Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2004–2005

29 762 Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)

29 763 Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)

Nr. 7

VERSLAG VAN EEN HOORZITTING

Vastgesteld 4 november 2004

De vaste commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Sport[1] heeft op 29 oktober 2004 een hoorzitting gehouden in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag over **het wetsvoorstel Wet op de Zorgtoeslag (29 762) en de Zorgverzekeringswet (29 763)**.

Van de hoorzitting brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

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

[1] Samenstelling:
Leden: Noorman-den Uyl (PvdA), Bakker (D66), Bibi de Vries (VVD), De Wit (SP), Van Gent (GroenLinks), Verburg (CDA), Hamer (PvdA), voorzitter, Bussemaker (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Mosterd (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Weekers (VVD), Rambocus (CDA), De Ruiter (SP), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Huizinga-Heringa (ChristenUnie), Bruls (CDA), Varela (LPF), Eski (CDA), Koomen (CDA), Aptroot (VVD), Smeets (PvdA), Douma (PvdA), Stuurman (PvdA), Kraneveldt (LPF) en Hirsi Ali (VVD).
Plv. leden: Depla (PvdA), Koşer-Kaya (D66), Blok (VVD), Kant (SP), Halsema (GroenLinks), Smilde (CDA), Verbeet (PvdA), Timmer (PvdA), Tonkens (GroenLinks), Omtzigt (CDA), Adelmund (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Visser (VVD), Algra (CDA), Vietsch (CDA), Van der Vlies (SGP), Hessels (CDA), Hermans (LPF), Van Oerle-van der Horst (CDA), Van Dijk (CDA), Van Egerschot (VVD), Van Dijken (PvdA), Blom (PvdA), Kalsbeek (PvdA), Van As (LPF) en Schippers (VVD).

KST81590
0405tkkst29762-7
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2004

Stenografisch verslag van een hoorzitting van de vaste commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Sport

Vrijdag 29 oktober 2004

Aanvang 10.00 uur

Voorzitter: Blok

Aanwezig zijn 10 leden der Kamer, te weten:

Blok, Smilde, Kant, Buijs, Tonkens, Heemskerk, Van Heteren, Omtzigt, Van Miltenburg en Nawijn.

Gehoord worden:

Prof. dr. N.S. Klazinga, AMC Amsterdam.

Prof. dr. H.A. Keuzenkamp, hoogleraar Verzekeringskunde aan de Faculteit der Economische Wetenschappen Universiteit Amsterdam.

Prof. mr. E. Steyger, hoogleraar Europees bestuursrecht VU.

Mr. J.W. van de Gronden, hoogleraar Europees recht en Nederlands economisch recht.

Mr. I. Cath, advocaat bij Van Doorne te Amsterdam en specialist in Europees recht en mededinging.

Mr. Y.E. de Muijnck, referendaris in het kabinet van advocaat-generaal Geelhoed bij het Hof van Justitie van de EU.

Prof. mr. B.J. Drijber, kantoor van de landsadvocaat.

De **voorzitter**: Ik heet iedereen welkom bij deze bijeenkomst. In de tijd dat ik nog wel eens een professor tegenkwam, zeiden die tegen mij: als je een probleem begrijpt, kun je het ook in twee minuten uitleggen. Dat is mij altijd bijgebleven, dus ik stel voor dat u uw standpunt in een paar minuten naar voren brengt. Vervolgens kunnen de Kamerleden u met vragen en reacties bestoken. Ik nodig u echter nadrukkelijk uit om elkaar ook onderling, na de eerste ongeïnterrumpeerde ronde, aan te spreken op punten die u zelf anders ziet. Van het eerste deel wordt een stenografisch verslag gemaakt, van het deel daarna niet meer.
Ik verontschuldig de Kamerleden Rouvoet en Bakker; mevrouw Van Miltenburg komt later. Ik ga de rij af en begin met de heer Keuzenkamp.

De heer **Keuzenkamp**: Ik zal het kort houden, twee minuten; daar hangt een mooie klok. Ik ben gematigd positief over wat er nu gaande is in de zorg. Er zijn enorme problemen, die primair zitten in het zorgaanbod. Dat leidt onder andere tot ondoelmatigheid, het slecht van elkaar overnemen van goed gedrag bij zorgaanbieders, hogere kosten dan nodig en verkeerde prijssignalen. Dit zorgt voor een onvoldoende kwaliteit en te hoge kosten. Een voorzichtig traject naar marktwerking, een betere aansturing en het wat meer toepassen van economische beginselen is heel welkom. De vraag is of de maatregelen die zijn genomen of in de pijplijn zitten, de problemen gaan verhelpen. Een beetje wel, en verder wordt het een proces van vallen en opstaan. U moet niet denken dat de boel nu in één keer op orde komt en dat wij dan de komend twintig jaar geen discussie zullen hebben. Het zal permanent een issue blijven waarmee de politiek zich zal bemoeien.
De Zorgverzekeringswet zie ik als het uithollen van het ziekenfonds, zij het in de privaatrechtelijke sfeer. Dat is welkom. Het keurslijf wordt iets minder strak dan bij het huidige ziekenfonds; ook dat is welkom. Bovendien krijgen de nieuwe zorgverzekeraars meer aangrijpingspunten om werkelijk op deze markt een rol te spelen. In het verleden waren de mogelijkheden te beperkt. De vraag is of de instrumenten voor verzekeraars voldoende zijn om hun rol te kunnen waarmaken. Wellicht hangt op de achtergrond een ''zwaard van Damocles'' - misschien moet ik het anders uitdrukken - van de Tweede Kamer, de permanente dreiging dat er toch wordt bijgestuurd en ingegrepen. Indien je als verzekeraar een keertje streng bent tegen een ziekenhuis, kunnen er meteen Kamervragen komen: dat zielige ziekenhuis wordt zo streng behandeld, minister kunt u ingrijpen? Als dat soort mechanismen in stand blijft, wordt het nooit wat. Daarnaast zitten er in de wet een aantal zaken die handiger geregeld kunnen worden. Een punt is de marktdruk bij verzekeraars: waar komt die vandaan? In belangrijke mate gaat het om collectieve contracten. De speelruimte in het nieuwe stelsel is op dat punt wel heel erg gering. Is er wel voldoende ruimte voor verzekeraars om zich te profileren door zich te richten op specifieke patiëntenpopulaties? Zo zie ik het nog niet snel gebeuren in het nieuwe stelsel dat verzekeraars een diabetespolis gaan aanbieden. Indien verzekeraars zich op dit soort groepen kunnen focussen, kan in de sfeer van preventie en gedragsbegeleiding een enorme sprong vooruit worden gemaakt.
Ik weet niet of dit twee minuten waren, maar dit is kort samengevat mijn idee over de ontwikkelingen.

De heer **Van de Gronden**: Ik ben universitair hoofddocent Europees

economisch recht. Ik ben geen hoogleraar. De grote lijnen van het stelsel lijken mij overeen te stemmen met de brief van de commissie. Dat is dus positief. De brief van de commissie is in mijn ogen geen carte blanche voor alle verplichtingen. Behalve de hoofdverplichtingen als acceptatieplicht en dergelijke moeten alle verplichtingen aan het Europees recht en met name de derde schaderichtlijn worden getoetst. Over proportionaliteit merk ik hetvolgende op. Je bent verplicht om je te melden en om in modelvorm te laten zien hoe je verzekering eruit ziet voordat je actief wordt op de markt. Als je dat niet doet, krijg je dwangsommen en boetes opgelegd. Dit kan problemen opleveren. Artikel 90 van de derde schaderichtlijn stelt namelijk dat je niet van tevoren de polisvoorwaarden moet melden. Je moet dit zien te rechtvaardigen in het licht van de uitzonderingsbepaling van de derde schaderichtlijn. Een andere verplichting is het actief zijn op het gehele grondgebied van Nederland. Zo zijn er meer verplichtingen.
Mij viel op dat de verplichting om zorg te contracteren nog kan worden ingevoerd. Hierdoor kan het vrije verkeer van diensten worden beperkt. Je moet dus bestuderen of dat te rechtvaardigen valt door het algemeen belang aan te tonen. Dan val je terug op bekende arresten als het arrest Smits-Peerbooms en moet je nagaan of de zorg moet worden gepland. Als een dergelijke maatregel wordt genomen, moet per keer worden nagegaan of het contracteren van de zorg en de planning noodzakelijk zijn.
Ik heb bestudeerd hoe het zit met de mededinging. Ik heb dus gekeken naar de Zorgautoriteit en de NMa. Ik vind het goed dat er specifieke mededingingsregels komen. Mijns inziens is met name van belang dat mededinging van de grond komt op de zorginkoopmarkt. De wet die de bevoegdheden gaat regelen, is er nog niet. Dat is jammer. Er is wel een brief over de Nederlandse Zorgautoriteit waarin meer inzicht wordt gegeven in de mededingingsaspecten. Juridisch gezien, vind ik het van belang hoe de verhouding met de NMa is geregeld. Ervan uitgaande dat de zorgverzekeraars ook ondernemingen zijn met mededingingsrecht, moet de NMa het Europees mededingingsrecht toepassen. De NZa past dan specifiek het zorgmededingingsrecht toe. Voorkomen moet worden dat zij in elkaars vaarwater komen en dat het Europees mededingingsrecht gaat conflicteren met het nationale recht. Alle bevoegdheden die je de NZa geeft om met name de verzekeraars bepaalde verplichtingen op te leggen, moeten worden getoetst aan het Europees recht en aan de regels van het vrije verkeer van diensten en de derde schaderichtlijn.

De heer **Drijber**: Ik ben Berend Drijber van het kantoor van de landsadvocaat Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn in Den Haag. Ik heb in een eerder stadium bemoeienis gehad met dit dossier. Mijn kantoor moest toen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport adviseren. Ik heb niet geadviseerd over het voorliggende wetsvoorstel. Net als mijn buurman ter linkerzijde ben ik gespecialiseerd in Europees recht. Daarover ging de vorige hoorzitting in grote mate van detail. Eigenlijk zijn alle geleerden en hooggeleerden het erover eens dat de uitzonderingsbepaling in de derde schaderichtlijn op zichzelf ruimte biedt, maar dat je per onderdeel moet nagaan of dat er precies in past. Ik heb geen reden om aan te nemen dat er in het wetsvoorstel onderdelen zijn die daar niet in passen, maar daarover kan wel discussie ontstaan. Dan zal er altijd een koppeling moeten zijn tussen de regeling - de heer Van de Gronden noemde er al enkele onderdelen van - en het doel ervan. Dat is voornamelijk dat alle Nederlandse burgers toegang hebben tot een betaalbaar ziektekostenstelsel. Ik heb dus geen kanttekeningen bij dit wetsvoorstel, maar denk dat hierover een discussie kan ontstaan.
Er komt een vereveningsfonds. Dat is waarschijnlijk staatssteun. Daar moet u niet enorm van schrikken. Het is staatssteun omdat de bedoeling is dat er een rijksbijdrage wordt gestort. Er wordt niet alleen maar geld overgeheveld van de ene verzekeraar naar de andere verzekeraar. Dit moet in Brussel worden aangemeld. Als het er in Brussel doorheen komt, is er een kader. Als men bij de uitvoering van het stelsel nu maar binnen het kader blijft, zit men goed.
Ik merk dit op omdat de Raad van State in zijn mooie advies ergens lijkt te zeggen dat ieder jaar de afrekening opnieuw moet worden aangemeld in Brussel. Dat lijkt mij niet juist. Zolang je binnen het kader blijft, zit je goed.

Mevrouw **Steyger**: Ik ben hoogleraar Europees bestuursrecht aan de Vrije Universiteit en advocaat bij Bird en Bird in Den Haag.
De voorgestelde Zorgverzekeringswet is Europeesrechtelijk gezien een hybride voorstel met een identiteitsprobleem. Enerzijds wordt het gepresenteerd als een sociale verzekeringswet, met meldingsplicht onder artikel 4 van verordening 14871, de socialezekerheidsverordening. Anderzijds wordt gepoogd binnen het kader van de derde schaderichtlijn niet het voorstel niet als sociale zekerheid te zien, maar hooguit gebruik te maken van artikel 54, de uitzonderingsbepaling van die richtlijn.
Met betrekking tot het mededingingsrecht is het voorstel eveneens hybride. Artikel 120 van het wetsvoorstel bevat zelfs een uitzondering op de aansluiting op het Europese mededingingsrecht, mocht het Hof van Justitie van mening zijn dat de uitvoerders van de wet niet als ondernemingen in de zin van artikel 81 EG aan te merken zijn. Nu lijkt mij de kans dat dit gebeurt klein. Mocht het echter zo zijn, dan hebben wij met artikel 120 een fors integratieprobleem gecreëerd.
Deze hybride vormgeving staat garant voor problemen onder het Europese recht. Van de uitzondering van artikel 54 van de derde schaderichtlijn is gebruik gemaakt om allerlei wettelijke verplichtingen in de wet op te nemen, waarvan op voorhand niet zeker is of zij de verschillende Europeesrechtelijke toetsen kunnen doorstaan. De toets van artikel 54, de exceptie op het algemeen belang, hebben wij niet in eigen hand. Dat is een Europeesrechtelijke toets. Wij kunnen wel vinden dat iets in het algemeen belang acceptabel is, maar het is gewoon niet meer aan ons om daar het finale oordeel over uit te spreken. De wettelijke verplichtingen als de acceptatieplicht, het beperkte eigen risico en de no claim-verevening kunnen alle op zichzelf een probleem zijn, ook in de uitvoering.
Daarnaast zijn de genoemde maatregelen in het algemeen belang concurrentie beperkend en vragen zij in veel gevallen, zoals dat van het vereveningssysteem, nogal wat inzet en mogelijk samenwerking van de

verzekeraars. Dit kan kartelgedrag in de hand werken. Wettelijke maatregelen die kartelgedrag in de hand werken kunnen eveneens de toets aan het EG-verdrag niet doorstaan. De kans dat de wet, met name in de uitvoering - opnieuw die uitvoering - te veel samenwerking van verzekeraars in de hand werkt om nog acceptabel te zijn, is zeer wel aanwezig.
Vervolgens is er de positie van de aanbieders. Aanbieders moeten worden aangemerkt als ondernemingen. Voor hen geldt het mededingingsrecht evenzeer onder de Zorgverzekeringswet. De dwang om in het nieuwe stelsel met elkaar te concurreren impliceert in beginsel een verbod op samenwerking. Desondanks zal samenwerking af en toe nodig worden geacht. Europeesrechtelijk echter is jurisprudentie die op inkoopmarkten van toepassing is, in het kader van een socialezekerheidsstelsel, hier niet van toepassing. Dat betekent dat op die inkoopmarkten door aanbieders geconcurreerd zal moeten worden. Dat maakt dat samenwerking uit den boze is.
Ten slotte is er de consumentenmarkt. Het meest concurrentie beperkende element daar is de verzekeringsplicht in Nederland. Dat maakt de Nederlandse ingezetenen captive costumers. Captive costumers zijn in het kader van het socialezekerheidsstelsel altijd geaccepteerd door het Hof, omdat de verzekeringsplicht als constitutief werd gezien voor het opbrengen van de vereiste solidariteit. Het is nog maar de vraag of een verzekeringsplicht in Nederland kan worden gebaseerd binnen het kader van een stelsel dat niet als een socialezekerheidsstelsel moet worden aangemerkt. Het is eigenlijk niet duidelijk waarom consumenten ervan weerhouden zouden moeten worden zich te verzekeren waar zij dat willen, of dat nu in Nederland is of elders, als er echt geconcurreerd moet worden, op een echte markt.

Mevrouw **De Muijnck**: Ik werk als referendaris bij het Europese Hof van Justitie, voor het Nederlandse kabinet van de heer Geelhoed. Net als de vorige keer spreek ik op persoonlijke titel. Ik kan absoluut het Hof niet binden.
Er is al veel gezegd. Dit systeem heeft zowel potentiële risico's als grote voordelen. Op het aspect van de gevoeligheid van de draagkracht zal ik verder niet ingaan.
Ik zal wel ingaan op de vraag of het systeem EG-rechtelijk mogelijk is. Er moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Men kan ervan uitgaan dat de derde schaderichtlijn van toepassing is.
Een ander punt is het mededingingsaspect. In meer sectoren speelt de vraag, of het aan de markt overgelaten moet worden of niet. Ik wijs in dit verband op de sector public utilities. Meestal wordt er niet gekozen voor marktwerking sec maar voor een bepaalde vorm van geconditioneerde marktwerking. EG-rechtelijk hoeft dat geen probleem te zijn. Men moet zich echter wel realiseren dat de wetgever redelijk ver gaat in zijn verwachtingen. Mededinging is een voorwaarde bij dit systeem, het is dus geen vraag. Ik wil daarvoor aandacht vragen. Alle spelers in het veld moeten aan marktwerking onderhevig zijn. De wetgever moet nagaan of de randvoorwaarden die hij stelt niet verdergaan dan strikt noodzakelijk is, juist omdat het systeem gebaseerd is op zoveel mogelijk concurrentie.
Er moet voldaan worden aan een aantal voorwaarden: er moet toegang zijn tot de markt, er mag absoluut geen sprake zijn van discriminatie en de markt moet in zekere mate transparant zijn. Dat laatste geldt met name voor de consument. Die is in feite de zwakkere speler en erg afhankelijk van informatie van de andere partijen. Bovendien heeft de consument de minste onderhandelingsmacht.
Op papier lijkt er rekeninggehouden te zijn met de voorwaarden dat de markten transparant en toegankelijk moeten zijn en er geen discriminatie mag plaatsvinden tussen verzekeringsondernemers die in Nederland zijn gevestigd en buitenlandse ondernemingen die op de Nederlandse markt willen opereren. Papier is echter geduldig. Het is van essentieel belang te weten hoe de overheid aan al deze voorwaarden wil voldoen. Er is al gezegd dat er een zorgautoriteit komt. Hoe een en ander precies gestalte krijgt, is echter nog niet helemaal duidelijk terwijl het een heel belangrijk punt is. Ik verwijs in dit verband naar de periode toen de Mededingingswet tot stand kwam. Toen is er erg veel aandacht besteed aan de oprichting van een nieuw instituut: de NMa. Dat was destijds zeer belangrijk voor de verantwoordelijke minister, want zonder goed toezicht faalt het systeem. Een belangrijk punt is ook de verhouding tussen de zorgautoriteit en de NMa. Tot slot wil ik benadrukken dat het nieuwe stelsel een cultuuromslag zal vergen, niet alleen bij de spelers op de markt maar ook bij de overheid waar tot nu toe een overlegcultuur heerste.

De heer **Klazinga**: Voorzitter. Ik ben hoogleraar sociale geneeskunde bij het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam. Als hoogleraar sociale geneeskunde stel ik mijzelf vooral de vraag wat deze wet bijdraagt aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Dat doe ik vanuit een bepaald systeemdenken. Er is een heleboel onderzoek, genaamd health system research, dat zich bezighoudt met het functioneren en de prestaties van gezondheidszorgsystemen. Ik houd mij met mijn onderzoeksgroep bezig met de vraag: hoe richt je systemen zodanig in dat het aanbod van zorg in interactie met mensen maximaal bijdraagt aan het realiseren van gezondheid voor alle burgers? Dat denken sluit nauw aan bij het denken over de WAO, dat gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen als de ultieme doelstelling van systemen neerzet. Vanuit die optiek ben ik blij dat er met deze wet iets ligt wat tot één verzekering leidt: ziekenfonds en particulier samen. Ik meen ook dat de wet consistent is met de discussie die de laatste 15 jaar over de inrichting van het stelsel is gevoerd. Met mijn wetenschappelijke kennis over het functioneren van systemen heb ik vier punten.
Mijn eerste punt is dat een paar besluiten, met name de privaatrechtelijke inrichting van het stelsel en de keuze voor 45% nominale premie, vooral politiek-ideologische keuzes zijn. Ik kan die niet beargumenteren op basis van mijn empirische kennis over het functioneren van systemen. Het is volledig gerechtvaardigd dat de Tweede Kamer dat besluit neemt, maar ik zie het als politiek-ideologische keuzes en niet als wetenschappelijk onderbouwde keuzes.
Mijn tweede punt is dat, als het kabinet de sustainability van het systeem wil borgen, de vraag met name is hoe met de invulling van het

begrip ''passende zorg'' wordt omgegaan. Met andere woorden, wat komt er in die basisverzekering en hoe gaan verzekeraars dat managen? De kosten stijgen niet primair door vergrijzing of het te duur zijn van de zorg nu, maar door alle nieuwe voorzieningen en de toenemende vraag. Dat zal de komende decennia exponentieel toenemen. Hoe zet je daar een beheerssysteem op? Ik maak mij zorgen over de relatieve afstand die de politiek neemt voor het maken van keuzes over de inrichting van het pakket en het formuleren van passende zorg. Ik constateer dat het nu wordt weggeschreven in een tweetal artikelen, 64 en 65, waarin dat in de beheersopdracht bij het College voor zorgverzekeringen wordt gelegd. In dat opzicht is de huidige wettekst waardearm. Die geeft mij weinig handvatten op basis waarvan de principiële keuzes ter uitwerking van deze wet in de komende tijd in de praktijk moeten worden gemaakt.
Mijn derde punt betreft de impact van deze wet op het realiseren van integrale zorg. Een van de grote uitdagingen van ons zorgstelsel is juist het aanbrengen van samenhang tussen ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. Dat komt voort uit de verande-rende ziektelast en de andere zorgbehoefte die past bij de fase van epidemiologische transitie waarin wij ons bevonden. Het is nog maar de vraag of deze wet ondersteunend is in het realiseren van dat integrale zorgaanbod. Ik maak mij vooral zorgen over de verschillende stuurprincipes die nu onder de drie onderliggende wettrajecten van het kabinet liggen: de Wet op de zorgverzekering, die marktgericht, functionalistisch en centralistisch aanstuurt; de AWBZ, waarbij dat deels nog onduidelijk is; de WMO, die neigt te gaan naar een decentrali-satie op geografische eenheden, de gemeenten. Ik voorzie uitvoerings-problemen als je in de praktijk probeert de samenhang met je thuiszorgorganisatie, je GGD en je ziekenhuis te bewaren.
Mijn vierde punt is wellicht een van de zwaarste. Als een keuze wordt gemaakt voor een inrichting zoals deze wettekst voorstaat, ben je er niet met algemeen toezicht op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, als je kwaliteit niet relateert aan de ultieme doelstellingen van het stelsel: gezondheid en gezond-heidszorg voor iedereen. In de wettekst heeft men het over ''goede zorg''. Ik kan het alleen terugvinden in de aanhef van de wettekst, de overwegingen die leiden tot deze wet dat het wenselijk is dat de gehele bevolking onder voor ieder gelijke sociale voorwaarden verzekerd is tegen de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg. Het gaat mij om de invulling van het woord ''behoefte''. Ik meen dat er wel degelijk een publieke taak ligt om te borgen dat gelijkelijk zorg aan Nederlanders wordt gegeven.
Ik denk dat de Kamer dan maximaal gebruik zou moeten maken van artikel 38, de leden 72 en 122, waar verantwoording van verzekeraars wordt gevraagd, van Zorg-verzekeraars Nederland en het College voor zorgverzekeringen. Er zou dan na vijf jaar een wets-evaluatie moeten komen. Ik wijs de Kamerleden erop dat in het meest geliberaliseerde systeem dat ik ken, dat van de Verenigde Staten, de publieke taak wordt opgepakt om de disparities in het systeem te meten. Je meet niet alleen de kwaliteit van het stelsel, maar ook in hoeverre de kwaliteit gerealiseerd wordt voor verschillende bevolkingsgroepen. Je kijkt dan naar leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en naar minderheidsgroepen. In een rapport van het US Department of Health van december 2003 wordt dat heel transparant voor het Amerikaanse systeem neergezet. Ik wil dan ook bepleiten dat, wanneer deze weg wordt gekozen, dergelijke gegevens systematisch worden gegenereerd. Zo houdt men ook vanuit een politieke verantwoordelijkheid zicht op de feitelijke toegang tot het stelsel en het gebruik van zorg, verdeeld naar verschillende bevolkingsgroepen zoals die uiteindelijk uitwerkt in het realiseren van gezondheid.

De heer **Cath**: Voorzitter. Ik ben advocaat bij Van Doorne in Amster-dam, gespecialiseerd in Europees recht en mededingingsrecht.
Mijn opmerkingen zijn weer van iets andere aard. Het uit de pan rijzen van de kosten wordt als het probleem gezien. Vanuit een meer economische benadering zou je dat niet alleen als een beheersings-probleem kunnen zien, maar ook als een vorm van booming business. De gevonden oplossing voor deze kostenproblematiek ligt niet zozeer in de reorganisatie van de zorg als wel in de reorganisatie van de zorg-verzekeringen. Daarbij heeft op de achtergrond de vraag gespeeld of het stelsel publiek of privaat moet zijn. In het regeerakkoord is de keuze privaat geweest, namelijk curatieve zorg die wordt uitgevoerd door private uitvoerders die winst mogen beogen binnen publieke randvoor-waarden. Vervolgens is de discussie of het Europese recht dwingt tot een publiek stelsel of tot een privaat stelsel aan de orde geweest. De uiteindelijke conclusie die door de Commissie is getrokken en die ook voortvloeit uit het systeem zoals wij dat in Nederland kennen, is dat het niets uitmaakt. In beide stelsels, publiek of privaat, moet worden voldaan aan de eisen van de Derde schaderichtlijn en moeten de wettelijke randvoorwaarden voldoen aan de eisen van noodzakelijkheid en evenredigheid. In die keuze zijn wij vrij en een privaat stelsel zou mijn keuze zijn geweest.
Wat hebben wij gekregen? Een kopie van de Ziekenfondswet, die ons wordt gepresenteerd als een privaat stelsel. Dat is het niet, het is een publiek stelsel wat wij hebben gekregen. Het enige private element is de overeenkomst in plaats van de wettelijke aanspraken. Dat is uitsluitend een cosmetisch punt. Het maakt niets uit voor de kwalificatie van het stelsel als zodanig. De contractvrijheid die in het overeenkomstenstelsel besloten zou moeten liggen, wordt dusdanig door wettelijke beperkingen ingeperkt, dat er weinig van overblijft. Ik noem de acceptatieplicht, de gelijkluidende modelovereenkomsten, de omschrij-vingen van verzekerde risico's, de wijze waarop de verzekeringen naar begin, einde en terugwerkende kracht zijn ingedeeld, het eigen risico, de no-claim, het behalve op aantallen ontbreken van collectiviteitenvrijheid, de beperking van de keuzevrijheid restitutie natura, de verplichte 50% inkomensafhanke-lijke werkgeversbijdrage, niet aan de verzekeraar maar aan het vereveningsfonds, het verevenings-fonds zelf, zowel ex ante als tot op zekere hoogte ex post, de inkadering in de Algemene wet bestuursrecht, de stapeling van toezichthouders, CVZ, CTZ, PVK, Zorgautoriteit, NMa, en het hele systeem van boetes en lasten onder dwangsom. Ik noem een voorbeeld. Mocht aan het

vereveningfonds onjuiste informatie worden gegeven, dan kan een boete van 10 mln worden opgelegd. Kortom, het is een publieke regeling. Om een Amerikaanse rechter te citeren: ''It looks like a duck, it sqeaks like a duck, it walks like a duck, so probably it's a duck''. Het is een publiek stelsel.
De volgende vraag betreft de marktwerking. De Raad van State spreekt in dit verband op blz. 2 van zijn advies van bureaucratisch gesimuleerde marktwerking. Ik denk dat die kwalificatie niet overdreven is. Tegen degenen die zich zorgen maken over de marktwerking, kan ik zeggen dat dit wetsvoorstel daar in ieder geval geen aanleiding toe geeft. Dat geldt ook voor artikel 120 van de wet, waarin wij de zorgverzekeraar volledigheidshalve of wellicht veiligheidshalve tot onderneming kwalificeren. Dit houdt uiteraard verband met een begin dit jaar gewezen arrest waarbij de Duitse ziekenfondsen niet tot onderneming zijn bestempeld in het Europese recht. Dat zou zich ook kunnen voordoen in de Nederlandse situatie, ook in het nieuwe systeem. Men heeft gemeend om dat op deze manier te moeten ondervangen. Ik zet er grote vraagtekens bij of dat op deze manier kan worden ondervangen. Het Europese recht heeft namelijk nog steeds voorrang boven het Nederlandse recht. Het lijkt mij in ieder geval een vraag van Europees recht. Als mijn twijfels juist zouden zijn, dan is dat natuurlijk een reden te minder om je daar zorgen over te maken. In dat geval kan de NMa namelijk niet tegen niet-ondernemingen optreden.
Gelet op deze kwalificaties, meen ik dat het niets anders is dan het uitbreiden van het ziekenfondsstelsel tot eenieder. Gezien de samenstelling van het kabinet, kun je je zelfs afvragen of niet de zeer ironische situatie lijkt te ontstaan dat twaalf jaar na dato alsnog het plan-Simons wordt ingevoerd. Praktisch gesproken, is het de vraag of je het niet veel simpeler had kunnen oplossen door in de huidige Ziekenfondswet gewoon de loongrens af te schaffen. De eerste vraag die dan rijst, is of dit de afspraak was. Ik denk dat dit niet zo is, althans zoals ik het regeerakkoord lees. De tweede vraag is of het ook anders had gekund. Ik meen dat het antwoord daarop ja is. Dan had echter niet de Ziekenfondswet, maar de WTZ als uitgangspunt voor deze wetgeving gekozen moeten worden. Dat zou een aantal voordelen hebben gehad. In de eerste plaats zitten in de WTZ ook de acceptatieplicht, vormen van risicoverevening - dus dat probleem is daarmee getackeld - en andere wettelijke randvoorwaarden. In de tweede plaats zou er dan inderdaad sprake zijn geweest van een private uitvoering. In de derde plaats staat van de WTZ vast dat die in zekere zin Europa-proof is. De WTZ is indertijd immers aanleiding geweest om artikel 54 in de Derde schaderichtlijn op te nemen. Die lakmoesproef is dus in zekere zin al genomen. Ten slotte geldt in alle gevallen, wat je ook regelt, dat de Europese eisen van noodzaak en evenredigheid moeten worden nagekomen. Naarmate je meer gaat regelen en het stelsel meer publieke trekjes geeft, worden de kansen op aanvaringen met het Europese recht des te groter. Mijn gedachte zou dan ook zijn dat het wellicht nog niet te laat is om nog eens te bekijken of de weg van de WTZ een oplossing voor deze zaak kan bieden.

De **voorzitter**: Dank aan alle sprekers voor hun beknopte en toch prikkelende wijze van inspreken. Een voorbeeld voor de Kamerleden! Ieder Kamerlid kan één vraag stellen, waarop wordt gereageerd. Als de deskundigen van mening zijn dat één van hun collega's iets zegt waartegen zij echt anders aankijken, vraag ik hen dat aan te geven. Ik weet dat een aantal Kamerleden meester is in het stellen van acht vragen in één zin, maar dan komt mevrouw Van Miltenburg echt niet meer aan de beurt. In dat geval hamer ik het betreffende Kamerlid af: stel één vraag, dan ga ik de rij af en dan moet het lukken om dat een keer of drie te doen in de resterende anderhalf uur.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Als de heer Cath nog door was gegaan, had minister Hoogervorst zijn wet bijna ingetrokken! Ik heb een vraag aan prof. Klazinga. Gisteren hadden we de discussie met de minister over de vraag op basis van welke criteria wordt beslist of iets wel of niet in het pakket moet. Hij zei toen dat het huidige pakket hem wel beviel, en vond dat wij die vraag moesten beantwoorden. Ook prof. Klazinga zegt dat het begrip ''passende zorg'' onvoldoende is omschreven. Hoe zou hij dat scherper omschrijven, bijvoorbeeld in het kader van de criteria van de ''trechter van Dunning''?

De heer **Klazinga**: Voorzitter. Dat is op zich al een debat waard. Het is alleen al goed om nota te nemen van het advies van de Gezondheidsraad in dezen. We moeten goed kijken naar wat er als resultante van de commissie-Dunning nog aan principes ligt. Het belangrijkste punt is dat principes als gelijke behandeling van eenieder duidelijker als doelstelling achter deze wet liggen. Ik vind het vooral een heel verzekeringstechnisch verhaal, waarin ik niet de handvaten vind vanuit welke principes ik het debat over passende zorg zou moeten voeren. U parkeert dit punt nu wel deels bij het pakketbeheer van een CVZ, waarmee een heleboel politieke interpretatie en waardeoordelen bij de oordeelsvorming van het CVZ worden gelegd. Daar zit een route van technology assessment achter, dus er komt iets op gang. Ik probeer te zeggen dat ik dat niet graag als een technisch-bureaucratische exercitie zag weggezet door de manier waarop verzekeraars polissen gaan interpreteren. Ik zie dat als een publiek debat dat je moet hebben. Er komen straks nieuwe technologieën en dure geneesmiddelen, en die komen dan op de politieke agenda. Dan heb je geen stelsel van principes afgesproken. Ik kan die principes dus niet in één keer aangeven. Wel kan ik het materiaal aandragen waarop ze kunnen worden gebaseerd. De Kamer moet zich ervan bewust zijn dat zij een groot deel van het debat wegzet. Er is een politieke verantwoordelijkheid om dat debat te blijven voeren.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Ik heb een meer economische vraag aan de heren Keuzenkamp en Klazinga. Wat vinden zij van het huidige kostenniveau van het Nederlandse stelsel? Biedt het huidige stelsel waar voor zijn geld, ook in vergelijking met Duitsland en België?

De heer **Keuzenkamp**: Voorzitter. Een moeilijke vraag, omdat er veel dingen verschillen. In Nederland is er een AWBZ die nauwelijks te vergelijken is met iets in het buitenland, maar die wordt in vergelijkingen wel meegenomen. Als je kijkt naar kwaliteit, toegankelijk-

heid en doorlooptijd van zorg, de invoering van nieuwe therapieën en medicijnen in Nederland, staan wij zeker niet op de eerste plaats. Op dat soort punten scoort Duitsland hoger. Qua kosten is de curatieve zorg in Duitsland wat duurder, terwijl het geneesmiddelengebruik in veel buurlanden iets hoger ligt.
De vraag is of je tevreden moet zijn met hetgeen op dit moment in Nederland gedaan wordt dan wel of het met weinig moeite te verbeteren is. Ik ben ervan overtuigd dat het laatste het geval is, als prikkels beter worden georganiseerd.

De heer **Klazinga**: In het kader van de WAO en de OECD worden uitgebreide studies gepubliceerd over de performance van landen in relatie tot de hoeveelheid geld die eraan wordt besteed. Ik noem ze even kort.
In 1993 verscheen het rapport van de Wereldbank waarin alle landen werden vermeld. In het World health report van 2000 waren verfijningen aangebracht. Nederland stond daarin op de 17e plaats. Dat was niet omdat er in Nederland wachtlijsten waren, maar omdat een aantal epidemiologische gegevens, zoals roken bij vrouwen, doorwerkte in de getallen. Het meest recent zijn de rapporten van het OECD health project. De minister baseert zich vaak op deze stukken. Daarin staan staatjes. Ik verwijs naar artikelen in Health affairs waaruit blijkt dat de kostenstijgingen in Nederland redelijk in de pas lopen met die in de andere landen. Het is een algemeen probleem. Nederland is daarin niet beter of slechter. In de performance komen wij in de middenmoot terecht op een aantal parameters.
Veel wezenlijker is naar mijn mening de discussie over de vraag hoe je de balans tussen sturen op efficiency en equity realiseert. Volgens de economische literatuur kijken wij op die manier. Is een systeem efficiënt in de zin van: wij stoppen er zoveel geld in en wat levert dat aan levensverwachting op die aan de zorg gerelateerd is. Levensverwachting wordt natuurlijk ook door een heleboel andere dingen bepaald. Equity stuur je op de vraag in hoeverre mensen gelijke toegang hebben en realiseer je gelijkelijk binnen de bevolking gezondheidsverschillen.
Ik kijk met name naar deze tekst en probeer dan te bedenken wat dit betekent voor de mate van sturing op efficiency en equity. Door de martelelementen die nu met een heleboel beheersing in het systeem gebracht worden, wordt er vooral gestuurd op efficiency. Ik zoek naar voldoende balans met sturing op equity. Naar mijn mening is dat het wezenlijke debat.
Het is een sprong voorwaarts als de knip tussen particulier en ziekenfonds wordt opgeheven. Het is een positieve stap voorwaarts. In een heleboel staatjes komt Nederland er op het gebied van equity niet slecht uit, maar dat heeft vooral met het particuliere verzekeringsdeel te maken. Het gaat vooral om de vraag hoe het systeem zo moet worden ingericht dat steeds op de goede manier een balans gevonden wordt tussen sturen op equity, dat wil zeggen toegang voor iedereen, gelijk voor iedereen met de kwaliteit die nodig is en een efficiënte inrichting. Nederland kan leren van de kennis die al is opgedaan in andere stelsels waar ook gezocht wordt naar het vinden van deze balans door te kiezen voor publiek-privaatrechtelijke omvang van pakketten en de mate waarin een overheid wel of niet sturing houdt op het aanbod van zorg.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Cath maakte de prikkelende opmerking dat het wetsvoorstel een kopie is van de Ziekenfondswet met een gesimuleerde marktwerking en eigenlijk dus geen marktwerking. Mijn vraag aan de heer Klazinga is waarom hij bang is dat de samenhang straks verloren dreigt te gaan. Een van de vier zorgen die hij eerder ventileerde, betrof het integrale aanbod. Ik plaats die tegenover de opmerkingen van de heer Cath en de heer Keuzenkamp. Wat weerhoudt een verzekeraar ervan om in het toekomstige stelsel een preventiepakket aan te bieden?

De heer **Klazinga**: Ik heb mijn opmerkingen gemaakt, omdat de beperkingen in de huidige Ziekenfondswet in het voorstel niet worden opgeheven. De discrepanties in het Nederlandse stelsel door de verschillen in aansturing via AWBZ, Ziekenfondswet en GGD'en worden in het voorstel evenmin opgelost. Vandaar dat ik dit als een probleem aan u voorleg. Ik maak mij er juist meer zorgen over, omdat ik verschillende sturingsprincipes zie achter de verschillende voorstellen. Ik zou het met u fantastisch vinden als verzekeraars in het nieuwe stelsel veel meer op preventie inzetten. Een aantal verzekeraars is bezig zich daarop te profileren. Ik kan nog steeds niet goed overzien of de totale inrichting van het systeem werkelijk een business case voor preventie oplevert voor verzekeraars. Het veronderstelt namelijk een investering in activiteiten die pas op een heel lange termijn rendement oplevert.

De heer **Buijs** (CDA): U zegt dat die beperking nu ook al in de Ziekenfondswet zit. Hoe kun je het wenselijke integrale aanbod beter stimuleren? Welke prikkels zijn daarvoor nodig?

De heer **Klazinga**: Je hebt te maken met de markt van de aanbieders, de markt van de consument en de markt van de verzekeraars.
Dan moet er op de markt van die aanbieders dus een prikkel zijn voor ziekenhuizen om met verpleeghuizen, thuiszorg en andere instellingen één geheel te gaan vormen. Voor een deel gebeurt dat al, want de noodzaak is er. Je zult er echter over moeten nadenken of de totale prikkelstructuur zoals je die straks aanbrengt - dan kom ik wederom op de verschillende wetten - zo is dat zij dat ook zullen doen. Dat is één. Het andere punt is: kan de consument straks op de markt die zorgproducten helemaal inkopen? Diabetes wordt steeds als casus genoemd, maar er zijn natuurlijk veel meer chronische zieken. Het gaat erom of je dan een zorgtraject voor de lange termijn als product kunt inkopen. De discussie spitst zich op dit moment vooral toe op een ander dossier, vooral op de invoering van DBC's en kortdurende ziekenhuisoperaties. Dat geeft in ieder geval te denken. Kijkend naar de wetten die er nu liggen, is het nog maar de vraag of na het voeren van de WMO-discussie, afhankelijk van de uitkomst daarvan en van de preventie bij gemeenten, de gemeenten nog op een productieve manier met de landelijk in alle markten opererende zorgverzekeraars daarover tot goede afstemming zullen komen.

De heer **Keuzenkamp**: Dit is wel een van de essentiële vragen. Ik zit hier aan tafel met wetenschappers,

maar het grootste deel van mijn tijd ben ik gewoon verzekeraar. Wij zijn hier vrij actief mee bezig. In de samenhang van de keten zie ik een paar dingen. Eén issue is: intramuraal versus extramuraal. Op dat punt is de afgelopen tien jaar flink veel vooruitgang geboekt. Het gevaar in de verschillende wetten die momenteel aan de orde zijn - met name de WMO, waarvan wij nog niet precies weten hoe zij eruit zal zien en of die er gaat komen - is dat het proces van extramuralisering van de zorg gaat stagneren. Dat baart ons zorgen. Dat is dus geen direct effect van deze zorgverzekeringswet. Dat zit eerder in de manier waarop de WMO geregeld wordt.
Een voordeel van het nieuwe traject is dat een stukje van de AWBZ in de nieuwe zorgverzekeringswet wordt geschoven, waarmee curatieve en geestelijke gezondheidszorg kan worden meegenomen in het traject van de bredere curatieve zorg. Dat zien wij als een groot voordeel. Daarmee kun je ook een hoop synergie realiseren, evenals een betere aansluiting van verschillende zorgvragen in de behandeling en daarmee ook een betere doorloop van de zorg. Dat is dus positief. Daarnaast hebben wij als verzekeraars in het nieuwe stelsel niet zozeer door de zorgverzekeringswet, maar vooral door andere wetten die inmiddels zijn aangenomen - bijvoorbeeld de toelating van instellingen, waardoor er veel meer dreiging bestaat bij zorgaanbieders, zodat verzekeraars ook op een andere manier met hen kunnen praten - te maken met nieuw aanbod. In die zin ben ik het oneens met mijn vriend Inne Cath. Er ontstaat bijvoorbeeld aanbod dat meer is toegesneden op vragen die verzekeraars hebben. Daar kunnen wij dus ook over gaan praten. We kunnen praten over vroegdiagnostiek, waar bijvoorbeeld de Vrije Universiteit initiatieven toe neemt. Dat is weliswaar geen preventie, maar het is wel iets waardoor je in een veel eerder stadium in staat bent om er met betrekking tot latere complicaties en bijvoorbeeld uitzaaiingen van kankers vroeger bij te zijn. Wij denken dat dat loont. Wij hebben ook het idee om dat in onze polissen aan te gaan bieden.
Doordat wij meer met zorgaanbieders over zorgprocessen kunnen praten, kunnen wij eisen gaan stellen over de manier van behandeling en over het voorkómen van recidive. Ook dat is een vorm van preventie. Je kunt er dus voor zorgen dat je gaat praten over infecties en dergelijke en over de implantaten die mensen krijgen, waarmee de latere zorgvraag wordt gereduceerd. Ook op dat punt zijn wij actief bezig.
Het moeilijkste is de ''public health''-kant van de preventie. Daar staan wij tot nu toe eigenlijk redelijk buiten, want dat ligt meer bij de GGZ en de gemeenten. Het is een lastig issue hoe je op dat punt kunt coördineren tussen enerzijds concurrerende verzekeraars en anderzijds lokale infrastructuur die niet competitief zou moeten zijn. Wat wij nu aan het ontwikkelen zijn, is volgens mij niet slechter dan zoals het nu is. Dat is op een aantal punten dus een stap vooruit, maar een aantal problemen die wij hebben, worden nog niet opgelost.

De **voorzitter**: Ik keek een beetje naar de heer Cath, omdat zijn naam genoemd werd. In de Kamer snel je naar de microfoon als je naam wordt genoemd en dan zeg je: de geachte afgevaardigde heeft er niets van begrepen. Ik wil de heer Cath daar niet toe verleiden, maar ik kan mij voorstellen dat hij wil reageren.

De heer **Cath**: Ik moet nog even wennen. Eerst wil ik terugkomen op iets wat de heer Heemskerk zei. Het staat mij bij dat in de laatste zin van het advies van de Raad van State wordt geadviseerd om dit wetsvoorstel voorlopig nog maar even niet naar de Kamer te sturen; in ieder geval niet voordat rekening is gehouden met hun opmerkingen. Bij het lezen van het antwoord van de regering op die opmerkingen, kreeg ik geen enkele keer het gevoel dat daarop serieus werd ingegaan. Het advies van de Raad van State blijft volgens mij dan ook overeind, en daarmee de conclusie die ik had getrokken: het wetsvoorstel zou er niet moeten komen. Dat is echter mijn persoonlijke opvatting.
De heer Keuzenkamp zegt terecht: deze wet zorgt niet voor marktwerking. Het kan best zo zijn dat regelingen op andere terreinen meer vrijheid creëren. De wet is eigenlijk een kopie van de Ziekenfondswet, waarbij de werkingssfeer in wezen wordt uitgebreid tot de groeperingen die er nu nog niet onder vallen. Daar wordt niet het kostenprobleem getackeld; het is gewoon een reorganisatie van de verzekeringen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb een vraag aan mevrouw Steyger. Bij het vorige rondetafelgesprek hebt u bedenkingen en zorgen geuit. U hield wat slagen om de arm omdat er nog geen wet was. Nu is de wet er wel. Eigenlijk proef ik in uw woorden van nu iets soortgelijks. Kunt u de problemen die u verwacht met het Europees recht, toespitsen?

Mevrouw **Steyger**: Ik had bedenkingen bij de voorstellen, ik heb ook bedenkingen bij dit wetsvoorstel. Een deel daarvan zat al in mijn primaire statement. Het grootste probleem is dat het een hybride wetsvoorstel is: het weet niet wat het wil. Het zegt: ik wil een sociaal stelsel zijn, in de zin van de sociale-zekerheidsvordering. Het heeft ook kenmerken van een sociale-verzekeringswet, omdat er een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht en een vereveningsstelsel zijn. Er zitten kortom enorm veel verplichtingen in. Tegelijkertijd zegt het: maar ik wil ook dat verzekeraars en aanbieders gaan concurreren. Als je concurrentie introduceert, moet je die ook echt mogelijk maken en niet allerlei concurrentiebeperkende maatregelen nemen. Je maakt je in dat geval heel kwetsbaar in het kader van het Europees recht. Ook als wetgever mag je niet zonder meer de concurrentie beperken in het algemeen belang. Artikel 54 van de Schadeverzekeringswet kent een algemeen-belangexceptie: je mag specifieke maatregelen nemen in het kader van het algemeen belang. Het mededingingsrecht kent helemaal geen algemeen-belangexceptie. Als je de concurrentie wilt beperken in het kader van het mededingingsrecht, mogen ondernemingen daarin zelf niet de hand krijgen omdat zij dan met die regelingen op de loop gaan. Dat risico is hier zeer wel aanwezig, zeker gezien de achtergrond van het volksgezondheidsveld. Samenwerking, overleg en het zelf opstellen van concurrentiebeperkende regelingen zijn daar altijd al schering en inslag geweest. Die cultuur wordt natuurlijk niet met één wet veranderd.
Er ontstaat dus een hybride stelsel. De verzekeraars mogen niet worden aangemerkt als uitvoerders van een sociaal zekerheidsstelsel. Dat is ook terecht, want zij gaan gewoon geld

verdienen aan dit systeem. Het zijn ondernemers, dus zo moeten zij ook worden gekwalificeerd. Ik deel veel van de kritiek van de heer Cath. De verzekeraars worden namelijk niet behandeld als ondernemers, omdat wordt gezegd: je mag dit niet, je mag dat niet. Ik vond ''bureaucratisch gesimuleerde concurrentie'' een prachtige omschrijving; die indruk wekt het ook. Het introduceren van zo'n hybride stelsel is enorm risicovol, omdat er in het Europees recht een heel scherp - er valt over te twisten of het te scherp is - onderscheid wordt gemaakt tussen concurrentie en sociale zekerheid. Er is eigenlijk maar heel weinig ruimte voor het grijze gebied dat met dit wetsvoorstel wordt gecreëerd.

Mevrouw **Kant** (SP): Welke praktische consequenties kan de strijdigheid met het Europees recht hebben voor het systeem? Is het invoeren van acceptatieplicht niet toegestaan? Tot welke praktische problemen kan dit leiden?
U zegt dat het hybride is en dat er een keuze moet worden gemaakt. Welke keuze zou u maken?

Mevrouw **Steyger**: Er kunnen procedures worden gestart. Verzekerden die geen trek hadden om in socialezekerheidsstelsels te passen vanwege de daarin geaccepteerde verzekeringsplicht, hebben hier altijd procedures over gevoerd. Zij wilden eruit. De meesten is dat niet gelukt, omdat het Hof altijd heeft aangenomen dat je mag eisen dat mensen zich verplicht verzekeren als je wettelijk een sociaal zekerheidsstelsel oplegt. Dit zijn namelijk communicerende vaten. In dit geval zit je met iets hybrides en loop je het risico dat het Hof zegt dat dit helemaal geen sociaal zekerheidsstelsel in het kader van het mededingingsrecht is. Sterker nog: dit valt onder de uitzonderingen als bepaald in artikel 54. Daardoor loop je bijvoorbeeld het risico dat in een zaak de verzekeringsplicht onderuit gaat en je een probleem hebt met dit wetsvoorstel. Ook op een andere manier kunnen procedures worden gestart. Er is namelijk geen wet zo leuk of je kunt er wel een procedure over starten. De commissie zou het zelf ook kunnen aanzwengelen door te stellen dat zij een probleem heeft met de naleving van het gemeenschapsrecht. Ik ben ook nog advocaat, dus ik benader het met name vanuit dat oogpunt. Ik zit hier niet te werven, hoor. Ik wil alleen zeggen dat er een aantal risico's bestaat. Zodra één element van de wet onderuit gaat, bijvoorbeeld de verzekeringsplicht, krijg je een probleem met je systeem. Alles hangt namelijk nauw met elkaar samen.

Mevrouw **Kant** (SP): Er kan dus een marktpartij, een verzekeraar opstaan die slechts een bepaalde groep mensen wenst te verzekeren. Kan hij met dit plan de markt op gaan?

Mevrouw **Steyger**: Dat kan. Die partij krijgt dan ongetwijfeld wel hoge boetes.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wij hebben ook aan minister Hoogervorst gevraagd wat er gebeurt als een ambitieuze verzekeraar met een ambitieuze advocaat naar het Hof gaan. Hij zei dat dit geen probleem was, zelfs niet als hij verloor, want dan had hij nog wel een aantal jaar om de boel te repareren.

Mevrouw **Steyger**: Dat is een visie. Ik vind dat het handelen in strijd met het recht niet een aantal jaar voort mag gaan en dat de overheid daar niet op mag speculeren. Dit is mijn persoonlijke visie. De overheid moet het recht handhaven, anders is het einde zoek, toch?

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Kant heeft nog een vraag gesteld aan mevrouw Steyger.

Mevrouw **Steyger**: Ik sta vrij neutraal tegenover de vraag of marktwerking al dan niet wenselijk is. Als iets werkt, moet je het doen. Daar ga ik altijd van uit. Ik zie niet zo veel heil in deze vorm van marktwerking in de zorg. Ik ben ook nooit een fan geweest van de Amerikaanse praktijken. De onderliggende vraag is of je wel met invoering van marktwerking moet beginnen op dit terrein. Ik heb er zo mijn twijfels over. Als men mij echter kan aantonen dat het werkt en dat het de beste manier is om zorg te verspreiden, dan heb ik er geen principieel bezwaar tegen.

De heer **Cath**: Ik ben het op zichzelf met veel uitgangspunten eens. In eerste instantie stak ik mijn vinger op om te zeggen dat wij goed onderscheid moeten maken tussen de niet-bindendheid van wettelijke voorschriften wegens strijd met de Europese regelgeving inzake het vrije verkeer van personen, goederen en diensten en de toepassing van de mededingingsregels. Een voorbeeld van het vrije verkeer van personen, goederen en diensten is het grensoverschrijdend aanbieden van verzekeringsdiensten of de vestiging van een buitenlandse zorgaanbieder op de Nederlandse markt. De mededingingsregels gelden uitsluitend voor ondernemingen en niet voor wettelijke maatregelen. Het Europese mededingingsrecht kan er niet toe leiden dat wettelijke maatregelen onverbindend zijn. Dat is in het verleden wel geprobeerd, maar het Hof heeft die pas afgesneden. Het vrije verkeer kan wel langs een andere weg tot hetzelfde resultaat leiden. In die zin blijft wetgeving een riskante business. Dat heb ik de vorig keer ook al gezegd. Het geldt niet alleen voor dit wetsvoorstel, maar voor alles dat in de Kamer wordt geproduceerd. Er is altijd wel een hogere regeling te bedenken waarmee er strijd is. De wetgever moet afwegen of hij het wel moet doen of niet. 100% waterdichte garanties zijn niet te geven.

De heer **Van de Gronden**: Kort samengevat stelt mevrouw Steyger dat er een grote kans is op strijd van het stelsel met het Europese recht, omdat het een hybridisch stelsel is. Volgens mij moet een wat nauwkeuriger analyse worden gemaakt. Er is al gezegd dat heel wat markten goed moeten worden gereguleerd. Niet elke gereguleerde marktwerking is in strijd met het Europese recht. Anders zouden milieumaatregelen of maatregelen op andere terreinen ook allemaal daarmee in strijd zijn.
Ik vraag mij af of het Hof echt helemaal geen belangstelling heeft of feeling heeft voor hybride stelsels. Er is bijvoorbeeld de immuniteit van CAO's voor het mededingingsrecht. Private afspraken gaan daarmee voor. Er zijn zelfs collectieve afspraken over ziektekostenverzekeringen die niet in strijd met het kartelverbod worden geacht. Per maatregel moet worden bekeken of er strijd met het Europese recht is. De heer Cath heeft bijvoorbeeld terecht opgemerkt dat de acceptatieplicht heel moeilijk te toetsen is aan het mededingingsrecht. Het is puur een wettelijke maatregel, die getoetst

zou moeten worden aan de derde schaderichtlijn en aan artikel 54. Dat zou voor de verzekeringsplicht ook gelden. Je zou per maatregel moeten kijken. Ik verwacht niet dat het Hof gaten wil schieten in het stelsel omdat het heel hybride is. Ik zie zeker niet dat wettelijke maatregelen in strijd worden geacht met het mededingingsrecht.
Wat de samenwerking betreft, haalde mevrouw Steyger als voorbeeld het risicovereveningssysteem aan. Dat zou problemen met het mededingingsrecht kunnen opleveren. Stel dat het netjes wordt aangemeld bij de Commissie, dat bekeken wordt of er sprake is van staatssteun en dat de Commissie het systeem goedkeurt, zoals ook het lerse systeem is goedgekeurd. Wat zijn dan nog de mededingingsrechtelijke problemen? Als wordt gezegd dat bepaalde regelingen in strijd zijn met de wet, moet het beestje maar bij de naam worden genoemd. Welke regelingen zijn het? Er moet dan niet in algemene zin gesproken worden over hybride regelingen die in strijd zijn met het Europese recht. Dat gaat mij te snel.

De heer **Nawijn** (LPF): Er zijn nogal wat mensen die deskundig zijn op het punt van het Europese recht. Wij praten over een voor Nederland nieuw systeem. Wij kennen het Amerikaanse systeem wel goed. Hoe zit het met de systemen in andere Europese landen?

De **voorzitter**: Ik vind dit echt een nieuwe vraag. U krijgt zo meteen een nieuwe kans.

Mevrouw **Steyger**: Collega Van der Gronden zegt dat een hybride stelsel niet per definitie in strijd is met het Europese recht. Dat hoeft inderdaad niet. Ik ben het ook eens met de heer Cath dat het mededingingsrecht en het vrije verkeer uit elkaar moeten worden gehouden. De meeste zaken van verzekeraars die klaagden over de verzekeringsplicht in de eigen lidstaat waren zaken die over het vrije verkeer van diensten gingen. Het is alleen iets minder absoluut dan beide heren hopen en zeggen. Een wettelijke maatregel waarmee kartelgedrag van ondernemers, zowel verzekeraars als aanbieders, wordt uitgelokt, gestimuleerd of gesanctioneerd kan worden verboden, tegenwoordig zelfs door onze eigen NMa. Ik noem de artikelen 3.g.10 en 81. Dat heet de nieuwe norm. Het Hof heeft die norm ontwikkeld om ervoor te zorgen dat nationale kartels of potentiële kartels niet kunnen worden weggekaapt door de overheid, door er een wettelijke maatregel op te zetten. Dat betekent niet dat elke wettelijke maatregel waarmee de concurrentie wordt beperkt door deze artikelen wordt gedekt. Als ondernemers er helemaal niets mee te maken hebben, is een wettelijke maatregel mededingingsrechtelijk houdbaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor de acceptatieplicht, maar bij een aantal andere maatregelen - ik heb steeds het vereveningssysteem genoemd - kan dit nog sterker toenemen, omdat DBC's op zichzelf in hoge mate door het veld ontwikkeld worden. Daar kan zeker kartelgedrag bij optreden en dan kom je wel degelijk in de gevarenzone terecht. Net als de vorige keer zeg ik dan ook dat je je niet constant rijk kunt rekenen met artikel 54 volgens de redenering ''als het haalbaar is onder dat artikel, is het dus ook haalbaar onder het mededingingsrecht'', want dat is niet waar. Het zal afhangen van de uitvoering en met name van de betrokkenheid van de aanbieders en de verzekeraars, dus de ondernemers. En de redenering is ook: als een vereveningssysteem onder artikel 54 haalbaar is, terwijl het ook aangemeld wordt als staatssteun, dan moet je toch goed zitten. Ook daarvan zeg ik: dat zou kunnen, maar het is niet zeker. Nogmaals, artikel 54 kent een uitzonderingsbepaling voor het algemeen belang. Daarvan kun je dus gebruik maken voor de motivering, al is het dan nog uiteindelijk aan het Hof om de zaak te beoordelen. Bij staatssteun gaat het eigenlijk om iets anders, namelijk alleen om de bijdrage uit staatsmiddelen als zodanig. Als de Commissie dat een prima plan vindt, zit je ook goed. Maar dit betekent nog steeds dat samenwerking van de ondernemers in het systeem risicovol is, want je praat over drie verschillende dingen. Het mededingingsrecht blijft dus een risico.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik wil nog even de relatie tussen samenwerking en afstemming aan de ene kant en concurrentie aan de andere kant aansnijden. U zei dat er binnen het stelsel eigenlijk een verbod op samenwerking geldt, u zei zelfs dat samenwerking uit den boze is. Wilt u hiermee zeggen dat het uitwisselen van good practises, waarvan iedereen goede effecten verwacht, in dit stelsel moeilijker wordt of zelfs dat het niet mag? En zou het, als de overheid een maatregel neemt om bijvoorbeeld good practises op het gebied van diabetes uit te wisselen, aangemerkt worden als staatssteun, omdat de overheid dan kartelvorming zou stimuleren? Overigens zou ik het ook graag horen als een van de anderen het hier hartgrondig mee oneens was.

Mevrouw **Steyger**: Als de aanbieders als ondernemingen worden beschouwd, mogen zij ook geen concurrentiebeperkend gedrag vertonen. Een voorbeeld van zulk gedrag is samenwerking van verschillende aanbieders. Daar is op zichzelf niet zoveel tegen als ze niet concurrentiebeperkend werkt. Als dat gedrag wel het effect heeft dat andere aanbieders er niet meer tussen kunnen komen, als zij hetzelfde product niet meer kunnen aanbieden, dan heb je een probleem, want dat mag niet. Dit betekent dat samenwerking van aanbieders of verzekeraars heel argwanend bekeken moet worden. Je kunt niet zeggen dat je zelf coördineert wie wat en bij welke instelling doet, want dan ben je de markt aan het verdelen. Dat mag niet, behalve in bepaalde omstandigheden, als het voldoet aan de uitzonderingsbepalingen in de Mededingingswet en het verdrag. Het beginsel is dus ''nee, tenzij'' in plaats van ''ja, mits''. Dit kan een nadeel zijn. Het lijkt mij dat dit niet zonder meer betekent dat het uitwisselen van informatie per definitie verboden zou zijn, maar ook dit kan een concurrentiebeperkend element bevatten, namelijk bij een zeer selectieve uitwisseling. Dan kan het wel degelijk gebeuren dat de NMa ernaar gaat kijken. Ik zeg dus niet dat er helemaal niets kan en dat het allemaal heel verschrikkelijk is, maar wel dat het systeem wordt omgedraaid: je gaat van een samenwerkend veld naar een concurrerend veld. Dat heeft gewoon consequenties voor de uitvoering en voor de werkwijze van deze clubs. Het is ook heel logisch, want als je wilt dat aanbieders en verzekeraars lagere prijzen gaan berekenen, als je wilt dat er op prijs geconcurreerd wordt, dan hebben aanbieders en

instellingen ook belang bij het binnen houden van informatie, want dat wordt dan een deel van het product dat je aanbiedt. Je draait gewoon letterlijk het systeem om.

De heer **Drijber**: Op zichzelf ben ik het wel met de stelling van mevrouw Steyger eens: wij moeten altijd rekening houden met het mededingingsrecht. Maar, met alle respect, ik denk dat de Kamer daar niet zo heel veel mee kan doen zolang zij niet weet welke vormen van samenwerking in dit stelsel riskant zouden zijn. Dat heb ik ook van mevrouw Steyger nog steeds niet gehoord. Het mededingingsrecht is inderdaad van toepassing, maar wij weten nog steeds niet wat er concreet mis is. Het uitwisselen van good practises lijkt mij op het eerste gezicht een voorbeeld van iets wat nu juist bij uitstek wel kan. Zelfs al zou het in theorie mededingingsbeperkend zijn, er zitten waarschijnlijk grote voordelen aan vast en dan valt het onder de uitzonderingsgrond op het kartelverbod, die tegenwoordig ook direct werkt.

De heer **Buijs** (CDA): Dit punt lijkt mij cruciaal. Als voorbeeld noem ik het bouwen van een huis. Je sluit een contract met een aannemer die met vele onderaannemers werkt. Die moeten goed samenwerken om een goed product te kunnen leveren. Wat houdt in deze wet een zelfde samenwerking tegen?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik wil een concreet voorbeeld noemen van een geval waarin de concurrentie wél de nek om wordt gedraaid. Deze wet wijkt in die zin af van de Ziekenfondswet dat in de Ziekenfondswet geldt: ''geen eigen instellingen van een zorgverzekeraar, tenzij''. De nieuwe wet is hierin veel liberaler, er zijn veel meer mogelijkheden. Stel dat Agis het AMC koopt; dan wordt er in heel Amsterdam nooit meer geconcurreerd, want dan ontstaat er een waanzinnige verticale monopolist. Erkent de heer Drijber dit gevaar? Zouden wij wat dit betreft de teugels niet strakker moeten aantrekken?

De heer **Drijber**: Dit is een voorbeeld van verticale integratie. Ik denk dat het niet zozeer een kartelprobleem is, als wel dat van een monopolist die klanten van andere verzekeraars weert. Dit kan inderdaad een mededingingsprobleem zijn, het zou misbruik van een machtspositie zijn. Het is een reëel probleem, maar ik kan niet inschatten in hoeverre dit nu zou worden ''getriggerd'' door deze wetgeving. Maar zelfs als de verzekeraar in zo'n situatie gebruik maakt van een mogelijkheid die deze wet biedt, is het straks nog aan de NMa of een andere autoriteit en betekent het niet dat de wet als zodanig in strijd zou zijn met het mededingingsrecht.

De heer **Van de Gronden**: Ter aanvulling kan ik nog zeggen dat er alleen sprake is van schending van het verbod in het mededingingsrecht om mededingingbeperkende afspraken te maken als de mededinging merkbaar beperkt is. Je moet daarbij alle economische omstandigheden in acht nemen. Dit betekent dus niet dat elke samenwerking per definitie verboden zou zijn. Zowel de NMa als de Commissie heeft richtsnoeren voor horizontale overeenkomsten, voor de samenwerking van bedrijven uitgevaardigd. En zoals de heer Drijber al aangaf, is er ook een uitzonderingsgrond op het kartelverbod die rechtstreeks werkt. Uiteraard zijn zeer ernstige beperkingen als afspraken over prijzen en verdeling van de markt verboden, maar dat is ook goed om de concurrentie in het zorgstelsel van de grond te kunnen krijgen. Als zorgverzekeraars instellingen of ziekenhuizen opkopen, kan er ook sprake zijn van een fusie. En een fusie moet bij de NMa gemeld worden, die vervolgens zal bekijken of er sprake is van een ernstige beperking van de mededinging. De NMa beoordeelt bijvoorbeeld op dit moment een fusie van twee ziekenhuizen op de effecten voor de mededinging. Dit wil dus niet zeggen dat de wet meteen allerlei nadelige effecten heeft.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De heer Van de Gronden zegt dat de NMa zal bekijken of het slecht voor de mededinging is. Er is dus niemand die kijkt of al dan niet goed is voor de samenwerking?

De heer **Van de Gronden**: De NMa kijkt naar de mededinging. Als twee ziekenhuizen in één regio permanent met elkaar samenwerken en er is geen enkele andere mogelijkheid, dan bestaat de kans dat er geen concurrentie meer ontstaat. De NMa zal geneigd zijn dat te verbieden. Onder het huidige systeem is dat gedeeltelijk al het geval. Voor gezondheidsaspecten zijn er andere toezichthouders, dat blijkt ook uit de wet. De Nederlandse zorgautoriteit gaat specifieke regels in de markt zetten.

De heer **Keuzenkamp**: Ik ben geen jurist maar ik heb een tijdje geleden een project gedaan naar aanleiding van een uitspraak van de NMa over het niet meer collectief mogen contracteren door huisartsen met verzekeraars. De NMa heeft dat verboden, maar maakte daarbij wel een expliciete uitzondering voor afspraken over kwaliteit. Op dat gebied mocht wel samengewerkt worden. Dat mag juridisch blijkbaar wel.
Het van elkaar overnemen van best practices en het invoeren van kwaliteit enz. gebeurt op dit moment veel te slecht. Er zijn legio voorbeelden van goede manieren van werken die om voor juristen onduidelijke maar voor economen vrij begrijpelijke redenen niet door andere worden overgenomen. Het loont namelijk niet voor instellingen om maximaal hun best te doen en te kijken welke mogelijkheden er zijn. Het marktmechanisme als zodanig is misschien een veel belangrijker stimulans om van elkaar best practices over te nemen dan de vraag of de Mededingingswet samenwerking wel toestaat.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat laatste behoeft enige toelichting. Er zijn namelijk ook genoeg theorieën die zeggen dat vanuit economische belangen marktmechanismen juist het uitwisselen van best practices tegenwerken. Men heeft er belang bij om de zaken vooral voor zichzelf te houden.

De heer **Keuzenkamp**: Als men in een enigszins functionerende markt niet meegaat in innovatie en goede praktijken niet overneemt, gaat men failliet. Dat is een simpel mechanisme. Als je dat wilt voorkomen, ben je gedwongen om alert te zijn, vakliteratuur bij te houden, te kijken wat concurrenten doen, enz.

Mevrouw **Kant** (SP): De neiging om goede informatie vooral voor jezelf te houden en niet uit te wisselen, is wel aanwezig.

De heer **Keuzenkamp**: Dat moge zo zijn. Het loont echter ook om te investeren in innovatie en daarvoor je best te doen. Dat geldt voor alle markten.

De heer **Cath**: Ik ben het hartgrondig oneens met de stelling dat dit samenwerking in de weg zou staan. De meeste redenen zijn al genoemd. Het concurrentierecht verbiedt inderdaad bepaalde vormen van concurrentiebeperkende afspraken, maar laat ook veel toe in het kader van samenwerking. Het is een individuele toetsing per geval, daarover kunnen geen algemene uitspraken gedaan worden. Er moet echt gekeken worden wat er precies aan de hand is.
Het is ook niets nieuws. Het geldt nu ook. Ook nu past de NMa het mededingingsrecht toe op zorgverzekeraars, ziekenfondsen, ziekenhuizen en ga maar door. De nieuwe wet verandert daaraan niets. Het kan hooguit een probleem zijn dat het Hof van Justitie recent heeft uitgesproken dat Duitse ziekenfondsen geen ondernemingen zijn. Daar wordt de NMa wel met een probleem geconfronteerd. Dat zou er in het kader van concurrentietoezicht op deze sector hooguit toe kunnen leiden dat als het ware de handen worden gebonden doordat op dat punt de bevoegdheden zijn ingeperkt. De wet brengt op dit punt echter niets nieuws.

De heer **Klazinga**: Ik ben het met mijn buurman eens. Deze discussie maakt des te duidelijker dat er doelen gezet moeten worden achter het systeem dat wordt ingericht. Zolang het niet mogelijk is te sturen op de doelen, hang je in de lucht. Voor mij zijn dat gezondheidsdoelen, prestaties en kwaliteitsuitkomsten. Die moeten als ankerpunten genomen worden voor het beoordelen van samenwerking en organisatie.
Ik heb geprobeerd te betogen dat wij in het huidige stelsel vier silo's hebben georganiseerd met eigenstandige wetgeving en een eigenstandig financieringstraject voor preventie, cure, care en welzijn en dat wij een heleboel problemen hebben in de noodzakelijke samenwerking door de verschillende incentivestructuren. Dit is een van de bouwstenen voor een nieuw systeem. Ik beargumenteer dat de samenhang tussen de nieuwe silo's nog lang niet optimaal doordacht is en dat het punt van een zeer gereguleerde marktwerking - die is heel beperkt met de mededingingsregelgeving - op zichzelf een impact zal hebben op de mogelijke samenwerking. Dat kun je alleen verantwoord doen als je daadwerkelijk op de uitkomsten kunt sturen. Het is uitstekend als u wilt benchmarken op kwaliteit, maar dan wil ik graag weten wat die kwaliteit is. Ik wil dat dan graag op populatieniveau bij groepen patiënten gemeten zien, daarop sturen en alle andere principes daarvan afleiden. Dat is conform de complex systems theory de wijze waarop je systemen inricht. Je stelt je doelen en vervolgens kijk je of je incentivestructuur eraan bijdraagt dat die doelen worden gerealiseerd. Ik maak mij er zorgen over dat de doelen niet geëxpliciteerd zijn en onvoldoende worden gekend en verzameld. Dat betekent dat er allemaal subdoelen kunnen optreden. Dan is het inderdaad de vraag waar je op de lange termijn op uitkomt.

Mevrouw **Van Heteren** (PvdA): Volgens mij is dit een kernpunt. Aan de ene kant wil je zoveel mogelijk gereguleerde marktwerking. U zegt: aan het eind wil je gedefinieerde doelen hebben en daarop de sturing richten. Laat een markt dat toe? Misschien hebben wij die doelen niet helder, doordat er meerdere doelen zijn. Ik had de heer Cath willen vragen om te reageren op hetgeen de heer Klazinga in het begin van zijn betoog heeft gezegd, omdat dat daarmee samenhangt. De doelen van spelers in de zorg kunnen heel anders zijn. Ik zou graag willen dat wij een gezondheidssysteem inrichten op gezondheidsdoelen en alles daarop afrekenen. Maar kan dat nog wel met het speelveld dat nu wordt gecreëerd? Liggen er onder deze hele exercitie niet heel verschillende doelen die elkaar ook niet zullen treffen?

De heer **Klazinga**: Dat ben ik met u eens. Ik wil die doelen graag geëxpliciteerd zien en in het publieke debat houden. Ik maak mij er zorgen over dat zij impliciet zijn en dat ik deeloptimalisaties in een systeem krijg die op de langere termijn leiden tot een niet goed functionerend systeem.
Aan de andere kant vind ik het weinig zinvol om te spreken over marktwerking. Daar gaat het niet om. Het gaat erom hoe je in een complex systeem de incentives zo inricht dat het een business case is om die dingen te doen die, als je ze allemaal optelt, uiteindelijk het beste resultaat geven. Dat denken zie ik slechts beperkt terug. Ik zie in de wettekst dat het vooral een verzekeringstechnisch-juridisch geheel is; in dat opzicht is het doelarm. Mijn inbreng is: probeer het daaraan te ankeren of in ieder geval voldoende waarborgen te creëren zodat je op systeemniveau vanuit de politiek ziet wat ermee gebeurt. Dan zul je nog op allerlei punten moeten bijsturen. Ik heb niet de illusie dat dat allemaal snel synchroniseert. Maar als je niet die gezondheidsdoelen daarachter zet - dat is mijn rol - dan gaan er allerlei verschillende mechanismen spelen. Ik maak mij zorgen over de gezondheidsdoelen op lange termijn en over het innovatieve vermogen van het Nederlandse zorgsysteem. Is dit voldoende adaptief om alle vernieuwingen met voldoende snelheid te wegen en door te sturen of treedt er een belemmering op? Vinden er heel eenzijdig op bepaalde gedeelten van deelmarkten innovatie plaats, terwijl op andere gedeelten waar die innovatie uiterst zinvol zou zijn die niet tot stand komt?

De heer **Cath**: Ik ben het geheel eens met hetgeen net is gezegd. Ik wil er nog twee puntjes aan toevoegen. Als je doelen hebt en wilt dat die worden verwezenlijkt, dan kan het probleem spelen dat bijvoorbeeld het Europees recht zegt: dat kunt u wel willen, maar dat is dusdanig belemmerend, niet gerechtvaardigd etc. dat een buitenlander daar niet aan kan worden onderworpen. Dat is het ene probleem waar je tegenaan zou kunnen lopen. Het andere probleem is dat, hoe mooi je de wet ook maakt, mensen toch hun eigen doelen en beweegredenen hebben. Als je een doel in de wet zet, kun je niet altijd garanderen dat het wordt bereikt. Dat is een fact of life.

Mevrouw **Steyger**: Voorzitter Ik begin met de vraag van de heer Buijs of het een probleem is als bij het bouwen van een huis de aannemer onderaannemers inhuurt die vervolgens gaan samenwerken. Nee, natuurlijk is er dan geen probleem, want er is geen sprake van een kartel. Sterker nog, het

probleem is dan opgelost. Als de heer Buijs het adres kent van zo'n aannemer wil ik dat graag van hem vernemen, want volgens mij zijn er bij die samenwerking nogal eens wat problemen.
Als ik de statements van de heren Drijber en Van de Gronden hoor, denk ik dat wij het allemaal wel met elkaar eens zijn. Ik geloof niet dat zij ontkennen dat een wettelijke regeling waarin een kartel gestimuleerd, gesanctioneerd of uitgelokt wordt, onder de verbodsbepaling van het verdrag kan vallen. Dit is een jurisprudentie in beweging, er gebeurt heel veel in. Het is wel degelijk zo dat er af en toe een wettelijke regeling buiten gebruik moet worden gesteld. Daar is nog niet zo lang geleden een buitengewoon bekend arrest over geweest. Dat gebeurt als het inderdaad oplevert dat ondernemingen zich als kartel gaan gedragen. Hoe ver dat gaat weten wij niet - het is jurisprudentie in beweging - maar dat probleem is heel sterk aanwezig. Er zit nog heel veel uitvoering onder deze wet. Men zit in het veld dat in het verleden samenwerking tot absoluut credo heeft verheven. Die cultuur krijg je niet weg. Waar veel mogelijkheid tot uitlokking zit, denk ik dat je die risico's heel serieus moet nemen. Dan kun je niet zeggen dat zo'n wet niet veel uitmaakt. Het is natuurlijk heel vervelend als zo'n maatregel buiten werking wordt gesteld, omdat men dan iets anders zal moeten verzinnen. Ik denk dat men heel alert moet zijn op bijvoorbeeld het slaan van AMvB's en op ministeriële regelingen. Dat zijn echt problemen die zich kunnen voordoen. Wij kunnen eindeloos doorgaan over welke dat dan kunnen zijn. Ik kan er wel 20 verzinnen. Ik durf te wedden dat er nog wel een 21ste is die ik niet heb bedacht.
De verticale integratie is al opgelost. De heer Keuzenkamp is ingegaan op het marktmechanisme. Het leuke van economen is altijd dat zij zich aandienen als eenvoudig econoom en dat ik het vervolgens niet snap. Op zichzelf is het waar dat best practices verspreid kunnen worden door samenwerking. Anderzijds kan het ook via het marktmechanisme. Men kan er belang bij hebben om te innoveren. Wij moeten één ding echter niet vergeten: het is geen echte consumentenmarkt. Wat er ook gebeurt, instellingen en verzekeraars hebben een vat van 16 miljoen mensen waar zij uit kunnen putten. Er kunnen geen mensen uit weg. Mensen kunnen niet naar het buitenland om zich daar te verzekeren. Daarvoor zouden zij naar dat buitenland moeten verhuizen. Dat marktmechanisme kent op dit punt een beperking. Stel dat het beste ziekenhuis voor het repareren van je knie in Leiden zit en stel dat daar een wachtlijst van acht maanden bestaat. Dan kies je waarschijnlijk toch voor het mindere ziekenhuis vlakbij, waar je binnen twee weken terecht kunt. Dat risico neem je. Het marktmechanisme voor kwaliteit werkt dan niet. Ik zou graag doorspreken met de heer Klazinga over de doelen. Zijn openingsstatement vond ik prima. Waar gaat deze wet over? Wat is het doel van deze wet? Het zou moeten zijn een betere volksgezondheid. Dat doel heb ik niet teruggevonden. Je kunt je afvragen of je het met een wet kunt bewerkstelligen, maar het zou prettig zijn als je zou weten wat je wilt bewerkstelligen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een vraag over de best practices van mijnheer Keuzenkamp en de doelen van mijnheer Klazinga. Het is de vraag of de best practices in de praktijk wel leiden tot de doelen. Best practices kunnen er in een markt met een winstoogmerk ook toe leiden dat datgene wat het meest oplevert vooral een innovatieve drang geeft.

De heer **Klazinga**: Ik zal antwoord geven op de vraag hoe best practices zich verhouden tot de overall-doelen. Ik denk dat zij in de meeste gevallen bijdragen tot het realiseren van die doelen. Er ligt echter wel iets achter. Je kunt best practices maken voor hartchirurgie en het behandelen van een meniscus of een heup, maar dat zijn stukjes die bijdragen aan een totale uitkomst voor de gezondheid en die meestal in het curatieve traject zitten. U zult het mij niet euvel duiden dat ik als sociaal geneeskundige veel meer wil kijken naar de vraag of het wel zo ver had moeten komen. Je kunt wel een heleboel best practices hebben voor openhartchirurgie, maar ik heb liever dat de cardiovasculaire risicofactoren zo worden beheerst dat het medicatiegebruik van mensen met een hoge bloeddruk dusdanig wordt geborgd dat zij helemaal niet aan dotteren of een openhartoperatie toekomen.
Ik wil dus graag dat er zulke incentives in het systeem komen dat verzekeraars en consumenten hun eigen verantwoordelijkheid tot hun recht kunnen laten komen in de voortrajecten door upstream te werken in plaats van downstream. Ik zie dat daar in verschillende stelsels prikkels voor worden ingebouwd. Ondanks de nadelen die daaraan kunnen kleven, zoals in de Verenigde Staten, wordt in sommige stelsels wel degelijk een preventiepoot neergezet. Je zult echter een link moeten leggen tussen de kwaliteit van een beperkt zorgproduct - als je dat optimaliseert, krijg je betere operaties, minder postoperatieve infecties en efficiëntere zorg voor bijvoorbeeld heuppatiënten - en de overall ziektelast die over de bevolking uitrolt. Dit klinkt allemaal vreselijk, maar in de VTV-rapporten van het RIVM staat duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Ik zou graag zien dat wij de inrichting van het systeem daar meer op gaan sturen en een link gaan aanbrengen tussen datgene wat in de curatieve zorg wordt neergezet, en datgene wat je in totaal bijdraagt aan de gezondheid van de bevolking.

De heer **Keuzenkamp**: De vraag is in hoeverre de Zorgverzekeringswet eraan bijdraagt dat best practices in het zorgaanbod worden gestimuleerd en om wat voor best practices het dan gaat. Er zijn ook best practices van verzekeraars en dergelijke, maar wat daar allemaal gebeurt, valt toch in het niet bij het einddoel in de zorg zelf. Het verschil met het verleden is dat wij nu met 16 miljoen Nederlanders opgesloten zitten in het land. Dat mag echter wel zo zijn, maar er zijn wel degelijk verschillende verzekeraars en aanbieders. Er dreigen ook nieuwe verzekeraars en aanbieders op de markt te komen. Die dreiging is erg behulpzaam bij het stimuleren van innovatie. Die innovatie is natuurlijk niet gediend bij de hobby van een hartchirurg die iets heel moois weet te bedenken wat maar voor een heel klein groepje relevant is. Dat soort hobby's zul je altijd houden, maar dat is niet hetgeen waarop de verzekeraars zullen gaan sturen. Die hobby's leveren maar peanuts op; het gaat natuurlijk om de grote behandeltrajecten en dingen die langer duren, die terugkeren of veelvuldig voorkomen.

Het CWO en andere instituten geven aan de lopende band aan dat er veel verbetering in de zorg mogelijk is, dat dit tot betere zorguitkomsten kan leiden en ook tot lagere kosten. Als je infecties of doorliggen weet te reduceren, is dat niet alleen plezierig voor de patiënt, maar ook voor de portemonnee. Welnu, dat is het soort best practices waar de komende tijd veel meer op gestuurd zou moeten worden. Op dit moment zijn daar relatief weinig incentives voor. In het nieuwe stelsel komt daar wat meer ruimte voor, zij het nog niet zo veel als ik zou willen.

De heer **Nawijn** (LPF): Voorzitter. Geeft deze wetgeving het instrumentarium om de hoofddoelstellingen te bereiken?

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Waar is de verantwoordelijkheid van de overheid? Deze wet is een middel, maar moeten de gezondheidsdoelstellingen een verantwoordelijkheid van de overheid inhouden?

De heer **Klazinga**: Voorzitter. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om het stelsel vanuit haar systeemverantwoordelijkheid zo in te richten dat dit maximaal bijdraagt aan een interactie tussen aanbod, behoefte en vraag, die resulteert in een goede gezondheid. Ik beoordeel een dergelijke wet vanuit de vraag of ik mag verwachten dat die wet bijdraagt aan de gezondheid. Natuurlijk ligt dat doel daarachter, het is alleen zo vreselijk impliciet. Je ziet dat de wet helemaal is opgezet vanuit verzekeringstechnisch denken en marktdenken. Ik breng dat hier in, omdat ik dat impliciete expliciet gemaakt wil hebben. Mijn belangrijkste aanbeveling is om dat te monitoren: maak dingen zichtbaar, zodat je weet waar je op aankoerst. Inderdaad, in Europa worden verschillende arrangementen gekozen voor de opzet van wetgeving en financiering. Je ziet dat naar elkaar toegroeien: het klassieke onderscheid tussen de ziekenfondslanden en de NHS-systems wordt kleiner. Nederland positioneert zich hiermee redelijk uniek, in de zin van een multi payerssysteem, met competitie. Alleen Zwitserland komt nog een eind in onze richting. Het is interessant om te kijken hoe de prestaties van andere landen zijn. Nogmaals, dat wordt al gedaan binnen OECD-verband, en er ontstaat steeds meer kennis over de arrangementen die het beste bijdragen aan het realiseren van een goede gezondheid.

Mevrouw **Van Heteren**: Voorzitter. Deze wet moet worden gezien als onderdeel van een heel pakket van wetten, bedoeld voor gezondheidshervormingen. De heer Klazinga heeft duidelijk gezegd dat daar doelen achter zouden moeten liggen, die expliciet zouden moeten worden gemaakt. Dat zouden bij voorkeur gezondheidsdoelen en levenskwaliteitsdoelen moeten zijn. In Nederland bestaat een hybride balans tussen marktelementen en sociale elementen. Stel dat dit stelsel per 2006 wordt ingevoerd, welke ontwikkelingen in het Europese krachtenveld kunnen daar dan op inspelen? Welke spelers gaan zich organiseren, bijvoorbeeld als het gaat om de precaire balans tussen de sociale elementen en de marktelementen? Wat gebeurt er als die balans kantelt?

Mevrouw **De Muijnck**: U vraagt naar de ontwikkelingen op Europees rechtelijk niveau. Die zijn niet geheel te voorspellen. Wat op het gebied van de mededinging gebeurt, lijkt mij duidelijk. Het is een toets en blijft gewoon een mededingingstoets. Dit wetsvoorstel past daar prima in zolang de spelers zich aan de mededingingsregels houden. Het is belangrijk dat de overheid erop toeziet dat die mededingingsregels worden nageleefd. Het hele systeem is namelijk opgezet vanuit de gedachte dat deze doelstellingen, zoals gezondheidszorg etc., mede kunnen worden gebruikt om meer marktwerking te introduceren. Ik weet niet precies of dit het antwoord op uw vraag is. Ik verwacht niet echt veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van mededinging. Er is een stelsel waarin geen kartelafspraken mogen worden gemaakt. Er zijn daarop wel weer uitzonderingen. Als aan bepaalde criteria wordt voldaan, mogen sommige afspraken wel worden gemaakt. Er is fusietoezicht. Er zal voor moeten worden gewaakt dat er geen machtsblok ontstaat. Er moet toegang zijn tot de markt, ook vanuit het buitenland. Dat is essentieel.

Mevrouw **Van Heteren** (PvdA): Het curieuze is dat wij praten over Europese regiementering van een sociaal stelsel, waartoe ik de gezondheidszorg nog steeds reken. In aanpalende velden zijn op het gebied van de sociale zekerheid heel veel dingen gaande. Daarover kan jurisprudentie ontstaan, ook binnen Europa, die implicaties kan hebben voor wat wij in de context van ons nationale poldermodel met elkaar bedenken. U hebt meer zicht op die Europese omgeving. Ziet u daar ontwikkelingen die wij spits in de gaten moeten houden, omdat die consequenties zullen hebben voor de wijze waarop wij straks in Nederland naar de gezondheidszorg mogen kijken?

Mevrouw **De Muijnck**: Wat op dit moment op verschillende terreinen heel erg in ontwikkeling is, zijn de burgerschapsrechten. Er is nu een ontwikkeling in de jurisprudentie gaande op verschillende gebieden, zoals studiefinanciering en aanspraken op sociale zekerheid. Ik kan niet voorspellen of een dergelijke ontwikkeling zal plaatsvinden op het gebied van de gezondheidszorg. Je kunt het ten dele terugvinden, omdat men nu al rechten heeft. In hoeverre zich dat verder zal ontwikkelen, is moeilijk te voorspellen. De burgerschapsrechten zijn wel iets om in de toekomst aandacht aan te besteden. Er wordt veel vaker een beroep gedaan op de burgerschapsrechten dan in het verleden.

De heer **Cath**: Mijn visie is dat dit wetsvoorstel weinig anders doet dan de Ziekenfondswet naar een veel bredere kring van verzekerden uitbreiden, namelijk een ieder. In die zin verandert er niet vreselijk veel ten opzichte van de status die de Ziekenfondswet heeft in de huidige Europees rechtelijke beoordeling. Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie in Luxemburg heb ik de indruk gekregen dat zeer welwillend wordt gekeken naar dit soort systemen waaraan een sociale doelstelling ten grondslag ligt, namelijk een publieke voorziening die een ieder een zo goed mogelijke gezondheidszorg biedt. Ook al is het systeem niet altijd helemaal in te passen in de strikte marktleer, men is toch geneigd het in bescherming te nemen en zelfs bepaalde excepties daarop toe te passen. Mevrouw Steyger heeft ook al gezegd dat pogingen in het verleden van mensen om met een beroep op de mededingingsregels c.q. de regels

voor vrij verkeer uit het systeem te stappen vrij weinig succes hebben opgeleverd in Luxemburg. Ik vermoed dat de uiteindelijke toets wel zal meevallen. Het blijft echter koffiedik kijken. Het is meer een intuïtie.
Een tweede punt betreft een ander Europees verdrag dat in deze context nog in het geheel niet aan de orde is geweest, namelijk het Europees verdrag voor de rechten van de mens. Het EVRM kent ook een eerste protocol dat zich bezighoudt met de vraag naar de voorwaarden waaronder overheden mogen nationaliseren.
Ik zou mij kunnen voorstellen dat een particuliere verzekeraar, nadat deze wet is ingevoerd of in de loop van dat proces, zich op het standpunt stelt dat hij dit ziet als een vorm van onteigening, waarvoor de overheid hem in ieder geval de marktwaarde van het verloren gegane zou moeten vergoeden. Tegen die achtergrond zouden wij niet moeten vergeten dat er in Nederland nog altijd 5 miljoen particulier verzekerden zijn. Dat verdrag zou ik dus niet geheel uit het oog willen verliezen.

De **voorzitter**: Een verduidelijkende vraag van mevrouw Van Miltenburg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Mevrouw Van Heteren vroeg hoe de verschillende spelers zich volgens u straks zullen gaan positioneren in de markt. Ik heb anderhalf uur heel erg veel gehoord over de verzekeraars en de zorgaanbieders, maar denkt u dat ook de consumenten als aparte spelersgroep zich überhaupt kunnen gaan positioneren?

De **voorzitter**: Mijnheer Cath, dit was een verduidelijkende vraag aan u, maar u mag ook zeggen dat dit volgens u niet uw terrein is. Dan doe ik het anders: dan bewaar ik dit voor de eigen ronde van mevrouw Van Miltenburg, want de heer Cath voelt zich niet aangesproken.

De heer **Cath**: Ik wil er even over nadenken.

De heer **Nawijn** (LPF): De heer Cath zegt dat de wet die er nu ligt, een kopie van de Ziekenfondswet is, maar hij heeft gewezen op de vijf miljoen particulier verzekerden. Hoe kun je nou wel tot marktwerking komen? In de VS bestaat dat, maar in dat systeem zijn er heel veel onverzekerden. Dat is in Nederland absoluut niet haalbaar. Ik bedoel: niet wenselijk; sorry. Ook voor mij is dat niet wenselijk. Onverzekerd zijn is natuurlijk een slechte zaak. Je zou je dus kunnen voorstellen dat je de mensen aan de hand van de inkomenssituatie een heel vrije markt geeft om hun eigen keuzes te maken: waar verzeker ik mij en dergelijke. Dat is dus de vrije markt. De mensen met een lager inkomen zitten in een pakket dat al dan niet door de Staat of via de premies wordt gefinancierd. Staat u zoiets voor? Laat ik het zo zeggen: je moet het helderder maken; ik zal niet naar uw politieke mening vragen, maar staat u zoiets voor?

De heer **Cath**: Laat ik twee dingen zeggen. Mijn eerste opmerking was dat dit een publiek stelsel is. Daar blijf ik achter staan. Het wordt wel als privaat gepresenteerd, maar het is publiek. Dat is een keuze. Mijn tweede opmerking was dat privaat of publiek voor de Europees-rechtelijke beoordeling niets uitmaakt, omdat je aan dezelfde eisen moet voldoen. Met betrekking tot de derde vraag - wat zou een mogelijk alternatief kunnen zijn? - heb ik gezegd dat je dan aan een WTZ-achtige constructie zou kunnen denken. Je kunt ook kiezen voor een vrije markt, waarbij marktdeficiënties worden opgevangen via wetgeving of via publieke voorzieningen. Er zijn allerlei varianten denkbaar die tot een ander resultaat leiden dan dit. Ik voeg daaraan het belangrijke punt toe dat deze wet ''as such'' op dit terrein geen wezenlijke vernieuwing brengt. Het enige wat deze wet in mijn opvatting doet, is het ziekenfondssysteem tot iedereen uitbreiden. Ik vraag mij af of dat de oplossing moet gaan bieden voor de geconstateerde problemen. Tot slot heb ik gezegd dat ik destijds - en gisteravond trouwens nogmaals - het regeerakkoord heb gelezen; daarin staat dat er een privaat systeem komt. Dat is dit niet. Dan zou je je dus kunnen voorstellen dat een andere oplossing mogelijk is. Daarbij noem ik de WTZ dus als voorbeeld, maar je kunt er ook nog veel fundamenteler tegenaan gaan kijken en het hele systeem nog eens goed gaan doordenken. Ik proef eigenlijk dezelfde gedachte in het advies van de Raad van State, die bij heel veel dingen vraagt waarom daar eigenlijk voor is gekozen en wat de motivering daarvan is. Dan vind ik een heel gerechtvaardigde vraag. Als je nu toch een nieuw stelsel gaat invoeren, ga dan ook eens werkelijk fundamenteel nadenken over wat nou een goed systeem is.
Pak niet gewoon de Schuurmans & Jordens uit de kast en begin over te schrijven wat je allemaal al kent want zo heb je altijd gewerkt. Dat is de kern van mijn kritiek. Ik heb echter niet de pretentie de waarheid op dit punt in pacht te hebben en te kunnen zeggen: zo moet een nieuw stelsel er wel uitzien. Er zitten hier genoeg deskundigen aan tafel die daarover kunnen nadenken en hun inbreng kunnen leveren.

De heer **Keuzenkamp**: Ik begrijp niet waarom de WTZ als ''schoon'' voorbeeld wordt gegeven. Als er een regeling is waarin geen enkele prikkel zit voor efficiëntie, is het de WTZ. Die heeft nog het meest weg van een Simons-achtig plan.

De heer **Cath**: Dat zie ik anders. Ik noem het als voorbeeld omdat het niet verstandig is om een bestaande wet te nemen en daarop een nieuw systeem te baseren. De WTZ heb ik niet genoemd omdat die zaligmakend zou zijn, maar om duidelijk te maken dat vernieuwing tot in details moet worden doorgedacht. Het is al door iemand anders gezegd: dan moet je opnieuw je doelen definiëren en duidelijk zeggen wat je wil en waarom. Waarom is dit de beste manier om dat te bereiken? Ik vrees dat deze wet dat niet brengt. In dat licht blijft het een gemiste kans.

Mevrouw **Van Heteren** (PvdA): De heer Klazinga heeft gezegd: een nieuw systeem moet zijn gericht op gezondheidsdoelen en kwaliteit van leven. Kunt u in één woord zeggen wat uw doelen zouden zijn?

De heer **Cath**: Gezondheid en kwaliteit van leven zijn natuurlijk het ultieme doel van dit soort wetgeving. Daarmee ben ik het geheel eens. Het is evident dat dat uiteindelijk de bedoeling is: een kwalitatief zo goed mogelijk systeem dat voor iedereen toegankelijk is. Daarover is geen discussie mogelijk. De vraag is: langs welke weg kunnen wij dat bereiken? Naar mijn mening zijn er heel andere wegen denkbaar dan het uitbreiden van een bestaand systeem naar een groep waarvoor het nog niet geldt. Ik pleit dus voor meer creativiteit. Er

leven genoeg ideeën op dit gebied. De genoemde ultieme doelen voor gezondheidszorg deel ik echter volledig.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ben geen eenvoudige econoom maar een eenvoudig Kamerlid. Ik ben echter geshockeerd als u zich in het kader van het Europees recht niet voelt aangesproken wanneer wordt gevraagd naar de positie van patiënt en consument. Ik herhaal dus mijn eerdere vraag: wat is eigenlijk de juridische positie van de patiënten- en consumentenorganisaties?

De heer **Cath**: U stelt zulke moeilijke vragen; het is niet zo dat ik mij niet voel aangesproken. U stelt een buitengemeen interessante vraag aan de orde, die echter erg moeilijk is te beantwoorden. Het pure patiëntenbelang houdt in dat hij zoveel mogelijk kan reizen binnen Europa en de best mogelijke behandeling kan krijgen. Misschien begrijp ik u echter verkeerd.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Het gaat mij niet om het patiëntenbelang. Wij hebben het over de verschillende spelers gehad, de aanbieders en de verzekeraars. Zijn de consumentenorganisaties an sich wel of geen speler? Dat lijkt mij een heel eenvoudige vraag.

Mevrouw **Steyger**: Dit punt is eerder tijdens een discussie in het najaar aan de orde geweest. Daar zit inderdaad een heel groot probleem. Er bestaat natuurlijk een aantal consumenten- en patiëntenorganisaties die zijn verenigd in een stevige federatie. Het is op zich goed dat zo'n belangenclub er is. De vraag is echter in hoeverre die de individuele belangen van patiënten kan verdedigen; dat is heel kwestieus.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dit vind ik echt flauw. Als ik praat over de Bond van verzekeraars, is het op eens wel een speler. Die behartigt echter het individuele belang van één verzekeraar evenmin. Moet je ze dan daarmee vergelijken?

Mevrouw **Steyger**: Ik ben nog niet klaar. Ik bedoelde te zeggen dat deze wet op zichzelf geen regeling bevat waarin niet alleen patiënten, maar ook verzekerden een specifieke positie hebben. Het probleem met verzekerden is natuurlijk dat zij heel lang hopen dat zij niet ziek worden en zich zolang niet bekommeren om hun verzekering. Zodra zij wel ziek worden, kan ik u verzekeren dat zij iets anders aan hun hoofd hebben dan na te gaan hoe zij zijn verzekerd, bij wie en wat er gebeurt. Zij kunnen wel geconfronteerd worden met de consequenties van de verzekering. Zo kan het zijn dat zij de zorg niet kunnen krijgen waar zij die willen hebben. Ik kan u uit eigen ervaring vertellen dat dit zeer belangrijk is. De vraag is hoe je dat kunt opvangen. Die kun je misschien voor de algemene belangen opvangen met een patiëntenvereniging, een federatie of een belangenclub. De individuele belangen van iedere verzekerde vang je niet op. Met name bij dit soort gevallen kom je daar altijd te laat achter. Met dit wetsvoorstel krijg je hier dus problemen mee. Ik hoop dat ik u nu antwoord op uw vraag heb gegeven en de flauwigheid zodoende heb opgeheven.

De heer **Van de Gronden**: Hierop aansluitend, merk ik op dat dit in de verhouding tussen het Europees recht en de zorgpatiënt een belangrijke rol speelt. Er zijn zeer interessante arresten naar aanleiding van het beroep dat patiënten hebben gedaan op de rechtstreekse werking van bepalingen in het EG-recht. Arresten als het arrest Smits-Peerboom, Muller-Faure en Kohl-Decker zijn over tafel gevlogen. Die patiënten hadden allemaal problemen met het zorgverzekeringsstelsel in Luxemburg of in Nederland en hebben een beroep gedaan op de rechtstreekse werking van het vrije verkeer van diensten. Zij zijn via het nationaal recht uiteindelijk met wisselend succes bij het Hof terechtgekomen. Via de rechtstreekse werking van bepalingen in het EG-recht hebben de patiënten dus wel een positie. Dit is volgens mij het antwoord op uw vraag, mevrouw Van Miltenburg.

De heer **Klazinga**: Ik was blij met artikel 28, lid 2, in de conceptwettekst, waarin staat dat bij AMvB regels kunnen worden opgesteld over de mate van invloed die verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar dienen te hebben. Ik wacht het advies van de NPCF en de Consumentenbond af over de beste invulling van een dergelijke AMvB.

De heer **Drijber**: Ik heb enkele korte opmerkingen. Veel mensen hebben gezegd dat dit een wetsvoorstel voor een hybride stelsel is. Dat is juist. Dat dit op zichzelf riskant kan zijn vanuit Europees rechtelijk oogpunt, hebben wij en anderen in onze adviezen ook gezegd. Toen kwam de brief van Bolkestein. Daar zijn wij allen zeer blij mee. De verzekeraars hebben bij monde van onder anderen de heer Cath gezegd dat het allemaal zo'n vaart niet loopt dankzij de derde schaderichtlijn. Nu heeft de heer Cath kritiek op het wetsvoorstel omdat het te weinig marktwerking bevat. Dat is een visie. Als hij daarmee wil zeggen dat het risico bestaat dat het wetsvoorstel in strijd is met de derde schaderichtlijn omdat het te weinig marktwerking bevat, relativeer ik dat sterk. Zekerheid heb je nooit, maar daarop kan de Kamer natuurlijk niet af gaan. Er is natuurlijk waakzaamheid op strijdigheid met het concurrentierecht geboden bij de uitvoeringsregelingen die nog moeten worden opgesteld. Dat is in mijn ogen geen reden om te stellen dat dit wetsvoorstel op onderdelen mededingingsrechtelijk niet door de beugel kan. Over marktwerking gesproken, wij moeten niet vergeten dat dit wetsvoorstel voorziet in een basisverzekering en dat daar een aanvullende verzekering bij komt. Daar geldt de vrije markt in beginsel volledig, maar kunnen zich problemen voordoen met het mededingingsrecht. Zo kan een verzekeraar voorstellen om korting te geven via het basispakket als iemand een aanvullende verzekering bij hem of haar afsluit. Dan heb je een probleem.
Artikel 86, lid 2, van het EG-verdrag inzake de public service obligations gaat in mijn ogen een rol spelen in dezen. Dat is een bepaling die de Commissie graag hanteert. Zij is dan namelijk zelf wel bevoegd, maar kan ondertussen toch veel toestaan, goedkeuren en eronder schuiven als publieke belangen.

Mevrouw **Steyger**: In de introductiestatements van de heer Cath en mijzelf is artikel 120 van het wetsvoorstel al heel kort aan de orde geweest. Daarin staat dat, ook al merkt het Hof zorgverzekeraars niet aan als ondernemers, zij voor de Mededingingswet wel worden aangemerkt als ondernemers. Wetgevingstechnisch is deze

bepaling een gruwel. Als het Hof zegt dat het geen ondernemingen zijn, heeft dat een aantal consequenties voor het opereren van deze clubs. Je kunt ze dan niet op nationaal niveau wel zo behandelen. Je gaat dan een controle houden die je uiteindelijk niet kunt waarmaken. Doet u mij een plezier en kijk nog eens heel goed naar deze bepaling!

De **voorzitter**: Ik dank de genodigden hartelijk voor de naar mijn ervaring zeer boeiende discussie. U hebt ons zeer geprikkeld. Ik dank de belangstellenden op de publieke tribune, die wellicht na de pauze weer terugkomen.

Sluiting 12.05 uur.