Bouwmeester zegt?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Nee, dat is het zeer zeker niet. Kijk naar het containerbegrip "kwaliteit". Dan gaat het enerzijds over objectieve criteria, over de uitkomst van de behandeling, en anderzijds over subjectieve criteria, die alleen maar door een patiënt kunnen worden vastgesteld. Wat is de bejegening? Hoe ga je om met je arts? Hoe heb je het ervaren? Is jouw kwaliteit van leven verbeterd? Op het moment dat artsen en patiënten samen zeggen dat zij het erover eens zijn wat zij goede

kwaliteit vinden, vormen zij een bondgenootschap, want artsen willen goede zorg verlenen en patiënten willen die graag krijgen. Als zij dit openbaar maken, wordt de zorgverzekeraar verplicht om aan te tonen waarom hij niet op de aantoonbare kwaliteit inkoopt in het geval hij dat niet zou willen. Dat het nu niet gebeurt, klopt. De Rekenkamer heeft dit gezegd en de NZa heeft dit gezegd, iedereen weet dat. Je kunt dan stil gaan zitten, maar dan gebeurt er niets in het belang van de patiënt. Wij zeggen: zet het als vliegwiel neer. De zorgverzekeraar gaat niet bepalen wat kwaliteit is. Tegen alle artsen die zo bezorgd zijn, zeg ik: pak die handschoen op! Formuleer wat kwaliteit is! Betrek die patiënten erbij! Dan kun je ook afdwingen dat zorgverzekeraars daarop inkopen. De drie partijen — het is geen welles-nietesspel — moeten elkaar vinden en versterken, met name de patiënt en de arts, want dan kun je op kwaliteit inkopen.

De voorzitter:

Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het gaat duidelijk niet alleen maar om het verzamelen van meer informatie. Het gaat om slim meten en het bundelen van gegevens die er nu zijn, zodat er synthese aan informatie ontstaat. Deze moet vervolgens zo worden geformuleerd dat de patiënt goed geïnformeerd is en kan kiezen op basis van kwaliteit. Dit moet begrijpelijk worden gecommuniceerd. Voor laaggeletterden bijvoorbeeld is het nu al heel moeilijk. Voor hen moet het straks dus beter worden, zodat ook zij begrijpen wat kwaliteit is en waar deze kan worden gevonden. Het is het recht van de patiënt op goede informatie en het recht om te weten wat er wordt geboden. Zo kan het zorgaanbod overigens ook nog eens verbeteren door onderling te vergelijken. Zolang de patiënt en de zorgverlener samen bepalen wat kwaliteit is, kunnen zij enorme tegendruk bieden aan de zorgverzekeraar. Het systeem komt dan in evenwicht. Dit is een belangrijke en bovenal zeer noodzakelijke stap vooruit.

Mevrouw Leijten (SP):

Er is al een grondwettelijk recht op informatie, zeker op het moment dat je de integriteit van je lichaam moet laten aantasten omdat je zorg nodig hebt. Dit staat in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, in de Grondwet, in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, op heel veel plekken staat dat je dit recht al hebt. Er komt dus niets nieuws naar voren met dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel ontnemt patiënten wel het recht om hun eigen arts te kiezen. Kan mevrouw Bouwmeester uitleggen hoe dit patiënten meer in hun kracht zet? Dit zei zij zojuist. Mijn conclusie is dat de patiënten minder rechten krijgen als wij dit wetsvoorstel aannemen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Er wordt mensen geen recht ontnomen.

De voorzitter:

Het schijnt 1-0 te zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
1-0? Voor Nederland of voor Australië?

De voorzitter:
Voor Nederland, door Robben. Mevrouw Leijten had het woord.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Laten we hopen dat het ook 1-0 wordt voor de patiënten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat sowieso, voorzitter.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het is nogal wat wat hier voorligt. De vrije keuze om je eigen arts te kiezen en de rekening ook betaald te krijgen, die staat hier onder druk. Gaat de PvdA er werkelijk mee akkoord dat als mensen hun eigen arts kiezen, omdat zij hem vertrouwen, en de zorgverzekeraar dit niet blijft, zij de kosten zelf moeten betalen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Die aanname klopt niet en die steun ik dus ook niet.

De voorzitter:
Gaat u verder.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat is wat dit wetsvoorstel doet, mevrouw Bouwmeester! Ontkent u dat het wetsvoorstel deze conclusie heeft?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ja, dat ontken ik.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Wat doet dit wetsvoorstel dan wel?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het is 1-1.

De voorzitter:
Ja, het is 1-1.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het belang van kwaliteit vraagt ook dat patiënten kunnen blijven kiezen voor hun zorgverleners. Daarom is de restitutiepolis behouden. Ik vind het goed dat de zorgpartijen dat onderling met elkaar hebben afgesproken en dat de minister uiteindelijk heeft ingezien dat het belangrijk is om het regeerakkoord op dat punt te wijzigen. Vindt mevrouw Bouwmeester dat de restitutiepolis, de polis met volledige keuzevrijheid, ook betaalbaar moet zijn voor mensen met een minimuminkomen of een middeninkomen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Wij roepen duidelijk de zorgaanbieders op om een rol te pakken. Geef inzicht in die kwaliteit! Overleg met de patiënt over zijn ervaring! Juist de combinatie van deze twee — ik noemde dat net al — objectieve en subjectieve gegevens geeft aan wat kwaliteit is. Hoe versterk je de patiënt nu — ik leg dat heel graag uit — als je in deze zaal vraagt wie weet waar zich de beste longchirurg bevindt? Waar is de beste cardioloog? Niemand weet het. De patiënt kiest nu niet op basis van kwaliteit, terwijl dat juist zo belangrijk is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Met deze wet regelen we dat er een brede zorgverzekering is met een aanbod dat in het pakket is geregeld en dat voor iedereen toegankelijk en bereikbaar is. Waar je vervolgens de zorg verleent — daar hebben wij een amendement voor en het staat overigens deels al in de wet — is heel breed en divers. Iedereen kan overal heen. Dat blijft. Er zullen minstens 100 longartsen zijn waar mensen uit mogen kiezen. Zolang je nog uit 100 longartsen kunt kiezen of uit nog veel meer, valt het allemaal best mee.

De voorzitter:
Tot slot, mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Mijn vraag aan mevrouw Bouwmeester is: vindt zij dat minima straks een restitutiepolis moeten kunnen betalen? Die vraag is met ja of nee te beantwoorden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Nee, wij schrijven niet voor welke polis mensen moeten kunnen blijven kiezen. Wij zeggen wel dat te allen tijde een brede polis met een breed aanbod aan inhoudelijke zorg en een breed keuzeaanbod voor iedereen toegankelijk, bereikbaar en beschikbaar moet blijven.

De voorzitter:
Gaat u verder.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter, ik kan het niet vaak genoeg zeggen: er blijft voldoende te kiezen over. Wat is nu de verbetering van dit wetsvoorstel? Nu weten mensen niet waar zij voor kiezen. Ik sprak net met een collega van mij die naar een cardioloog moet. Ze vroeg mij: waar moet ik heen? Ik zei: iedereen vertelt iets anders. Iedereen heeft zijn eigen ervaring. Dat is zeer waardevol, maar niemand weet hoe het zit met die kwaliteit. Dat vliegwielt moet met dit wetsvoorstel gaan draaien.

Ik moet even kijken waar ik gebleven ben. Er zijn veel goede voorbeelden van het meten van kwaliteit. Dat is zeer positief. Ik vraag de minister wel op welke manier zij deze ontwikkelingen een zetje gaat geven. Welk tijdspad heeft zij voor ogen en wat is nodig om deze positieve ontwikkelingen voortvarend voort te zetten? Er is namelijk een wereld te winnen in de manier waarop wordt gezorgd dat de patiënt daadwerkelijk die informatie krijgt die nodig is om een bewuste keuze te maken. Hoe zorgen wij ervoor dat er niet

alleen op papier veel informatie beschikbaar is, maar dat die informatie daadwerkelijk door verzekerden wordt gebruikt, zodat zij kunnen kiezen op het moment waarop de overstapperiode begint? Ik kan niet vaak genoeg benadrukken dat het gaat om kwaliteit.

Door de wijziging van artikel 13 kan minder goede of verhoudingsgewijs te dure zorg worden uitgesloten. Een zorgaanbieder die ondermaatse zorg biedt, kan worden geweerd. Ook zorgaanbieders die alleen te dure zorg leveren en niet van plan zijn om doelmatig te werken, hoeven geen contract meer te krijgen. Ik ga ervan uit dat, wanneer deze onnodige kosten niet meer gemaakt worden, wij dat straks terugzien in de premie. Graag een reactie van de minister.

Volgens de PvdA heeft de wijziging van artikel 13 niet — ik zeg nadrukkelijk "niet" — als doel om de zorgverzekeraars meer macht te geven. Het doel is het mogelijk maken van scherpe zorginkoop, het bieden van de beste zorg voor patiënten. Als dat niet ten grondslag ligt aan deze wijziging, zou het inderdaad kunnen neerkomen op alleen maar meer macht voor zorgverzekeraars. Dat is niet de bedoeling. Daarom zijn er amendementen ingediend door de vijf partijen. Daarin staan strikte voorwaarden waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen om te zorgen dat deze wet leidt tot transparante sturing op kwaliteit en niet alleen op prijs. Wij zullen de zorgverzekeraars daar uiteraard scherp op afrekenen.

Er zijn in hoofdzaak acht voorwaarden verbonden aan de wijziging van artikel 13. Ik lees de amendementen op die wij met de vijf partijen indienen, omdat er zo ontzettend veel angst, verwarring en onzekerheid is ontstaan. Ik probeer ze snel na te lopen. De mogelijkheid tot selectieve inkoop geldt voor zorg, maar de eerste lijn, met uitzondering van de ggz, is daarvan uitgezonderd. Het inkoopproces door een zorgverzekeraar moet transparant en aantoonbaar op basis van kwaliteit en diversiteit qua aanbod plaatsvinden. Er moet aantoonbaar genoeg te kiezen overblijven. Het inkoopproces wordt gemonitord en er wordt achteraf over gerapporteerd aan de Kamer. Zo kan gecontroleerd worden of zorgverzekeraars zich aan de regels houden en of zij fatsoenlijk omgaan met zorgaanbieders. Tekenen bij het kruisje is dus ongewenst. Klachten kunnen gedurende dit proces worden gemeld bij de NZa.

Er moet aantoonbaar voldoende ruimte overblijven voor innovatie en nieuwe toetreders. Deze wet wordt na twee jaar geëvalueerd. Dan zullen wij juist op deze punten nagaan of de zorgverzekeraars deze nieuwe vrijheid aankunnen en haar daadwerkelijk gebruiken om de zorg kwalitatief beter te maken en de kosten beter in de hand te houden.

Er zijn dan nog drie amendementen die gericht zijn op het versterken van de positie van de patiënt. Ik zei net al dat er een zorgverzekering blijft bestaan met een breed en divers aanbod, waarin er voldoende te kiezen overblijft in allerlei indicatoren: regio, achtergrond en noem het allemaal maar op. Deze blijft uiteraard ook voor iedereen betaalbaar doordat er een zorgtoeslag is. Er is dus een breed aanbod, er is voldoende te kiezen en iedereen kan de verzekering betalen. Dat is wat de PvdA garandeert. Welk type polis er wel of niet is, daar gaan we niet over. Als de basis maar op orde is en voor iedereen beschikbaar.

Als een zorgverzekeraar bij de jaarlijkse zorginkoop de voorwaarden wijzigt, heeft een patiënt het recht om de behandeling waaraan hij begonnen is af te maken. We hoorden vanmiddag ook al over de terechte angst bij een aantal patiënten. Zij zijn in behandeling en mogen één keer per jaar kiezen. Zij vrezen dat ze weg moeten bij hun arts als hun zorgverzekeraar de voorwaarden wijzigt. We hebben dit gegarandeerd. Dit is namelijk niet waar: je mag je behandeling afmaken. Ik kijk speciaal ook even naar de mevrouw op de tribune die vanmiddag haar angst hierover uitsprak. Dit staat in het amendement en het komt in de wet.

De laatste voorwaarde betreft een amendement dat de PvdA al eerder heeft ingediend. Een patiënt moet voor hij een polis afsluit weten waarvoor hij kiest. Dat is natuurlijk absoluut een voorwaarde. Om een goed geïnformeerde keuze te stimuleren, hebben we de informatieverplichting voor de zorgverzekeraar in een amendement vastgelegd. Zo moet een zorgverzekeraar actief informeren als er een wijziging in de polis is opgetreden ten opzichte van vorig jaar. Eind 2015 gaat iedereen zijn nieuwe polis kiezen. Dan kan er wat wijzigen in dat aanbod. Dat moeten zorgverzekeraars dan dus transparant op hun site zetten. Zolang zij dat groot moeten opschrijven en iedereen het ziet, is dit ook een beetje een stok achter de deur. Ik zou zeggen: leg uit of pas toe. Los van het feit dat ze zich hieraan zullen houden omdat het in de wet staat, is dit voor zorgverzekeraars een extra stok achter de deur om aan te tonen dat wordt ingekocht of gekozen op basis van kwaliteit.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik ben nog steeds bezig met die patiënt die niet van tevoren weet dat hij een bepaalde aandoening krijgt. Hij krijgt die aandoening wel. Hij wordt door de huisarts doorverwezen naar het ziekenhuis om de hoek en wil daar ook graag naartoe. Dan krijgt hij echter van de zorgverzekeraar te horen: dat betaalt u zelf, of u gaat er niet naartoe. Vindt mevrouw Bouwmeester werkelijk dat dit ten goede komt aan de macht van de patiënt?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het enige wat ten goede komt aan de macht van de patiënt, is dat hij op basis van kwaliteit kan kiezen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ja, nou ja, ik weet het eigenlijk niet. Ik wilde zeggen: ik zou willen dat ik weet wat ik volgend jaar aan aandoeningen krijg, maar ik zou natuurlijk het liefst willen dat ik gezond blijf. We weten dat allemaal niet. Dat is misschien maar goed ook. We kiezen een zorgpolis omdat we eigenlijk denken dat we niks krijgen. Misschien nemen we een hoog eigen risico, of niet. In ieder geval weten we helemaal niet waarvoor we kiezen als we een polis afsluiten. Het idee dat mensen de juiste oncoloog zullen kiezen in de hoop dat ze volgend jaar borstkanker krijgen, is natuurlijk idioot.

Stel: je wordt doorverwezen naar een arts, en je hebt vertrouwen in de doorverwijzing en in die arts. De zorgverzekeraar zegt echter: nee hoor, die hebben wij niet gecontracteerd; u betaalt het maar zelf, of u gaat naar een ander. Versterkt dat nou echt de macht van de patiënt? Ja of nee?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik kan mijn antwoord herhalen. We weten ook nu al niet wat we volgend jaar hebben. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat dat misschien maar goed ook is. Straks weten we dat ook niet. Het ergste is wat we nu niet weten. De patiënt heeft namelijk geen inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod. Je kunt dus wel verwezen worden, maar je hebt geen idee waarom. Je kunt bijvoorbeeld door een huisarts verwezen worden. In sommige gevallen heeft een huisarts goede ervaringen met een arts. Het komt ook voor dat een huisarts met alle goede bedoelingen doorverwijst, terwijl de artsen hier in het HagaZiekenhuis bij cardiologie bijvoorbeeld ruzie met elkaar hebben. Potverdorie! Dan ben je met goede intenties van je huisarts doorverwezen, en dan gaat het niet goed. Je kunt dus pas macht aan de patiënt geven als de kwaliteit van zorg openbaar is. De kwaliteit van zorg verbetert als je de zorg onderling kunt vergelijken. De positie van zorgverlener en patiënt wordt versterkt op het moment dat zij tegen de zorgverzekeraar zeggen: dit is kwaliteit, je koopt hierop in als je dat niet doet, heb je iets uit te leggen. Dat zijn allemaal positieve stappen in de richting van de patiënt. Als je echter dogmatisch blijft vasthouden aan andere argumenten, zoals mevrouw Leijten doet, kom je er niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb nog een vraag over het amendement van de heer Slob, waarin geregeld wordt welke beroepsgroepen uitgesloten worden van artikel 13.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik kan nu al ja zeggen, als het tenminste gaat om dezelfde vraag die zo-even werd gesteld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Toch zal ik de vraag nog even stellen. Vanuit de partij van mevrouw Bouwmeester wordt gecommuniceerd dat het de hele eerstelijnszorg betreft, dus de generalistische basis-ggz, de huidtherapie en de podotherapie. Die horen er dus ook onder te vallen? Dat is mijn vraag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Nee. Wij zeggen steeds: de hele eerstelijnszorg, met uitzondering van de ggz.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dus met uitzondering van de generalistische basis-ggz. Dan is mijn vraag aan mevrouw Bouwmeester waarom zij voor die uitzondering heeft gekozen. Haar partij communiceert immers naar buiten toe dat de hele eerstelijnszorg eronder valt. Waarom wordt de ggz in de eerste lijn uitgezonderd?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat hebben wij niet op die manier naar buiten gecommuniceerd, dus dat scheelt weer. Als er verwarring is ontstaan, vind ik dat heel vervelend, maar ...

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik zal mevrouw Bouwmeester het mailtje laten zien, maar dat hoeft niet hier in de Kamer te gebeuren.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De vraag was waarom de generalistische basis-ggz expliciet is uitgezonderd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

O, sorry. Ik dacht nog even na over dat mailtje. Zoals ik al eerder heb gezegd: als er inzicht moet komen in de kwaliteit, dan moet dit inzicht er naar onze mening voor iedereen zijn. Men zou natuurlijk kunnen zeggen dat wij dan helemaal niemand moeten uitsluiten en het in één keer moeten doen, maar nu is ervoor gekozen om het met vijf partijen fasegewijs te doen. De vraag is waarom de ggz is uitgesloten en bijvoorbeeld de fysiotherapeuten niet, want dat had net zo goed gekund. In de afgelopen periode hebben wij gezien dat in de ggz bepaalde zaken een enorme vlucht hebben genomen, waardoor heel veel geld is verdiend door een aantal mensen, terwijl wij ons kunnen afvragen of de geleverde zorg echt iets heeft bijdragen aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Ik heb al vaker het voorbeeld genoemd — ik zal het nu nogmaals doen — van de PsyQ's van deze wereld, die via het basispakket een cursus antivlieg angst aanbieden. Voor dergelijke behandelingen is de basisverzekering niet bedoeld. Ondermaatse zorg wordt door de IGZ van tafel geveegd, maar wij kennen ook zorg die slecht is in die zin dat wij weten dat die zo niet werkt. Die zorg klinkt leuk, je kunt die zorg declareren, maar ze is niet zo goed. Vooral in de ggz heeft dergelijke zorg een enorme vlucht genomen. Als je ziek bent, dan is dat natuurlijk verschrikkelijk, maar als je ook nog eens ziek bent in je hoofd en je soms niet eens meer de controle hebt over jezelf, dan mag het niet gebeuren dat door sommige zorgverleners misbruik wordt gemaakt van de situatie, terwijl wij daar uiteindelijk voor moeten betalen. Daarom zeg ik: kom op voor de mensen die het wel goed doen, maar bescherm de patiënten tegen zorgverleners die — laat ik het netjes formuleren — hun zaken niet goed op orde hebben. Om die reden hebben wij op deze wijze gekozen.

Ik kom op het toezicht. De in de wet gestelde voorwaarden worden tijdens het inkoopproces, tijdens de overstapperiode en na afloop van het jaar gemonitord en daarover wordt gerapporteerd door de NZa. Klachten kunnen tussendoor worden gemeld bij de NZa en uiteraard nemen wij aan dat waar nodig wordt ingegrepen. Alleen als wij zeker weten dat de zorgverzekeraars doen wat zij moeten doen en zich houden aan deze voorwaarden, kunnen wij het beleid een positieve draai geven door de voorgestelde wetswijziging. Dan komt het doel van betere zorg dichterbij. Hiervoor is een NZa nodig die met gezag haar belangrijke taken kan uitvoeren. Omdat wij al eerder twijfels hadden over het toezicht van de NZa op de zorgverzekeraars, heb ik bij de begrotingsbehandeling samen met mevrouw Bruins Slot een motie ingediend waarin werd gevraagd op welke manier toezicht wordt gehouden op de NZa en wat het effect van dat toezicht is geweest. Wij hebben daar nog

steeds geen antwoord op gekregen. Ik vraag de minister wat dit zegt.

De NZa ligt zwaar onder vuur. Het is verstandig dat er een nieuwe leiding komt en dat de commissie-Borstlap onderzoek doet naar de werkwijze van de NZa, zodat op basis van diepgaande analyse eventuele aanbevelingen kunnen worden gedaan. Bij de IGZ heeft een nieuwe vrouw aan de top, een nieuwe cultuur en een nieuwe werkwijze de organisatie en het vertrouwen in de organisatie doen opleven in een relatief korte tijd; boven verwachting snel. Dat laat dus zien dat het kan. Laat dit een voorbeeld zijn voor de NZa. Een nieuwe leiding is nu verstandig. Over de nieuwe werkwijze spreken wij in september als wij de uitkomsten van de commissie-Borstlap hebben.

Dan heb ik nog een paar losse punten. Ten eerste over de polissen. De restitutiepolis blijft bestaan en valt buiten deze wetgeving. Door de wetswijziging wordt er gegarandeerd dat er een brede zorgverzekering overblijft met een breed aanbod voor iedereen. Ik kan dat niet vaak genoeg benadrukken. Hij blijft ook betaalbaar voor iedereen vanwege de zorgtoeslag. Dat vindt de Partij van de Arbeid een belangrijke garantie. Toch blijft er een aantal vragen over. Hoe gaat de minister garanderen dat mensen in de toekomst niet worden verleid door polissen met een risico dat zij niet kunnen dragen? We hebben dat immers bij andere verzekeringsproducten gezien, bijvoorbeeld in de financiële sector. Hoe wordt gegarandeerd dat verzekerden van tevoren goed worden geïnformeerd? Wie gaat dat doen en hoe wordt dat gecontroleerd? Dit staat overigens los van artikel 13, want dit speelt nu al. Wij kunnen deze zorg echter niet vaak genoeg overbrengen aan de minister. Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling vooraf bij het kenbaar maken van mogelijke kosten van de zorg, of het nu gaat om de eerste hulp waar men per ongeluk terecht komt en ineens een rekening krijgt, of om zorg die buiten de polis valt? Een goed geïnformeerde patiënt staat niet ineens voor een verrassingsrekening. De NPCF heeft een interessante suggestie gedaan voor de polischeck: het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van degene die zorg krijgt, degene die zorg geeft, degene die betaalt en degene die ontvangt. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

Ik heb nog twee punten. Zorgverzekeraars zijn er voor hun verzekerden die premie betalen. Daarom moeten ze ook hun rol pakken in het investeren in de gezondheid van hun verzekerden, bijvoorbeeld door preventie. Ze kunnen bijvoorbeeld ook aan wachtlijstbemiddeling doen. Te veel patiënten weten gewoon niet dat ze bij hun zorgverzekeraar terecht kunnen als er ergens een wachtlijst is. Ze staan daardoor wellicht onnodig op een wachtlijst. Waarom weten mensen dit niet? Er wordt veel reclame gemaakt in de overstapperiode. Zou het niet heel goed zijn als de zorgverzekeraars ook veel meer reclame maken voor de service en ondersteuning die ze behoren te bieden? Hoe wil de minister dit stimuleren? Hoe wil de minister ervoor zorgen dat de zorgverzekeraars dit gaan doen?

Een verzekerde heeft recht op juiste en transparante informatie. Voor 19 november moeten de contracten tussen de zorgverleners en de zorgverzekeraars zijn afgesloten, zodat verzekerden kunnen zien welke zorg is ingekocht. Een patiënt heeft recht op de zorg die is ingekocht; dat staat in de wet. Soms is de zorg echter ingekocht met een plafond, en dat weet de patiënt niet van tevoren. Hoe kan worden

voorkomen dat patiënten worden misleid door een plafond dat er opeens is en dat zij niet hadden gezien?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik vind het een beetje gek dat ik mevrouw Bouwmeester helemaal niet hoor over het volgende. Iedereen die dit wetsvoorstel analyseert, zegt dat er eigenlijk twee polissen komen: een uitgekilde polis met uitgekilde keuzevrijheid, namelijk geen keuzevrijheid want de zorgverzekeraar zegt waar je naartoe moet, en een duurdere polis waarmee je je keuzevrijheid terug kunt kopen. Ik hoor mevrouw Bouwmeester daar in het geheel niet over, terwijl je van de Partij van de Arbeid juist zou verwachten dat zij zich daar zorgen over maakt en de minister zou oproepen om ervoor te zorgen dat er geen uitgekilde armenpolis en een keuzevrijheid-polis voor welgestelden komt.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het klopt dat mevrouw Leijten mij daar niet over heeft gehoord omdat het gewoon niet waar is en bangmakerij is.

Mevrouw Leijten (SP):

Oké. Afgelopen maandag is er tijdens de hoorzitting onder andere door heel veel patiëntenorganisaties en door heel veel artsen ...

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Wat is veel?

Mevrouw Leijten (SP):

De vertegenwoordiger van de LHV noemde dit voorstel een flagrante schending van de solidariteit omdat hij straks niet meer weet of hij iemand kan doorverwijzen en omdat het doorverwijzen gaat afhangen van de portemonnee. Hij vindt dat niet kunnen. Ik vind het zo raar dat de PvdA, die altijd heeft gezegd de solidariteit hoog in het vaandel te hebben staan, hier geen woord over zegt. Je hoeft maar de krant open te slaan of je kunt het lezen. Zelfs de bestuursvoorzitter van DSW zegt dat de solidariteit onder druk staat. Maar de PvdA ziet geen probleem. Volgens mij hebt u het vandaag echt over een heel ander wetsvoorstel, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De LHV heeft getekend voor deze maatregel. Ik weet niet of ze daarna een ander standpunt heeft ingenomen; ik kon niet op uw hoorzitting aanwezig zijn, waarvoor excuses.

Ik ga het gewoon allemaal nog een keer zeggen, voorzitter. We hebben in de wet, versterkt via amendementen, geregeld dat er een brede basispolis is, een breed aanbod, een brede keuzevrijheid. Die zijn voor iedereen beschikbaar en toegankelijk. Er blijft voldoende te kiezen over. Diversiteit, gedefinieerd op basis van heel veel criteria, staat in de wet. Zorgverzekeraars moeten zich op dat punt verantwoorden. We hebben de zorg zo georganiseerd dat er solidariteit is tussen ziek en gezond, rijk en arm, jong en oud. De brede basis is voor iedereen op orde. Daarbij komt iets wat mensen nu niet kunnen en straks wel, namelijk kiezen op basis

van kwaliteit. Als je onverhoopt naar een longarts moet, moet je in kunnen zien wat de kwaliteitscriteria zijn, wat de patiënten vinden, wat de artsen vinden, objectief en subjectief. Dan kun je bedenken of je naar die arts gaat. Wij gaan zorgen dat de zorgverzekeraars daarop gaan sturen en dat zij die informatie niet geheim houden, wat zij nu wel doen. Op die manier behouden we de solidariteit en versterken we de positie van de patiënt, omdat die op kwaliteit moet kiezen.

Dit alles vraagt wel wat, ook van zorgverleners. Immers, waarom is de kwaliteit nu niet inzichtelijk? Omdat beroepsgroepen jarenlang met elkaar in discussie zijn. Dat begrijp ik, maar het is wel tijd voor een doorbraak. De zorg draait namelijk om patiënten en dat is de enige groep die het minste weet.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten u bent al geweest, maar volgens mij wilt u iets toelichten. Gaat uw gang.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik voel mij toch wel geroepen om hier even toe te lichten dat de LHV niet getekend heeft bij het kruisje. De LHV is op onze hoorzitting geweest. Het kan zijn dat mevrouw Bouwmeester niet kon, maar we hebben ook een bundel gemaakt met daarin de bijdragen van alle mensen. Die bundel is verspreid onder alle Kamerleden. Ik hecht eraan om twee zinnen voor te lezen. De eerste is als volgt: ondanks verbeteringen met de aanpassingen die door de vijf partijen worden voorgesteld, heeft de LHV in het kader van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg nog steeds grote bezwaren tegen de voorgestelde wetswijziging. De woordvoerder van de LHV sluit af met: de LHV zet zich al geruime tijd in om de ongewenste gevolgen van de voorgestelde wetswijziging onder de aandacht te brengen en ongedaan te maken. De LHV heeft dus niet getekend en dat is duidelijk ook. Dat heeft zij ons ook laten weten.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

We hebben een zorgakkoord waar de LHV onder staat, maar iedereen heeft het recht om van mening te veranderen. We hebben natuurlijk heel serieus gekeken naar de zorgen die er zijn in het veld, al het negatieve dat u hebt opgenoemd, mevrouw Leijten. Waarom denkt u dat we een lijst van amendementen hebben ingediend? Om de positie van de patiënt te versterken, om te zorgen dat zorgaanbieders meer doen om de kwaliteit transparant te maken, om te zorgen dat zorgaanbieders dan ook beloond worden met een contract omdat zij kunnen aantonen wat hun kwaliteit is. Dat zijn allemaal voorwaarden die we hebben meegenomen in de wet.

We kunnen twee dingen doen. We kunnen zeggen: het glas is halfleeg, het komt niet goed, het komt nooit goed en we gaan verder zoals het was. Dan kan de patiënt dus nooit meer zien waar de goede zorg zit. Of we gaan het als vliegwielen inzetten, we gaan zorgen dat er goed toezicht komt en we gaan het volgen om te zorgen dat we met elkaar een stap vooruit kunnen zetten. Dat laatste is wat de Partij van de Arbeid wil. We houden daarbij de brede basis op orde voor iedereen, rijk en arm.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik ben het eens met de constatering van mevrouw Leijten, die zegt dat de PvdA het over een heel ander wetsvoorstel heeft. U hebt het over kwaliteit, u zegt dat de patiënt macht krijgt en dergelijke, mevrouw Bouwmeester. Nee. We hebben hier een wetsvoorstel waarbij de macht van de patiënt wordt ingeperkt en waarin de patiënt de keuzevrijheid wordt ontnomen. Die macht gaat vervolgens naar de zorgverzekeraar. De PvdA is altijd tegen de macht van de zorgverzekeraars geweest. Uw voorganger, de heer Van der Veen, heeft er nog voor gepleit om de concurrentie tussen zorgverzekeraars af te schaffen. Waar komt die draai van de PvdA vandaan? Waardoor vindt de PvdA nu opeens dat alle problemen in de zorg opgelost zijn als alle macht naar de zorgverzekeraars gaat?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat vinden wij niet.

Mevrouw Klever (PVV):

De Partij van de Arbeid gaat dus niet instemmen met dit wetsvoorstel? Als mevrouw Bouwmeester niet vindt dat de macht naar de zorgverzekeraars gaat, moet zij niet instemmen met dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel zorgt ervoor dat de keuzevrijheid van de patiënt wordt ingeperkt en dat de zorgverzekeraar het voor het zeggen heeft. De enige voor wie nog keuzevrijheid overblijft, is degene die bereid is om extra te betalen. Ik wil mevrouw Bouwmeester nog even attenderen op een zinsnede uit het verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid, waarin staat dat op toegang tot gezondheidszorg geen financiële drempel mag liggen. De Partij van de Arbeid legt die drempel er nu wel.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik ben blij met deze laatste zin. Het is altijd goed als iemand citeert uit je verkiezingsprogramma en dat ook nog eens goed doet. Er mag inderdaad geen financiële drempel liggen op zorg. Daarom hebben wij een heel breed basispakket dat voor iedereen toegankelijk is. Er blijft een heel breed pakket over, waarbij mensen straks kunnen kiezen op kwaliteit. Zorgverzekeraars hebben nu carte blanche, zij kunnen doen wat zij willen, maar dat wordt aan banden gelegd. Zij moeten inkopen op kwaliteit en zij moeten zich gaan verantwoorden. Wij vragen dus iets van zorgverleners. Wij vragen om samen met de patiënten om de tafel te gaan. En wat krijg je daarvoor terug? De mensen krijgen daarvoor kwaliteit van zorg en doelmatige zorg terug, waardoor de zorg niet alleen nu, maar ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk en beschikbaar blijft.

Ik kom op het punt transparantie van zorgverzekeraars, dat hier mooi op aansluit. De Partij van de Arbeid heeft al vaker aangegeven het van groot belang te vinden dat zorgverzekeraars zich publiek verantwoorden over de beoogde en behaalde resultaten en over het maken en het besteden van winst. Wij vinden het van groot belang dat zij verzekeren betrekken bij het beleid en dat zij zich verantwoorden over het inkomen van bestuursvoorzitters. Ik geloof dat er bij Menzis meer dan vijf ton is betaald. Hoe past dat nu bij een niet-commerciële organisatie die voor 70% ons premiegeld uitgeeft? Wij begrijpen het niet. Ik krijg hierop graag een toelichting van de minister. Zorgverzekeraars zijn corporaties of stichtingen, maar zij zijn in ieder geval niet

winstgevend. Wij hebben het daarover eerder in de Kamer al gehad. De Partij van de Arbeid zou het goed vinden als zij op een begrijpelijke manier een toelichting in de jaarverslagen zouden geven. Wij hebben daarover, samen met mevrouw Bruins Slot van het CDA, ook een aantal vragen gesteld. Vorig jaar zei de minister de regels niet aan te passen omdat zij wilde kijken hoe het zou gaan. Mijn vraag aan de minister is wat haar oordeel nu is. Er zijn namelijk ook zorgverzekeraars die zich wel inzetten voor preventie, die wel leden goed betrekken, die luisteren naar zorgverleners, die luisteren naar de vraag en de ervaring als het gaat om kwaliteit en die ook goede service bieden, bijvoorbeeld bij wachtlijstbemiddeling. Wij kunnen dus niet zeggen dat het alleen maar kommer en kwel is. Wat wij graag willen, bereik je ook door zonlicht, zonlicht door publieke verantwoording. Goede voorbeelden moeten leidend worden, zodat degenen die een compliment verdienen dat ook krijgen. Dat geldt voor de zorgverleners, want als zij het goed doen, krijgen zij het compliment en krijgen zij een contract en waardering. De mensen die het niet zo goed doen, krijgen een zetje omhoog. Zo maak je het uiteindelijk allemaal beter.

Ik heb nog twee punten. Wij zijn uiteraard heel blij dat het pgb mogelijk is in de Zorgverzekeringswet. Dat is uiteraard geen verrassing, want dat was een diepgewortelde wens van mijn partij. Een ander punt betreft het verbod op verticale integratie dat door deze wet wordt bewerkstelligd. Wij zijn daar voorstander van. Wel hebben wij er nog een vraag over. Wij nemen aan dat het opkopen van een apotheek door bijvoorbeeld DSW nu ook tot het verleden behoort, maar wat gebeurt er in de overgangssituatie?

Ik heb nog twee afsluitende alinea's. Het kan zijn dat ik mezelf herhaal, maar dat komt omdat ik het belangrijk vind dat tegenover beelden die misschien niet helemaal kloppen, het juiste beeld wordt gezet. Er is veel commotie over deze wetswijziging. Ik begrijp dat heel goed, want zekerheden zijn niet meer zo zeker als ze waren. Het valt mij echter wel op dat er een beweging is ontstaan die erop uit lijkt te zijn om angst en onrust te zaaien. Artsen die goede zorg leveren en die een en ander samen met de patiënten inzichtelijk maken, hebben echter niks te vrezen. Wij willen hen juist belonen, bijvoorbeeld met een contract, met het zonlicht en door waardering. Nooit mag het beeld ontstaan dat de arts zijn werk niet goed doet, of juist wel. Het gaat om een beloning voor degene die dat verdient, uit de anonimiteit, uit de geheimhouding, dus voor iemand die naar voren treedt. Bovendien blijft er een robuuste zorgverzekering, voor iedereen toegankelijk, met voldoende keuzemogelijkheid. Het staat allemaal in de wet en het is allemaal gegarandeerd in amendementen. Tegen de mensen die nog twifelen zeg ik: lees het vooral na. Ik maak daarbij de aantekening dat straks — en dat is echt vernieuwend — bewust op kwaliteit een keuze kan worden gemaakt; objectief en subjectief, zo zeg ik er nadrukkelijk bij. Kwaliteit kan namelijk het beste worden gemeten door een arts en een patiënt. Zorgverzekeraars moeten daar vervolgens ook op inkopen. Ik heb het al vaker gezegd: zij krijgen geen carte blanche meer. Ze moeten bewijzen dat ze dit kunnen. Er komt toezicht en handhaving op en volgens mij zit de hele Tweede Kamer erbovenop.

Iedere wetswijziging van enige omvang brengt onzekerheid over een nieuwe situatie met zich mee, maar ik heb er vertrouwen in dat wij voldoende strakke voorwaarden hebben geformuleerd om ervoor te zorgen dat de angst voor de

zwarte scenario's ongegrond blijkt te zijn. Bovendien heb ik er vertrouwen in dat deze wet kansen biedt, dat de kwaliteit inzichtelijk wordt, dat het transparant wordt voor verzekeren en dat men zich daarover gaat verantwoorden. De bal ligt dus bij de zorgaanbieders: maak die kwaliteit inzichtelijk. De bal ligt echter ook bij de zorgverzekeraars: koop in, zorg dat die waardering plaatsvindt. Dan krijg je een race omhoog. Dat is de concurrentie op kwaliteit. Vanuit het belang van de patiënt gaat de PvdA heel nauwgezet volgen hoe dit in de praktijk gaat.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Bouwmeester maakt in haar betoog een heel duidelijk punt van goed toezicht door de Nederlandse Zorgautoriteit. Uit het amendement, de wijziging op het wetsvoorstel, maak ik op dat de Nederlandse Zorgautoriteit alleen maar hoeft te controleren of er een kwaliteitsbeleid is, niet wat er in het kwaliteitsbeleid staat. Kan mevrouw Bouwmeester mij uitleggen waar ik in het amendement kan lezen dat ook toezicht wordt gehouden op wat er in het kwaliteitsbeleid staat?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het is het gemakkelijkst uit te leggen door te zeggen: nu hebben ze carte blanche. Ze hadden natuurlijk allang op kwaliteit moeten inkopen. Dat hebben ze veel te weinig gedaan. Straks moeten ze het gaan doen en moeten ze zich daarover verantwoorden. Daarin zit de crux; die zit in de verantwoording.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

In het amendement staat dat er een kwaliteitsbeleid moet zijn. Ze moeten dus iets opschrijven. De Nederlandse Zorgautoriteit kijkt alleen of ze iets hebben opgeschreven. Zoals het amendement nu is geformuleerd, kan de Nederlandse Zorgautoriteit daarover geen oordeel uitspreken. Ze kan niet het oordeel uitspreken: de kwaliteit is slecht geborgd, u hebt het niet goed gedaan. Ze kunnen alleen het oordeel uitspreken: u hebt een kwaliteitsbeleid. Zo lees ik het amendement.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Excuses voor mijn antwoord van zonet. Ik snap de vraag nu beter. De strekking van het amendement is dat wordt aangegeven op welke manier de kwaliteitscriteria moeten worden toegepast. Dat is niet het in drie regels opschrijven van de kwaliteitscriteria door de zorgverzekeraar wat vervolgens door de NZa wordt gecontroleerd, want dan krijg je one size fits all en dat werkt niet. Dé patiënt en dé zorgverlener bestaan niet, dus daarin moet ruimte worden gelaten. Als er veel meer kwaliteitswaarborgen uit het veld zelf komen, bijvoorbeeld op het gebied van borstkanker, dan kan de NZa zien wat artsen en patiënten goed vinden en of daarop wordt ingekocht.

Mevrouw Leijten (SP):

Als mevrouw Bouwmeester dat wil, dan moet ze het amendement aanpassen en erin opschrijven dat in relatie tot de inkoop de vastgestelde kwaliteit van de beroepsvereniging of de artsenvereniging wordt gevolgd, en dat de

NZa daarop toetst. Dan moet ze consequent zijn. Dat staat er nu niet.

In de krant hebben we kunnen lezen dat mevrouw Bouwmeester vindt dat er een tussenmoment moet komen om te beoordelen of de Nederlandse Zorgautoriteit eigenlijk wel klaar is voor de nieuwe rol die ze krijgt met dit wetsvoorstel. De patiënt mag immers niet meer zelf kiezen, want dat gaat de zorgverzekeraar doen, en de NZa gaat dat controleren. Mijn vraag is: wat betekent dat? Wanneer is het tussenmoment? Gaan we tot die tijd niet stemmen over de wet? Hoe ziet mevrouw Bouwmeester dat?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Mevrouw Leijten stelt heel veel vragen in één, maar ik heb het idee dat zij een denkfout maakt. Mevrouw Leijten zegt namelijk dat de kwaliteitsstandaarden van de artsenvereniging leidend worden en dat de NZa daarop moet toetsen. Daar zeg ik heel hard nee tegen. Kwaliteit is niet iets wat alleen een arts besluit. Dat is juist de crux. Er moet wel veel meer openheid komen vanuit de arts, maar het gaat erom dat de subjectieve beleving en de ervaringen van de patiënt worden meegenomen. Het gaat om de synthese van deze twee vormen van informatie, waar je uiteindelijk iets aan hebt als patiënt: "wat is de uitkomst van de behandeling" ten opzichte van "wat is de kwaliteit van leven". Bijvoorbeeld bij een kankerbehandeling is dat heel ingewikkeld. Stel dat je de verschrikkelijke boodschap krijgt dat je misschien niet lang te leven hebt. Feitelijk gezien kan chemo jouw levenstermijn verruimen, wat natuurlijk iedereen wil die zoiets verschrikkelijks hoort, maar het is ook mogelijk dat je heel ziek bent in de tijd dat je leeft. Daarom moet je die twee verbinden. Dat betekent dat je niet zwart-wit kunt opschrijven ...

De voorzitter:

Mevrouw Bouwmeester, ik moet toch mevrouw Leijten het woord geven, want de vraag ging over de NZa.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik weet wel wat de vraag is, maar zij had twee vragen in één. De eerste is of je de artsenvereniging moet volgen. Daarop antwoord ik met nee. De tweede gaat over de tussenevaluatie. Wij vinden nog steeds dat die moet plaatsvinden, zeer zeker zelfs. Ik heb daar net ook al antwoord op gegeven.

Mevrouw Leijten (SP):

Waar leidt het dan toe dat wij nu niet kunnen stemmen over het wetsvoorstel? Dat zou dan consequent zijn. Mevrouw Bouwmeester zegt dat er een tussenmoment moet komen waarop we gaan beoordelen of de NZa klaar is voor haar nieuwe rol. Dan hoeven we het wetsvoorstel nu niet af te maken en als we het wel afmaken, dan hoeven we er nog niet over te stemmen. Mevrouw Bouwmeester moet consequent zijn en zeggen dat we eerst de stand van zaken met de NZa afwachten en dan pas we verdergaan met dit wetsvoorstel.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het verschil tussen de Partij van de Arbeid en de SP is dat de SP de hele NZa lijkt te hebben afgeschreven, al die 500 mensen die daar werken en die nu al doorgaan met wat zij moeten doen. De vraag is: doen zij het goede, doen zij het goed, moet het strakker en hoe kan het beter? Wij zeggen dat het een heel belangrijke stap is dat er een nieuwe leiding komt. Wij vinden dat ook terecht. Dat betekent echter niet dat de hele organisatie nu alles uit de handen moet laten vallen totdat we de commissie-Borstlap hebben gehad. De NZa moet doorgaan met wat ze moet doen. Ik heb het liefst dat ze morgen of overmorgen al begint met de voorbereiding op deze nieuwe taken. Het tussenmoment bij de commissie-Borstlap is: hoe doet de NZa haar werk, wat zijn de aanbevelingen en hoe kan het beter? Je kunt het vergelijken met de IGZ: tijdens de verbouwing moet je doorgaan met je werk. Naar aanleiding van Borstlap en van alle vragen aan de minister willen wij weten of het juiste is gebeurd, waarop je als Kamer moet controleren, en of er weer een toezichthouder met gezag zit.

Ik vind het heel belangrijk om te zeggen dat ik heel kritisch ben op wat er nu gebeurt bij de NZa. Dat waren wij ook heel lang bij de IGZ. Bij de IGZ hebben wij wel gezien wat de nieuwe topvrouw met een nieuwe cultuur en een nieuwe werkwijze doet. Wij willen dat dát de richting wordt en geen standstill zoals mevrouw Leijten voorstelt.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb geen standstill voorgesteld; ik stel voor om dit wetsvoorstel niet aan te nemen. Ik was benieuwd wat mevrouw Bouwmeester bedoelt met wat zij in de krant zegt. Feitelijk komt het erop neer: ik bedoel niks, we wachten af hoe het met de NZa gaat, maar we gaan in ieder geval door met het afpakken van de vrije artsenuitvoering van de patiënt en of de NZa straks op orde is, dat maakt niet uit.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Tot slot. Er is een brede basisverzekering. Er blijft voldoende te kiezen over, want mensen kunnen nog uit honderden artsen kiezen. Maar eigenlijk kunnen zij niet echt kiezen, want ze hebben geen inzicht in de kwaliteit. Dat gaan wij voor hen verbeteren.

De NZa gaat door met haar werk en bereidt zich voor op wat ze moet doen. We krijgen zeker een tussenevaluatie over de NZa en we krijgen zeker een kritisch debat: wat is daar gebeurd, hoe gaat het nu, hoe gaat het in de toekomst en, heel belangrijk, hoe kunnen we voorkomen dat dergelijke situaties zich weer voordoen? De SP wil een standstill, de Partij van de Arbeid wil kwaliteit en wil daarmee vooruit.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter:

Wij zijn hiermee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De behandeling van het wetsvoorstel zal morgen worden voortgezet.

De vergadering wordt van 19.00 uur tot 20.00 uur geschorst.

Voorzitter: Bermdsen-Jansen